

Université de Montréal

Stratégies à privilégier pour permettre aux infirmières et infirmiers de déployer pleinement
leur étendue de pratique

Par
Caroline Roy

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maîtrise ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières
option : administration des services infirmiers

Juin 2015

© Caroline Roy, 2015

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce travail dirigé intitulé :

Stratégies à privilégier pour permettre aux infirmières et infirmiers de déployer
pleinement leur étendue de pratique

Présenté par
Caroline Roy

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Danielle D'Amour, Ph.D.
Directrice de recherche

Johanne Déry, Ph.D.
Codirectrice de recherche

Kelley Kilpatrick, Ph.D.
Membre du jury

Lucie Tremblay, M. Sc., Adm.A., CHE
Membre du jury

Résumé

Le déploiement optimal de l'étendue de pratique semble être une voie prometteuse pour augmenter la contribution des infirmières au système de santé et favoriser l'accès aux services. Or, des recherches menées sur le sujet montrent que l'étendue de pratique des infirmières est sous-optimale, et ce, au profit d'autres activités de soins qui ne requièrent pas nécessairement les compétences et les connaissances propres aux infirmières. Ce travail dirigé vise à documenter les facteurs ayant une influence sur l'étendue de pratique infirmière et identifier des stratégies pouvant favoriser son déploiement. Une recension des écrits pertinents a été effectuée par la sollicitation des bases de données suivantes : CINAHL, EMBASE, MEDLINE ainsi que PubMed et s'appuie sur les composantes du modèle de pratique professionnelle du Massachusetts General Hospital (MGH). L'analyse des écrits recensés a permis de documenter 26 facteurs pouvant influencer le déploiement de l'étendue de pratique des infirmières et identifier 25 stratégies potentielles pour optimiser son déploiement. En somme, des recommandations à l'intention des infirmières elles-mêmes, des décideurs et des gestionnaires quant aux stratégies à privilégier pour favoriser le déploiement de l'étendue de la pratique infirmière au Québec sont émises.

Mots - Clés : étendue de pratique, modèle de pratique professionnelle, pratique infirmière, facteurs, stratégies, rôle infirmier, organisation des services infirmiers.

Abstract

The optimal deployment of the scope of nursing practice appears to be a promising way to increase nurses' contribution to health care and access to services. However, research conducted on the subject suggest that nurses practice at less than their optimal scope, and this, in favor of other care activities that do not necessarily require the nurses' knowledge and skills. This work aims to documente the factors that influence the extent of nursing practice and identify strategies to encourage its deployment. A review of relevant literature was performed by soliciting the following databases: CINAHL, EMBASE, MEDLINE and PubMed and relies on the components of professional practice model of the Massachusetts General Hospital (MGH). The analysis of the literature has documented 26 factors that could influence the deployment of the scope of practice of nurses and identify 25 potential strategies to optimize deployment. In conclusion, recommendations for nurses themselves, policy makers and managers in regarding strategies to promote the deployment of the scope of nursing practice in Quebec are issued.

Key words : scope of practice, professional practice models, nursing practice, factors, strategies, nursing role, nursing organization.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des sigles et des abréviations.....	ix
Remerciements.....	vi
Introduction.....	1
Problématique.....	4
But et objectifs du travail dirigé.....	11
Recension des écrits.....	14
Cadre de référence.....	16
Méthodologie.....	24
Description de la stratégie de recherche primaire.....	25
Stratégies de recherches complémentaires.....	26
Description de la stratégie de recherche pour le cadre conceptuel.....	26
Description de la méthode de sélection des articles.....	26
Méthodologie de l'analyse des articles.....	28
Résultats.....	31
Composante 1 : Vision et valeur.....	33
Facteurs influents.....	34
Stratégies.....	37
Composante 2 : Standards de pratique.....	40
Facteurs influents.....	40
Stratégies.....	41
Composante 3 : Pratique réflexive.....	42
Facteurs influents.....	42
Stratégies.....	43

Composante 4 : Développement professionnel	44
Facteurs influents	44
Stratégies.	48
Composante 5 : Soins centrés sur le patient	51
Facteurs influents	52
Stratégies.	53
Composante 6 : Reconnaissance clinique et avancement	55
Facteurs influents	55
Stratégies.	57
Composante 7 : Gouvernance	59
Facteurs influents	60
Stratégies.	61
Composante 8 : Résultats probants et la recherche	63
Facteurs influents	64
Stratégies.	64
Composante 9 : Innovation et travail d'équipe	65
Facteurs influents	65
Stratégies	69
Discussion	73
Recommandations	84
Recommandations pour les recherches ultérieures	87
Retombées potentielles pour les sciences infirmières	88
Limites du travail dirigé	90
Conclusion	92
Références	95
Appendice A. Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec	102
Appendice B. Dimensions, items et niveaux de complexité des items du QÉPI	105
Appendice C. Grille de catégorisation des articles	107
Appendice D. Tableau des éléments centraux des documents recensés	110

Liste des tableaux

Tableau

1 Synthèse des facteurs et stratégies : « Vision et valeur ».....	39
2 Synthèse des facteurs et stratégie : « Standards de pratique ».....	42
3 Synthèse des facteurs et stratégies : « Pratique réflexive».....	44
4 Synthèse des facteurs et stratégies : « Développement professionnel »	51
5 Synthèse des facteurs et stratégies : « Soins centrés sur le patient »	54
6 Synthèse des facteurs et stratégies : « Reconnaissance clinique et avancement ».....	59
7 Synthèse des facteurs et stratégies : « Gouvernance ».....	63
8 Synthèse des facteurs et stratégies : « Résultats probants et la recherche »	65
9 Synthèse des facteurs et stratégies : « Innovation et travail d'équipe»	72
10 Facteurs et stratégies influençant l'étendue de pratique des infirmières	75

Liste des figures

Figure

Figure 1. MPP du Massachusetts General Hospital (MGH).....	18
Figure 2. MPP du MGH(2007) traduit et adapté	20
Figure 3. Processus de sélection des articles.	27
Figure 4. Liste des 35 articles retenus (auteur principal et année).....	28
Figure 5. Répartition des articles en fonction des thèmes abordés	32

Liste des sigles et des abréviations

CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
FERASI :	Formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers
GMF :	Groupe de médecine familiale
IOM :	Institute of medicine
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
MGH :	Massachusetts General Hospital
MPP :	Modèle de pratique professionnelle
QÉPI :	Questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière

Remerciements

Je remercie sincèrement toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'accomplissement de ce travail. Merci aux personnes qui m'ont encadrée, encouragée et accompagnée tout au long de mon cheminement.

En premier lieu, mes remerciements s'adressent à ma directrice principale de travail dirigé, Madame Danielle D'Amour, Ph. D., professeure titulaire ainsi que ma codirectrice, Madame Johanne Déry, Ph. D., professeure associée. Leurs judicieux conseils et leur expertise complémentaire dans ce domaine m'ont été d'une aide inestimable, de même que leur soutien indispensable pour mener à bien ce travail.

Je tiens également à remercier l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, plus particulièrement Madame Lucie Tremblay et Madame Johanne Lapointe, qui m'ont permis d'adapter mes horaires et m'ont soutenue tout au long de ce processus. Je remercie également Madame Marielle Roy, ma patronne à l'époque, qui m'a encouragée à entamer ce processus et qui a cru en mon potentiel.

Un merci tout spécial à mon conjoint, Marc-André. Ton soutien indispensable, ton écoute et ta confiance en mes capacités ont grandement contribué à rendre ce rêve accessible. Merci à mes deux très chers enfants, Mathilde et Thomas, qui ont accepté de laisser leur maman écrire pendant de longues journées, et ce, malgré leur jeune âge. Merci à mes parents et mes amis qui m'ont soutenue et encouragée.

Introduction

D'ici plus ou moins 15 ans, l'avancée en âge des générations déjà en place, particulièrement celles du *baby-boom* (1946-1966), fera doubler à elle seule le nombre d'aînés (ISQ, 2014)¹. Le vieillissement de la population ajouté au fardeau lié à la gestion des maladies chroniques et à la difficulté croissante qu'ont les Québécois et Québécoises à accéder aux services de santé auront nécessairement un impact sur les besoins de soins de santé au Québec. Ce contexte particulier réclame des transformations et des innovations visant à améliorer la fluidité et l'accessibilité aux soins et aux services au sein du réseau de la santé.

À cet effet, plusieurs projets de loi ou règlements visant à améliorer l'accès aux soins pour la population ont vu le jour. C'est le cas notamment de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* aussi appelée la loi 90. Adoptée en 2002, cette loi est venue accorder plus de latitude aux infirmières et infirmiers du Québec en leur attribuant quatorze activités réservées (Appendice A). En 2012, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* est venue ajouter trois activités réservées supplémentaires à l'infirmière.

¹ <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol17-no1.pdf#page=1> Consulté le 18 octobre 2014.

En somme, ces lois permettent aux infirmières et infirmiers du Québec d'exercer leur profession à travers 17 activités réservées qui s'articulent en conformité avec leur champ d'exercice :

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

Article 36-Loi sur les infirmières et infirmiers

Ces modifications législatives accordent aux infirmières un potentiel immense pour améliorer les services de santé.

Dans un même ordre d'idées, différentes commissions d'enquêtes menées au Canada ont relevé que la productivité et la performance des systèmes de santé pourraient être améliorées par l'enrichissement du rôle des infirmières et infirmiers notamment par une répartition optimale des rôles visant à permettre à l'infirmière de se concentrer sur des activités liées à sa formation, son expertise et son expérience (Commission Clair, 2001). Ce même rapport recommandait que les infirmières jouent un rôle de premier plan dans l'organisation des services en favorisant l'utilisation maximale et adéquate de toutes les ressources humaines du réseau (Commission Clair, 2001). Plusieurs auteurs croient également que le déploiement optimal de l'étendue de pratique semble être une voie prometteuse pour augmenter la contribution des infirmières au système de santé (Davis & Fox-Young, 2001; Jowett, Peters, Reynolds & Wilson-Barnett, 2001). Bien que ces constats et recommandations aient été effectués il y a 14 ans, ils demeurent encore d'actualité de nos jours.

Problématique

Le concept d'étendue de pratique est largement utilisé, mais rarement clairement défini (Baranek, 2005; Besner, Doran, McGillis, Giovannetti, Girard, Hill, Morrisson, & Watson, 2005). Beaucoup de confusion demeure quant à la signification et l'utilisation de ce terme (Davies et al., 2001) et les infirmières elles-mêmes ne semblent pas avoir bien intégré ce concept. En effet, elles ont souvent tendance à définir leur étendue de pratique en fonction des tâches qu'elles effectuent au quotidien (Besner et al., 2005; Oelke, White, Besner, Doran, McGillis & Giovannetti, 2008) plutôt qu'en lien avec l'ensemble des fonctions et responsabilités qui constituent leur rôle professionnel (Besner et al., 2005; Déry, 2013). Or, une compréhension adéquate de cette notion est primordiale, d'une part pour permettre une utilisation efficace des ressources infirmières (Besner et al., 2005) et d'autre part, pour s'assurer que les consommateurs de soins soient protégés et que les infirmières pratiquent de manière sécuritaire et surtout au plein potentiel de leur capacité (Davies et al., 2001).

Tout d'abord, il apparaît pertinent de clarifier certains concepts utilisés dans le cadre du présent travail dirigé tels que la pratique professionnelle, l'étendue de pratique et le rôle infirmier. Selon Fasoli (2008) : « La pratique professionnelle est définie comme étant la capacité de mettre en œuvre le rôle infirmier afin d'assurer la continuité des soins centrés sur les besoins du patient tout en favorisant la plus haute application des connaissances et compétences infirmières. Une prémisse sous-jacente de la pratique professionnelle suggère que les infirmières soient pleinement habilitées à exercer la

profession de manière autonome, en toute responsabilisation et en ayant le plein contrôle sur leur pratique. » [Traduction libre, p.57].

Besner et al. (2005) distinguent l'étendue de pratique optimale prenant appui sur la formation professionnelle et la législation, du « role enactment » qui est l'application effective des connaissances et compétences infirmières, modulée en fonction de différents paramètres organisationnels ou individuels tels que l'expérience, les politiques internes, le contexte de pratique, etc. Pour les besoins du présent travail dirigé, la notion d'étendue de pratique infirmière se rapproche de la définition de l'étendue de pratique optimale de Besner et al. (2005) et comprend l'éventail des fonctions et responsabilités déployées par l'infirmière en lien avec les compétences développées à travers la formation et l'expérience (D'Amour, Dubois, Déry, Clarke, Tchouaket, Blais et al. 2012). L'étendue de pratique dont il sera question dans le cadre de ce travail se traduit d'une part par le champ d'exercice infirmier, c'est-à-dire à l'intérieur des paramètres définis par la législation québécoise et d'autre part, par six dimensions-clé définies par D'Amour et al. (2012). Ces six dimensions-clés sont : 1) l'évaluation et la planification des soins, 2) l'enseignement au patient et à sa famille, 3) la communication et la coordination des soins, 4) l'intégration et l'encadrement du personnel, 5) l'optimisation de la qualité des soins et de la sécurité des soins, 6) la mise à jour des connaissances et l'utilisation de ces connaissances. Ces six dimensions de l'étendue de la pratique englobent différentes activités spécifiques à l'exercice du rôle professionnel infirmier (D'Amour et al., 2012).

Le rôle professionnel infirmier est la mise en pratique des activités professionnelles réservées à l'infirmière ainsi que des activités spécifiques découlant des six dimensions de l'étendue de pratique (D'Amour et al., 2012). Le rôle professionnel infirmier mobilise toutes les compétences infirmières afin de dispenser des soins basés sur les meilleures pratiques, centrés sur les besoins de la clientèle et orientés vers la communauté dans un environnement de pratique favorable (D'Amour et Dubois, 2012).

Pour les besoins du présent travail dirigé, la mise en œuvre d'une pratique professionnelle se traduit par l'appropriation et le déploiement du champ d'exercice infirmier et des six dimensions-clés définies par D'Amour et al. (2012), soit l'étendue de pratique. Quant à l'étendue de pratique, elle s'opérationnalise par la mise en pratique des activités professionnelles réservées à l'infirmière ainsi que des activités spécifiques découlant des six dimensions de l'étendue de pratique définies par D'Amour et al.(2012).

En 2012, D'Amour et al. ont publié les résultats d'une étude qui a mis à l'essai un questionnaire visant à mesurer l'étendue effective de la pratique des infirmières et infirmiers (Appendice B). Cet outil a permis de mesurer, auprès de 285 infirmières œuvrant sur 22 unités de médecine-chirurgie dans 11 hôpitaux différents, la mise en application réelle des six dimensions du questionnaire de l'étendue de pratique infirmière (QÉPI). Les résultats de cette étude ont démontré que les infirmières déploient de manière sous-optimale leur étendue de pratique et les mêmes constats ont pu être effectués dans des unités de soins mères-enfants (Déry, 2013). Ainsi, les six dimensions de l'étendue de la pratique des infirmières déterminées par D'Amour et al. (2012) demeurent sous-utilisées au sein de la profession infirmière au Québec, et ce, au

profit d'autres activités de soins qui ne requièrent pas nécessairement les compétences et les connaissances propres aux infirmières.

À l'instar des travaux menés par D'Amour et al. (2012), nombreux sont les rapports qui font ressortir l'utilisation sous-optimale des ressources humaines dans le réseau de la santé (Clair, 2001; Romanow, 2002; Salois, 2010). Plusieurs autres auteurs ont également documenté l'utilisation des ressources infirmières. En effet, selon Besner et al. (2005), la moitié seulement des infirmières œuvrant au sein d'unités de soins aigus au Canada affirment être utilisées adéquatement. Une autre étude canadienne similaire, menée auprès d'infirmières œuvrant dans des unités de soins aigus, stipule que 48 % des infirmières interviewées affirmaient pratiquer à leur pleine étendue de pratique, du moins à certaines occasions (Oelke et al., 2008). Une étude menée dans un hôpital de réadaptation aux États-Unis montre également que les infirmières remplissent 38 % de leurs fonctions infirmières considérées comme essentielles notamment l'évaluation, la planification des soins et l'éducation des patients. (Nathenson, Schafer & Anderson, 2007). Selon Allard, Frego, Katz & Halas (2010), 61 % des répondantes d'une étude menée au sein de cliniques de médecine familiale au Canada, estimaient pratiquer à leur plein potentiel. Dans cette même étude, plus de la moitié des infirmières ont affirmé effectuer sur une base quotidienne ou hebdomadaire des tâches non infirmières.

Ces constats suggèrent la présence de facteurs pouvant entraver le déploiement optimal de l'étendue de pratique au sein des différents milieux cliniques, ce qui est préoccupant puisque plusieurs écrits suggèrent que les interventions infirmières ont plusieurs retombées cliniques positives. En effet, la myriade d'activités pouvant être

dispensées par les infirmières contribue à la dispensation de soins davantage centrés sur le patient, augmente la satisfaction de ces derniers (Melling et Hewitt-Taylor, 2003) en améliorant leur qualité de vie (Halcomb, Davidson, Daly, Griffiths, Yallop & Tofler, 2005). L'effet des interventions infirmières a été largement documenté notamment sur :

- la prévention des erreurs de médicaments (Ausserhofer, Schubert, Desmedt, Blegen, De Geest & Schwendimann, 2012; Institute of Medecine, 2010);
- la réduction des infections nosocomiales (Ausserhofer et al., 2012; IOM, 2010);
- la diminution du temps de séjour (Kilpatrick, 2013);
- la réduction des réadmissions à l'hôpital (Halcomb et al., 2005);
- la diminution de transferts de résidents en soins de longue durée vers l'urgence (Kilpatrick, 2013);
- une augmentation du suivi des patients atteints de maladies chroniques (Kilpatrick, 2013) et de leur observance aux traitements (Halcomb et al., 2005)
- une augmentation de l'accessibilité aux soins (Merrick, Duffield, Baldwin, Fry, & Stasa, 2012 ; Salois, 2009)
- une meilleure coordination des soins et des services (IOM, 2010 ; Jowett et al., 2001; Salois, 2009).

Par ailleurs, il a été aussi démontré que l'utilisation sous optimale des ressources a des répercussions négatives sur la satisfaction des infirmières au travail (Allard et al., 2010; Déry, 2013 ;Jowett et al., 2001; Melling et al., 2003; Nathenson et al., 2007; White, Oelke, Besner, Doran, McGillis, & Giovannetti, 2008), le taux de rétention des

infirmières et le potentiel de recrutement (Duckett, 2005; Upenieks, 2005; White et al., 2008).

De plus, les coûts et les défis logistiques reliés à cette mauvaise utilisation des infirmières sont importants (D'Amour et al. 2012). Selon le Canadian Nursing Advisory Committee (2002), l'utilisation non optimale des infirmières constitue un usage inefficace des ressources financières associées au système de santé. Par ailleurs, des études réalisées en Angleterre (DoH, 2000 ; Riley et Peter, 2000) ont également suggéré qu'augmenter l'étendue de pratique des infirmières est une méthode prometteuse pour améliorer le rapport coût-efficacité des soins de santé.

Face à ces constats, il apparaît que mettre en place les conditions gagnantes pour que les infirmières déploient de manière optimale leur étendue de pratique s'avère être une stratégie prometteuse pour mieux répondre à l'accroissement des demandes en soins et favoriser l'accès aux services de santé (Fairman, Rowe, Hassmiller, & Shalala, 2011; IOM, 2010; Merrick et al., 2012). Pour ce faire, il importe de documenter les facteurs influençant le déploiement optimal de l'étendue de pratique des infirmières et infirmiers et de rechercher, dans la littérature, des stratégies pouvant favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique des infirmières et infirmiers.

But et objectifs du travail dirigé

Le présent travail dirigé vise à établir l'état des connaissances quant aux facteurs ayant une influence sur l'étendue de pratique infirmière ainsi que sur les stratégies pouvant favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique des infirmières et infirmiers. Au terme de la recension des écrits, des recommandations précises à l'intention des infirmières elles-mêmes, des décideurs et des gestionnaires sur des stratégies à privilégier pour le Québec seront émises.

Les objectifs spécifiques se rattachant au but sont les suivants :

- (1) documenter les facteurs pouvant influencer le déploiement de l'étendue de pratique des infirmières;
- (2) identifier des stratégies potentielles pour optimiser l'étendue de pratique des infirmières ;
- (3) recommander des stratégies à privilégier afin de permettre aux infirmières du Québec de déployer de manière optimale leur étendue de pratique.

De plus, des objectifs d'apprentissage personnels en lien avec l'élaboration du travail dirigé ont également été ciblés :

- (1) approfondir mes connaissances à l'égard du concept d'étendue de pratique des infirmières;

- (2) mieux comprendre les stratégies qui ont été privilégiées dans les organisations où les infirmières déploient de manière optimale leur étendue de pratique;
- (3) réfléchir sur les liens à établir entre le déploiement optimal de l'étendue de pratique infirmière et le développement d'un modèle de pratique professionnelle;
- (4) développer mes habiletés d'analyse et de synthèse.

Recension des écrits

Dans le cadre de ce travail dirigé, le chapitre « Résultats » inclut la recension des écrits.

Cadre de référence

Un cadre de référence spécifique à l'analyse de la problématique soulevée par le présent travail dirigé, soit le déploiement non optimal de l'étendue de pratique infirmière n'a pu être recensé dans la littérature. Par contre, les différentes recherches effectuées mettent en évidence la pertinence potentielle d'utiliser les concepts associés au modèle de pratique professionnelle (MPP) pour documenter 1) les facteurs pouvant influencer le déploiement de l'étendue de pratique et 2) les stratégies potentielles à mettre de l'avant pour s'assurer que les infirmières déploient de manière optimale leur étendue de pratique.

Tout d'abord, un MPP est une structure, un processus et des valeurs qui soutiennent les infirmières afin de leur permettre de mieux contrôler la dispensation des soins ainsi que l'environnement où les soins sont dispensés (Hoffart & Wood, 1996). Il est connu que les MPP stimulent la croissance et le développement professionnel (Erickson & Ditomassi, 2011; Hoffart et al., 1996) et aident les infirmières à se construire une identité professionnelle (Latta & Davis-Kirsh, 2011). Les MPP constituent un des éléments clés d'une structure favorisant le développement d'une pratique professionnelle exemplaire (Arford & Zone-Smith, 2005; Berger, Conway & Beaton, 2012) en conférant plus de contrôle aux infirmières tant dans la dispensation des soins infirmiers que sur l'environnement dans lequel les soins sont dispensés (Girard, Linton, & Besner, 2005; Hoffart et al., 1996). Les MPP permettent le développement de compétences utiles pour articuler clairement la contribution professionnelle de

l'infirmière (Erickson et al., 2011) notamment le leadership, l'exercice de son jugement clinique et assurer son développement professionnel. Les MPP sont le reflet de l'utilisation des compétences dans la pratique notamment par la collaboration, la communication et le développement professionnel (Berger et al., 2012) tout en s'assurant de la mise en œuvre des activités faisant partie de l'étendue de pratique infirmière.

Considérant les éléments mentionnés précédemment, il apparaît justifié d'utiliser les composantes d'un MPP pour catégoriser et analyser les différents facteurs influençant le déploiement de l'étendue de pratique ainsi que les diverses stratégies recensées dans la littérature, car il est possible de penser que les composantes d'un MPP constituent des éléments essentiels à développer pour soutenir et assurer le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Bien qu'il existe plusieurs MPP, le modèle du Massachusetts General Hospital (MGH) développé en 1996 et révisé en 2007 sera utilisé puisqu'il est simple et ses composantes sont concrètes (voir Figure 1).



Figure 1. MPP du Massachusetts General Hospital (MGH)

Ce modèle constitué de neuf composantes servira de filtre pour catégoriser et analyser les concepts étudiés dans le cadre du présent travail dirigé. Le modèle, illustré sous la forme d'un casse-tête, offre une vue d'ensemble des composantes où chaque morceau constitue un élément qui soutient le développement d'une pratique professionnelle.

Pour les besoins du présent travail dirigé, les composantes du MPP seront traduites et adaptées afin de mieux correspondre à la réalité québécoise. Plus particulièrement, la composante «Narrative Culture» sera traduite par «Pratique réflexive» afin de refléter ce courant de pensée qui émerge de plus en plus au sein des milieux de soins québécois. De plus, la composante «Collaborative Decision-Making» sera traduite par : «Gouvernance», afin d'éviter toute ambiguïté avec la composante «Innovation et travail d'équipe». Une autre traduction aurait pu être interprétée comme étant le reflet de la collaboration interprofessionnelle, concept abordé dans la composante «Innovation et travail d'équipe». L'intérêt étant de faire ressortir la gouvernance comme élément crucial et déterminant pour permettre le déploiement optimal de l'étendue de pratique.

En somme, les neuf composantes traduites et adaptées qui seront utilisées dans le cadre du présent travail dirigé sont les suivantes : 1) vision et valeurs; 2) standards de pratique; 3) pratique réflexive ; 4) développement professionnel; 5) soins centrés sur le patient 6) reconnaissance clinique et avancement ; 7) gouvernance ; 8) résultats probants et recherche et 9) innovation et travail d'équipe efficace (voir Figure 2).

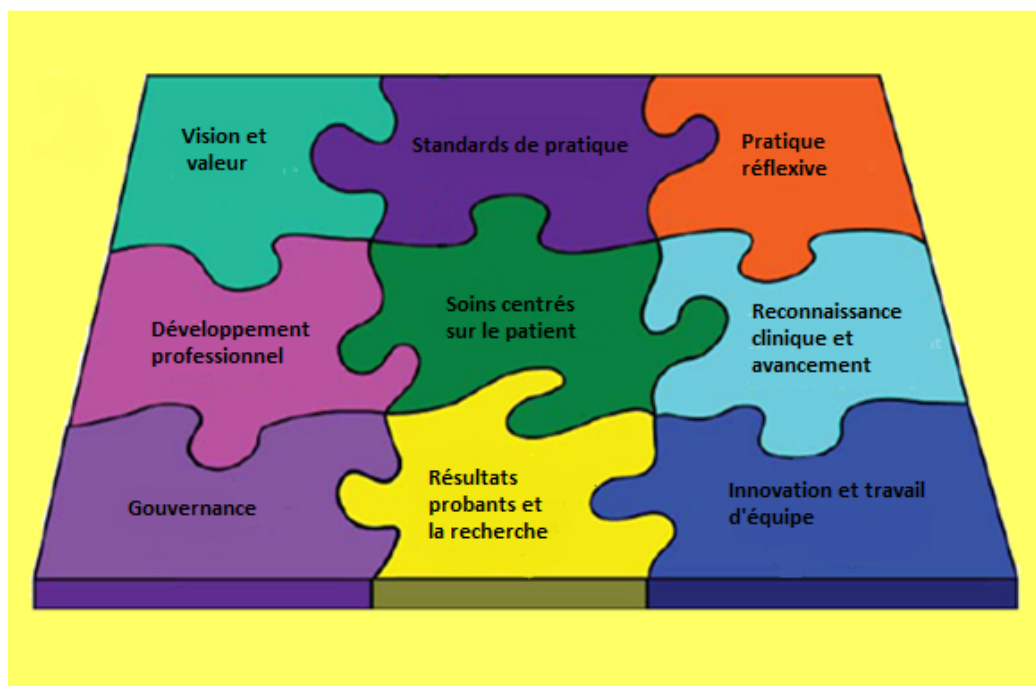


Figure 2. MPP du MGH(2007) traduit et adapté

1. La première composante « Vision et valeurs » soutient la contribution individuelle de chaque discipline. La vision et les valeurs reflètent l'engagement et l'influence des perceptions (Weis, 2002). Selon Hoffart et al. (1996), les valeurs influencent tant le développement des programmes de formation que la pratique professionnelle. Les valeurs sont acquises au cours de la formation, elles sont renforcées par les standards de pratique ainsi que les normes professionnelles et institutionnelles (Hoffart et al., 1996).
2. La deuxième composante, les standards de pratique constituent l'application pratique de la vision et des valeurs (Erickson et al., 2011). Ils soutiennent le déploiement de l'étendue de pratique et assurent le maintien d'une qualité de soins supérieure. Les standards de pratique sont des outils d'enseignement visant

à guider le professionnel dans une situation clinique donnée (MGH, 2014), il peut s'agir notamment de lignes directrices ou de normes de pratique.

3. La troisième composante, la pratique réflexive, est un moyen efficace de partager et réfléchir sur la pratique clinique. La pratique réflexive révèle le raisonnement clinique et la connaissance par l'apprentissage expérientiel. Elle permet au clinicien de comprendre sa pratique par l'analyse de ses forces et ses limites (Erickson et al., 2011).
4. La quatrième composante, le développement professionnel, est fondamentale à la dispensation de soins de qualité et à l'atteinte d'une satisfaction professionnelle et personnelle. Cette composante soutient le développement continu des compétences tout en fournissant des occasions pour faire croître et progresser la carrière de l'infirmière (MGH, 2014). Elle peut comprendre l'orientation, le préceptorat, le mentorat, la formation initiale et continue et les activités permettant l'avancement clinique.
5. La cinquième composante, les soins centrés sur le patient, constitue la pièce centrale et la plus essentielle. C'est la pierre angulaire du modèle de pratique professionnelle qui rallie toutes les composantes entre elles. Cette relation patient/famille-infirmière est au cœur du développement du modèle de pratique professionnelle (MGH, 2014). Tous les soins doivent honorer la personne soignée, et ce, dans le respect de ses choix, sa culture, son contexte social et ses besoins spécifiques (Erickson et al., 2011).

6. La sixième composante, la reconnaissance clinique et l'avancement, marque le développement de compétences et de connaissances par l'expérience et à travers les phases de novice à expert. S'y additionnent également les prix de reconnaissance d'excellence pour la pratique clinique, l'éducation et la recherche (MGH, 2014).
7. La septième composante, la gouvernance, implique que les prises de décisions, la responsabilité et l'imputabilité des soins aux patients sont établies en collaboration entre le gestionnaire et le clinicien (MGH, 2014). Ce type de gouvernance collaborative vise à engager le professionnel dans le contrôle de sa propre pratique (Erickson et al., 2011).
8. La huitième composante traite des résultats probants et la recherche. Cette composante renvoie à la possession d'un bagage de connaissances issu de la recherche comme étant la marque de la profession. La recherche est le pont qui traduit les connaissances académiques et les théories construites en pratique clinique directe (MGH, 2014). L'implantation et le soutien à la pratique orientée sur les résultats probants nécessitent une organisation qui promeut l'acquisition et l'application des connaissances, fournit l'accès aux nouvelles connaissances scientifiques et favorise l'habileté des cliniciens à utiliser les connaissances pour mieux soigner (Erickson et al., 2011).
9. La neuvième et dernière composante, innovation et travail d'équipe, implique un engagement à travailler ensemble pour identifier les préoccupations relatives à la dispensation des soins et les stratégies permettant l'amélioration des soins.

Composante importante pour la création d'un environnement de pratique qui embrasse le changement (MGH, 2014).

En somme, ces neuf composantes serviront à l'identification ainsi qu'à l'analyse des facteurs d'influence et des stratégies potentielles au déploiement optimal de l'étendue de pratique.

Méthodologie

Description de la stratégie de recherche primaire

La recension des écrits vise à établir l'état des connaissances sur les facteurs ayant une influence sur l'étendue de pratique infirmière ainsi que sur les stratégies potentielles pouvant favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique pour ensuite élaborer des recommandations à l'intention des infirmières, des décideurs et des gestionnaires quant aux stratégies à privilégier pour favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique.

Afin de recenser les écrits pertinents, les bases de données CINAHL, EMBASE, MEDLINE ainsi que PubMed ont été sollicitées. Seuls les articles en français et en anglais publiés entre les années 2000 et 2013 ont été considérés puisque la profession infirmière évolue rapidement.

Les principaux mots-clés utilisés pour la recension des écrits sont: « *scope of nursing practice, OR nursing practice, OR nursing organization, OR nursing role* » AND « *barriers, OR facilitators, OR limits, OR strategies to enhance scope of practice.*» Différentes combinaisons entre les mots-clés ont été effectuées en utilisant le marqueur booléen « ET ». Les mots-clés ont été utilisés pour rechercher leur présence dans le titre ou dans le sommaire de l'article.

Stratégies de recherches complémentaires

Des stratégies de recherches complémentaires ont été effectuées notamment : une revue de la littérature grise issue d'organismes ou d'associations professionnelles, une revue des dépôts institutionnels de thèses et mémoires de différentes universités ainsi que l'analyse de la liste des références des articles pertinents recensés afin d'en extraire des articles traitant du sujet.

Description de la stratégie de recherche pour le cadre conceptuel

Pour effectuer la recherche du cadre théorique servant à l'analyse de la problématique soulevée dans le présent travail dirigé, le mot-clé *professional practice models* a été utilisé dans la base de données CINHALL. Les différents écrits publiés en langues anglaise ou française datant entre 1996 et 2013 ont été considérés puisque plusieurs écrits traitant des MPP publiés dans les années 1990 sont encore d'actualité.

Description de la méthode de sélection des articles

La Figure 3 illustre le processus de sélection des articles pertinents. D'entrée de jeu, tous les articles traitant du sujet de recherche ont été considérés afin d'obtenir un recensement le plus large possible. La recherche initiale a ressorti 3289 articles auxquels 54 doublons ont été extraits pour un total de 3235 articles. Par la suite, 3116 articles ont été exclus puisque la lecture du titre ne nous permettait pas de conclure à une pertinence avec la problématique étudiée. Au terme de cette première sélection, 119 articles ont été retenus pour une lecture du sommaire. Après la lecture du sommaire, 63 articles ont été

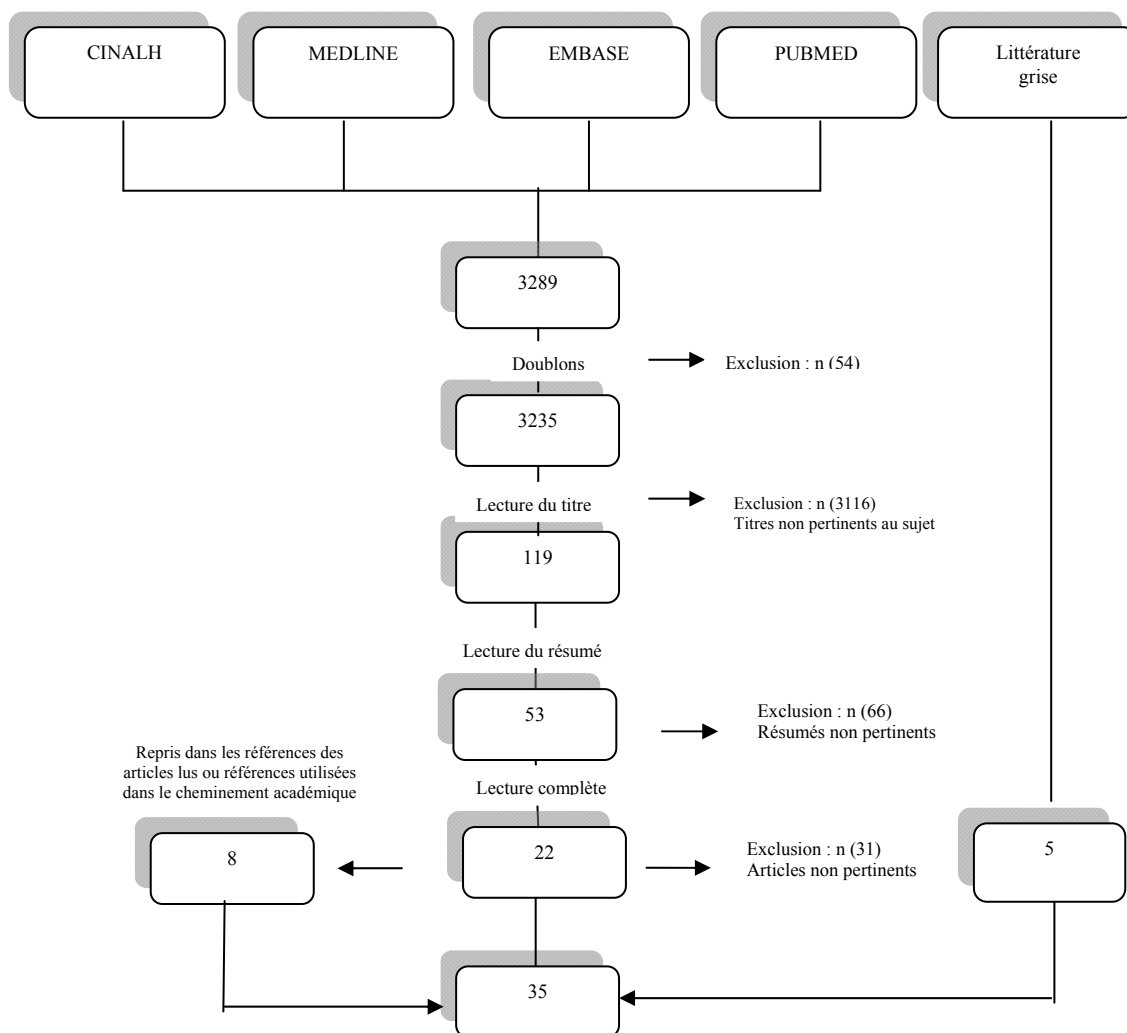


Figure 3. Processus de sélection des articles.

exclus. Afin d'analyser les 56 articles, qui ont été lus complètement, une grille d'analyse a été construite (Appendice C). Cette grille a permis de sélectionner les articles à analyser de manière détaillée. Tout d'abord, elle a permis de considérer la pertinence de l'article: est-ce que l'article traite spécifiquement du sujet ou non ? Par la suite, elle a permis d'examiner la rigueur de l'étude, notamment le type d'étude, le devis, la taille de

l'échantillon, la rigueur de la méthodologie, l'utilisation d'un modèle théorique ou conceptuel explicite ainsi que le niveau d'évidence. Les articles d'opinion ainsi que les rapports anecdotiques n'ont pas été retenus puisqu'ils ne permettent pas de cibler l'état actuel des connaissances sur l'étendue de pratique. À la suite de ce processus, 22 articles ont été retenus, 8 articles ont été ajoutés après l'examen des références citées dans les articles retenus ou à partir de références utilisées dans le cadre de mon cheminement académique et 5 références sont issues de la littérature grise, ce qui porte le total des documents retenus à 35 (voir Figure 4).

Allard et al., (2010)	Jansen et al., (2007)
Besner et al., (2005)	Jowett et al., (2001)
Borthwick et al., (2001)	Kunic et al., (2013)
Davis et al., (2002)	Lebuhn et al., (2010)
D'Amour et al., (2009)	Lillibridge et al., (2000)
D'Amour et al., (2012)	Melling et al., (2003)
Davidson et al., (2006)	Nankervis et al., (2008)
Déry, (2013)	Nathenson et al., (2007)
Dubois et al., (2012)	Oelke et al., (2008)
Dubois et al., (2013)	Patterson et al., (2003)
Duckett, (2005)	Rose, (2011)
Eagar et al., (2010)	Schluter et al., (2011)
Galuska, (2010)	Smith et al. (2006)
Gannan et al., (2010)	Sorenson et al., (2008)
Goudreau et al.,(2013)	Staples et al., (2004)
Halcomb et al., (2005)	Wheeler et al., (2013)
Institute of Medecine, (2010)	White et al., (2008)
	Wynd, (2003).

Figure 4. Liste des 35 articles retenus (auteur principal et année).

Méthodologie de l'analyse des articles

Pour chacun des 35 articles retenus, la grille présentée en Appendice C a été complétée. La troisième partie de la grille a servi à la catégorisation des éléments clés

tirés des différents articles : les facteurs facilitant ou entravant le déploiement optimal de l'étendue de pratique, ainsi que les stratégies prometteuses. Un tableau rassemblant les différentes fiches synthèses se trouve en Appendice D.

Ensuite, chaque facteur influençant le déploiement de l'étendue de pratique ainsi que les stratégies répertoriées dans la littérature ont été rattachés à une composante du modèle de pratique professionnelle du Massachusetts General Hospital (MGH). L'illustration de ce modèle sous forme de casse-tête est éloquente pour la représentation et l'analyse des résultats du travail dirigé, car cela offre une vue d'ensemble des composantes favorisant le développement d'une pratique professionnelle. Imbriquées les unes dans les autres, les différentes composantes du modèle de pratique professionnelle constituent des leviers visant à favoriser la pratique professionnelle et contribuent par la même occasion au déploiement optimal de l'étendue de pratique. Ainsi, il est possible de penser qu'un facteur limitant l'une ou l'autre des composantes du MPP pourrait constituer un frein au développement d'une pratique professionnelle, donc au déploiement optimal de l'étendue de pratique. La métaphore du casse-tête est utile à cet effet, lorsqu'il manque un morceau, l'image n'existe pas dans son entièreté. À titre d'exemple, prenons la dimension : «Optimisation de la qualité et sécurité des soins». Le déploiement optimal de cette dimension de l'étendue de pratique est certainement renforcé par le développement de standards de pratique, les résultats probants et la recherche, deux composantes du MPP ciblé. En effet, ne pas référer à des standards de pratique reconnus pour dispenser les soins pourrait diminuer la qualité et la sécurité des soins donc limiter le déploiement d'une des six dimensions de l'étendue de pratique.

En complément au cadre de référence, les six dimensions de l'outil (QÉPI) conçu par D'Amour et al. (2012) - évaluation et planification des soins, enseignement à la clientèle et aux familles, communication et coordination des soins, intégration et encadrement du personnel, optimisation de la qualité et sécurité des soins ainsi que la mise à jour et utilisation des connaissances - seront utilisées afin d'y associer, lorsque pertinent, certaines stratégies identifiées dans le présent travail dirigé. Ainsi, en surplus d'une association à une ou des composantes du MPP du MGH, certaines stratégies seront également reliées à une ou des dimensions du QÉPI. Cette mise en relation pourrait être utile dans la détermination des stratégies pertinentes à mettre en place en fonction des dimensions de l'étendue de pratique à bonifier. Le QÉPI constitue un outil intéressant pour faire l'analyse continue de l'étendue effective de la pratique en permettant de cibler les dimensions moins déployées et établir ensuite les stratégies à mettre en place.

Résultats

Au final, 35 documents ont été retenus pour réaliser ce travail dirigé dont 30 articles scientifiques et 5 documents issus de la littérature grise. La majorité des documents analysés (21) avaient pour objet l'étendue de pratique infirmière et mettaient en lumière différents facteurs ou stratégies potentielles d'influence sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique infirmière. Treize documents ne portaient pas spécifiquement sur l'étendue de pratique infirmière, mais abordaient soit la notion d'étendue de la pratique des professionnels en général ou encore des facteurs ou stratégies ayant une influence sur l'utilisation optimale des ressources en santé. Seulement, un article catégorisé «hors sujet» a été retenu puisqu'il traitait d'un enjeu pouvant influencer l'étendue de pratique soit le professionnalisme (voir Figure 5).

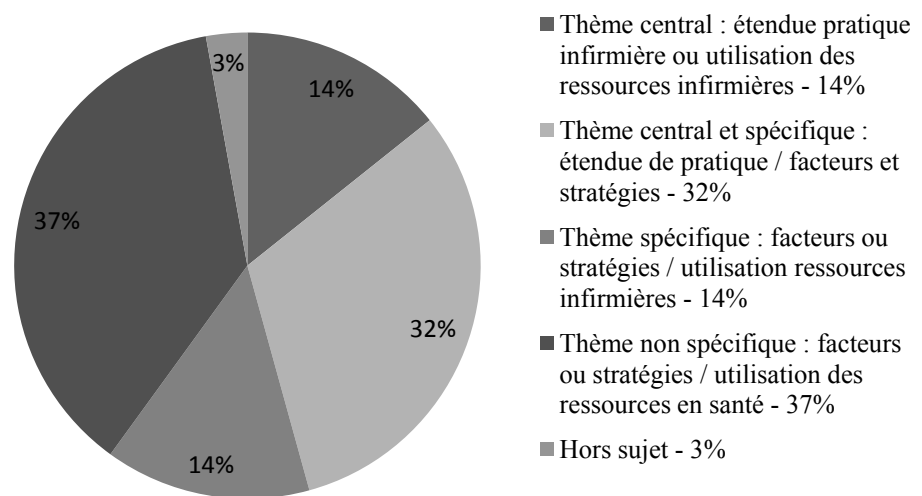


Figure 5. Répartition des articles en fonction des thèmes abordés

Parmi les 35 articles, les principaux devis utilisés sont : descriptifs (13), devis mixtes (4), rapports d'associations ou comité de spécialistes (5), revue de littérature (2), autres types de devis (4). Parmi les articles recensés, sept (7) n'ont pas de devis ou stratégies de recherche en particulier, ils ont malgré tout été considérés, puisque la littérature sur le sujet de recherche n'abonde pas et ces articles rapportaient des éléments que d'autres recherches avaient également soulevés.

Les différents facteurs influençant le déploiement de l'étendue de pratique de même que les stratégies potentielles d'influence pour maximiser l'étendue de pratique des infirmières sont présentés en fonction des neuf composantes du modèle de pratique professionnelle du Massachusetts General Hospital.

L'étendue de pratique des infirmières est influencée par différents facteurs qui limitent ou facilitent son déploiement. Lorsque ces facteurs sont identifiés, des stratégies peuvent être mises en place pour les renforcer ou encore y remédier afin d'assurer le déploiement optimal de l'étendue de pratique infirmière. La présente section vise à présenter les résultats obtenus lors de la recension des écrits. Dans un premier temps, les principaux facteurs tirés de la littérature, qui facilitent ou entravent le déploiement de l'étendue de pratique seront énumérés. Dans un deuxième temps, diverses stratégies potentielles visant à maximiser l'étendue de pratique des infirmières seront inventoriées.

Composante 1 : Vision et valeur

Selon Erickson et al. (2011), cette première composante oriente la contribution spécifique de la profession infirmière. Les valeurs influencent tant le développement des

programmes de formation que la pratique professionnelle (Hoffart et al., 1996). Elles sont acquises au cours de la formation et sont renforcées notamment par les standards de pratique ainsi que les normes professionnelles et institutionnelles (MGH, 2014). Pour les besoins du présent travail dirigé, cette composante intègre les aspects relatifs à l'identité professionnelle tels que les valeurs professionnelles, les savoirs propres, les idéologies ainsi que la conception de la profession. Cette composante touche à la fois des éléments d'ordre individuel, organisationnel et sociopolitique.

Facteurs influents. Tout d'abord, un facteur d'ordre individuel associé à la vision et aux valeurs ressort de façon majeure dans la littérature et consiste en la difficulté qu'ont les infirmières à décrire leur étendue de pratique (Besner et al., 2005; Jowett et al., 2001; Melling et al. 2003; Oelke et al. 2008). La manière de définir et d'implanter l'étendue de pratique infirmière est variable (Lebuhn & Swankin, 2010; Halcomb et al., 2010) et manque de définition précise (Besner et al., 2005; Lilibridge, Axford & Rowley, 2000). Ceci fait en sorte qu'il n'existe pas de compréhension commune et claire de la notion d'étendue de la pratique infirmière (Eagar, Cowin, Gregory & Firtko, 2010; Nankervis, Kenny & Bish, 2008). Plusieurs auteurs indiquent que les infirmières ont tendance à décrire leur étendue de pratique en fonction des tâches techniques qu'elles exécutent (Oelke et al. 2008; Besner et al. 2005; Melling et al., 2003; Nankervis et al., 2008; Schulter, Seaton, & Chaboyer, 2011; White et al., 2008) plutôt qu'en relation avec leur rôle professionnel qui consiste à mettre en pratique les activités professionnelles et les dimensions de l'étendue de pratique infirmière. Ainsi, pour se définir, les infirmières

mettent davantage l'accent sur le rôle biomédical, associé à l'exécution de tâches de nature médicales, et les habiletés techniques comme les injections (Melling et al. 2003; Halcomb et al. 2005; White et al., 2008). Cette difficulté à décrire la notion d'étendue de pratique limite son déploiement optimal, car cette manière prédominante à se définir en termes d'aspects techniques ou médicaux peut mener au délaissement des connaissances et compétences propres aux infirmières.

Un autre facteur d'ordre individuel consiste en la conception que les infirmières ont du déploiement optimal de l'étendue de pratique. Pour certaines, déployer de manière optimale l'étendue de pratique exclut l'intervention au chevet du patient et implique des tâches additionnelles plutôt que la mise en œuvre de la planification et l'évaluation par l'utilisation du raisonnement clinique (Nankervis et al., 2008). Pour d'autres, elles ne voient simplement pas de raison à modifier leur pratique et ne valorisent pas leur participation à ce changement qui risque de contrecarrer, à leur point de vue, l'intervention au chevet du patient (Wheeler & Foster, 2013). La perception et la conception individuelle du déploiement optimal de l'étendue de pratique influenceront sa mise en œuvre. Ainsi, une infirmière ayant la perception que déployer son étendue de pratique implique de ne plus dispenser de soins au chevet du patient risque de ne pas participer aux efforts et maintenir le statu quo.

D'un point de vue organisationnel, certains milieux cliniques organisent encore les soins de manière à renforcer le « rôle dépendant » de l'infirmière aux traitements médicaux prescrits par le médecin (Smith, Smith, Boechler, Giovannetti & Lendrum, 2006) soit un rôle qui s'articule autour de l'exécution d'ordonnances médicales ou

encore de délégation d'actes médicaux (Patterson & McMurray, 2003). Malgré l'évidence qu'un changement de pratique est requis, l'opposition de certaines organisations quant à la modification des politiques et des pratiques demeure un défi (Davidson, Elliott & Daly, 2006). Cette façon d'organiser les soins est limitative et ne favorise pas le déploiement optimal de l'étendue de pratique infirmière, car cela ne permet pas de mettre en œuvre les six dimensions de l'étendue de pratique qui ne relèvent pas d'une ordonnance médicale.

Un autre facteur pouvant s'associer à la vision et aux valeurs est l'influence et le pouvoir politique. Les infirmières manquent d'influence et de pouvoir politique (IOM, 2010; Nankervis et al., 2008) et elles considéreraient l'implication politique comme étant non nécessaire et indésirable (Melling et al., 2003). Elles ne semblent pas prêtes à faire un virage en ce sens ce qui leur attribue un statut politique faible (Borthwick & Galbally, 2001) et diminue la charge d'influence collective pouvant mener à un changement considérable (Patterson et al., 2003). Dans le même ordre d'idées, Wheeler et al.(2013) indiquent que les infirmières perçoivent leur participation à la gouvernance partagée comme étant plus ou moins nécessaire et attribuent une valeur supérieure à la prestation des soins au chevet du patient. Plusieurs infirmières pensent que l'investissement dans la sphère « gestion » se fait au détriment des soins aux patients (Schluter et al., 2011). Ce manque d'influence et de pouvoir politique a un impact sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique, puisque cela limite les représentations visant à assurer le développement de la pratique infirmière d'un point de vue politique.

Stratégies. Quelques stratégies pouvant s'associer à la composante « vision et valeurs » ont pu être mises en lumière à partir de la littérature. Plusieurs auteurs s'entendent sur la nécessité de clarifier la notion d'étendue de pratique infirmière (Davis et al., 2002; Eagar et al., 2010; Besner et al., 2005; White et al., 2008) tant d'un point de vue individuel, organisationnel que sociopolitique. À cet effet, une meilleure compréhension de la législation en vigueur est nécessaire (Schluter et al., 2011), mais une définition commune de ce qui constitue l'étendue de pratique l'est également (Lillibridge et al., 2000; Melling et al., 2003). De fait, sur le plan individuel, les infirmières doivent être au clair avec leur identité professionnelle afin d'être en mesure de décrire la pratique infirmière en terme de connaissances et de principes qui mettent en valeur leur contribution unique (Melling et al., 2003; White et al., 2008). Elles doivent pouvoir expliquer les bases théoriques qui sous-tendent leur pratique afin de mieux articuler ce qui motive leurs actions (White et al., 2008) et l'évaluation clinique devrait être l'activité centrale (Schluter et al., 2011). Pour ce faire, les infirmières doivent se mobiliser individuellement, mais également collectivement afin de mieux comprendre leur étendue de pratique et sa mise en œuvre notamment par les activités professionnelles prévues au cadre législatif, mais également par les six dimensions de leur étendue de pratique telles que définies par D'Amour et al. (2012).

Par ailleurs, face aux craintes exposées de perdre la prestation de soins directs aux patients, les infirmières doivent être rassurées et encadrées, car leur étendue de pratique comporte plusieurs activités qui ne peuvent être réalisées sans la présence au chevet, telles que l'évaluation et la planification des soins de même que l'enseignement à

la clientèle et aux familles. Cette présence régulière au chevet du patient ainsi que leur compréhension fine du processus de soins confèrent aux infirmières une occasion inestimable d'agir comme partenaire privilégiée de l'équipe de soins (IOM, 2010). Toutefois, une compréhension des activités qui opérationnalisent l'étendue de pratique est cruciale sur le plan organisationnel afin d'assurer l'adhésion au virage anticipé et le déploiement optimal de l'étendue de pratique notamment par la mise en œuvre des activités professionnelles et spécifiques découlant des six dimensions de l'étendue de pratique.

Pour ce qui est de l'aspect politique, les infirmières doivent développer un usage stratégique et influent du pouvoir et des connaissances infirmières (Jansen, 2008) pour maximiser leur potentiel, notamment en exigeant une place sur les tables de décision (Wynd, 2003) et en s'exprimant davantage sur la place publique afin de se faire entendre (D'Amour et al., 2009). Les infirmières doivent s'engager dans une action collective visant à influencer les décideurs et faire valoir la mise en œuvre du rôle par le déploiement optimal de l'étendue de pratique pour améliorer les soins aux patients et faire avancer la profession (Patterson et al., 2003). Elles doivent être capables de promouvoir leur valeur ajoutée tant pour les soins aux patients que pour le système de santé (IOM, 2010; Melling et al., 2008; Sorenson, Iedeman & Severinsson, 2008; White et al., 2008), contribuer aux débats et s'engager dans les processus afin de renforcer leur rôle (Nankervis et al., 2008). Selon Gannan, Underwood, Matthews, Goodyear, Stamler, Meagher-Stewart & al. (2010), pour optimiser le déploiement de l'étendue de pratique, il faut attirer, développer et soutenir un leadership infirmier fort capable d'influencer le

gouvernement et les différents niveaux du système. Ainsi, le développement de la compétence de leadership s'avère un élément fondamental pour le déploiement optimal de l'étendue de pratique (Gannan et al., 2010), mais également pour engager une action politique et collective visant à influencer les orientations du système de santé (Borthwick et al., 2001; Davidson et al., 2006). Pour ce faire, il faut que toutes infirmières soient capables et encouragées à développer leur compétence de leadership tant d'un point de vue clinique que d'un point de vue organisationnel et sociopolitique afin de contribuer à l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins (Galuska, 2012; Goudreau, Pepin, Larue, Legault, Boyer, Dubois et al., 2013; Sorenson et al., 2008). Elles « doivent être formées pour influencer l'organisation des services de santé et pour mener des efforts d'amélioration de la qualité des soins de santé » (Goudreau et al., 2013, p.9). Le développement et le renforcement continu de la compétence de leadership auront un impact sur l'ensemble des dimensions clés de l'étendue de pratique. Le tableau 1 présente une synthèse des facteurs et stratégies associés à la composante « Vision et valeur».

Tableau 1

Synthèse des facteurs et stratégies : « Vision et valeur »

Facteurs
<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à décrire la notion d'étendue de la pratique. (-) • Perception et conception individuelles du déploiement optimal de l'étendue de pratique. (+ ou -) • Manque d'influence et de pouvoir politique. (-)

Synthèse des facteurs et stratégies : « Vision et valeur » (suite)

Stratégies

- Clarifier et définir la notion d'étendue de pratique.
- Développer un usage stratégique et influent du pouvoir par un engagement collectif des infirmières à plusieurs niveaux.
- Contribuer aux débats visant à renforcer le rôle infirmier.
- Miser sur le développement et le renforcement continu de la compétence de leadership clinique.

Note. (-) Influence négative sur le déploiement de l'étendue de pratique. (+) Influence positive sur l'étendue de pratique.

Composante 2 : Standards de pratique

Cette composante vise à s'assurer le maintien du plus haut niveau de qualité des soins par l'intermédiaire de balises, lignes directrices ou normes de pratique. Elle sert à orienter le déploiement de l'étendue de pratique infirmière en fonction des résultats probants et la recherche (MGH, 2014).

Facteurs influents. Bien que la littérature traite abondamment de la notion des meilleures pratiques, très peu d'écrits sur ce sujet établissent des liens spécifiques avec le déploiement de l'étendue de pratique. Selon Besner et al. (2006), le déploiement de l'étendue de pratique serait grandement influencé par l'inconsistance des pratiques et politiques des l'établissement qui imposent, de manière injustifiée, des limites. Par exemple, au Québec, l'existence d'ordonnances collectives provinciales pour quatre situations cliniques devrait contribuer à optimiser plusieurs activités professionnelles réservées donc le déploiement de l'étendue de pratique. Or, selon des données recueillies auprès d'établissements, leur utilisation demeure à géométrie variable, puisqu'elles

doivent faire l'objet d'une adoption locale par les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des établissements, qui peuvent choisir de modifier ou refuser l'utilisation de l'ordonnance ce qui retarde leur intégration à grande échelle et limite le déploiement optimal de l'étendue de pratique par la même occasion.

Stratégies. Selon la littérature recensée, il s'avère que des outils tels que des lignes directrices et des protocoles seraient perçus comme étant des avenues intéressantes pour gagner de l'influence, de l'autonomie dans la prise de décision clinique et diminuer la variabilité de la pratique professionnelle (Jowett et al., 2000; Nankervis et al., 2008; Rose, 2011). Ainsi, il y aurait lieu de développer des lignes directrices, des politiques et des procédures spécifiques basées sur des résultats probants et les meilleures pratiques pour mieux accompagner les infirmières dans la mise en œuvre de leur rôle afin de maximiser l'étendue de pratique et permettre un travail plus autonome des infirmières (Jowett et al., 2001; Nankervis et al., 2008; Staples & Earle, 2004). Ces outils devraient être normés et développés par des comités d'experts à partir de données probantes. La mise en œuvre de tels outils aurait certainement un impact sur la dimension «évaluation et planification des soins», mais également sur la dimension «optimisation de la qualité et sécurité des soins». Le tableau 2 présente une synthèse des facteurs et stratégie associés à cette composante.

Tableau 2

Synthèse des facteurs et stratégie : « Standards de pratique »

Facteurs influents
<ul style="list-style-type: none"> • Inconsistance dans les politiques et procédures des organisations. (-) • Adoption locale d'outils cliniques. (-)
Stratégie
<ul style="list-style-type: none"> • Développer des outils spécifiques pour soutenir les organisations et les infirmières dans la mise en œuvre du rôle infirmier.

Composante 3 : Pratique réflexive

Une pratique réflexive sert à partager et à réfléchir sur la pratique clinique. Elle aide le clinicien à mieux comprendre sa pratique par l'analyse de ses forces et ses limites, mais également à échanger avec ses pairs afin d'assurer le développement de son jugement clinique (MGH, 2014).

Facteurs influents. La littérature n'abonde pas en facteurs pouvant influencer le déploiement de l'étendue de pratique qui peuvent s'intégrer à cette composante du MPP. Par contre, le phénomène de l'isolation professionnelle, c'est-à-dire le manque de lien entre les infirmières, a été mentionné à quelques reprises dans la littérature recensée, ainsi que le manque d'occasion de réseautage (Allard et al., 2010; Galuska, 2012; Halcomb et al., 2005) qui limiteraient le partage d'information entre les infirmières. Certains auteurs indiquent que le contexte de pratique, le réseautage et la rétroaction par les pairs assurent le développement continu des compétences (Allard et al., 2010;

Galuska, 2012; Goudreau et al., 2013). Les travaux menés par une équipe de chercheurs québécois ont démontré que l'absence de périodes consacrées à la réflexion et à la discussion pendant le temps de travail des infirmières nouvellement diplômées nuit au développement du raisonnement et du leadership cliniques infirmiers, deux compétences associées à la compréhension et à l'intégration des différentes dimensions du rôle infirmier (Goudreau et al., 2013).

Stratégies. Parmi les stratégies potentielles d'influence inventoriées dans la littérature, il importe de favoriser les occasions de réseautage (Allard et al., 2010; Galuska, 2012; Halcomb et al., 2005) comme la création de communautés de pratique, de groupes d'intérêt professionnel, afin de partager les connaissances et les compétences et ainsi promouvoir l'identité professionnelle (Patterson et al., 2003; Sorenson et al., 2008). Dans le même ordre d'idées, Schluter et al. (2011) indiquent que les infirmières devraient réfléchir continuellement à leur pratique afin d'assurer une cohérence entre leurs actions et la législation entourant leur étendue de pratique. En somme, l'instauration dans les milieux cliniques de moments consacrés à la réflexion sur les soins et le rôle de l'infirmière à même leur temps de travail est nécessaire pour assurer le développement des compétences de raisonnement et de leadership cliniques des infirmières, compétences fondamentales à l'exercice de la profession infirmière (Goudreau et al., 2013). Bref, les organisations devraient prévoir des moments de réflexion pour que les infirmières puissent poursuivre leurs apprentissages dans l'action (Galuska, 2012; Kunic & Jackson, 2013) et ainsi bonifier le déploiement des six

dimensions de l'étendue de pratique. Le tableau 3 présente une synthèse des facteurs et stratégies associés à la composante « Pratique réflexive ».

Tableau 3

Synthèse des facteurs et stratégies : « Pratique réflexive »

Facteurs influents
<ul style="list-style-type: none"> • Présence de réseautage et rétroaction par les pairs. (+) • Absence de période consacrée à la réflexion sur la pratique. (-)
Stratégies
<ul style="list-style-type: none"> • Création de groupes d'intérêt professionnel à des fins de réseautage. • Instauration de moments consacrés à la réflexion sur les soins et le rôle infirmier dans les milieux cliniques pour permettre l'apprentissage dans l'action.

Composante 4 : Développement professionnel

Les activités visant le développement professionnel sont importantes pour que les infirmières dispensent des soins de qualité. Le développement professionnel soutient le déploiement des compétences tout en fournissant une avenue pour la croissance et la progression de carrière. Il inclut l'orientation, la supervision (préceptorat, mentorat), la formation initiale et continue et les activités favorisant l'avancement des connaissances infirmières (MGH, 2014).

Facteurs influents. La littérature recensée met en relief plusieurs éléments pouvant être intégrés à cette composante du MPP. Selon des auteurs, l'éducation (Jowett et al., 2001; Besner et al., 2005; Nankervis et al., 2008; Oelke et al., 2008) et l'expérience (Besner et

al., 2005; Nankervis et al., 2008; Oelke et al., 2008) influencent le déploiement de l'étendue de pratique.

Tout d'abord, plusieurs auteurs indiquent que la formation et la compétence ont une grande influence sur le déploiement de l'étendue de pratique (Besner et al., 2005; Davis et al., 2002; Duckett, 2005; Jowett et al., 2001; Nankervis et al., 2008; Oelke et al., 2008; Patterson et al., 2003; Schluter et al., 2011; Staples et al., 2004). La préparation académique individuelle est essentielle au développement des compétences nécessaires à l'exercice de la profession infirmière (Davis et al., 2002; Nankervis et al., 2008) et facilite la compréhension et le développement du rôle infirmier (Patterson et al., 2003). Selon une étude menée par Jowett et al. (2001), 41 % des répondantes affirmaient qu'une formation adéquate était cruciale et importante pour clarifier et favoriser le développement de la profession infirmière. Toujours en lien avec la formation, plusieurs auteurs affirment que l'étendue de pratique des infirmières pouvait varier et être influencée selon le niveau de formation des infirmières (Besner et al., 2005; Staples et al., 2004; White et al., 2008). Ce concept de variabilité de l'étendue de pratique selon les niveaux de formation est d'autant plus important à considérer puisqu'à l'heure actuelle, la structure de la formation infirmière tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, implique différents niveaux de formation. Au Québec, il existe deux catégories d'infirmières : les infirmières auxiliaires et les infirmières, mais trois niveaux de formation distincts sont associés à ces catégories. Le niveau de formation secondaire donne accès au titre d'infirmière auxiliaire, la formation collégiale et la formation universitaire donnent toutes les deux accès au titre d'infirmière. La description des

compétences sans effectuer de clarification à l'égard des distinctions entre les différents niveaux de formation amène certaines ambiguïtés dans les attentes quant aux rôles (Besner et al., 2005). Ce manque de distinction entre les différents niveaux de formation des infirmières influence également l'utilisation de ces ressources (White et al., 2008). Selon un rapport déposé par Dubois, Dallaire, Lavoie-Tremblay, Matthieu, Pepin, Brault, et al. (2013) du Centre de formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI) : « La structure actuelle de formation ne permet pas de doter l'ensemble des infirmières des compétences requises pour occuper toute l'étendue de leur champ de pratique dans les divers contextes de soins (2013, p.192). » Aussi, des rapports de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé soulignent l'importance de renouveler les programmes de formation tant initiale que continue pour former des infirmières de plus haut niveau (Goudreau et al., 2013).

Dans le même ordre d'idées, des auteurs rapportent que les infirmières préparées à un niveau universitaire semblent davantage enclines à aborder leur étendue de pratique de manière plus holistique (White et al., 2008). En effet, il a été démontré que les infirmières cliniciennes, détentrices d'un baccalauréat, ont une étendue de pratique significativement plus élevée que les infirmières techniciennes, détentrices d'une technique en soins infirmiers (Déry, 2013) et plus encore, si les infirmières cliniciennes sont détentrices d'un poste équivalent à leur formation (D'Amour et al., 2012 ; Déry, 2013). Il apparaît donc que le niveau de formation a une influence sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique.

L'accès à la formation initiale et continue constitue également un facteur influençant le déploiement de l'étendue de pratique. Toutefois, le niveau de soutien à la formation varie d'une organisation à l'autre, ce qui peut restreindre l'accessibilité à la formation. Ainsi, l'absence de stratégies organisationnelles favorisant la formation ou encore l'imposition de différentes restrictions budgétaires à l'égard de la formation freinent le développement de la pratique et l'utilisation optimale des infirmières (Davis et al., 2002; Halcomb et al., 2005). Selon Oelke et al. (2008), le soutien à la formation continue et l'augmentation des occasions de formation sont d'importants facilitateurs au déploiement de l'étendue de pratique contrairement au manque d'opportunité de formation qui constitue une barrière au déploiement de l'étendue de pratique (Patterson et al., 2003).

Par ailleurs, le manque d'accès à des programmes de mentorat aurait également un impact sur le déploiement de l'étendue de pratique (Halcomb et al. 2005) et rend difficile la transition entre l'école et la pratique (IOM, 2010). De plus, à l'heure actuelle, la transition entre la formation initiale et le monde du travail semble mettre en péril la poursuite du développement des compétences de raisonnement et de leadership cliniques infirmiers auprès des infirmières novices, compétences fondamentales à l'exercice de la profession infirmière (Goudreau et al., 2013). Donc, ce manque de mécanismes facilitant la transition entre l'école et la pratique influence négativement le déploiement de l'étendue de pratique.

Outre la formation initiale et continue, plusieurs auteurs citent l'expérience de travail comme un facteur influençant le déploiement de l'étendue de pratique (Besner et

al., 2005; Davies et al., 2002; Nankervis et al., 2008; Schluter et al., 2011; White et al., 2008). Bien qu'une variance dans la mise en œuvre du rôle puisse être observée en fonction du statut de novice à experte (Halcomb et al., 2008), l'impact de ce facteur sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique semble inégal. D'une part, des infirmières avec moins d'expérience, ayant été interrogées dans le cadre d'une étude, croient qu'elles seront davantage en mesure de déployer leur étendue de pratique lorsqu'elles auront acquis plus d'expérience (White et al., 2008). Ce constat semble également confirmé dans une étude menée par Davies et al., (2002), où 84% des répondantes infirmières ont déclaré que l'expérience a contribué complètement ou grandement à l'appropriation de leur rôle. D'autre part, des études démontrent que les infirmières ayant moins de 5 ans d'expérience ont une étendue de pratique plus large quant à l'«évaluation et la planification des soins», l'«enseignement à la clientèle et aux familles» et la «mise à jour et utilisation des connaissances » (D'Amour et al., 2012; Déry, 2013).

Stratégies. Face à ces facteurs, il appert que les infirmières doivent être mieux formées (IOM, 2010) pour contribuer au modelage des politiques, travailler efficacement en interdisciplinarité, planifier et gérer des services efficients et efficaces (Borthwick et al., 2001). Ainsi, sur le plan sociopolitique, s'assurer que la main d'œuvre infirmière soit adéquatement préparée pour dispenser des soins de qualité en fonction des besoins de la population s'avère un incontournable (Kunic et al., 2013). Sur le plan individuel, les infirmières doivent chercher à améliorer leur pratique, mais les organisations doivent leur permettre d'avoir accès à des ressources éducationnelles pour améliorer leur

pratique (Patterson et al., 2003). Il est donc crucial de favoriser et renforcer le soutien et l'accès à toute initiative de développement professionnel (Allard et al., 2010; D'Amour et al., 2012; Halcomb et al., 2005; Jowett et al., 2001; Oelke et al., 2008; Patterson et al., 2003; Staples et al., 2004) en identifiant les barrières organisationnelles restreignant l'accès à la formation et en assurant un investissement constant dans la formation par les gouvernements (Nankervis et al., 2008). Le renforcement du soutien et de l'accès à des opportunités de développement professionnel bonifiera la dimension «intégration et encadrement du personnel» ainsi que la « mise à jour et utilisation des connaissances».

Le soutien et l'accès à la formation sont des éléments essentiels, mais il faut également un système de formation solide. La mise en place d'un programme d'éducation et d'accréditation déterminé qui soutient le développement professionnel et le perfectionnement (Halcomb et al., 2005; Melling et al., 2003) est un élément clé à considérer. Ainsi, face à la situation québécoise et les différents niveaux de formation, il appert qu'une standardisation des compétences en fonction des différents niveaux (Besner et al., 2005) serait requise et souhaitable de même que la mise en place de mécanismes visant à mieux cerner les distinctions entre les différents niveaux (Nankervis et al., 2008). Il faut renforcer le répertoire de compétences des infirmières afin qu'elles soient pleinement habilitées à occuper l'ensemble de leur étendue de pratique (Dubois et al., 2013). Pour ce faire, une infrastructure de formation visant le déploiement de l'étendue de pratique (Halcomb et al., 2005) par une formation plus approfondie est requise afin d'assurer un fondement solide aux infirmières et leur permettre d'exercer des rôles plus complexes (Ducket, 2005). En somme : « Les

infirmières devront, pour optimiser leur contribution au système, acquérir une gamme d'habilités complémentaires [...] qui, au Québec, trouvent surtout écho dans les programmes de formation universitaire » (Dubois et al., 2013, p.189). Le rehaussement de la formation infirmière à un niveau universitaire serait un levier pertinent et utile pour doter les infirmières des compétences requises pour exercer leur rôle et assurer une couverture complète du champ d'exercice infirmier (Dubois et al., 2013) et le déploiement de toutes les dimensions de l'étendue de pratique définies par D'Amour et al. (2012).

Une autre stratégie, l'instauration d'un programme de résidence standardisé serait pertinente pour permettre une meilleure appropriation de la mise en œuvre du rôle infirmier (Allard et al., 2010; Kunic et al., 2013). Par exemple, l'instauration d'un tel programme de résidence aux États-Unis a démontré des retombées intéressantes quant au taux de rétention des infirmières et à l'acquisition d'habiletés reliées à la prise de décision clinique, d'autonomie et d'engagement dans la profession infirmière (IOM, 2010). Dans un même ordre d'idée, le développement d'un programme de mentorat ou d'un programme de supervision clinique, en continuité avec les milieux de formation, qui assurent la mise en pratique des connaissances et le développement continu des compétences (Davidson et al., 2006; Galuska, 2012; Goudreau et al., 2013; Wheeler et al., 2013) s'avère une stratégie pertinente pour assurer le déploiement optimal de l'étendue de pratique. D'autant plus, qu'une étendue de pratique plus large a été constatée auprès des infirmières au cours des cinq premières années de leur pratique (D'Amour et al., 2012). Ainsi, la mise en œuvre de cette stratégie aurait possiblement un

impact sur la dimension de l'étendue de pratique : «intégration et l'encadrement du personnel», mais également sur la dimension touchant la «mise à jour et l'utilisation des connaissances». Le tableau 4 présente une synthèse des facteurs et stratégies associés à la composante «Développement professionnel».

Tableau 4

Synthèse des facteurs et stratégies : « Développement professionnel »

Facteurs influents
<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs niveaux de formation. (-) • Manque d'accès à la formation initiale et continue. (-) • Manque d'accès à des programmes de mentorat. (-) • Expérience de travail. (+ou -)
Stratégies
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer l'accès à des programmes de formation initiale et continue permettant le développement des compétences. • Rehaussement de la formation initiale des infirmières à un niveau universitaire afin de renforcer leur répertoire de compétences. • Instauration de programmes de résidence, de mentorat ou de supervision clinique.

Composante 5 : Soins centrés sur le patient

Cette composante du MPP est la pièce centrale et constitue la pierre angulaire du modèle de pratique professionnelle. Elle oriente le choix des ressources, des modèles de dispensation de soins, des programmes et des processus. Elle vise le plus haut niveau de qualité au meilleur coût pour le patient. Les milieux de soins peuvent évoluer, les soins centrés sur les besoins des patients demeurent et les infirmières auront toujours un rôle crucial à jouer (MGH, 2014).

Facteurs influents. L'acuité et la complexité des besoins de soins des patients influencent le déploiement optimal de l'étendue de pratique (Besner et al. 2005; Oelke et al., 2008; White, 2008). L'acuité élevée et la complexité des besoins de soins des patients peuvent constituer des barrières au déploiement optimal de l'étendue de pratique en alourdissant la charge de travail, ce qui peut influencer, par exemple, le temps infirmier consacré à une évaluation clinique en profondeur (Besner et al., 2005; Oelke et al., 2008). D'un autre côté, des infirmières indiquent déployer davantage leur étendue de pratique au sein d'unité où la technologie est plus avancée (Besner et al., 2005; White et al., 2008), ce qui leur permet de se concentrer davantage sur leur rôle.

Plusieurs auteurs affirment que l'adoption de certains modèles d'organisation des soins infirmiers par les milieux de soins influence le déploiement optimal de l'étendue de pratique (Besner et al., 2005 ; Dubois, D'Amour, Tchouaket, Rivard, Clarke & Blais, 2012; Duckett, 2005). Bien qu'il existe beaucoup de données sur les composantes des différents modèles d'organisation des soins, très peu documentent leurs impacts réels sur l'organisation des soins (Dubois et al., 2012). Par ailleurs, les restructurations du réseau de la santé au Québec ont résulté en la mise en place de nombreux modèles qui varient en terme de dotation, de déploiement d'étendue de pratique et d'environnement de travail (Dubois et al., 2012). Ce manque réel de théorie unificatrice ou de cadre de référence incorporant les diverses facettes de l'organisation des soins infirmiers contribue à fragmenter la compréhension de l'organisation des soins (Dubois et al., 2012). De plus, l'absence d'évaluation systématique des modèles d'organisation des soins empêche les

débats au-delà de l'émotivité et de la perception individuelle du rôle infirmier, car la plupart des modèles sont développés en réponse à des besoins perçus individuellement et localement (Davidson et al., 2006) et non afin de favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique.

Stratégies. L'adoption d'un modèle d'organisation des soins qui fournit l'occasion d'articuler la spécificité du rôle infirmier s'avère être une stratégie pertinente pour que les infirmières puissent se concentrer sur les activités à valeur ajoutée pour lesquelles elles possèdent les connaissances et les compétences (Jansen, 2007; Nathenson et al., 2007). En effet, le choix d'un modèle d'organisation des soins pourrait compromettre ou favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique des infirmières (Dubois et al., 2012; Nankervis et al., 2008; Smith et al., 2005). Les modèles d'organisation des soins qui maximisent l'utilisation des ressources en misant sur la complémentarité des rôles au sein de l'équipe de soin (Besner et al., 2005; Dubois et al., 2012; Nathenson et al., 2007), mettent l'accent sur les activités centrales de l'infirmière et les guident à être partenaires avec la famille et le patient (D'Amour et al., 2012) sont davantage prometteurs. À titre d'exemple, un modèle d'organisation des soins mis en place au Madonna Rehabilitation Hospital aux États-Unis (Nanthenson et al., 2007) visant à maximiser le rôle des infirmières par l'utilisation optimale des ressources, en instaurant une collaboration avec d'autres types de soignants pour réaliser les activités qui ne requièrent pas les connaissances et les compétences exclusives aux infirmières, a eu un impact intéressant. Avant l'implantation du modèle, 38 % du temps infirmier était consacré à des activités infirmières essentielles comme l'évaluation, la planification des soins, etc. Après

l'implantation du modèle, c'était 45 %, et ce, sans ajout de ressources infirmières. Par ailleurs, la perception des infirmières quant à leur niveau d'autonomie et leur statut professionnel a également augmenté après l'implantation du modèle. Une autre étude visant à présenter une taxonomie théorique et empirique fondée sur des modèles d'organisation des soins infirmiers au sein d'unité de soins de courte durée au Québec (Dubois et al., 2012) démontre que les modèles d'organisation de soins de type fonctionnel adapté, incluant une prestation de services partagés avec d'autres types de professionnels notamment des infirmières auxiliaires, sont plus enclins à favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Ainsi, il est possible de penser que, dans les modèles de type fonctionnels adaptés, les infirmières confient davantage les activités jugées non essentielles à d'autres professionnels, ce qui leur permet de se concentrer sur les dimensions propres à leur étendue de pratique comme l'«évaluation et la planification des soins», l'«enseignement à la clientèle et aux familles», de même que la «communication et coordination des soins». Par contre, il serait pertinent d'approfondir les recherches pour évaluer l'impact des modèles d'organisation de soins sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Le tableau 5 présente une synthèse des facteurs et stratégies associés à la composante «Soins centrés sur le patient».

Tableau 5

Synthèse des facteurs et stratégies : « Soins centrés sur le patient »

Facteurs influents

- Acuité et complexité des besoins de soins des patients. (-)
- Types de modèles de prestation de soins déployés dans les milieux. (+ ou -)

Synthèse des facteurs et stratégies : « Soins centrés sur le patient » (suite)

Stratégies

- Adoption de modèles d'organisation des soins qui fournissent l'opportunité d'articuler la spécificité du rôle infirmier.
 - Approfondir les recherches afin d'évaluer l'impact des différents modèles d'organisation des soins sur le déploiement de l'étendue de pratique spécifiquement.
-

Composante 6 : Reconnaissance clinique et avancement

Cette composante a une visée de recrutement et de rétention tout en représentant l'acquisition de connaissance et le développement de compétences particulières qui permettent le passage de novice à expert. Elle comprend également la reconnaissance par la mise en valeur de l'expertise infirmière (MGH, 2014).

Facteurs influents. La reconnaissance et la perception d'être valorisé pour son travail peuvent avoir un impact sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique infirmière (Besner et al., 2005). Selon certains auteurs canadiens et australiens, le rôle infirmier manque de reconnaissance et de valorisation (Besner et al., 2005; Nankervis et al., 2008), ce qui peut rendre les soins infirmiers pratiquement invisibles (Smith et al., 2006). Cette invisibilité s'illustre d'une part, par le peu d'information entourant l'évaluation infirmière, le plan de soins ou encore les résultats de soins documentés de manière permanente au dossier (Smith et al., 2006). Et d'autre part, par le processus décisionnel en santé majoritairement orienté en fonction de l'aspect médical, ce qui peut contribuer à exclure l'expertise infirmière des décisions (Sorenson et al., 2008). Ce

manque de visibilité peut contribuer à une substitution des postes d'infirmières par des postes de paraprofessionnels ou de non professionnel (Jansen, 2008), phénomène observé dans certains milieux de soins.

La reconnaissance de l'infirmière comme partenaire à part entière de l'équipe de soins influence également le déploiement optimal de l'étendue de pratique (Nankervis et al., 2008; Oelke et al., 2008). À ce titre, le manque de reconnaissance parfois observé, de certains médecins ou décideurs, à l'égard des interventions infirmières (Lilibridge, 2000; Oelke et al., 2008) contribue à renforcer la perception du rôle traditionnel de l'infirmière plutôt que celui de leader ayant une contribution importante pour les services dispensés (Borthiwick et al., 2001).

Le manque de littérature ou d'orientation quant à la mise en valeur du rôle fait en sorte que le rôle infirmier, de manière générale, se développe à partir de conceptions individualisées et du niveau perçu des connaissances et compétences infirmières, ce qui ne permet pas l'avancement et la progression de la profession (Halcomb et al., 2005; Wheeler et al., 2013). Ainsi, la mise en œuvre du rôle est orientée en fonction des besoins locaux perçus ou des différents agendas professionnels plutôt qu'en fonction du déploiement optimal de l'étendue de pratique, ce qui fait que plusieurs infirmières continuent d'effectuer des activités en deçà de leur expertise (Halcomb et al., 2005; Schluter et al., 2011).

Un autre point, touchant la reconnaissance, soulevé dans la littérature est la méconnaissance du rôle infirmier par le public (Halcomb et al., 2005). La profession infirmière n'est pas bien comprise par le public en général (Jowett et al., 2001). Le

public n'a pas pleinement conscience ni ne reconnaît l'éducation, l'expérience et les habiletés cliniques des infirmières à leur plein potentiel (Kunic et al., 2013) et continue d'identifier l'infirmière à la performance de tâches médicales (Halcomb et al., 2005; Smith et al., 2006). Cette perception est également renforcée par les médias véhiculant les tâches stéréotypés de l'infirmière notamment les injections, la manipulation d'appareils techniques et la réponse aux directives des médecins (Smith et al., 2006).

Stratégies. La revue de littérature effectuée reconnaît l'importance de la valorisation et la reconnaissance de la contribution infirmière aux soins (Besner et al., 2005; Nankervis et al., 2008; Oelke et al., 2008;). En effet, il est connu que la reconnaissance renforce les apprentissages, favorise l'autonomie et encourage le développement du leadership (Besner et al., 2005; Galuska, 2012), une des compétences centrales associée au déploiement optimal des dimensions de l'étendue de pratique (Goudreau et al., 2013). Pour ce faire, l'instauration d'une culture de reconnaissance au sein des organisations est une avenue intéressante à considérer, car cela permettrait de reconnaître la valeur ajoutée des infirmières et de leur pouvoir à améliorer le système de santé (Jowett et al., 2001). De fait, une organisation qui célèbre les succès et exprime son appréciation soutient l'engagement professionnel (Galuska, 2012). Il est possible de penser que la reconnaissance et la valorisation de l'expertise infirmière favoriseraient le déploiement des dimensions de l'étendue de pratique : «communication et coordination des soins» et « intégration et encadrement du personnel».

Il importe aussi d'assurer une reconnaissance mutuelle de l'expertise propre à chacun des professionnels, notamment entre l'infirmière et le médecin (Patterson et al., 2003), en appréciant la contribution spécifique de chaque membre de l'équipe de soin (Schluter et al, 2011; White et al., 2008). Pour ce faire, il faut que les infirmières prennent davantage leur place dans l'équipe de soins (Sorenson et al., 2008) afin qu'elles soient reconnues et acceptées comme partenaires à part entière de l'équipe de soins (Allard et al., 2010; Nankervis et al., 2008). Des partenaires capables d'articuler leur contribution spécifique notamment à l'égard de l'évaluation des patients, de la coordination des soins et des interventions infirmières dans le processus décisionnel (Besner et al., 2005; Sorenson et al., 2008). Cette reconnaissance contribuerait au développement de la dimension de l'étendue de pratique associée à la «communication et coordination des soins».

Une autre stratégie serait d'assurer une visibilité publique du rôle infirmier afin d'outrepasser la vision traditionnelle du rôle trop souvent associé à la délégation d'actes médicaux (Jansen, 2008) et à des tâches stéréotypées (Halcomb et al., 2005; Smith et al., 2006). Le public doit être informé de l'éventail des compétences de l'infirmière afin de mieux saisir le potentiel du rôle infirmier et reconnaître l'expertise infirmière. Ceci est d'autant plus important, puisqu'il est reconnu que les consommateurs de soins exposés davantage à la pratique infirmière expriment une meilleure appréciation du rôle infirmier (Halcomb et al., 2005). Cette visibilité publique du rôle infirmier influencerait certainement l'ensemble des dimensions de l'étendue de pratique, car les consommateurs de soins auraient des attentes à cet égard.

Il existe également un besoin de définir un plan de carrière plus clair ainsi qu'un plan de marketing visant à rehausser le profil professionnel des infirmières (Halcomb et al., 2005) notamment par l'instauration de cheminement de carrières (D'Amour et al., 2009; Davidson et al., 2006; Halcomb et al., 2005; Kramer, Schmalenberg & Maguire, 2010) et d'une planification stratégique valorisant le développement professionnel (Halcomb et al. 2005). Une synthèse des principaux facteurs et stratégies pour cette composante se trouve au Tableau 6.

Tableau 6

Synthèse des facteurs et stratégies : « Reconnaissance clinique et avancement »

Facteurs influents

- Manque de reconnaissance et de valorisation du rôle infirmier (-).
- Niveau de reconnaissance de l'infirmière comme partenaire à part entière de l'équipe de soins (+ ou -).
- Manque de littérature ou de guidance sur la mise en valeur du rôle (-).
- Méconnaissance du rôle infirmier par le public. (-)

Stratégies

- Instauration d'une culture de reconnaissance.
- Visibilité publique du rôle infirmier.
- Instauration de cheminement de carrières valorisant le développement professionnel.

Composante 7 : Gouvernance

Cette composante associée aux principes de gouvernance implique que les prises de décision, la responsabilité et l'imputabilité des soins aux patients sont effectuées sur les prémisses de collaboration entre le gestionnaire et le clinicien (MGH, 2014). Dans le

cadre du présent travail dirigé, cette composante reflète les aspects touchant davantage l'organisation des soins et des services proprement dite, mais également l'apport du gestionnaire.

Facteurs influents. L'étendue de pratique est influencée par plusieurs aspects relatifs au contexte organisationnel des établissements (Besner et al., 2005; Déry, 2013; Oelke et al., 2008; Staples et al., 2004). Tout d'abord, il appert que la présence d'un leadership fort et soutenant tant de la part des gestionnaires que des infirmières constitue un facteur facilitant le déploiement optimal de l'étendue de pratique (Besner et al., 2005; Gannan et al., 2010; Jowett et al., 2001; Oelke et al., 2008). Le leadership est une compétence fondamentale pour le déploiement optimal de l'étendue de pratique infirmière puisqu'elle « semble associée à la compréhension et à l'intégration des différentes dimensions du rôle infirmier, plus spécifiquement aux dimensions professionnelle et scientifique » (Goudreau et al., 2013, p.7). Le soutien pour le déploiement optimal de l'étendue de pratique est plus courant dans les établissements où les infirmières ont développé une variété de compétences incluant le leadership clinique (D'Amour et al., 2012). Or, il s'avère que le développement de la compétence de leadership infirmier n'est ni systémique ni soutenue dans le temps (Galuska, 2012). Ceci fait en sorte que certaines infirmières sont portées à croire que leur rôle doit s'adapter aux différents agendas des autres professions plutôt que sur l'exercice de leur leadership infirmier (Schluter et al., 2011) et leur contribution spécifique, ce qui fait que les infirmières ont parfois tendance à s'effacer.

La présence continue de changement dans les organisations et l'inconsistance dans les politiques et procédures (Besner et al., 2005; Jowett et al., 2001; 2011; Schluter et al., 2011) influencent le déploiement optimal de l'étendue de pratique. La contribution de l'infirmière varie d'un milieu clinique à l'autre (Sorenson et al., 2008; Staples et al., 2004), car il n'existe pas de ligne directrice harmonisée guidant la prise de décision afin d'assurer une dotation adéquate et l'utilisation optimale des ressources (Allard et al., 2010; Davies et al., 2002; Oelke et al., 2008; Staples et al., 2004). Un usage non optimal des ressources infirmières notamment l'utilisation des infirmières pour effectuer des activités non infirmières ne requérant pas de jugement professionnel comme la prise de rendez-vous, la préparation des salles d'examen, le remplissage des fournitures, limite le déploiement optimal de l'étendue de pratique (Allard et al., 2010; Schluter et al., 2011) et constitue un mauvais usage de la main-d'œuvre. Plus de la moitié des infirmières interrogées dans le cadre d'une étude canadienne déclaraient effectuer des activités non infirmières sur une base quotidienne ou hebdomadaire (Allard et al., 2010). La charge de travail importante imposée aux infirmières, incluant une myriade d'activités techniques ou non infirmières, constitue un facteur influençant négativement le déploiement de l'étendue de pratique (Besner et al., 2005 ; Davis et al., 2002; Oelke et al., 2008).

Stratégies. La littérature ressort l'importance d'une culture organisationnelle positive et un environnement de travail qui soutient ses employés (Galuska, 2012; Gannan et al., 2010) en instaurant des opportunités visant le développement continu des compétences (Galuska, 2012; Goudreau et al., 2013). Ainsi, la mise en œuvre d'un

système de gestion, d'administration et de leadership axé sur la gouvernance partagée plutôt que la hiérarchie traditionnelle entre les gestionnaires et les professionnels s'avère être une avenue intéressante pour assurer le déploiement de l'étendue de pratique. Les infirmières sont les mieux placées pour voir les problèmes et identifier les solutions entourant leur pratique clinique (Jowett et al., 2001). La gouvernance partagée, une structure d'opportunités, engage les infirmières, promeut le développement continu du leadership (Galuska, 2012) et constitue un atout de taille pour le déploiement optimal de l'étendue de pratique. En effet, il faut que les infirmières s'engagent activement dans la gouvernance partagée pour mieux cibler les facteurs situationnels et contextuels qui jouent un rôle déterminant dans les processus de décisions qui affectent leur pratique (Lilibridge et al. 2000; Wheeler et al., 2013). Pour ce faire, il faut voir à déployer à tous les niveaux d'influence, des leaders infirmiers qui possèdent une vision claire et commune, capable d'argumenter, d'influencer et de s'engager collectivement, en collaboration avec les autres professionnels, afin d'instaurer les changements politiques requis pour assurer une meilleure compréhension de la contribution spécifique de l'infirmière (Gannan et al., 2010).

Une planification rigoureuse des effectifs est également requise. Pour ce faire, les gestionnaires doivent s'assurer que le temps des infirmières consacré à effectuer des activités non infirmières soit minimisé afin qu'elles puissent développer leur plein potentiel (Allard et al., 2010). Ainsi, il est primordial de déterminer des critères objectifs et reconnus visant à orienter les gestionnaires et s'assurer que les infirmières puissent jouer leur rôle, particulièrement l'«évaluation et la planification des soins» ainsi que

l'«enseignement à la clientèle et aux familles. Les impératifs budgétaires ne devraient pas être l'unique critère décisionnel. Le tableau 7 présente une synthèse des facteurs et stratégies associés à la composante « Gouvernance».

Tableau 7

Synthèse des facteurs et stratégies : « Gouvernance »

Facteurs influents
<ul style="list-style-type: none"> • Leadership fort et soutenant tant des gestionnaires que des infirmières. (+) • Usage non optimal des ressources relié à une inconsistance dans les politiques et procédures guidant la prise de décision dans la dotation des ressources.(-)
Stratégies
<ul style="list-style-type: none"> • Création d'une culture organisationnelle positive et un environnement de travail qui soutient le développement continu des compétences. • Gouvernance partagée par l'implication active des infirmières. • Déployer à tous les niveaux d'influence des leaders infirmiers ayant une vision claire et concertée du rôle infirmier afin d'instaurer les changements organisationnels et politiques requis. • Planification rigoureuse des effectifs, dont l'élaboration de plans d'effectifs permettant l'utilisation maximale des compétences infirmières

Composante 8 : Résultats probants et la recherche

Cette composante renvoie à la possession d'un bagage de connaissances issu de la recherche comme étant la marque de la profession. La recherche constitue le pont qui traduit les connaissances issues de la formation et les théories construites en pratique clinique directe (MGH, 2014).

Facteurs influents. Bien que cette composante soit cruciale au développement des connaissances nécessaires à l'avancement de la profession et directement liée à la dimension «Mise à jour et utilisation des connaissances» du QÉPI conçu par D'Amour et al., (2012), peu de facteurs tirés de la littérature recensée ont pu y être associés. La stratégie de recherche utilisée n'a pas permis de recenser d'articles traitant de cette composante et de son influence sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Par contre, plusieurs auteurs ressortent le manque de littérature décrivant le rôle et le concept de l'étendue de pratique (Baranek, 2005; Besner et al., 2005; Halcomb et al., 2005) de même qu'un manque de reconnaissance de la recherche en sciences infirmières (Jansen, 2007). Ce manque de littérature contribue certainement au déploiement non optimal de la dimension de l'étendue de pratique associée à la mise à jour et utilisation des connaissances tel que démontré par l'étude de D'Amour et al., (2012).

Stratégies. Considérant ce manque de littérature et résultats probants sur ce sujet, une stratégie potentielle serait que les impacts du déploiement optimal de l'étendue de pratique soient mesurés et évalués (Nankervis et al., 2008). Il faut donc davantage de projets de recherche qui mesurent les impacts de la mise en œuvre du rôle par le déploiement optimal de l'étendue de pratique sur les résultats de soins aux patients (Staples et al., 2004) afin de documenter les bénéfices y étant associés. Pour ce faire, l'actualisation des connaissances (Oelke et al. 2008) et le transfert des connaissances issues de la recherche sont primordiaux pour assurer l'avancement de la profession. En somme, miser sur le développement de cette composante contribuera certainement à bonifier une des six dimensions de l'étendue de pratique infirmière soit la «mise à jour et

l'utilisation des connaissances». Le tableau 8 présente une synthèse des facteurs et stratégies associés à la composante «Résultats probants et recherche».

Tableau 8

Synthèse des facteurs et stratégies : « Résultats probants et la recherche »

Facteur influent
<ul style="list-style-type: none"> • Manque d'harmonisation de la littérature quant à la description de l'étendue de pratique. (-)
Stratégies
<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer et documenter les impacts du déploiement optimal de l'étendue de pratique sur les résultats de soins aux patients en vue d'obtenir un plus large éventail de résultats probants sur ce sujet. • Favoriser la mise à jour constante des connaissances et l'utilisation des connaissances issues de la recherche dans la pratique quotidienne.

Composante 9 : Innovation et travail d'équipe

Cette composante implique un engagement à travailler ensemble pour identifier les préoccupations relatives à la dispensation des soins ainsi que les stratégies permettant l'amélioration des soins. Cette composante est essentielle pour la création d'un environnement de pratique qui embrasse le changement (MGH, 2014).

Facteurs influents. Tout d'abord, plusieurs auteurs abordent la confusion dans l'interprétation des différents rôles et responsabilités des infirmières et des autres professionnels de la santé comme étant un facteur influençant le déploiement de l'étendue de pratique (Besner et al., 2005; Duckett et al., 2005; Eagar et al., 2010; Lillibrige et al., 2000; Nankervis et al., 2008; Oelke et al., 2008; Patterson et al., 2003;

Schluter et al., 2011; White et al., 2008). Cette confusion, engendrée par une compréhension limitée et parfois même erronée des rôles et responsabilités des infirmières et des membres de l'équipe de soins (Halcomb et al., 2005), est présente tant sur les plans individuel, organisationnel que sociopolitique. Le chevauchement des rôles (Besner et al., 2005; Nankervis et al., 2008; White et al., 2008) entre les membres de l'équipe de soins suscite de l'ambiguïté dans les rôles et les responsabilités (Lilibridge et al., 2000; Nankervis et al., 2008; Oelke et al., 2008). Cette ambiguïté peut provoquer des tensions et de la compétition au sein des équipes et rendre le travail d'équipe inefficace (Besner et al., 2005; White et al., 2008). De plus, le manque de différenciation entre les professionnels peut mener à une dévaluation du rôle infirmier et susciter un flou à l'égard des limites professionnelles (Besner et al., 2005; Melling et al., 2003; Lilibridge et al., 2000; White et al., 2008). Ceci influence l'identité professionnelle de l'infirmière et la perception de sa contribution unique comme professionnel et peut mener à une utilisation non optimale des ressources (Melling et al., 2003; White et al., 2008).

Comme mentionnée précédemment, la confusion dans les différents rôles et responsabilités des membres de l'équipe de soins suscite des conflits et des tensions qui diminuent l'habileté à travailler en équipe et ébranle la confiance entre les différents professionnels (Besner et al., 2005; Oelke et al., 2008). Ces éléments contribuent à diminuer la collaboration interprofessionnelle. Plusieurs auteurs ont identifié le manque de collaboration comme étant un facteur qui influence le déploiement optimal de l'étendue de pratique (Besner et al., 2005; Davis et al., 2002; Nankervis et al., 2008;

Oelke et al., 2008) puisque la collaboration agit sur la qualité des relations interprofessionnelles. Il est connu que des relations interprofessionnelles de qualité influent sur la perception d'autonomie et la reconnaissance, deux facteurs favorisant le déploiement optimal de l'étendue de pratique (Besner et al, 2005).

Dans le même ordre d'idées, il est possible de penser que si les relations interprofessionnelles sont pauvres: la communication sera inefficace. Le manque de communication entre les différents professionnels (Besner et al., 2005; Eagar et al., 2010; Oelke et al., 2008; Rose, 2011; Sorenson et al., 2008) constitue également un facteur qui influence le déploiement optimal de l'étendue de pratique.

Le niveau de confiance entre les différents professionnels (Besner et al., 2005; Oelke et al., 2008), notamment certaines attitudes négatives à l'égard des capacités de l'un ou de l'autre (Oelke et al., 2008), constitue un facteur défavorable au déploiement optimal de l'étendue de pratique. Un certain nombre de médecins demeurent peu enclins à accepter le rôle autonome des infirmières ce qui contribue à la variabilité du déploiement de l'étendue de pratique dans certains milieux de soins (Halcomb et al., 2005; Patterson et al., 2008; Staples et al., 2004). Cette notion relative à la confiance mène vers la notion de juridictions professionnelles et des jeux de pouvoir sous-jacents.

En ce sens, il existe une dynamique de pouvoir organisationnel, politique et économique qui limite le déploiement optimal de l'étendue de pratique (Galuska, 2012; LeBuhn et al., 2010). Tout d'abord, sur le plan sociopolitique, les juridictions professionnelles et les jeux de pouvoir influencent le déploiement de l'étendue de pratique (D'Amour et al., 2009; Duckett et al., 2005; LeBuhn et al., 2010; Rose, 2011).

En effet, les différentes juridictions professionnelles revendiquant la possession d'un savoir propre, des connaissances techniques et du domaine clinique donnent la possibilité à certains corps professionnels de créer des structures professionnelles qui manquent de flexibilité dans le déploiement des ressources (Ducket, 2005) et créent des dynamiques de pouvoir qui complexifient le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Les dynamiques de pouvoir associées notamment aux résistances du corps médical au partage d'activités professionnelles constituent des barrières au déploiement optimal de l'étendue de pratique (Patterson et al., 2003; Rose, 2011). Ce pouvoir conféré à la médecine permet de contrôler le travail des autres professionnels, et particulièrement celui de l'infirmière (D'Amour et al., 2009), puisque les infirmières ont tendance à décrire leur étendue de pratique en fonction de tâches médicales sous le contrôle du médecin (Halcomb et al., 2005). La distribution du pouvoir entre les professionnels est perçue comme étant l'aspect le plus complexe au sein de la collaboration interprofessionnelle (Rose, 2011) et mène fréquemment à des conflits entre les différents professionnels. Les différents débats sur la question reviennent souvent à la protection des intérêts économiques des différents groupes professionnels (Lebuhn et al., 2010; Rose, 2011). Des auteurs ont démontré qu'au Québec, l'implantation des nouveaux rôles infirmiers - infirmière en GMF, infirmière praticienne spécialisée et infirmière pivot en oncologie - est largement tributaire du pouvoir que détiennent les médecins. Le succès de l'expansion de ces nouveaux rôles semble dépendre de la volonté des médecins à soutenir ce déploiement (D'Amour, Tremblay & Proulx, 2009), ce qui provoque une

situation de dépendance à la profession médicale (Halcomb, 2005; Patterson et al., 2003).

La notion de dépendance abordée précédemment mène au constat rapporté par certains auteurs, à l'effet que les infirmières négocient souvent ad hoc et individuellement leur rôle, particulièrement lorsqu'elles travaillent en collaboration avec les médecins. Cette négociation ad hoc et sur une base individuelle constitue un facteur entravant le déploiement optimal de l'étendue de pratique (Halcomb et al., 2005; Staples et al., 2004). En effet, le rôle et l'étendue de pratique de l'infirmière varient souvent en fonction du médecin avec qui l'infirmière collabore (Halcomb, 2005; Staples et al., 2004). Selon Lilibridge et al. (2000), cet ajustement des limites professionnelles en fonction d'une négociation entre les individus ou des contextes de pratique provoque une variabilité de l'étendue de pratique. Toujours selon ces auteurs, l'adhérence aux pratiques traditionnelles, l'exécution des ordres médicaux, la priorisation de l'intervention individuelle plutôt que le travail d'équipe maintiennent la pratique infirmière dans une certaine « zone de confort » qui oriente la pratique sur la tâche plutôt que sur le développement du rôle infirmier.

Stratégies. Premièrement, une meilleure compréhension des rôles et responsabilités de chacun des professionnels s'impose (Besner et al., 2005; Lilibridge et al., 2000; Schluter et al., 2011) tant sur les plans individuel qu'organisationnel. Il y a un besoin urgent de clarifier et définir le rôle et les responsabilités des infirmières, mais également des autres professionnels afin de mieux travailler en interdisciplinarité (Besner et al., 2005; Eagar, 2010; Lilibridge et al., 2000; Nankervis et al., 2008; ; Schluter et al., 2011; White et al.,

2008). Il faut clarifier les zones grises afin de mieux délimiter les bornes de la profession (Lilibridge et al., 2000) et optimiser la contribution de tous les professionnels de la santé où les zones d'expertises sont complémentaires et non en compétition les uns les autres (Besner et al. 2005; LeBuhn et al., 2010; Patterson et al., 2003; White et al., 2008). Pour ce faire, une préparation au travail interdisciplinaire devrait être intégrée de manière systématique dans tous les programmes de formation (IOM, 2010; Jansen, 2008; Melling et al., 2003; Patterson et al., 2008).

Deuxièmement, il importe de miser sur les pratiques collaboratives (Besner et al., 2005; LeBuhn et al., 2010; Nankervis et al., 2008; Oelke et al., 2008; Patterson et al., 2008; Rose, 2011; White et al., 2008) pour assurer le déploiement de l'étendue de pratique. Il faut développer des structures de collaboration à grande échelle en fonction des connaissances et des compétences spécifiques de chaque professionnel. En effet, l'absence de ce type de structures crée l'inertie du système par une structure patriarcale qui maintient les systèmes de soins spécialisés, les jeux de pouvoir, l'utilisation sous optimale des compétences en soins infirmiers et la protection des territoires juridictionnels (Jansen, 2007). Chaque membre de l'équipe apporte un bagage spécifique de compétences complémentaires (Patterson et al., 2008; Sorenson et al., 2008), il importe donc de les mettre en interrelations afin de bonifier la dimension relative à la «communication et coordination des soins».

Troisièmement, il faut améliorer le partage d'information et la communication entre les différents professionnels en misant sur des discussions de cas interdisciplinaires, des tournées interdisciplinaires et des protocoles interdisciplinaires

(Oelke et al., 2008; Rose, 2011; Sorenson et al., 2008) puisque le partage d'information fait partie intégrante du déploiement de l'étendue de pratique (Lillibridge et al., 2000) notamment à travers les dimensions « communication et coordination des soins » et « optimisation de la qualité et sécurité des soins ».

Enfin, le succès de l'expansion des rôles semble dépendre de la volonté des médecins à soutenir ce déploiement d'où l'importance de comprendre les dynamiques de pouvoir sous-jacentes (D'Amour et al., 2009). La profession médicale doit reconnaître et saisir la vaste étendue de connaissances et de compétences des infirmières ainsi que leur contribution spécifique dans l'amélioration de la qualité des soins et des résultats de soins (Allard et al., 2010) notamment à travers les dimensions : « évaluation et planification des soins » et « enseignement à la clientèle et aux familles » ainsi que les 17 activités professionnelles réservées aux infirmières. Les infirmières doivent prendre leur place comme partenaires à part entière dans l'équipe de soins (Sorenson, 2008) et saisir que leur plus grande base de pouvoir réside dans la pratique et la démonstration de l'excellence clinique et l'innovation de leurs actions (Davidson et al., 2006). Le tableau 9 présente une synthèse des facteurs et stratégies associés à la composante « Innovation et travail d'équipe ».

Tableau 9

Synthèse des facteurs et stratégies : « Innovation et travail d'équipe »

Facteurs influents

- Confusion dans l'interprétation des rôles - ambiguïté. (-)
- Manque de collaboration entre les différents professionnels. (-)
- Manque de communication efficace créant des interactions interprofessionnelles pauvres. (-)
- Manque de confiance. (-)
- Juridictions professionnelles et dynamiques de pouvoir. (-)
- Négociation individuelle et ad hoc du rôle et de l'étendue de pratique. (-)

Stratégies

- Meilleure compréhension des rôles par une définition claire des rôles et responsabilités des membres de l'équipe de soins.
 - Déploiement de pratiques collaboratives à large échelle.
 - Améliorer le partage d'information et la communication entre les professionnels.
 - Meilleure compréhension des dynamiques de pouvoir.
-

Discussion

À partir des neuf composantes du modèle de pratique professionnelle du MGH, l'analyse des écrits recensés a permis de documenter 26 facteurs pouvant influencer le déploiement optimal de l'étendue de pratique des infirmières et d'identifier 25 stratégies potentielles pour déployer de manière optimale l'étendue de pratique des infirmières (voir Tableau 10). Ce cadre de référence, bien que non spécifique à l'analyse de la problématique soulevée, s'est avéré utile tant pour catégoriser et analyser les différents facteurs influençant l'étendue de pratique des infirmières que pour répertorier les diverses stratégies potentielles.

Pour les besoins du présent travail, les facteurs et les stratégies ont été reliés à une seule composante. Par contre, ils auraient pu être catégorisés dans une autre ou plusieurs des neuf composantes du modèle de pratique professionnelle, puisqu'elles sont interdépendantes et influent les unes sur les autres. En effet, la composante «Vision et valeur» a une influence sur la composante «Innovation et travail d'équipe», car si les infirmières ne sont pas en mesure de définir le concept même de leur étendue de pratique, comment vont-elles arriver à travailler en équipe et comprendre leur contribution spécifique ? Ces liens entre les différentes composantes du MPP rendent la métaphore du casse-tête significative et permettent également de constater que le développement des composantes du MPP au sein des milieux cliniques contribue significativement à déployer les six dimensions de l'étendue de la pratique définies par D'Amour et al. (2012).

Tableau 10

Facteurs et stratégies influençant l'étendue de pratique des infirmières

Facteurs influents	
Vision et valeurs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Difficulté à décrire la notion d'étendue de la pratique. (-) 2. Perception et conception individuelles du déploiement optimal de l'étendue de pratique. (+ ou -) 3. Manque d'influence et de pouvoir politique. (-)
Standards de pratique	<ol style="list-style-type: none"> 4. Inconsistance dans les politiques et procédures des organisations. (-) 5. Adoption locale d'outils cliniques. (-)
Pratique réflexive	<ol style="list-style-type: none"> 6. Présence de réseautage et rétroaction par les pairs. (+) 7. Absence de période consacrée à la réflexion sur la pratique. (-)
Développement professionnel	<ol style="list-style-type: none"> 8. Plusieurs niveaux de formation. (-) 9. Manque d'accès à la formation initiale et continue (-) 10. Manque d'accès à des programmes de mentorat. (-) 11. Expérience de travail. (+ ou -)
Soins centrés sur le patient	<ol style="list-style-type: none"> 12. Acuité et complexité des besoins de soins des patients. (-) 13. Types de modèles de prestation de soins déployés dans les milieux. (+ ou -)
Reconnaissance clinique et avancement	<ol style="list-style-type: none"> 14. Manque de reconnaissance et de valorisation du rôle infirmier. (-) 15. Niveau de reconnaissance de l'infirmière comme partenaire à part entière de l'équipe de soins. (+ ou -) 16. Manque de littérature ou de guidance sur la mise en valeur du rôle. (-) 17. Méconnaissance du rôle infirmier par le public. (-)
Gouvernance	<ol style="list-style-type: none"> 18. Leadership fort et soutenant tant des gestionnaires que des infirmières. (+) 19. Usage non optimal des ressources relié à une inconsistance dans les politiques et procédures guidant la prise de décision dans la dotation des ressources. (-)

Facteurs et stratégies influençant l'étendue de pratique des infirmières (suite)

Résultats probants et la recherche	20. Manque d'harmonisation de la littérature quant à la description de l'étendue de pratique. (-)
Innovation et travail d'équipe	21. Confusion dans l'interprétation des rôles - ambiguïté. (-) 22. Manque de collaboration entre les différents professionnels. (-) 23. Manque de communication efficace créant des interactions interprofessionnelles pauvres. (-) 24. Manque de confiance. (-) 25. Juridictions professionnelles et dynamiques de pouvoir. (-) 26. Négociation individuelle et ad hoc du rôle et de l'étendue de pratique. (-)
Stratégies	
Vision et valeurs	1. Clarifier et définir la notion d'étendue de pratique. 2. Développer un usage stratégique et influent du pouvoir par un engagement collectif des infirmières à plusieurs niveaux. 3. Contribuer aux débats visant à renforcer le rôle infirmier 4. Miser sur le développement et le renforcement continu de la compétence de leadership clinique.
Standards de pratique	5. Développer des outils spécifiques pour soutenir les organisations et les infirmières dans la mise en œuvre du rôle infirmier.
Pratique réflexive	6. Création de groupes d'intérêt professionnel à des fins de réseautage. 7. Instauration de moments consacrés à la réflexion sur les soins et le rôle infirmier dans les milieux cliniques pour permettre l'apprentissage dans l'action.
Développement professionnel	8. Assurer l'accès à des programmes de formation initiale et continue permettant le développement des compétences. 9. Rehaussement de la formation initiale des infirmières à un niveau universitaire afin de renforcer leur répertoire de compétences. 10. Instauration de programmes de résidence, de mentorat ou de supervision clinique.

Facteurs et stratégies influençant l'étendue de pratique des infirmières (suite)

Soins centrés sur le patient	11. Adoption de modèles d'organisation des soins qui fournissent l'opportunité d'articuler la spécificité du rôle infirmier. 12. Approfondir les recherches afin d'évaluer l'impact des différents modèles d'organisation des soins sur le déploiement de l'étendue de pratique spécifiquement.
Reconnaissance clinique et avancement	13. Instauration d'une culture de reconnaissance. 14. Visibilité publique du rôle infirmier. 15. Instauration de cheminement de carrières valorisant le développement professionnel.
Gouvernance	16. Création d'une culture organisationnelle positive et un environnement de travail qui soutient le développement continu des compétences. 17. Gouvernance partagée par l'implication active des infirmières. 18. Déployer à tous les niveaux d'influence des leaders infirmiers ayant une vision claire et concertée du rôle infirmier afin d'instaurer les changements organisationnels et politiques requis. 19. Planification rigoureuse des effectifs, dont l'élaboration de plans d'effectifs permettant l'utilisation maximale des compétences infirmières.
Résultats probants et la recherche	20. Mesurer et documenter les impacts du déploiement optimal de l'étendue de pratique sur les résultats de soins aux patients en vue d'obtenir un plus large éventail de données probantes sur ce sujet. 21. Favoriser la mise à jour constante des connaissances et l'utilisation des connaissances issues de la recherche dans la pratique quotidienne.
Innovation et travail d'équipe	22. Meilleure compréhension des rôles par une définition claire des rôles et responsabilités des membres de l'équipe de soins. 23. Déploiement de pratiques collaboratives à large échelle. 24. Améliorer le partage d'information et la communication entre les professionnels. 25. Meilleure compréhension des dynamiques de pouvoir.

L'analyse critique des écrits recensés à partir des composantes du MPP du MGH a permis de réfléchir et d'établir des liens entre le déploiement optimal de l'étendue de pratique et le développement d'une pratique professionnelle. En effet, l'association des facteurs recensés dans la littérature et reconnus pour avoir un impact sur le déploiement de l'étendue de pratique aux composantes du MPP permet de démontrer que ces facteurs peuvent également influencer les composantes soutenant le développement d'une pratique professionnelle. Ainsi, il est possible de penser qu'en plus de remédier aux facteurs entravant le déploiement optimal de l'étendue de pratique, les stratégies proposées contribueront à renforcer les composantes du modèle de pratique professionnelle et favoriseront le développement d'une pratique professionnelle. Ce cadre conceptuel a été pertinent pour l'analyse des écrits recensés. D'une part, il a permis de mettre en évidence des liens novateurs entre les dimensions de l'étendue de pratique définies par D'Amour et al., (2009) et le développement d'une pratique professionnelle. D'autre part, ce cadre s'est révélé simple à utiliser par l'emploi une nomenclature connue dans le domaine des sciences infirmières.

Bien que le développement de l'ensemble des composantes du MPP soit nécessaire au déploiement optimal de l'étendue de pratique, la composante «Innovation et travail d'équipe» regroupe le plus de facteurs influençant le déploiement optimal de l'étendue de pratique, mais aussi de stratégies potentielles avec les composantes «Vision et valeur» et «Gouvernance». Les facteurs et stratégies associés aux autres composantes sont moins nombreux, mais apportent un éclairage important sur la façon de soutenir le déploiement optimal de l'étendue de pratique.

De manière plus spécifique, la composante «Vision et valeur» comporte trois facteurs et quatre stratégies potentielles pouvant favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique. La vision et les valeurs soutiennent la contribution individuelle de chaque discipline et des individus. Elles comprennent les différentes perceptions pouvant avoir une influence sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique. En maintenant une vision individuelle et non commune de l'étendue de pratique, les infirmières et les organisations optent donc pour une étendue de pratique basée sur des perceptions et des tâches déterminées par d'autres, ce qui limite le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Par ailleurs, si le pouvoir d'influence et la politique ne sont pas des valeurs ancrées, cela risque d'influencer à plus grande échelle le déploiement optimal de l'étendue de pratique et maintenir le statu quo. Effectivement, les jeux d'influence sont primordiaux pour faire valoir la valeur ajoutée du déploiement optimal de l'étendue de pratique pour l'amélioration des soins aux patients et faire avancer la profession (Patterson et al., 2003). Ainsi, il est nécessaire de définir une vision commune et claire de la notion d'étendue de pratique et de s'approprier les valeurs associées à l'influence politique notamment par le développement de la compétence de leadership. Une vision claire contribuera certainement à bonifier l'ensemble des dimensions clés de l'étendue de pratique définies par D'Amour et al. (2012).

La composante « Standards de pratique » est associée à deux facteurs et une stratégie. Cette composante est l'application pratique de la vision et des valeurs. Elle soutient le déploiement de l'étendue de pratique (MGH, 2014) et est influencée par les résultats probants et la recherche. Il est évident qu'une inconsistance dans les standards

de pratique contribue à un déploiement non optimal de l'étendue de pratique. De ce fait, il s'avère pertinent de développer des outils spécifiques afin de mieux soutenir les organisations et les infirmières dans la mise en œuvre du rôle infirmier et ainsi diminuer la variabilité observée dans les milieux de soins. Une standardisation à grande échelle de différents outils utiles à la pratique tels que des ordonnances collectives ou des standards de pratique aurait certainement un impact sur plusieurs activités réservées à l'infirmière de même que sur les dimensions du QÉPI suivantes : «évaluation et planification des soins», «enseignement à la clientèle et aux familles» ainsi que l'«optimisation de la qualité et la sécurité des soins».

La composante « Pratique réflexive » qui permet au clinicien de partager et réfléchir sur sa pratique clinique regroupe deux facteurs et deux stratégies. L'absence d'une telle culture de réflexion au sein des organisations ne permet pas de consolider la vision et les valeurs ni d'assurer le développement professionnel et nuit, tel que démontré par Goudreau et al., (2013) au développement de deux compétences fondamentales à l'exercice de la profession : le raisonnement et le leadership cliniques infirmiers. En conséquence, l'instauration de moments consacrés à la réflexion sur les soins s'inscrit de bonne façon dans la quête d'une pratique réflexive et servirait certainement au déploiement des dimensions de l'étendue de pratique : «évaluation et planification des soins», «enseignement à la clientèle et aux familles» ainsi qu'à l'«optimisation de la qualité et sécurité des soins».

La composante « Développement professionnel » comprend quant à elle, quatre facteurs et trois stratégies. Cette composante inclut les activités visant l'avancement des

connaissances infirmières et influence grandement les autres composantes puisque l'acquisition des connaissances et le développement des compétences constituent les fondements d'une profession (Wynd, 2003). L'accès à des programmes de formation de niveau universitaire et le développement continu des compétences en cours d'emploi sont incontournables pour investir l'ensemble du champ d'exercice et bonifier les six dimensions de l'étendue de pratique.

La composante «Soins centrés sur le patient», l'essence même des soins infirmiers, constitue la pierre angulaire de la pratique professionnelle. Deux facteurs et deux stratégies ont été catégorisés dans cette composante. Cette composante centrale est l'objet de la mise en œuvre du rôle par le déploiement des dimensions de l'étendue de pratique. Ainsi, l'adoption de modèles d'organisation de soins centrés sur le patient qui articulent la spécificité du rôle infirmier occupe une place prépondérante pour assurer le déploiement des activités réservées à l'infirmière et de trois dimensions-clés de l'étendue de pratique : «l'évaluation et planification des soins», l'«enseignement à la clientèle et aux familles» et la «communication et coordination des soins», puisqu'ils permettent aux infirmières de se consacrer pleinement à leur rôle.

La composante « Reconnaissance clinique et avancement» sous-tend la mise en valeur de l'expertise infirmière et son développement en cours d'emploi par le passage de novice à expert. Elle regroupe quatre facteurs et trois stratégies. Lorsqu'elle est mise à profit, cette composante suscite l'engagement et rehausse la vision et les valeurs ainsi que la volonté des infirmières à se développer professionnellement. Reconnaître l'expertise de l'infirmière contribuera à augmenter sa visibilité et améliorera le

déploiement de toutes les dimensions de l'étendue de pratique. D'une part, l'expertise infirmière sera attendue et considérée par la clientèle. D'autre part, cette reconnaissance bonifiera certainement la «communication et coordination des soins», une des six dimensions de l'étendue de pratique, car l'expertise infirmière sera reconnue dans la réponse aux besoins de soins, ce qui rendra sa participation active et essentielle au sein de l'équipe interprofessionnelle.

La composante «Gouvernance» comprend le processus décisionnel entourant la prestation des soins et inclut l'organisation des soins et des services ainsi que l'apport du gestionnaire. Deux facteurs et quatre stratégies y ont été associés. Cette composante est intimement liée à la composante «Soins centrés sur le patient» puisque les décisions émanant de la gouvernance ont un impact direct sur les soins dispensés aux patients. Plusieurs facteurs d'ordre organisationnels ont une influence sur le déploiement de l'étendue de pratique (Déry, 2013), mais particulièrement le leadership du gestionnaire ainsi que le processus de dotation des ressources. En effet, ces facteurs sont déterminants pour la mise en œuvre du rôle. À ce titre, des gestionnaires-leaders ayant une vision claire et concertée du rôle infirmier sont essentiels afin d'instaurer les changements organisationnels requis, dont l'usage approprié des ressources, et favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Ainsi, une planification rigoureuse des effectifs, spécialement l'adoption de modèles d'organisation de soins qui maximisent l'utilisation des ressources en misant sur la complémentarité des rôles au sein des équipes de soins constitue un élément nécessaire au déploiement de toutes les

dimensions de l'étendue de pratique, particulièrement l'«évaluation et planification des soins» de même que l'«enseignement à la clientèle et aux familles».

La composante « Résultats probants et la recherche » renvoie à la possession d'un bagage de connaissances spécifiques et constitue le pont entre la recherche et la pratique clinique. Un facteur et deux stratégies ont pu être associés à cette composante. Cette faible quantité de données répertoriées influence assurément le développement des autres composantes de même que toutes les dimensions de l'étendue de pratique, car les connaissances issues des résultats probants et de la recherche servent de fondements à la pratique infirmière. Bien que la stratégie de recherche utilisée n'ait pas permis de ressortir des articles spécifiques traitant de l'influence de cette composante sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique, il apparaît essentiel de répertorier les milieux ayant misé sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique afin de mesurer et documenter les impacts en découlant tant sur la pratique infirmière que sur les résultats de soins aux patients. Cette composante est certainement un levier pour justifier le déploiement optimal de l'étendue de pratique et favoriser particulièrement le déploiement de la dimension « mise à jour et utilisation des connaissances», mais également pour renforcer le potentiel de la composante «Standards de pratique».

La composante « Innovation et travail d'équipe » implique un engagement à travailler ensemble afin d'améliorer les soins dispensés. Cette composante a le plus grand nombre de facteurs et de stratégies répertoriés : six facteurs et quatre stratégies y ont été catégorisés. Essentielle à la création d'un environnement de pratique qui embrasse le changement, un travail considérable devra y être consacré puisque le

manque de collaboration constaté dans plusieurs milieux cliniques influence le déploiement optimal de l'étendue de pratique. En effet, la confusion, l'ambiguïté, le manque de confiance et les conflits juridictionnels maintiennent le statu quo, car chaque professionnel craint pour ses propres intérêts alors que la collaboration, au contraire, privilégie le réseautage et l'utilisation optimale des connaissances et compétences propres à chaque professionnel. Le déploiement de pratiques collaboratives à plus grande échelle apporterait plusieurs bénéfices, particulièrement sur la dimension associée à la «communication et la coordination des soins», mais également sur l'«optimisation de la qualité et sécurité des soins». Par ailleurs, une meilleure compréhension des rôles et responsabilités contribuerait significativement au déploiement des dimensions : «évaluation et planification des soins», l'«enseignement à la clientèle et aux familles» ainsi que la «communication et coordination des soins» puisque ces dimensions associées aux activités professionnelles d'évaluation de la condition physique et mentale, surveillance clinique et suivi infirmier constituent le cœur de la profession.

Recommandations

Afin de favoriser la mise en œuvre des stratégies potentielles d'influence identifiées dans ce travail, six recommandations s'adressant aux infirmières elles-mêmes, aux gestionnaires et aux décideurs sont présentées. Ces recommandations se basent sur les 25 stratégies potentielles d'influence discutées dans les résultats de ce travail dirigé.

La 1^{re} recommandation vise les infirmières et les instances de la gouverne infirmière. Elle consiste à définir une vision claire, concertée et constante de la notion d'étendue de pratique incluant le développement de la compétence de leadership afin d'augmenter le pouvoir d'influence des infirmières et infirmiers. Pour ce faire, un groupe de travail comprenant des infirmières, des gestionnaires infirmiers, des chercheurs et des décideurs, devrait être créé afin d'élaborer une définition qui intégrerait tant les aspects législatifs associés à la profession (champ de pratique et activités réservées) que les dimensions de l'étendue de pratique définies par D'Amour et al. (2012).

La 2^e recommandation cible les infirmières et les gestionnaires. Elle consiste à procéder à l'analyse de la pratique infirmière au sein des différents milieux cliniques afin de mieux circonscrire les stratégies à mettre en œuvre pour déployer l'étendue de pratique. À cette fin, les infirmières et les gestionnaires devraient utiliser le QÉPI élaboré par D'Amour et al., (2012) pour établir un portrait de l'étendue effective de pratique au sein de leur milieu. Ce portrait permettrait d'identifier les facteurs qui limitent le déploiement optimal de l'étendue de pratique et déterminer, par la suite, les stratégies pertinentes à mettre en place pour bonifier les dimensions de l'étendue de pratique moins déployées. De plus, le QÉPI permettrait des prises de mesures initiales et subséquentes qui pourraient servir à évaluer les impacts des stratégies mises en œuvre par les milieux cliniques.

La 3^e recommandation vise les infirmières et les gestionnaires. Bien qu'elle suscite un certain défi d'implantation, elle porte sur l'adoption par les milieux cliniques d'un modèle de pratique professionnelle, par exemple celui adapté et présenté à la Figure

2 dans la section «Cadre de référence », comme structure pour favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Les composantes du MPP soutiennent le développement d'une pratique professionnelle et influencent le déploiement optimal de l'étendue de pratique, car un bon nombre de facteurs influents ont pu y être associés. Les composantes pourraient être utiles pour identifier les facteurs entravant le déploiement optimal de l'étendue de pratique au sein des milieux cliniques.

La 4^e recommandation vise les infirmières, les gestionnaires ainsi que les décideurs et porte sur le développement professionnel. Il faut miser sur l'accès à des programmes de formation de niveau universitaire pour renforcer le répertoire de compétences des infirmières et assurer le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Pour arriver à ce résultat, il faut identifier et utiliser toutes les occasions pour faire valoir la formation universitaire pour les infirmières et infirmiers du Québec. Les organisations doivent également mettre en place des structures qui assurent le développement continu des compétences en cours d'emploi, notamment par la consolidation des programmes de mentorat déjà existants, l'instauration de moments de pratique réflexive et l'augmentation de l'accessibilité à la formation continue. Ceci constitue des éléments incontournables pour déployer les six dimensions de l'étendue de pratique.

La 5^e recommandation vise les gestionnaires et les décideurs. Elle porte sur l'adoption de modèles d'organisation de soins qui fournissent l'opportunité de maximiser l'utilisation judicieuse des connaissances et compétences de l'infirmière. Des modèles qui en misant sur la complémentarité des rôles au sein de l'équipe de soins permettent

d'articuler la spécificité du rôle infirmier et ainsi favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique.

La 6^e recommandation vise les infirmières, les gestionnaires et les décideurs et commande le déploiement de pratiques collaboratives à grande échelle afin de déployer de manière optimale l'étendue de pratique infirmière. Pour mieux collaborer, les infirmières doivent connaître et comprendre leur étendue de pratique. Les gestionnaires doivent instaurer des mécanismes visant à faciliter la collaboration interprofessionnelle notamment des rencontres d'équipes dirigées et des discussions de cas en interdisciplinarité. Quant aux décideurs, ils doivent valoriser les pratiques collaboratives à tous les niveaux, éviter les conflits d'ordre juridictionnels qui entravent le déploiement de l'étendue de pratique et assurer une répartition équitable des pouvoirs. Certaines provinces du Canada sont même jusqu'à aller enchâsser dans la loi des mécanismes visant l'instauration de pratiques collaboratives.

Recommandations pour les recherches ultérieures

Il serait intéressant de poursuivre les recherches notamment par le biais de recherches-action sur le terrain afin de valider si les stratégies identifiées ont réellement un impact sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Des évaluations longitudinales d'implantations des stratégies recommandées pourraient être effectuées en utilisant le questionnaire visant à mesurer l'étendue de pratique effective (QÉPI), conçu par D'Amour et al., (2012).

Dans le même ordre d'idées, il serait également pertinent de répertorier les milieux cliniques ayant obtenu un résultat élevé au QÉPI. D'une part, pour identifier les stratégies mises en œuvre pour y parvenir et d'autre part, pour mesurer et documenter les impacts du déploiement optimal de l'étendue de pratique tant sur la pratique infirmière que sur les résultats de soins aux patients et sur le rapport coût-efficacité.

Retombées potentielles pour les sciences infirmières

Tout d'abord, une retombée majeure de travail est la mise en relation des différents concepts associés à l'étendue de pratique et aux MPP. Un lien a effectivement pu être établi entre le déploiement optimal de l'étendue de pratique c'est-à-dire les paramètres législatifs encadrant la pratique et les six dimensions-clés définies par D'Amour et al., (2012) et les composantes associées à un MPP. Il s'agit d'une retombée intéressante, puisqu'un MPP est une structure qui permet aux infirmières de mieux contrôler la dispensation des soins ainsi que l'environnement où les soins sont dispensés (Hoffart et al., 1995) tout en permettant le développement de compétences utiles pour articuler clairement la contribution spécifique de l'infirmière dont le leadership et le raisonnement clinique. Ainsi, l'appropriation des neuf composantes du MPP proposées dans le cadre du présent travail dirigé au sein des milieux cliniques serait utile tant au développement d'une pratique professionnelle qu'au déploiement optimal de l'étendue de pratique.

De plus, ce travail dirigé ressort six recommandations précises à l'intention des infirmières, des décideurs et des gestionnaires pour favoriser le déploiement optimal de

l'étendue de pratique des infirmières au Québec. Ces recommandations devraient servir de levier pour s'assurer que les infirmières soient utilisées au plein potentiel de leurs compétences et connaissances et assurer la mise en œuvre de stratégies visant le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Cela aura incontestablement des retombées positives tant pour la pratique infirmière, les infirmières elles-mêmes que pour les patients. En effet, il est reconnu que permettre aux infirmières de travailler à la pleine étendue de leur pratique constitue un facteur de rétention (Besner et al., 2005; Girard et al., 2005; Oelke et al., 2008; White et al., 2008), augmente la satisfaction au travail (Besner et al., 2005; Natherson et al., 2007; White et al., 2008) et favorise le recrutement (Girard et al., 2005; White et al., 2008). De plus, en réalisant leur potentiel, les infirmières sont plus à même de contribuer pleinement au système de santé (Davis et al., 2001), améliorer l'accessibilité ainsi que la qualité des soins et des services offerts.

En outre, l'association des recommandations avec une ou des dimensions de l'outil QÉPI élaboré par D'Amour et al., (2012) guidera certainement les gestionnaires et les infirmières dans la sélection des stratégies à privilégier par leurs organisations. En effet, ce questionnaire simple d'utilisation permettrait de cibler plus facilement les stratégies à mettre en œuvre selon les dimensions à bonifier dans leur milieu. L'utilisation du QÉPI permet également des prises de mesures subséquentes pour valider les impacts des stratégies implantées, par une comparaison des résultats obtenus avant et après l'implantation.

Quant aux soins dispensés à la clientèle, l'apport indispensable de l'expertise infirmière pour assurer des soins sécuritaires et de qualité a été largement démontré dans

la littérature (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Clarke & Donaldson, 2008; D'Amour, Dubois, Tchouaket, Clarke, & Blais, 2014). Ainsi, il est possible de penser que le déploiement optimal de l'étendue de pratique par la mise en œuvre des activités professionnelles réservées et des activités spécifiques aux dimensions de l'étendue de pratique aura des impacts positifs sur la qualité des soins dispensés à la clientèle.

Limites du travail dirigé

Une première limite est le nombre restreint d'articles traitant spécifiquement du sujet de recherche. En effet, très peu de recherches abordent l'étendue de pratique sous l'angle précis des stratégies facilitant le déploiement de l'étendue de pratique. Les écrits retenus donnent une orientation sur des stratégies à privilégier, mais elles n'ont pas été reconnues scientifiquement à l'aide d'études spécifiques sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Plusieurs stratégies potentielles identifiées sont tirées d'une littérature non spécifique au déploiement optimal de l'étendue de pratique dont des études portant sur le leadership infirmier, des pratiques de gouvernance ou de collaboration interprofessionnelle. Bien que non associés directement au déploiement optimal de l'étendue de pratique, ces thèmes constituent des sujets connexes ayant un lien avec le concept étudié dans le cadre du présent travail, puisqu'ils ont été identifiés comme facteurs pouvant entraver le déploiement optimal de l'étendue de pratique. Ainsi, des recherches supplémentaires devraient être menées pour documenter et mesurer l'impact des stratégies identifiées sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique.

Une deuxième limite observée est le peu de littérature recensée en contexte québécois. En effet, les contextes varient d'un pays à l'autre tant à l'égard de la formation des infirmières que de la législation en vigueur. Bien que le Québec ait une longueur d'avance quant à la législation favorisant le déploiement de l'étendue de pratique infirmière, l'implantation réelle au sein des milieux de pratique est très peu documentée.

Conclusion

En conclusion, le but visé par ce travail dirigé était d'établir l'état des connaissances sur les facteurs ayant une influence sur l'étendue de pratique infirmière ainsi que sur les stratégies pouvant favoriser le déploiement optimal de l'étendue de pratique des infirmières et infirmiers afin d'émettre des recommandations précises à l'intention des infirmières elles-mêmes, des décideurs et des gestionnaires.

La recension des écrits a permis de documenter 26 facteurs influençant le déploiement optimal de l'étendue de pratique et d'identifier 25 stratégies potentielles. Le cadre de référence ainsi que l'outil QÉPI utilisés pour catégoriser et analyser les facteurs influents et stratégies potentielles sont deux outils qui pourront être utiles aux infirmières et gestionnaires pour effectuer l'analyse de leur milieu clinique et déterminer les stratégies à mettre en œuvre pour déployer de manière optimale l'étendue de pratique dans leurs milieux.

Dans un contexte de changements organisationnels où toutes les occasions doivent être saisies pour améliorer la fluidité et l'accessibilité aux soins et des services au sein du réseau de la santé, les six recommandations émises pourront certainement être utiles. Ces recommandations engagent une démarche active pour l'utilisation judicieuse des ressources en santé, plus particulièrement les infirmières et infirmiers, qui, par leurs connaissances et compétences spécifiques, ont une expertise inestimable et doivent être utilisées à leur plein potentiel.

Les infirmières ont tout le potentiel pour améliorer l'accès aux soins et aux services pour le plus grand bénéfice de la population, mais elles doivent prendre leur place. Il faut arrêter de voir comment les infirmières peuvent faire épargner du temps aux médecins, mais plutôt comment le déploiement optimal de leur étendue de pratique contribue significativement à faire évoluer et améliorer une offre de soins de qualité et sécuritaire. Miser sur l'étendue de pratique est un levier extrêmement puissant pour élever le profil des infirmières (Jowett et al., 2001), mais plusieurs changements doivent être institués, et ce, à chaque palier décisionnel incluant : les gouvernements, les organisations et les infirmières. Les infirmières, elles-mêmes doivent être convaincues qu'elles peuvent faire la différence et s'engager dans une démarche collective visant à déployer leur champ d'exercice et les six dimensions clés de l'étendue de pratique.

En terminant, bien qu'il existe un potentiel intéressant d'élargir l'étendue de pratique, il faut au préalable déployer notre étendue de pratique à son plein potentiel afin de documenter tous les bénéfices associés et pouvoir dire que les infirmières contribuent significativement à l'atteinte de hauts résultats de soins et qu'elles sont maintenant prêtes à faire encore plus !

Références

- Aiken, L.H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T. & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229.
- Allard, M., Frego, A., Katz, A. & Halas, G. (2010). Exploring the role of RNs in family practice residency training programs. *Canadian Nurse*, 106(3), 20-24
- Arford, P., & Zone-Smith, L. (2005). Organizational commitment to professional practice models. *Journal of Nursing Administration*, 35(10), 467-472.
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, MA., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2012). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes : A cross-sectional survey. *International of Journal of Nursing Studies*, 50(2013), 240-252.
- Baranek, P.M. (2005). *A Review of Scope of Practice of Health Profession in Canada : A Balancing Act*. Toronto : Health Council of Canada.
- Berger, J., Conway, S., & Beaton K. (2012). Developing and implementing a nursing professional practice model in a large health system. *Journal of Nursing Administration*, 42(3), 170-175.
- Besner, J., Doran, D., McGillis, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., Morrisson, J., & Watson, L. (2005). A systemic approach to maximizing nursing scopes of practice. Repéré à : http://www.ccpnr.ca/PDFs/Scope_of_Practice_Research_Document.pdf
- Borthwick, C., & Galbally, R. (2001). Nursing leadership and health sector reform. *Nursing Inquiry*, 8(2), 75-81
- Canadian Nursing Advisory Committee (2002). Our health, our future : Creating quality workplaces for Canadian nurses. Rapport final du Canadian Advisory Committee. Repéré à : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-cccsi-final/2002-cnac-cccsi-final-eng.pdf
- Clair, M., Aucoin, L., Bergman, H., Côté, R., Ippersiel, P., LeBoutillier, J., Limoges, G.A. et al. (2000). *Les solutions émergentes : rapport et recommandations*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-109.pdf>
- Clarke, S.P. et Donaldson, N.E. (2008). Nurse Staffing and Patient Care Quality and Safety. Dans R. G. Hughes (Éds.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Code des professions. (chapitre C-26).

- D'Amour, D., & Dubois, C-A. (2012, Mai). *Renouveler l'organisation des soins infirmiers pour soutenir la pratique professionnelle*. Communication présentée dans le cadre du XVIIe Colloque des CII-CIR, Montréal, Canada. Repérée à : http://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/evenements/colloque_cii_2012/Jour1_13h30_CADubois_DDamour.pdf
- D'Amour, D., Dubois, C., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, E., Blais, R. et al. (2012). Measuring actual scope of nursing practice : A new tool for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255.
- D'Amour, D., Dubois, C.-A., Tchouaket, E., Clarke, S. et Blais, R. (2014). The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: Cross sectional record review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 882–891.
- D'Amour, D., Tremblay, D. & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.
- Davidson, P.M., Elliott, D., & Daly, J. (2006). Clinical leadership in contemporary clinical practice : implications for nursing in Australia. *Journal of Nursing Management*, 14, 180-187
- Davis, E., & Fox-Young, S. (2001). Validating a scope of nursing practice decision-making framework, *International Journal of Nursing Studies*, 39(2002), 85-93
- Déry, J. (2013). *L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle*. Thèse de doctorat. Université de Montréal, Montréal.
- DoH (2000). *The NHS Plan : A plan for Investment. A plan for Reform*. DoH. London. Repéré à : http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_118522.pdf
- Duckett, S. (2005). Health workforce design for the 21st century. *Australien Health Review*, 29 (2), 201-209.
- Dubois, C., Dallaire, C., Lavoie-Tremblay, M., Mathieu, L., Pepin, J., Brault, I., & al. (2013). *Aligner la formation initiale des infirmières aux besoins de santé et de soins de la population québécoise et aux défis du système de santé - une étude comparative*. Rapport de recherche, Centre FERASI, Canada.

- Dubois, C., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospital. *BMC Health Services Research, 12*(286), 1-15.
- Eargar, S.C., Cowin, L.S., Gregory, L., & Firtko, A. (2010). Scope of practice conflict in nursing : A new war or just the same battle? *Contemporary Nurse, 36*(1-2), 86-93.
- Erickson J.I., & Ditomassi, M. (2011). Professional practice model : strategies for translating models into practice. *Nursing Clinic of North America 46*(2011), 35-44.
- Fairman, J., Rowe, J., Hassmiller, S., & Shalala, D. (2011). Broadening the scope of nursing practice. *The New England Journal of Medicine, 364*(3), 193-196.
- Fasoli, D. (2008). Measuring the influence of professional nursing practice on global hospital performance in an organizational context. *Nursing Outlook, 56*, 56-62.
- Galuska, L.A. (2012). Cultivating nursing leadership for our envisioned future. *Advances in Nursing Science, 35*(4), 333-345.
- Gannan, R., Underwood, J., Matthews, S., Goodyear, R., Stamler, L.L., Meagher-Stewart, D.M., & al. (2010). Leadership attributes : A key to optimal utilization of the community health nursing workforce, *Nursing Research, 23*(2), 60-70.
- Girard, F., Linton, N., & Besner, J. (2005). Professional practice in nursing : A framework. *Nursing Leadership on-line exclusive*. Repéré à : <http://www.longwoods.com/content/19028>
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Legault, A., Boyer, L., Dubois, S., & al. (2013). *Approche intégrée de la formation initiale et continue des infirmières pour améliorer la qualité du raisonnement et du leadership cliniques infirmiers*. Rapport de recherche présenté à la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), Université de Montréal.
- Halcomb, E., Davidson, P.M., Daly, J.P., Griffiths, R., Yallop, J., & Tofler, G. (2005). Nursing in Australian general practice : directions and perspectives. *Australian Health Review, 29*(2), 156-166.
- Hoffart, N., & Wood, C. (1996). Element of nursing professionnel practice model. *Journal of Professional Nursing, 12*(6), 354-364.
- Institute of Medecine (2011). *The Future of Nursing : Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC : The National Academies Press.

- Jansen, L. (2008). Collaborative and interdisciplinary health care teams : ready or not ? *Journal of Professional Nursing*, 24 (4), 218-227.
- Jowett, S., Peters, M., Reynolds, H., & Wilson-Barnett, J. (2001). The UKCC's Scope of professional practice - some implications for health care delivery. *Journal Nursing Management*, 9, 93-100.
- Kilpatrick, K. (2013, Octobre). *Valoriser l'expertise et le leadership clinique des infirmières et infirmiers pour améliorer les soins de santé*. Communication présentée au Congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal, Canada.
- Kramer, M., Schmalenberg, C., Maguire, P. (2010). Nine structures and leadership practices essential for a magnetic (healthy) work environment. *Nursing Administration Quarterly*, 34(1), 4-17.
- Kunic, R.J., & Jackson, D. (2013). Transforming nursing practice : barriers and solutions. *Association of periOperative Registered Nurses*, 98(3), 235-248.
- Latta, L., & Davis-Kirsch, S. (2011). Developing a robust professional practice model using a shared governance approach. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 580-585.
- Lebuhn, R., & Swankin, D. (2010). *Reforming scope of practice : A white paper*. Citizen Advocacy Center. Repéré à : <https://www.ncsbn.org/ReformingScopesofPractice-WhitePaper.pdf>
- Lillibridge, J., Axford, R., & Rowley, G. (2000). The contribution of nurse' perceptions and actions in defining scope and stabilising professional boundaries of nursing practice. *Collegian*, 7(4), 35-39.
- Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec (chapitre I-8).
- Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D., & Beck, C. (2007). Trouver de la documentation et en faire l'analyse. **Dans C. Loiselle, J. Profetto-McGrath, D. Polit & D., & C. Beck (Éds), Méthode de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives (2^e éd., pp. 137-159)**. Montréal, QC : Renouveau Pédagogique inc.
- Massachusetts General Hospital. (2014, Février). *The MGH Professional Practice Model*. Boston, Massachusetts, U.S.A. Repéré à : http://www.mghpcs.org/pes/magnet/Documents/Education_Toolbox/Website_Educational%20Materials/PPM_PCDM_Models_v3.pdf

- Melling, S., & Hewitt-Taylor, J. (2003). New flexible healthcare roles and the purpose of nursing. *British Journal of Nursing*, 12(21), 1264-1270.
- Merrick, E., Duffield, C., Baldwin, R., Fry, M., & Stasa, H. (2012) Expanding the role of practice nurses in Australia. *Contemporary Nurse*, 41 (1), 133-140.
- Nankervis, K., Kenny, A., & Bish, M. (2008). Enhancing scope of practice for the second level nurse : A change process to meet growing demand for rural health services. *Contemporary Nurse*, 29 (2), 159-173.
- Nathenson, P., Schafer, L., & Anderson, J. (2007). Relationship of RN role responsibilities to job satisfaction, *Rehabilitation Nursing*, 32(1), 9-14.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Acaroglu, R., Da Luz, M., Berg, A., Idvall, E., & al. (2012). A seven country comparison of nurses' perception of their professional practice environment. *Journal of Nursing Management*, 20, 236-248.
- Patterson, E., & McMurray, A. (2003). Collaborative practice between registered nurses and medical practitioners in Australian general practice : moving from rhetoric to reality. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (4), 43-48.
- Oelke, N.D., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization : an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Research*, 21(1), 58-69.
- Riley R., & Peter, G. (2000). The current scope and future direction of perioperative nursing practice in Victoria, Australia. *Journal of advanced nursing*, 32, 544-553.
- Romanow, R.J. (2002). *Building on values : The future of health care in Canada*. Commission on the future of Health Care in Canada, Ottawa, Canada.
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU : how to define ? *British Association of Critical Care Nurse*, 16(1), 5-10.
- Salois, R. (2009). *Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeux et implications*. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Québec, Canada. Repéré à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009_PremiereLigne/csbe-Recommandations-t4-042009.pdf

- Salois, R. (2010). *Informer des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de soins : Synthèse et recommandation*. Synthèse et recommandations. Québec, Canada. Repéré à : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/DroitsResponsabilites/csbe_DroitsResponsabiliteSyhtheseRecommandation.pdf
- Schulter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2011). Understanding nursing scope of practice : A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2011), 1211-1222.
- Smith, D. L., Smith, J. E., Boechler, V., Giovanetti, P., & Lendrum, B. (2006). Structure and organization of nurses' work. Dans. M. Hibberd, & D. L. Smith (Eds.) *Nursing leadership and management in Canada*. (3th éd., pp. 199-236). Toronto: Elsevier Mosby
- Sorenson, R., Iedema, R., & Severinsson, E. (2008). Beyond profession : nursing leadership in contemporary healthcare. *Journal of Nursing Management*, 16, 535-544.
- Staples, P., & Earle, W. (2004). The role and scope of practice of nurses working in Canadian heart failure clinics. *Heart & Lung*, 33(4), 201-209.
- Upenieks, V. (2005). Recruitment and retention strategies : A magnet hospital prevention model. *Medical Surgical Nursing*, 4, 21-27.
- Weis, D. (2002). Professional values : key to professional development. *Journal of Professional Nursing*, 18(5), 271-275.
- Wheeler R. & Foster, J.W. (2013). Barriers to participation in governance and professional advancement. *Journal of Nursing Administration*, 43(7/8), 409-414.
- White, D., Oelke, N.D., Besner, J., Doran, D., McGillis, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice : descriptions and challenges. *Nursing Research*, 21(1), 44-57.
- Wynd, C. (2003). Current factor contributing to professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 19(5), 251-261.

Appendice A
Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec

ARTICLE 36 — Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec

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

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);
5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
8. Appliquer des techniques invasives;
9. Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
11. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
12. Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
14. Décider de l'utilisation des mesures de contention.

15. Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*
16. Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau de deuxième cycle universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14.
17. Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement, dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Appendice B

Dimensions, items et niveaux de complexité des items du QÉPI

Dimensions, items et niveaux de complexité des items du QÉPI

Dimension	Libellé	Niveau
Évaluation et planification des soins	25. J'évalue la condition physique et mentale du client en considérant les dimensions biopsychosociales	1
	21. Je mets à jour systématiquement, par écrit, les informations sur la condition du client et sur les soins dispensés	
	2. Pour planifier mes interventions, j'utilise des outils d'évaluation de problèmes de soins	2
	1. Je suscite l'implication du client et de sa famille dans la planification des soins	
	11. Je participe à la conception, à l'application et à la mise à jour des programmes de soins	
Enseignement à la clientèle et aux familles	10. J'évalue les besoins spécifiques d'information et d'enseignement propres à chaque client et à sa famille	1
	17. Je valide la compréhension du client et de sa famille par rapport à l'enseignement reçu	
	5. J'emploie des stratégies d'enseignement adaptées à chaque client et à sa famille, en fonction du degré d'autonomie du client	2
	22. Je vérifie la qualité de l'enseignement dispensé à l'unité	
Communication et coordination des soins	16. Je communique aux membres de l'équipe toute information pertinente susceptible d'influencer la coordination des soins	1
	12. Je coordonne le travail de l'équipe de soins infirmiers pour répondre aux besoins du client et de sa famille	
	24. Je communique toutes les informations pertinentes aux professionnels d'autres établissements en vue d'assurer la continuité des soins	2
	8. Je participe aux réunions ou à des activités de l'équipe interprofessionnelle	
	15. Afin d'assurer la continuité des soins, je coordonne les interventions de l'équipe interprofessionnelle au sein de l'établissement	
Intégration et encadrement du personnel	20. Je participe à l'identification des besoins de formation de mon unité	2
	9. Je participe à l'orientation et à l'encadrement des stagiaires ou du personnel nouvellement recruté	
	6. J'agis à titre de mentor ou de monitrice auprès du personnel nouvellement recruté	3
	14. Je participe au développement et à la dispensation d'activités de formation à l'équipe de soins, selon mes compétences	
Optimisation de la qualité et sécurité des soins	7. Je signale les situations cliniques où je perçois une lacune dans la qualité et la sécurité des soins	1
	26. Je m'implique dans la mise à jour des pratiques en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins	
	19. Je propose des approches ou stratégies pour améliorer la qualité et la sécurité des soins lorsque j'identifie des lacunes	2
	23. Je participe à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins	
	3. Je participe au développement de la pratique infirmière	
Mise à jour et utilisation des connaissances	4. Je maintiens à jour mes connaissances	1
	18. Je bonifie ma pratique en fonction des nouvelles connaissances issues des pratiques exemplaires et des projets de recherche en sciences infirmières ou en santé	
	13. Lors d'une modification de la pratique, je partage avec l'équipe de soins infirmiers les connaissances issues de la recherche	3

Appendice C
Grille de catégorisation des articles

Titre de l'article				
Auteur(s)				
Pays				
Pertinence de l'article	Thème central Étendue de pratique des infirmières - utilisation des ressources infirmières -			
	Thème spécifique Facteurs influençant l'étendue de pratique des infirmières			
	Thème spécifique Stratégies- utilisation des ressources infirmières			
	Thème non spécifique Facteurs influençant la pleine utilisation des ressources en santé			
	Thème non spécifique - stratégies visant la pleine utilisation des ressources en santé			
	Hors sujet			
Rigueur scientifique				
Type d'étude	Quantitative		Qualitative	Descriptive
Échantillon	n < 100		100 < n < 500	n > 500
Rigueur de la méthodologie				
Modèle conceptuel				
Niveau évidence	Méta analyse fondée sur ECR Études expérimentales isolées Études quasi expérimentales Études portant sur l'utilisation des travaux de recherche Recommandations émises par des figures d'autorité respectées et comité de spécialistes (Loiselle et al., 2007., p.463)			
Analyse				
Type d'organisation traité dans l'article	Soins 1ere ligne / communautaire		Soins longue durée	Hospitalisation
	Soins aigus		Soins court terme	Autres

But de l'article			
Éléments clés			
	Facteurs		Stratégies
Vision et valeurs			
Standards de pratique			
Pratique réflexive			
Développement professionnel			
Soins centrés sur le patient			
Reconnaissance clinique et avancement			
Gouvernance			
Résultats probants et recherche			
Innovation et travail d'équipe			
Dimensions du QÉPI	Évaluation et planification des soins		Enseignement
	Communication / coordination		Optimisation de la qualité et sécurité
	Intégration et encadrement		Mise à jour et utilisation des connaissances
Références utiles citées			
Autres commentaires			

Inspirée des travaux de :
Danielle D'Amour (2009); Lehn (2013) ; Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck (2007)

Appendice D

Tableau des éléments centraux des documents recensés

N° du document	1	2
Auteurs (année) Pays	Jowett et al.,(2001) Angleterre	Oelke et al., (2008) Canada
But	Analyser et comprendre l'impact de l'étendue de pratique professionnelle sur la pratique des infirmières. Cet article relate les attitudes et les perceptions des infirmières.	Comprendre les perceptions des infirmières quant au déploiement de leur étendue de pratique et identifier les barrières et les facilitateurs qui ont un impact sur l'optimisation du rôle infirmier.
Pertinence	Thème central : Étendue de pratique infirmière Thème spécifique : Facteurs et stratégies	Thème central : Étendue de pratique infirmière Thème spécifique : Facteurs et stratégies
Type d'étude	Descriptive — qualitative	Descriptive-qualitative et quantitative
Cadre théorique	Wright, 1995	Johnson et al., (2007) et Morse et al., (2002)
Facteurs	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - Avant d'élargir la pratique, il faut que les infirmières soient en mesure d'appliquer ce que leur étendue de pratique leur permet de faire. - Il faut préserver les éléments fondamentaux des soins infirmiers et ne pas trop s'éloigner des soins directs aux patients. - Manque de clarté dans la notion d'étendue de pratique <u>Standards de pratique</u> <u>Pratique réflexive</u> <u>Développement professionnel</u> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin de formation pour mieux intégrer leur étendue de pratique 	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de clarté et d'habileté à décrire la notion d'étendue de pratique. Difficulté à décrire leur étendue de pratique au-delà d'une liste de tâches. <u>Standards de pratique</u> <ul style="list-style-type: none"> - La présence de législation provinciale et fédérale. À ce niveau, les politiques, les principes et les standards contribuent tous à l'interprétation de l'étendue de pratique : ils facilitent ou contraignent l'étendue de pratique. <u>Pratique réflexive</u> <u>Développement professionnel</u> <ul style="list-style-type: none"> - Développement des compétences qui passe par la formation initiale et continue, les connaissances

	<p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le travail/le rôle n'est pas bien compris par le public en général. <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p>et l'expérience.</p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La charge de travail importante, l'acuité élevée des patients et le manque de temps sont fréquemment identifiés comme étant des barrières. Difficulté à décrire la charge de travail, car les infirmières doivent être flexibles et s'adapter continuellement aux changements. L'acuité des patients crée d'imposantes charges de travail. Le manque de temps ne permet pas d'évaluer en profondeur et de s'interroger sur la qualité des soins. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières font tout et rien à la fois, elles sont comme des « jack of all trades » - Les employeurs, à travers leur politique, ont également un impact dans le déploiement du rôle. - Certains facteurs influencent l'habileté des infirmières à déployer leur pratique : changements organisationnels, dotation inadéquate, manque de temps, la communication déficiente, l'ambiguïté des rôles et le manque de ressources. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p>
--	---	--

		<p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Communication inefficace entre les dispensateurs de soins et manque de communication. - Inhabilité à travailler en équipe impliquant un manque de reconnaissance, manque de confiance entre les capacités et les conflits entre les dispensateurs de soins. - Mauvaise compréhension des rôles tant infirmiers que des autres professionnels. - Manque de collaboration entre les différents dispensateurs de soins.
<p>Stratégies</p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les individus sont également responsables d'appliquer leur étendue de pratique dans leur pratique au quotidien. <p><u>Standards de pratique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin de protocoles et de lignes directrices claires <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation continue est cruciale - Besoin de systèmes qui soutiennent le développement des compétences - Créer des occasions de développement professionnel 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien pour éducation et formation continue <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoriser l'évaluation et la contribution infirmière au sein des équipes soignantes. <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien au développement du leadership - Gouvernance forte

	<p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestionnaires devraient être plus directifs pour mieux intégrer l'étendue de pratique à la pratique. Ils ont un rôle fondamental à jouer dans l'intégration de l'étendue de pratique à la pratique. - Besoin de soutien pour améliorer leur profil et clarifier les lignes de développement professionnel. - Besoin de soutien pour valoriser le rôle essentiel des infirmières dans le système de santé <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Instauration de pratiques collaboratives impliquant du soutien entre collègues, partage du même but, etc. - Développer le sentiment d'appartenance à une équipe. - Créer des tournées et des moments pour discuter des situations cliniques des patients. - Une bonne relation infirmière et médecin - Développer la confiance - Valoriser le rôle de la « nurse educator »
<p>Autres éléments/limites</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Permettre le déploiement optimal de l'étendue de pratique est une stratégie importante de rétention et cruciale pour résoudre les problèmes de pénurie de main-d'œuvre. - Le concept d'étendue de pratique n'est pas toujours clair. Or une compréhension adéquate de ces éléments est nécessaire pour permettre une utilisation efficace des ressources - Distinction entre l'étendue de pratique et le « role enactment »

		<ul style="list-style-type: none"> - Bien que plusieurs facteurs puissent être identifiés, leur impact sur la capacité des infirmières à déployer leur étendue de pratique demeure flou. - La moitié des infirmières interviewées affirment travailler à leur pleine étendue de pratique. <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secteur de soins aigus
N° du document	3	4
Auteurs (année) Pays	Davis et al., (2002) Australie	Besner et al., (2005) Canada
But	Décrire le processus utilisé pour valider The Scope of Nursing Practice Decision-Making Framework développé et implanté en Australie.	Obtenir la perception des infirmières quant au déploiement de leur étendue de pratique et identifier les barrières et les facilitateurs à l'optimisation du rôle infirmier.
Pertinence	Thème central : Étendue de pratique infirmière	Thème central : Étendue de pratique infirmière Thèmes spécifiques : facteurs et stratégies
Type d'étude	Descriptive	Descriptive comparative
Cadre théorique	Chinn et Kramer. (1991)	Nursing Role Effectiveness Model - Irvine et al., (1998)
Facteurs	<u>Vision et valeurs</u> <u>Standards de pratique</u> <u>Pratique réflexive</u> <ul style="list-style-type: none"> - Autres facteurs : intérêts professionnels, réseautage, co-construction et les institutions 	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - Tendance générale à décrire l'étendue de pratique en fonction des tâches à effectuer. - Manque de clarté quant à l'articulation du rôle professionnel. - Variance dans la définition de l'étendue de pratique.

	<p>apprenantes.</p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Expérience — 84% des répondantes affirment que l'expérience leur permet de jouer un meilleur rôle infirmier et que cette expérience permet l'avancement de leur pratique. - Engagement dans la formation continue — 53 % affirment que l'éducation permet l'avancement de leur pratique. - Inaccessibilité à la formation - Éducation est essentielle au développement de compétences et l'avancement de la pratique. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Milieu de travail non supportant - Restrictions budgétaires - Charges de travail imposantes - Influence du contexte de pratique <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Délégation d'actes — 53% affirment que la délégation d'activités permet l'avancement de la pratique. Manque d'occasions pour déléguer des 	<p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducation, expérience et compétence influencent le déploiement de l'étendue de pratique. - Peu de discussion et compréhension limitée entourant les différences existantes entre le niveau de préparation des infirmières, les connaissances de base et l'expertise. - Le niveau de formation des infirmières influence la manière d'aborder l'étendue de pratique. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le temps, la charge de travail et l'acuité des patients limitent l'habileté des infirmières à performer à leur pleine étendue de pratique. - L'acuité et la complexité des patients influencent le rôle - Type d'unité de soins aurait une influence sur le déploiement de l'étendue de pratique notamment dans les unités où l'aspect technique est très élevé. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Importance de l'évaluation comme source de distinction entre les niveaux d'infirmières. - Coordination des soins, une expertise infirmière. - Influence de la spécialisation. . - La perception d'être valorisée pour son travail.
--	---	--

	<p>actes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de soutien entre collègues - Manque de collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de reconnaissance <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Confusion considérable dans les rôles et responsabilités des membres de l'équipe de soins. - Ambiguïté des rôles - Manque de compréhension entre les différents rôles - Chevauchement des rôles qui entraîne de la confusion et des tensions dans les équipes de soins. - Les relations interprofessionnelles pauvres — la qualité des relations interprofessionnelles influence la perception d'autonomie des infirmières et leur sentiment d'être valorisées pour leurs connaissances et compétences, et leur permet de déployer davantage leur étendue de pratique. - Manque de respect et les interactions interprofessionnelles pauvres influencent également. - Manque de confiance dans les compétences des autres membres de l'équipe. - Importance de la relation infirmière — médecin - Communication inefficace
--	--	--

<p>Stratégies</p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Une détermination claire de l'étendue de pratique infirmier peut aider à s'assurer que les consommateurs de soins sont protégés et que les infirmières pratiquent de manière sécuritaire et efficacement au plein potentiel de leurs compétences. Il existe un besoin de mieux clarifier et définir l'étendue de pratique infirmier. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Repenser le travail des infirmières en fonction des champs de pratique des autres professions notamment les IA - Clarification des rôles et responsabilités <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarification des différences dans les programmes d'enseignement des soins infirmiers. - Transmettre lors du cursus de formation les connaissances à l'égard du rôle et des responsabilités des professionnels. - Importance de la formation continue. - Améliorer la compréhension des différents niveaux de formation <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Opter pour des modèles de prestation de soins qui maximise le rôle complémentaire des rôles des membres de l'équipe de soins. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'autonomie <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les gestionnaires devraient avoir davantage
--------------------------	---	---

		<p>d'information à propos de l'enseignement professionnel et la complémentarité des rôles des membres des équipes soignantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Engager les professionnels dans les discussions pour assurer un meilleur partage des responsabilités et promouvoir la pratique collaborative. - Assurer le dialogue pour améliorer l'utilisation des ressources. - Se doter de ressources organisationnelles fonctionnelles telles que l'équipement, l'accès à la formation, occasion, de discussion de cas. Bref un environnement de gestion qui soutient ses éléments. - Environnements de travail satisfaisants. - Stratégies de gestion de changement plus efficace et amélioration des environnements de travail contribueraient à une meilleure utilisation des ressources infirmières. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Harmonisation du corpus législatif - Dotation en fonction des résultats probants. - Monitorer les impacts des modèles de prestation de soins. <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Meilleure compréhension des rôles professionnels et de leur contribution pour permettre une meilleure dotation.
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Informer des rôles et contributions des différents professionnels. Miser sur la collaboration. - Relation infirmière — médecins. - Meilleure définition des rôles. Clairement, démontrer la zone d'expertise de chaque professionnel et leur complémentarité. - Améliorer la compréhension des compétences et connaissances des membres de l'équipe de soins.
Autres éléments/limites	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe de la confusion quant à la signification et l'utilisation du terme : étendue de pratique. - Importance du rôle des instances législatives dans l'établissement et le maintien de standards de pratique. - Définition de la pratique professionnelle comme étant : le processus dynamique et unique qui requiert des connaissances, des compétences et des attitudes spécifiques. - 43% des répondantes infirmières affirmaient avoir un niveau de pratique avancé pouvant se comparer à un déploiement de rôles optimal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Peu de recherche sur la notion d'étendue de pratique et peu de données de recherche peuvent lier les facteurs tels que la satisfaction professionnelle ou l'épuisement à la sous-utilisation des infirmières. Il importe d'effectuer plus de recherche pour valider ce qui limite l'utilisation optimale des ressources. - Les études démontrent les bénéfices associés à l'utilisation des infirmières. - La moitié des infirmières rapportent être utilisées de manière appropriée. - Il existe une différence entre la formation des infirmières et ce qu'elles perçoivent être en mesure de faire.
N° du document	5	6
Auteurs (année) Pays	Nathenson et al., (2007) USA	White et al., (2008) Canada
But:	Tester un modèle de dispensation de soins qui maximise le rôle infirmier en réadaptation en fournissant des soins axés sur l'étendue de pratique exclusive des infirmières.	Obtenir les perceptions des infirmières sur la signification de travailler à la pleine étendue de sa pratique.

Pertinence	Thème central : Utilisation des ressources infirmières et étendue de pratique Thème spécifique : Stratégies	Thème central : Étendue de pratique infirmière Thème spécifique : Facteurs
Type d'étude	Quantitative descriptive	Descriptive-qualitative et quantitative
Cadre théorique	Donabedian (1966)	Johnson et al. 2007
Facteurs	<u>Vision et valeurs</u> <u>Standards de pratique</u> <u>Pratique réflexive</u> <u>Développement professionnel</u> <u>Soins centrés sur le patient</u> - Des modes de prestations de soins innovants sont associés à une économie, satisfaction des patients et une amélioration de la coordination des soins <u>Reconnaissance clinique et avancement</u> <u>Gouvernance</u> - Les environnements de pratique professionnelle sont reliés positivement à la perception d'autonomie, le contrôle sur la pratique, la satisfaction au travail, l'amélioration de la rétention et des résultats de soins. - Les infirmières effectuent des fonctions essentiellement infirmières - Avant l'implantation du modèle (38%)	<u>Vision et valeurs</u> - Discussions sur l'étendue de pratique portent davantage sur le rôle biomédical et les compétences techniques de l'infirmière plutôt que sur les compétences infirmières qui englobent des connaissances et des compétences reliées à l'amélioration de la santé et du bien-être. - Accent sur les tâches biomédicales étant des activités de soins directs ou indirects tels que la documentation, l'approvisionnement en fournitures, la communication d'information, etc. Sans intérêt à mettre en relation avec le rôle professionnel, les responsabilités et les activités pour lesquels les infirmières sont formées. - Les infirmières définissent leur étendue de la pratique en fonction des tâches qu'elles effectuent au quotidien. Par contre, l'évaluation et la coordination des soins sont incluses dans leur définition. - L'évaluation apparaît comme étant centrale au travail infirmier. - Il existe un mouvement impressionnant visant à créer des nouveaux rôles infirmiers sans comprendre et assurer un consensus entre les

	<p>- Post-implantation du modèle (45%)</p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p>différents rôles et délimiter les limites de la pratique, les niveaux d'autonomie cliniques et la préparation requise pour ces rôles.</p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formation infirmière de niveau universitaire semblent plus enclines à discuter de leur pratique de manière holistique, mais aucun modèle n'a pu être établi entre les différents degrés de préparation des infirmières. - Les infirmières croient être en mesure de pratiquer davantage à leur pleine étendue de pratique en ayant plus d'expérience. - Manque de distinction entre les différents niveaux de formation des infirmières, influence l'utilisation des ressources infirmières. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'habileté à appliquer la pleine étendue des connaissances et compétences infirmières dépend du type d'unité et du niveau d'acuité ou de complexité du patient. - Les infirmières indiquent pratiquer davantage selon leur pleine étendue de pratique dans les unités à haute technologie
--	---	--

		<p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chevauchement des rôles et activités professionnelles partagées — amènent tension, compétition, manque de confiance, travail d'équipe inefficace, diminution de l'identité professionnelle et sur ou sous utilisation des ressources. - Confusion dans les rôles — ambiguïté. Ce qui contribue à augmenter les tensions dans l'équipe et résulte potentiellement à la sous-utilisation des ressources. - Manque de différenciation dans les rôles et l'accent à décrire le rôle professionnel en fonction de compétences techniques dévalue le rôle infirmier. <p>Pour optimiser, il est nécessaire de comprendre l'étendue de pratique, ses limites et les chevauchements de rôle à titre de facilitateurs ou de barrières</p>
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Clairement définir et articuler les rôles infirmiers en clarifiant ce qui est unique aux soins infirmiers et ce qui est partageable avec d'autres

	<p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'implantation d'un modèle de soins axé sur l'étendue de pratique infirmière est une méthode efficace qui a démontré des résultats. Les infirmières sont appelées à donner des soins en fonction de leurs activités essentielles et les fonctions non essentielles sont assurées par d'autres ressources. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p>dispensateurs de soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarifier la notion d'étendue de la pratique - Être en mesure de décrire la pratique infirmière en matière de connaissances et de principes qui mettent en valeur le rôle infirmier. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Distinction entre la durée, le contenu et l'approche de la formation. - Améliorer la compréhension des niveaux de formation <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Environnement de pratique où l'on ressent une appréciation claire des rôles, compétences et capacités de chaque membre de l'équipe. <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance que les soins infirmiers ne sont pas une myriade de collections de tâches, il faut considérer le contexte global des soins (soutien organisationnel, l'activité des unités de soins, la change de travail et la complexité des patients) - Plan d'effectifs <p><u>Résultats probants et recherche</u></p>
--	--	---

		<p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Articuler clairement la distinction entre les différents rôles. Sinon pourquoi prévoir de la réglementation distincte? - Clarifier les rôles - Miser sur les modèles de pratique collaborative - Les pratiques interprofessionnelles efficaces requièrent le bon mélange de compétences où les zones d'expertise sont complémentaires <p>Appel au gouvernement pour réviser et modifier les étendues de pratique actuelles afin de permettre une flexibilité dans la dotation et optimiser l'utilisation des ressources professionnelles existantes.</p>
Autres éléments/limites	<p>Cette étude aborde :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les facteurs influençant la satisfaction. De fait, la perception d'autonomie, du statut professionnel, interaction et la satisfaction en général a augmenté à la suite de l'implantation du modèle. - Les impacts des interventions infirmières sur les résultats de soins. <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - milieux de soins critiques 	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation sous optimale des ressources contribue à la diminution de la satisfaction au travail et aggrave les problèmes de rétention et de recrutement. - Difficile d'obtenir un consensus sur la définition du terme « étendue de la pratique ». - 50% des RN rapportent être utilisées de manière optimale.
N° du document	7	8
Auteurs (année) Pays	LeBuhn et al. (2010) USA	Schluter et al., (2011) Australie
But	Explore trois aspects de la relation entre l'étendue de pratique et la réforme de santé actuellement en cours	Comprendre comment les infirmières œuvrant en médecine ou chirurgie conçoivent leur étendue de

	aux USA dont une porte sur la contribution de l'étendue de pratique à l'accès et à la qualité des soins.	pratique en réponse au grade, à l'éventail des compétences des infirmières et de la disponibilité des aides-soignants et d'autres professionnels de soins de santé.
Pertinence	Thème non spécifique : facteurs et stratégies visant l'utilisation des ressources en santé y compris les infirmières.	Thème central : Étendue de pratique infirmière
Type d'étude	Littérature grise	Descriptive — explorative
Cadre théorique	Aucun	Critical incident technique. Flanagan, (1954)
Facteurs	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Selon la manière d'écrire ou implanter les lois relatives à l'étendue de pratique, ceci peut limiter ou promouvoir l'accès aux soins et affecter la qualité et le coût des services de santé. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Restriction de la proximité des infirmières dans les soins au patient en raison de l'augmentation des aides-soignants, les contraintes de temps et les responsabilités associées aux soins indirects. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières croient que leur rôle change de manière involontaire afin de s'adapter aux différents agendas des autres professions plutôt que d'user d'un véritable leadership infirmier

	<ul style="list-style-type: none"> - Des restrictions artificielles de l'étendue de pratique limitent les professionnels de la santé à performer à leur pleine étendue de pratique, ce qui limite l'accès aux soins et augmente les coûts des soins de santé. Or un nombre de prestigieux groupes protège davantage les intérêts économiques en limitant inutilement l'étendue de pratique des autres professionnels. - L'avancement en sciences et les innovations en dotation de personnel ont rendu les limites traditionnelles plus floues et imposent une flexibilité législative. 	<p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières effectuent des tâches en deçà de leur expertise — des activités qui requièrent peu de jugement ou de pensée critique. Perte de temps infirmier. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La pénurie de main-d'œuvre a donné lieu à la prolifération de rôles ce qui a créé de la confusion et des conflits. - Confusion dans les rôles — zones grises entre la pratique médicale et infirmière. - Responsabilités professionnelles plus ou moins claires - Les infirmières négocient continuellement leur rôle. Ce phénomène est surtout présent lorsque les protocoles ou les règles ne sont pas clairs ou concluants.
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Étudier les qualifications, la formation, les prérequis académiques 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Importance de bien comprendre la législation en vigueur. - Évaluation = activité centrale <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réflexion constante sur la pratique de manière à

	<p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La protection du public devrait être la priorité en matière de développement de l'étendue de pratique plutôt que les intérêts professionnels personnels. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La collaboration devrait être la norme - Le chevauchement entre les professionnels est nécessaire. - Favoriser la pratique autonome en complémentarité - Éviter les disputes inter juridictions 	<p>être alignés avec la législation en vigueur.</p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer une nouvelle forme de proximité avec le patient afin de privilégier les activités infirmières à valeurs ajoutées pour le patient. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Respecter la contribution de chaque membre de l'équipe de soin <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs croient que les infirmières sont tirées dans toutes les directions - Détermination des activités pouvant être confiées à d'autres types de soignants. - Clarification des principes de partage d'activités - Besoin de nouvelles interfaces entre les membres de l'équipe de soin <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des stratégies de travail d'équipe en fonction des connaissances, compétences et responsabilité des membres de l'équipe. - Meilleure compréhension des rôles, y compris des aides-soignants. - Importance d'une meilleure communication entre les membres de l'équipe de soin
--	---	---

		- Description claire des rôles
Autres éléments/limites	<ul style="list-style-type: none"> - Traite de l'expansion de l'étendue de pratique. Pertinence de lier l'expansion à des ententes de pratiques collaboratives enchâssées dans la loi. - Il existe un bagage de connaissance croissant quant à la possibilité que des personnes autres que médecins puissent dispenser des soins tout en maintenant la qualité et la sécurité des soins. 	- Description de l'étendue de pratique
N° du document	9	10
Auteurs (année) Pays	D'Amour et al., (2012) Canada	Dubois et al., (2012) Canada
But	Décrire le développement d'un instrument visant à mesurer l'étendue de pratique infirmière actuelle et fournir des données préliminaires sur les propriétés psychométriques de cet outil comme une description de l'étendue de pratique infirmière sur une unité de médecine.	Présenter une taxonomie théorique et empirique fondée sur des modèles d'organisation de soins infirmiers issus d'unités de soins de courte durée au Québec et en comparant leurs caractéristiques distinctives. Développement d'une théorie basée sur un cadre de référence qui inclut les différentes composantes des modèles d'organisations de soins infirmiers.
Pertinence	Thème central : Étendue de pratique infirmière Thème spécifique : Stratégies - utilisation ressources infirmières.	Thème central : Utilisation des ressources infirmières Thème spécifique : Stratégies - utilisation ressources infirmières.
Type d'étude	Développement et validation d'un outil	Quantitative et qualitative
Cadre théorique	O'Baugh et al., (2007)	Développement empirique d'une taxonomie
Facteurs	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - Les activités les plus couramment effectuées par les infirmières sont l'évaluation et la planification des soins. 	<u>Vision et valeurs</u> <u>Standards de pratique</u>

	<p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières cliniciennes utilisent leurs compétences plus fréquemment. Ceci indique qu'occuper un poste avec des compétences précises EX. bachelier implique un plus grand déploiement de l'étendue de pratique que l'unique diplôme. - Les infirmières ayant moins de 5 ans d'expérience avaient une plus grande étendue de pratique dans 3 dimensions. Ceci sous-tend la socialisation professionnelle. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le soutien pour le déploiement optimal de l'étendue de pratique infirmière est plus courant dans les établissements où les infirmières ont développé une variété de compétences incluant le leadership clinique. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p>	<p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les restructurations ont provoqué la création de nombreux modèles d'organisation de soins qui varient en matière de dotation, d'étendue de pratique et d'environnement de travail. - Bien qu'il existe plusieurs données sur les modèles de prestation de soins, très peu d'orientation sur la redéfinition de l'organisation. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Peu de recherche effectuée sur les structures distinctives et les processus de gestion en place. - Le manque de théorie harmonisée ou de cadre de référence intégré incorporant les différentes facettes de l'organisation de soins infirmiers a contribué à la fragmentation de la compréhension de l'organisation des soins infirmiers. <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>
--	---	---

	<u>Innovation et travail d'équipe</u>	
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Initiative de développement professionnel. Examiner les incitations et les motivations afin de soutenir et favoriser la formation continue requise pour maintenir le travail à la pleine étendue de pratique. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Modèles de soins qui mettent l'accent sur les fonctions centrales de l'infirmière. Les gestionnaires doivent articuler des modèles qui soutiennent et guident les infirmières à être partenaires avec la famille et le patient <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Modification des environnements de pratique pour miser davantage sur le travail d'équipe, la clarté des rôles, la charge de travail et la formation continue. - Structures d'emploi et des descriptifs d'emploi. Les structures de dotation et la structure 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouver des modèles de prestation de soins qui maximise l'utilisation des ressources. - Le modèle de dispensation de soins « Adaptive functional model » est celui qui a démontré une plus grande étendue de pratique. Augmentation de l'utilisation des IA, ce qui amène les infirmières à occuper davantage leur champ de pratique. - Les modèles professionnels ont également démontré une étendue de pratique modérée. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Une meilleure compréhension de la configuration des facteurs qui définissent l'organisation des services infirmiers et de la pratique infirmière est une fondation nécessaire pour mieux comprendre la contribution infirmière aux résultats de soins.

	<p>organisationnelle influencent le processus infirmier.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Augmenter le temps infirmier à performer des activités centrales infirmières. - Le QEPI comme outil pour guider les gestionnaires en identifiant les aspects de la pratique infirmière à améliorer ou à maximiser, mais aussi pour explorer le soutien organisationnel requis visant le développement professionnel. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>
<p>Autres éléments/limites</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les 6 dimensions de l'étendue de pratique - Moins de la moitié des infirmières croient travailler à leur pleine étendue de pratique. - Les recherches démontrent que les infirmières dépensent un temps considérable à faire des tâches qui peuvent être déléguées à d'autres. - Une des premières recommandations de l'IOM est de résoudre les barrières à l'étendue de pratique. - La pratique à un niveau sous-optimal à un impact sur la satisfaction et l'instabilité de la main d'œuvre. Les infirmières se sentent sur éduquées pour les tâches qu'elles sont appelées à faire ce qui a des impacts sur la motivation et la performance. 	<ul style="list-style-type: none"> - Définition d'un modèle conceptuel - Aborde les différents modèles de prestation de soins. - Un modèle de prestation de soins est une configuration spécifique de trois dimensions conceptuelles : dotation, étendue de pratique et l'environnement de travail qui interagissent de manière dynamique en influençant les résultats de soins.

	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser les infirmières à bon escient à leur pleine expertise pour améliorer l'efficacité et la satisfaction au travail. - Les coûts associés à la sous-utilisation et à l'utilisation inappropriée des ressources sont immenses. - La pleine étendue de pratique n'est pas seulement l'application de tâches et d'ordres, mais plutôt l'utilisation de compétences qui requièrent un haut niveau de connaissances et de jugement. 	
N° du document	11	12
Auteurs (année)	Nankervis et al., (2008)	Jansen. (2007)
Pays	Australie	Canada
But	Identifier, à l'intérieur d'un contexte rural, le potentiel pour améliorer l'étendue de pratique des infirmières et des infirmières auxiliaires.	Analyse critique des défis historiques, politiques, économiques et sociaux associés à l'atteinte d'une pratique collaborative.
Pertinence	Thème central : Étendue de pratique infirmière Thème spécifique : Stratégie - utilisation ressources infirmières.	Thème non spécifique : facteurs - utilisation ressources en santé et stratégies - utilisation ressources en santé.
Type d'étude	Qualitative descriptive	Analyse critique
Cadre théorique	Sandelowski. (2000)	Aucun n'est indiqué
Facteurs	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - Crainte de perdre leur travail si délégation - Crainte de perdre l'intervention au chevet du patient. - Manque d'enthousiasme et de constance quant au déploiement de l'étendue de pratique. La plupart 	<u>Vision et valeurs</u> <u>Standards de pratique</u> <u>Pratique réflexive</u> <u>Développement professionnel</u>

	<p>croient que ce sera un ajout de tâches additionnelles plutôt que l'augmentation du raisonnement critique, réflexion, la planification et l'évaluation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crainte de voir uniquement des spécialités - Il n'existe pas de compréhension claire de la notion d'étendue de pratique. - Les infirmières manquent d'influence et de force politique - Crainte de perdre l'intervention au chevet <p><u>Standards de pratique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque d'harmonisation nationale quant à l'étendue de pratique (Australie) — <u>Force pour le QC</u> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - En Australie, l'étendue de pratique pour les infirmières varie en fonction de la préparation académique individuelle et de l'expérience, de la législation et les politiques locales. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de reconnaissance et de valorisation quant à leur rôle. 	<p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Des modèles de pratique qui fournissent l'opportunité d'articuler l'identité infirmière et les connaissances de base vis-à-vis les soins collaboratifs et interdisciplinaires. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque de visibilité des infirmières contribuera aux remplacements de postes d'infirmières par des postes d'autres types de soignants (para professionnel et non professionnel) <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de reconnaissance de la recherche en sciences infirmières. <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La littérature sur l'éducation interprofessionnelle est vague quant à la terminologie commune et les données sont insuffisantes pour informer sur les stratégies d'apprentissage visant le travail collaboratif et en interdisciplinarité.
--	---	--

	<p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de soutien de la part des gestionnaires <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambiguïté dans les rôles - Chevauchement des rôles 	
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Migrer vers une pratique non orientée sur la tâche et miser sur l'étendue de pratique. - Assurer la volonté des infirmières à maximiser leur étendue de pratique — RE : craintes exposées. - Les infirmières doivent s'engager à contribuer aux débats et aux processus afin de s'approprier les modèles de dispensation de soins d'un point de vue collectif et politique. <p><u>Standards de pratique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Adoption de lignes directrices à l'égard de l'étendue de pratique (Australie), un guide qui aide la décision dans les aspects organisationnels requis, compétences et connaissances individuelles. - <i>Développement de politiques et procédure pour maximiser l'étendue de pratique.</i> Ex. : le recrutement et la rétention, le développement et le coaching professionnel. 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - User du pouvoir et des connaissances infirmières de manière stratégique et pour influencer. C'est critique pour la profession infirmière pour aller plus loin et amener plus de collaboration. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abattre les silos éducationnels. - Des stratégies doivent être développées pour éviter la perte de l'autonomie professionnelle et s'assurer de la préparation académique requise et le coaching pour le travail interdisciplinaire. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des stratégies pour assurer une visibilité publique et se défaire de la perception

	<p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise à niveau de compétences est requise pour maximiser l'étendue de pratique. - Accès à la formation. Identifier les barrières à l'éducation et coaching afin de faciliter et améliorer l'accès à la formation. - Investissement dans la formation par les gouvernements. - Mécanismes pour mieux cerner les distinctions entre les niveaux d'infirmières. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Miser sur des modèles qui maximisent l'étendue de pratique, mais attention à la spécialisation. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Miser sur la reconnaissance et la valorisation du rôle. - Développer le sentiment de confiance et d'appréciation du rôle infirmier. - Reconnaître les infirmières comme partenaire à part entière de l'équipe de soins. - Stratégies de reconnaissance financières et non financières : avantages financiers, possibilités d'avancement professionnel. <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestion du changement qui guide la modification 	<p>publique de servitude des infirmières envers les autres professionnels. Accent sur l'expertise spécifique infirmière.</p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducation interdisciplinaire pour mieux apprécier les rôles, la valeur et les compétences des autres professionnels. - En l'absence de structure d'équipe à grande échelle, l'inertie du système inhérent aux structures patriarcales perpétuera un système de soins spécialisés, remplis de jeux de pouvoir, une sous-utilisation des ressources infirmières, protection des juridictions. - Cesser les pertes de temps dans les batailles interjuridictions et explorer plutôt les alternatives des pratiques collaboratives. - Innovations législatives pour atteinte d'autonomie et accessibilité.
--	---	---

	<p>des pratiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer le climat pour le changement. - Plan de dotation — structure pour supporter l’approvisionnement en ressources humaines. - Leadership et gouverne forte. - Un énoncé organisationnel ayant pour but de soutenir l’implantation de l’étendue de pratique maximisé afin d’engager et rendre responsable les infirmières de ce changement. - Élaborer des descriptifs d’emploi pour mieux définir les rôles. - Adopter un cadre de référence décisionnel pour la reconnaissance et le développement de l’étendue de pratique infirmière. - Plan de communication stratégique. - Tous les gestionnaires doivent soutenir activement, encourager et participer au programme de déploiement maximal de l’étendue de pratique. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les impacts de la maximisation de l’étendue de pratique, mais également évaluer pour ajuster en cours de route les stratégies mises de l’avant. <p><u>Innovation et travail d’équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Clarifier les rôles. - Miser sur la collaboration. 	
Autres éléments/limites	<ul style="list-style-type: none"> - Maximiser l’étendue de pratique pour mieux 	<ul style="list-style-type: none"> - La pratique collaborative est une considération

	<p>répondre aux besoins des patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une étendue de pratique maximisée a un impact potentiel sur le recrutement et la rétention. - Reflète la pratique en Australie. 	<p>importante de la pratique infirmière.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Documente les impacts de la pratique collaborative.
N° du document	13	14
Auteurs (année)	Duckett (2005)	Rose (2011)
Pays	Australie	Canada
But	Mettre en évidence une nouvelle approche pour préparer la main d'œuvre en santé.	Discuter des déterminants et de la complexité de la collaboration interprofessionnelle, les données qui soutiennent son impact sur les résultats dans les unités de soins critiques, et les interventions désignées pour un meilleur fonctionnement des équipes interdisciplinaires.
Pertinence	Thème non spécifique : Stratégies - utilisation des ressources en santé	Thème non spécifique : Facteurs et stratégies - utilisation ressources en santé.
Type d'étude	Aucun mentionné	Aucun mentionné
Cadre théorique	Aucun	Aucun
Facteurs	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sans clarification du rôle infirmier, il ne peut y avoir de lignes précises quant à la dotation du personnel requis et il est difficile pour les institutions d'enseignement de décider des curriculums et du nombre d'infirmières à former. - Le rôle infirmier est sujet à de nombreuses pressions qui posent tant des menaces que des occasions pour la profession. 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les protocoles sont vus comme des outils réduisant la variabilité de la pratique assurent la prise de décision appropriée et dans les délais et améliorent les résultats de soins aux patients. <p><u>Pratique réflexive</u></p>

	<p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Une préparation académique plus large fournit une fondation pour les infirmières à exercer des rôles plus complexes. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Changement dans la nature des tâches pouvant être confié à d'autres amène un changement nécessairement dans le rôle. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les structures professionnelles existantes mènent à un manque de flexibilité dans le déploiement des effectifs, manque de clarté dans les rôles, ce qui réduit l'accessibilité et augmente le temps dépensé en coordination des soins. 	<p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaboration interprofessionnelle est inconsistante et sous-optimale. - Les dynamiques de pouvoir constituent une barrière à la collaboration interprofessionnelle. - Protection de ces propres intérêts au sein des groupes professionnels -
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p>

	<p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin de restructurer l'éducation pour mettre l'accent sur la collaboration et le travail interdisciplinaire. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconfiguration des rôles : un changement qui perturbera le pouvoir et la hiérarchie actuelle et mettra au défi les perspectives des intérêts professionnels et les rôles professionnels. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développement de littérature quant au potentiel pour les infirmières d'exercer des rôles qui auparavant étaient exclusifs aux médecins. <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les organisations doivent miser sur des stratégies qui créent les structures requises pour la collaboration interprofessionnelle. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les feuilles d'objectifs journaliers, les tournées interdisciplinaires et les protocoles s'avèrent être des outils intéressants pour stimuler la communication. - Les éléments clés pour une tournée interdisciplinaires incluent la collégialité, le respect et la confiance. - Chaque professionnel doit chercher les connaissances et les compétences qui leur permettent de fonctionner efficacement en équipe.
Autres éléments/limites		<ul style="list-style-type: none"> - Résultats de la collaboration interprofessionnelle

N° du document	15	16
Auteurs (année) Pays	Patterson et al., (2003) Australie	Wynd (2003) USA
But	Présenter quelques facteurs qui influencent les pratiques collaboratives et les examinent dans le contexte australien.	Évaluer les attitudes courantes d'un échantillon d'infirmières envers le professionnalisme et examiner les différences et les relations entre les degrés de professionnalisme, les niveaux d'éducation et l'expérience, l'adhésion à une organisation professionnelle et la certification de spécialité en soins infirmiers.
Pertinence	Thème non spécifique : facteurs et stratégies - utilisation des ressources en santé. Pratique collaborative.	Hors sujet : Aspects relatifs à la professionnalisation
Type d'étude	Aucun mentionné	Descriptive comparative
Cadre théorique	Aucun	Hall (1968). Hall's Professionalism Inventory Scale
Facteurs	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - Le rôle infirmier est souvent perçu comme un assistant au médecin pour faciliter le roulement de la clinique. - Les infirmières sont de manière prédominante orientée sur la tâche et dépendent de la délégation médicale. - Les infirmières souhaitent déployer leur rôle autrement <u>Standards de pratique</u> <u>Pratique réflexive</u>	<u>Vision et valeurs</u> <u>Standards de pratique</u> <u>Pratique réflexive</u> <u>Développement professionnel</u> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières ayant obtenu le plus haut pointage de professionnalisme sont celles étant membres d'une organisation professionnelle, ayant plusieurs années d'expérience, ayant obtenu un diplôme d'études supérieures et ayant une certification dans une spécialité infirmière.

	<p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La formation qui prépare une personne pour un rôle interdépendant et l'expérience en collaboration sont d'importants facteurs pour faciliter la collaboration. - Éducation qui promeut et facilite la compréhension du développement du rôle. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de compréhension de la part des médecins et des infirmières sur le rôle et les responsabilités de chacun. - Difficulté d'acceptation du rôle autonome de l'infirmière par le médecin. - La définition du rôle infirmier peut parfois varier en fonction du degré de confiance qui existe entre le médecin et l'infirmière. Le "FIT". 	<ul style="list-style-type: none"> - L'expérience de travail forme les attitudes envers le professionnalisme. Les infirmières ayant le plus d'expérience avaient un pointage plus élevé pour le professionnalisme, l'utilisation des organisations professionnelles, l'autonomie et la vocation. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accent sur les attributs de l'altruisme, les services publics et la vocation ont maintenu les infirmières dans une auto-coercition et dans l'idéologie sociale d'un statut subordonné à la médecine ce qui amène une forme de négligence et de dévaluation de la société. <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lobbying auprès du gouvernement pour déployer leur rôle. 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières doivent éviter la passivité et la soumission du passé. Elles ont besoin de

	<p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rejoindre un groupe d'intérêt pour faciliter le partage des connaissances et des compétences et promouvoir leur identité professionnelle. <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'accès à la formation pour les « practice nurses ». <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chaque membre de l'équipe apporte un bagage spécifique de compétences, talents, informations ou de ressources complémentaires à l'autre. - Promouvoir des opportunités de formation pour mieux comprendre les rôles. - Les forces qui entravent la pratique collaborative mènent à une limitation de l'étendue de pratique et du rôle infirmier. 	<p>participer en exigeant une place sur les tables de décision, en mettant l'accent sur leur valeur et d'accepter les responsabilités et les obligations associées au professionnalisme.</p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer les relations infirmières et médecins pour améliorer les conditions de travail.
Autres éléments/limites	<ul style="list-style-type: none"> - Explication de la pratique collaborative. 	<ul style="list-style-type: none"> - Définition du terme « profession »

	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs personnels influençant la collaboration : le désir à s'engager dans le processus, la compréhension et l'acceptation des niveaux d'expertise et des limites de rôles, confiance et les dynamiques de groupe efficaces. - Définition de l'autonomie. - Valeur ajoutée de la collaboration. - Pratique australienne. - Vise la pratique des « practice nurse » — semblent être équivalent à RN en GMF au Québec. 	
N° du document	17	18
Auteurs (année) Pays	Melling et al., (2003) Angleterre	Kunic et al., (2013) USA
But	Identifie la proposition du gouvernement britannique pour une meilleure flexibilité des rôles en santé, comment cela interagit avec le but des soins infirmiers, comment le développement des compétences a des impacts sur le but des soins infirmiers et que les infirmières conscientisent leur importance dans le débat entourant les questions du coût-bénéfice, le pouvoir et le contrôle qu'elles peuvent avoir.	Discute de trois des quatre recommandations pour l'action de l'IOM: retirer les barrières à l'étendue de pratique, étendre les opportunités des infirmières à mener et diffuser les efforts d'amélioration de la collaboration et l'implantation du programme de résidence pour les infirmières.
Pertinence	Thème spécifique : Facteurs et stratégies - utilisation ressources infirmières. Rôle infirmier - but de soins infirmiers.	Thème central : Étendue de pratique infirmière Thème spécifique : Facteurs - utilisation des ressources infirmières.
Type d'étude	Aucun mentionné	Aucun mentionné

Cadre théorique	Aucun mentionné	Aucun mentionné
Facteurs	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - En soins infirmiers, il existe une tendance à développer le rôle en se calquant sur la médecine. - Le rôle infirmier est un mélange complexe d'activités et il est difficile de démêler ce qui est unique aux soins infirmiers. L'étendue des fonctions infirmières fait en sorte que ce soit problématique d'articuler précisément l'apport unique des soins infirmiers. - Inhabilité à articuler ce qui rend la profession unique. - Si les infirmières sont engagées dans une performance fragmentaire orientée sur les tâches médicales, elles n'auront pas le temps requis pour effectuer les soins. Il en est de même, si elles sont engagées de manière prédominante pour effectuer des aspects techniques/médicaux des soins, elles pourraient être amenées à laisser tomber les tâches ou fonctions relevant des compétences infirmières et mener à la fragmentation des soins. - Les infirmières considèrent l'implication politique comme étant non nécessaire. Selon elles, c'est une distraction indésirable de leur but principal qui est de donner les soins. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que la main d'œuvre infirmière est forte en nombre et adéquatement préparée pour fournir des soins de qualité qui satisfont les besoins de la population. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u> <u>Innovation et travail d'équipe</u></p>

	<p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'avoir un niveau de connaissances et de compétences identifié. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les éléments des soins infirmiers vitaux à la provision de soins de qualité ne peuvent être quantifiables. <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'expansion des rôles et la confusion dans les limites interprofessionnelles amènent un risque que le mélange essentiel entre la science et l'art des soins infirmiers soit négligé et relayé aux tâches techniques et médicales. - Les infirmières ont tendance à se soumettre à la domination médicale. 	
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il est important pour les professionnels d'être clair à propos de leurs compétences et connaissances qui font d'eux un groupe unique et spécifique et être en mesure d'articuler clairement leur contribution. 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fournir des opportunités d'apprendre dans

	<ul style="list-style-type: none"> - Identifier précisément ce qui est unique à la contribution infirmière pour développer le rôle. Pour articuler la valeur des soins infirmiers et pour assurer le développement du rôle. - Une définition de ce qui constitue les soins infirmiers. Les infirmières doivent être claires à propos de ce qui constitue leur valeur ajoutée. - Une définition large des soins infirmiers est bénéfique afin d'éviter un rétrécissement de l'étendue de pratique, mais diminue la possibilité de clarifier spécifiquement la contribution infirmière. - Le développement des rôles en soins infirmiers doit garder l'accent sur la dispensation de soins et le développement de carrière doit être clarifié en focalisant sur l'habileté des infirmières à dispenser des soins holistiques et individualisés où le patient est le principal acteur. - Les infirmières doivent être préparées à défendre la valeur de leur fonction unique auprès des autres groupes de professionnels et gestionnaires. - Les infirmières doivent utiliser la voie politique, localement et nationalement, pour éviter les changements de rôles inutiles et maximiser leur habileté à fournir des soins holistiques et compétents. - Ne pas uniquement se centrer sur les tâches médicales. <p><u>Standards de pratique</u></p>	<p>l'action.</p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir assez d'infirmières suffisamment éduquées est essentiel pour dispenser des soins de qualité et sécuritaire. - Retenir les infirmières expérimentées pour coacher les jeunes infirmières. - Former et retenir une main-d'œuvre infirmière en nombre adéquat et plus compétent. - Implantation des programmes de résidence pour infirmières - aborder les difficultés que les nouvelles infirmières rencontrent durant leur transition-école-milieu de travail. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Des modèles de soins innovants ont été testés et peuvent fournir des opportunités pour les infirmières de mener et collaborer avec les autres professionnels de la santé afin d'améliorer la qualité, diminuer les coûts et augmenter l'efficacité. Ex. ACO, Maison médicale centrée sur les patients, etc. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer des environnements de travail positifs <p><u>Résultats probants et recherche</u></p>
--	--	---

	<p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les soins infirmiers doivent être en mesure de justifier les coûts en lien avec la qualité de soins, non seulement en termes de tâches individuelles que les infirmières peuvent faire. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducation interprofessionnelle pour développer une meilleure compréhension des rôles et perspective des autres professions et assurer une utilisation efficace des ressources. 	<p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>
<p>Autres éléments/limites</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Augmenter l'opportunité du rôle infirmier aura des impacts sur : la satisfaction au travail en leur permettant d'utiliser leurs compétences et leurs connaissances pour prendre une plus large étendue d'activités et prendre plus de décisions de manière autonome. Reconnaissance des compétences infirmières. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les effets que les infirmières auront sur la qualité, l'accessibilité et la valeur du soin délivré dans un système de soins renouvelé dépendront de la capacité à retirer les barrières qui empêchent les infirmières à pratiquer selon leur pleine étendue de pratique. - Exemples d'innovations implantées grâce à la

	- Des études ont démontré que les "nurses-led clinic" ont obtenu un plus haut niveau de satisfaction que les "medical-led clinics".	participation infirmière. - Le rôle infirmier dépend de l'implication des leaders en soins infirmiers, enseignants et des cliniciens doivent être impliqués.
N° du document	19	20
Auteurs (année) Pays	Allard et al., (2010) Canada	Eagar et al., (2010) Australie
But	Examiner le rôle des infirmières employées dans un programme de pratique familiale et déterminer la quantité de temps engagé dans les activités infirmières vs non infirmières, leur étendue de pratique et leur niveau de satisfaction.	Explorer la relation entre l'étendue de pratique et la communication parmi les équipes d'infirmières.
Pertinence	Thème central : étendue de pratique infirmière Thème spécifique : facteurs et stratégies - utilisation des ressources infirmières. Activités infirmières vs non infirmières.	Thème central : étendue de pratique infirmière Thème spécifique : facteurs et stratégies - utilisation des ressources infirmières.
Type d'étude	Qualitative descriptive	Qualitative descriptive
Cadre théorique	Todd et al., (2007)	Redmond & Curtis (2009) - Social dynamic and interactions
Facteurs	<u>Vision et valeurs</u> - Certaines ré pondantes n'étaient pas au fait avec les activités incluses dans leur étendue de pratique. - Manque de connaissance à propos de la contribution actuelle et potentielle des infirmières en GMF. <u>Standards de pratique</u> - Manque d'orientation spécifique quant au rôle	<u>Vision et valeurs</u> - Confusion entourant l'étendue de pratique <u>Standards de pratique</u> <u>Pratique réflexive</u> <u>Développement professionnel</u> <u>Soins centrés sur le patient</u>

	<p>infirmier.</p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de lien entre les infirmières ce qui limite le réseautage, le partage des ressources et l'engagement dans la formation continue appropriée et recevoir le soutien requis pour leur rôle. <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 88% des répondantes indiquaient désirer participer à un programme ou des cours pour développer leurs compétences cliniques. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les répondantes infirmières indiquent faire une variété d'activités cliniques, sur une base journalière ou hebdomadaire, qui pourrait être effectuée par du personnel non infirmier. - Plus de la moitié des infirmières rapportaient effectuer des activités non infirmières sur une base journalière ou hebdomadaire. - Les employeurs et les politiques organisationnelles, le manque de compréhension quant à l'étendue de pratique peuvent limiter l'étendue de pratique des infirmières 	<p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rivalité interprofessionnelle. - Confusion dans les rôles. - Jeux de pouvoir, manque d'autonomie, manque de contrôle sur leur travail, structure hiérarchique. - Manque de communication. - Conflit de juridictions professionnelles.
--	---	--

	<u>Résultats probants et recherche</u> <u>Innovation et travail d'équipe</u>	
Stratégies	<u>Vision et valeurs</u> <u>Standards de pratique</u> <u>Pratique réflexive</u> <ul style="list-style-type: none"> - Importance du réseautage comme opportunité de développement. - Favoriser le réseautage et le développement professionnel. <u>Développement professionnel</u> <ul style="list-style-type: none"> - Spécifier l'éducation, les compétences cliniques et les expériences cliniques pertinentes pour travailler en GMF. - Soutien à la formation continue. - Standardiser des programmes de résidence infirmière. <u>Soins centrés sur le patient</u> <u>Reconnaissance clinique et avancement</u> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître la large portion de connaissances, de compétences et la contribution des infirmières par les infirmières elles-mêmes et les associations médicales. 	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - Clarifier et définir les rôles et responsabilités des infirmières. <u>Standards de pratique</u> <u>Pratique réflexive</u> <u>Développement professionnel</u> <u>Soins centrés sur le patient</u> <u>Reconnaissance clinique et avancement</u> <u>Gouvernance</u> <u>Résultats probants et recherche</u> <u>Innovation et travail d'équipe</u>

	<p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Standardiser la pratique infirmière à travers tous les programmes-site pourrait aider à réduire les inconsistances dans le rôle. - Limiter le temps infirmier dépensé dans des activités non infirmières. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	
Autres éléments/limites	<ul style="list-style-type: none"> - 61% des répondantes affirmaient travailler à leur pleine étendue de pratique. - Les répondantes qui affirmaient travailler à leur pleine étendue de pratique avaient un plus haut niveau de satisfaction au travail. - La sous-utilisation des ressources infirmières constitue un usage inefficace des ressources financières du système de santé et peut mener à l'insatisfaction au travail. <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infirmières œuvrant en cliniques de type GMF. 	<ul style="list-style-type: none"> - Environnements de pratique non positifs. <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pratique infirmière en Australie. - Aborde beaucoup la perception des "enrolled nurses".
N° du document	21	22
Auteurs (année)	Staple et al., (2004)	Sorenson et al., (2008)
Pays	Canada	Australie
But	Décrire à quel point le rôle et l'étendue de pratique des infirmières dans les cliniques canadiennes d'insuffisance cardiaque, sont conformes aux recommandations émanant des lignes directrices et	Examiner le leadership infirmier dans les soins de santé contemporains ainsi que la contribution potentielle à l'organisation et l'administration des services de santé.

	au rôle décrit dans la littérature.	
Pertinence	Thème central : étendue de pratique - Utilisation des ressources infirmières.	Thème non spécifique : Stratégies - pleine utilisation des ressources en santé. Leadership et gestion pour des soins professionnels. Rôle professionnel infirmier.
Type d'étude	Descriptive	Qualitative ethnographique
Cadre théorique	Easom (2000)	Graneheim & Lundman (2004) et Glaser (1992)
Facteurs	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'utilisation de trajectoires cliniques ou de guides de pratique n'a pas été associée à des différences dans l'étendue de pratique. <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les répondantes ayant un niveau de formation à la maîtrise avaient tendance à pratique de manière plus autonome. Pouvoir de prescription et d'ajustement de médicament (équivalent IPS). Les auteurs ont tendance à conclure que l'étendue de pratique des infirmières détenant une maîtrise est différente de celles ayant un baccalauréat ou un diplôme. - Les infirmières ayant le plus d'expérience avaient tendance à effectuer davantage d'ajustement de médicament. - L'étendue de pratique varie en fonction de 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Complaisance des infirmières <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il existe plusieurs modèles de prestation de soins pour améliorer le leadership infirmier : mentorat, transactionnel, transformationnel, etc. Mais des modèles s'avèrent plus performants que d'autres ex. : modèle de leadership transformationnel. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières hésitent à confronter les médecins à propos d'une décision discutable. - Le processus décisionnel est majoritairement orienté en fonction de l'aspect médical, ce qui contribue à exclure l'expertise infirmière des

	<p>l'éducation des infirmières.</p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Variance de l'étendue de pratique en fonction du milieu de pratique en fonction du médecin avec qui l'infirmière travaille. - Soutien organisationnel et les politiques organisationnelles peuvent limiter le rôle des infirmières. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Degré d'acceptation variable d'un rôle indépendant des infirmières par les médecins. 	<p>décisions et reconnaître les infirmières comme partenaire de l'équipe de soins.</p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La possibilité que les infirmières participent à l'enseignement et à la prise de décisions varie en fonction des milieux. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes organisationnels et structurels constatés entre les médecins et les infirmières. - Manque de communication entre les professionnels en soins.
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Des processus institutionnels et des politiques devraient être développés pour permettre le travail plus autonome des infirmières en clinique d'insuffisance cardiaque. <p><u>Pratique réflexive</u></p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Examiner les opportunités pour les infirmières d'assurer un plaidoyer organisationnel pour leurs intérêts professionnels. - Les infirmières doivent confronter et défendre comment leur expertise, leurs connaissances et leurs compétences sont essentielles pour les soins aux patients. - Plaidoyer politique stratégique mobilisateur. - Rendre capable et encourager les infirmières à

	<p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un soutien devrait être donné aux infirmières pour leur permettre d'acquérir la formation nécessaire et l'expérience pour pratiquer dans une clinique d'insuffisance cardiaque. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Examiner le rôle et l'étendue de pratique en corrélation avec les résultats de soins aux patients. <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p>négocié non pas seulement d'un point de vue clinique, mais également de manière interpersonnelle, organisationnelle et socialement.</p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des communautés de pratique <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer des compétences en advocacy. - Développer des compétences en communication qui excèdent les approches techniques et instrumentales. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer un processus à travers lequel les infirmières seront acceptées comme partenaire à part entière de l'équipe de soins, capable d'articuler l'évaluation infirmière des patients, identifier les mécanismes interdisciplinaires qui améliorent les résultats aux patients, délimiter et évaluer l'expertise infirmière à l'intérieur d'une performance collective de soins et représenter les intérêts infirmiers dans le processus de décision. - Les infirmières doivent prendre leur place dans l'équipe de soin.
--	--	---

		<p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pratique orientée sur les résultats probants pour promouvoir le partenariat nécessaire avec les infirmières. <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Importance des rencontres interdisciplinaire : tournées, discussion de cas, simulation. - Nouvelles organisations visant le travail d'équipe, la reconnaissance des compétences et contribution de tous les membres de l'équipe de soin.
Autres éléments/limites	<p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rôle infirmier en clinique d'insuffisance cardiaque. - Sur représentation des infirmières en Ontario. 	
N° du document	23	24
Auteurs (année) Pays	Halcomb et al., (2005) Australie	Borthwick et al., (2001) Australie
But	Décrire la contribution des « practice nurses » dans les soins de santé primaires en Australie, décrire l'expérience internationale reliée au développement du rôle des « practice nurses », déterminer les limites de l'étendue de pratique clinique et identifier les barrières et les facilitateurs au rôle des « practice nurse ».	Pas de but proposé. Cet article aborde la réforme du système de santé et ce que les infirmières devraient faire pour y contribuer.
Pertinence	Thème spécifique : Facteurs influençant étendue de pratique des infirmières	Thème spécifique : Stratégies utilisation optimale des ressources infirmières.

		Thème non spécifique : Leadership
Type d'étude	Revue de littérature - descriptive	Aucun mentionné
Cadre théorique	Aucun mentionné	Aucun mentionné
Facteurs	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Variation significative entre les rôles, les modèles de référence et du travail de l'infirmière. - Développement du rôle en fonction de la perception individuelle, des besoins locaux, les demandes individuelles, leur niveau perçu de compétences et de confiance personnelle. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolation professionnelle - impact sur le mentorat, accès à la formation et aux opportunités de développement professionnel. <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Variation du rôle en fonction du statut de novice à experte. - Niveau varié de soutien pour la formation continue. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il existe un manque de littérature quant à la définition du rôle de « practice nurse ». 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières n'ont pas la perception d'avoir le pouvoir et les compétences pour les responsabilités qui leur sont attribuées. - L'autoconcept négatif d'elles-mêmes, ce qui leur attribue une faiblesse sur le statut politique. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières sont souvent perçues par les autres comme étant traditionnelles et réactives, et non comme des leaders avec une contribution importante pour des services de santé plus larges et pour le développement des politiques de santé. <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les impératifs économiques imposent souvent des substitutions d'infirmières. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Le rôle et l'étendue de pratique des infirmières ne semblent pas bien compris par le public. Appréciation de l'étendue de pratique et de la contribution infirmière demeure limitée à la vision de servitudes des infirmières envers le médecin. - Les infirmières sont associées aux tâches cliniques telles que les injections, les soins de plaies, mais peu de gens identifient le rôle en fonction de l'éducation, la promotion et la prévention. <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La croissance de la pratique infirmière est rarement enchâssée dans les planifications gouvernementales, mais plutôt conduite par les besoins locaux perçus qui ne sont pas comblés par les services actuels. - Une croissance ad hoc laisse un rôle peu défini et des modes de fonctionnement significativement différents. - Plusieurs infirmières continuent d'effectuer des activités non infirmières plutôt que d'adopter leur plein rôle. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Travail de l'infirmière sous le contrôle du médecin 	<p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Compréhension limitée par le corps médical de l'étendue de pratique professionnelle des infirmières. - Une large proportion de médecins ne demeure pas convaincue qu'employer une infirmière va améliorer l'efficacité et l'efficience de leur pratique ainsi que les résultats de soins. Ils ne voient pas d'avantages financiers. - Mauvaise compréhension des distinctions de rôles entre "registred nurse" et "enrolled nurse" (parallèle infirmière/infirmière auxiliaire. - Jeux de pouvoir par le corps médical. - L'étendue de pratique spécifique de la « practice nurse » est définie par une négociation entre le médecin et l'infirmière. - Infirmières ont de la difficulté à négociation leur rôle, et ceci est combinée avec la relation négative de pouvoir avec le médecin complique la définition du rôle infirmier. 	
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cesser de voir comment les infirmières font épargner du temps au médecin, mais plutôt comment elles contribuent à améliorer la qualité des soins et développer le rôle en conséquence. - L'infirmière n'est pas un substitut au médecin, mais un renforcement. - Activation des infirmières à collaborer dans le développement de la pratique infirmière. 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières doivent avoir une bonne compréhension du contexte et de la réforme en cours et surtout une vision du comment la santé et les soins infirmiers devraient se développer dans leur pays. - Les infirmières doivent s'équiper de compétence en advocacy et en action politique pour influencer la direction que le système va prendre.

	<p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer des occasions de réseautage. <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer un programme d'éducation et des programmes d'accréditation qui soutiennent le développement professionnel. - Infrastructure d'éducation visant le développement du rôle. - Créer des opportunités de développement professionnel. - Développer des standards de compétences. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin d'établir des cheminements de carrières et des plans de marketing pour rehausser le profil professionnel. - Conditions d'emplois définies. - S'assurer que le public est informé de l'étendue de pratique professionnelle des infirmières, et ce d'autant plus que l'appréciation de la clientèle est grande face aux services infirmiers. <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p>	<p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières doivent être préparées adéquatement pour contribuer à l'élaboration des politiques, travailler efficacement en équipe interdisciplinaire, planifier et gérer des services à meilleur coût-efficacité et développer leur leadership. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le rôle joué par les infirmières doit être réfléchi dans l'organisation de la réforme de santé. - Construire le leadership infirmier -advocacy pour les autres, mais également pour elles-mêmes collectivement. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - Des recherches et des évaluations sont requises. Revue de littérature complète sur le rôle de la « practice nurse », les besoins éducationnels et les perceptions des consommateurs de soins. - Développer une infrastructure de recherche sur le développement du rôle et son impact sur l'amélioration des résultats de soins. <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	
Autres éléments/limites	<ul style="list-style-type: none"> - Bénéfices associés au rôle infirmier - amélioration de la qualité de vie, réduction des ré hospitalisations et augmentation de la compliance des patients atteints de maladies chroniques et maladies complexes. - Avantages associés à l'amélioration des services. <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renvoie à la « practice nurse » qui peut être une RN ou une « enrolled nurse ». - Contexte australien. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ne constitue pas une étude solide puisqu'elle n'utilise aucun cadre théorique, par contre les éléments mentionnés sont pertinents et peuvent être transférés dans le contexte québécois.

N° du document	25	26
Auteurs (année) Pays	Davidson et al., (2006) Australie	Galuska, (2012) USA
But	Définir et décrire le leadership clinique et identifier les facilitateurs et les barrières au leadership clinique. Décrire des stratégies pour développer des leaders cliniques en Australie.	Rapporter les résultats d'une métasynthèse sur le développement du leadership infirmier et d'améliorer la compréhension des conditions infirmières rapportées comme étant efficaces et de soutien, ainsi que celles qui ont nui à leur développement en tant que leader en soins infirmiers.
Pertinence	Thème non spécifique : facteurs et stratégies - développement du leadership	Thème non spécifique : facteurs et stratégies - développement du leadership
Type d'étude	Descriptive	Métasynthèse
Cadre théorique	Aucun mentionné	Noblit & Hare (1988)
Facteurs	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - Des facteurs économiques alimentent les débats entourant les rôles professionnels et les compositions d'équipe. - Malgré l'évidence qu'un changement de pratique est requis, il demeure toujours de l'opposition quant à la modification des politiques et de la pratique. Souvent influencé par les politiques locales et les rituels. <u>Standards de pratique</u> <u>Pratique réflexive</u>	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - Toutes les infirmières ne sont pas préparées pour le rôle de leadership transformationnel essentiel aux changements du système de santé. <u>Standards de pratique</u> <u>Pratique réflexive</u> <ul style="list-style-type: none"> - Manque d'occasion surtout pour les novices de réfléchir sur leur pratique. <u>Développement professionnel</u> <u>Soins centrés sur le patient</u>

	<p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence d'évaluation systématique des modèles de soins infirmiers empêche le débat relatif aux rôles infirmiers au-delà des émotions et des opinions individuelles. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Barrières à l'application des compétences de leadership : des charges de travail importantes et l'acuité des patients. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pour différentes raisons, le développement de la compétence de leadership n'est pas systématique, fiable, ni persistant dans le temps. - Influence des gestionnaires sur les occasions de développements. Il peut être supportant ou limitant. - Cultures organisationnelles négatives : habitudes négatives (discrimination, tension relative aux rôles), budget et ressources limitées et manque de temps pour la formation et la réflexion. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il existe une dynamique de pouvoir structurel, politique et économique qui limite les infirmières à pratique selon leur plein potentiel comme leaders.
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières doivent considérer les facteurs sociaux, économiques et politiques qui interagissent sur le système de santé pour 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p>

	<p>s'engager dans un processus visant le développement de la pratique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plus grande base de pouvoir pour les infirmières existe à travers la pratique et la démonstration de l'excellence et de l'innovation. - Les environnements cliniques et académiques doivent développer leur potentiel de leadership et d'innovation. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Instauration de collaboration entre les services académiques et cliniques. - Programme de mentorat et de supervision clinique localement, mais également à l'extérieur des institutions. - Développement de compétences dans le domaine affectif - négociation et résolution de conflit. - Développement de compétences pour assurer l'expertise, les responsabilités inhérentes et la disponibilité pour améliorer les résultats de soins aux patients et promouvoir le professionnalisme en soins infirmiers. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les nouveaux et innovants modèles de soins sont communément développés en réponse aux 	<p><u>Pratique réflexive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer des occasions de réseautage - Importance des temps de réflexion constitue une barrière à l'apprentissage à partir de l'expérience. - Créer des environnements de simulation de pratique. <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que toutes les infirmières sont compétentes, savantes et préparées pour remplir pleinement leur rôle de leader. - Créer des structures pour développer les compétences de leadership. - Assurer l'exposition à des modèles de rôle. - Importance des rôles de mentors comme facteur facilitant le développement d'un processus de leadership chez les infirmières. Le mentorat constitue une stratégie pour améliorer le développement continu du leadership. Il devrait être un processus systématique. - En plus de fournir du temps pour la formation, afin que les infirmières acquièrent des connaissances et des compétences, mais aussi créer des occasions pour mettre en pratique ces connaissances et compétences. - Prévoir du temps pour les cours et les programmes et pour pratiquer les acquis. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p>
--	--	--

	<p>besoins locaux.</p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Désigner des plans d'avancement de carrière. <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cultures organisationnelles (académique et clinique) doivent être promouvoir le soutien et favoriser l'innovation. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Agenda de recherche pour déterminer et évaluer l'efficacité et le caractère approprié des modèles de dispensations de soins. <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaboration interdisciplinaire et intradisciplinaire. 	<p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Importance des récompenses et de la reconnaissance pour assurer la croissance. La reconnaissance renforce l'apprentissage et augmente l'engagement. - Célébrer les succès et exprimer son appréciation assure le développement du leadership. La reconnaissance fait que les infirmières se sentent valorisées d'utiliser leur leadership et que cette compétence fait une différence pour l'organisation. <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le leadership est une composante fondamentale de l'étendue de pratique. - Gouvernance partagée engage les infirmières et promeut le développement du leadership. - Le gestionnaire crée les conditions pour l'apprentissage et met en place les marqueurs de succès pour assurer l'innovation et le développement de la pratique. Importance du rôle du gestionnaire. - Importance d'une culture organisationnelle positive et un environnement de travail supportant. La culture organisationnelle crée un contexte qui soutient la croissance infirmière et son rôle de leadership. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p>
--	--	--

		<u>Innovation et travail d'équipe</u> <ul style="list-style-type: none"> - Soutien des pairs est critique pour l'utilisation des connaissances et des compétences en leadership. - Création d'environnement de pratique avec des relations entre collègues saines qui promeut le travail d'équipe.
Autres éléments/limites	<ul style="list-style-type: none"> - Les défis auxquels fera face le système de santé requièrent des leaders infirmiers dynamiques pour former et diriger la pratique clinique pour assurer des résultats de soins optimaux. - Définition du leadership et des styles de leadership. 	<ul style="list-style-type: none"> - Documenter les impacts par rapport au développement du leadership. Par contre, le déploiement optimal du rôle requiert des compétences en leadership d'où la considération de cet article.
N° du document	27	28
Auteurs (année)	Lillibridge et al., (2000)	Gannan et al., (2010)
Pays	Australie	Canada
But	Mettre en lumière le besoin pour les infirmières de définir leur étendue de pratique et ainsi stabiliser les limites professionnelles.	Examiner les attributs du leadership qui soutiennent l'utilisation optimale des infirmières communautaires.
Pertinence	Thème central : étendue de pratique	Thème spécifique : stratégies utilisation ressources infirmières
Type d'étude	Descriptive	Devis mixte
Cadre théorique	Lincoln et al., (1985) - Environnements de pratique	Cooperrider & Whitney (1999) - Appreciative inquiry
Facteurs	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - L'étendue de pratique devrait être évidente et bien comprise par les infirmières, elles devraient être en mesure de la connaître et la décrire. Or 	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - Il est nécessaire de s'approprier, développer et soutenir les leaders infirmiers forts pour soutenir les environnements de pratique infirmière

	<p>l'étendue de pratique manque de définition.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Différents vocabulaire et langage sont utilisés pour définir l'étendue de pratique. - Accent sur les tâches plutôt que sur le rôle. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières négocient et ajustent leurs limites professionnelles sur la base individuelle ou au cas par cas. Négociation ad hoc. - Flou entre les différentes limites interprofessionnelles. - L'adhésion aux pratiques traditionnelles, l'exécution des ordres médicaux, la priorisation de la disponibilité individuelle plutôt que le travail d'équipe maintiennent la pratique dans une certaine « zone de confort ». 	<p>optimaux et satisfaire les besoins de santé actuels.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Influence du leadership quant à la perception des CHN de leur organisation et de leur habilité à travailler selon leur pleine étendue de pratique. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le leadership clinique est identifié comme un important attribut dans l'organisation de l'utilisation des infirmières en santé communautaire et dans le soutien pour travailler efficacement. - Le rôle de leader est largement reconnu pour créer des environnements pour la pratique infirmière. - 69% des infirmières interrogées étaient d'accord sur le fait que leurs leaders comprenaient la pratique infirmière. - Les environnements de pratique non sains ont un impact sur la rétention alors que les
--	--	--

		<p>environnements de pratique sains soutiennent la pratique d'excellence, les résultats de soins aux patients et l'innovation.</p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>
<p>Stratégies</p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Définir la notion d'étendue de pratique. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Importance des facteurs situationnels et contextuels dans le processus de décision à propos de l'étendue de pratique et les limites de l'étendue de pratique. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Besoin de leaders infirmiers efficaces pour démontrer la vision, interagir avec la communauté, plaider pour des changements politiques positifs et s'engager dans des relations de collaboration. - Importance du leadership pour optimiser l'utilisation des ressources infirmières et la pratique infirmière. - Importance d'avoir des leaders capables d'influencer au niveau gouvernemental et du système. - Les champions leaders infirmiers contribuent à un environnement de travail engagé qui soutient la pratique infirmière autonome et augmente la satisfaction au travail. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Importance de clarifier les zones grises entourant la collaboration interprofessionnelle. - Délimiter nos limites professionnelles. - Importance du partage d'information comme partie intégrante du déploiement de l'étendue de pratique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les compétences en leadership pour valoriser et reconnaître la contribution infirmière, supporter la pratique autonome et favoriser la communication et la collaboration. - Besoin d'une approche à plusieurs niveaux pour développement le leadership au sein des milieux hospitaliers. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avoir des infirmières en position de leadership pour : avoir accès à des gestionnaires et des consultants, développer la confiance, reconnaître la contribution des infirmières, comprendre la pratique infirmière et les différents rôles (INF vs IA), maintien des standards de pratique et assurer de la flexibilité dans la réponse aux besoins de soins. - Les gestionnaires doivent posséder les compétences requises pour maximiser l'utilisation des ressources infirmières soient : la compréhension du rôle, la valorisation et la promotion du rôle infirmier, reconnaissance de la contribution infirmière et du rôle, soutien des infirmières pour le travail autonome et l'usage de leur pleine étendue de compétences et soutenir le développement professionnel.
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Les organisations doivent inclure les infirmières dans la planification d'un programme pour l'usage optimal des infirmières. - Les gestionnaires influencent directement la charge de travail et le soutien au développement professionnel. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>
Autres éléments/limites		
N° du document	29	30
Auteurs (année) Pays	Wheeler et al., (2013) USA	D'Amour et al. (2009) Canada
But	Comparer les perspectives des Internationally Educated Nurses (IEN) et des "registred nurses" formées aux États-Unis en regard de leur participation à la gouvernance et l'avancement professionnel.	Mieux comprendre le déploiement de nouveaux rôles infirmiers en contexte québécois et identifier les facteurs qui favorisent ou entravent la mise en oeuvre, en portant un intérêt particulier à la dimension du pouvoir médical.
Pertinence	Thème non spécifique : facteurs et stratégies - utilisation des ressources en santé.	Thème spécifique : facteurs - utilisation ressources infirmières.
Type d'étude	Qualitative - descriptive	Étude de cas multiples
Cadre théorique	Gidden (1984) - Theory of structuration	Freidson (1970) et Abbott (1988)
Facteurs	<u>Vision et valeurs</u> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières ne valorisent pas la participation à la gouvernance. - Les infirmières croient que l'implication dans la gouvernance vient contrecarrer les soins aux 	<u>Vision et valeurs</u> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p>

	<p>patients et ne veulent pas quitter les soins au chevet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières ne perçoivent pas la participation à la prise de décision comme étant significative et préfèrent le rôle au chevet. - Les infirmières ne sont pas intéressées à participer, car elles ne voient pas de raison de changer ou ne perçoivent pas comme le travail d'un comité peut être une stratégie de changement efficace. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières sont formées pour développer un "empowerment" individuel, mais manque de formation pour être efficace collectivement. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières manquent de guidance sur le comment avancer et progresser professionnellement. <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières s'impliquent peu dans les 	<p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Confiance que les médecins ont à l'égard du travail des infirmières, en partie reliée à la connaissance qu'ils ont de leurs compétences et de leur capacité à assumer les responsabilités de suivi de la clientèle. <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le CMDP a eu un droit de regard sur la nature et l'étendue des responsabilités infirmières. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pouvoir médical - contrôle exercé par la profession médicale pose en frein à la pleine réalisation de rôle infirmier. Déploiement optimal - largement tributaire du pouvoir des médecins. Hégémonie du pouvoir médical. - Le succès de l'expansion des nouveaux rôles infirmiers semble dépendre, pour une certaine part, de la volonté des médecins de soutenir ce déploiement. - Les médecins ont la possibilité de contrôler le travail des autres professionnels de la santé, en
--	---	--

	<p>comités, car elles ne croient pas que leur participation est valorisée.</p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p>particulier celui des infirmières.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'acceptation des nouveaux rôles infirmiers par les médecins est une condition vitale pour leur déploiement. - Les frontières de juridictions professionnelles sont constamment objets de tensions, les actes réservés à chaque profession étant continuellement redéfinis et négociés dans le cadre de l'expérience concrète du travail. Perception de menace aux frontières traditionnelles des juridictions. - Situation de dépendance, ce qui a pour effet de déposséder les infirmières de leur pouvoir légitime en tant que professionnelles, à savoir de déterminer la nature et l'étendue de leur pratique. C'est le médecin qui décidait pour les infirmières. - Décision personnelle du médecin. - Méconnaissance de la part de certains médecins du rôle des infirmières et de leur capacité à assumer les responsabilités de suivi de la clientèle. - Perception des médecins, d'être le premier et seul responsable des soins. - Négociation ad hoc avec les médecins du champ d'exercice.
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser collectivement les infirmières <p><u>Standards de pratique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Politiques claires visant à favoriser la 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nécessité pour les infirmières de disposer de leviers plus nombreux et plus importants aux niveaux décisionnels, de s'exprimer davantage dans l'espace public pour faire entendre leur voix

	<p>participation dans la gouvernance.</p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mentorat individualisé. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La participation à la gouvernance partagée engage l’infirmière en leur fournissant l’occasion de prendre part aux décisions qui affectent leur pratique et mènent à l’avancement de leur carrière. - Assurer une meilleure communication ou une éducation à propos de la valeur de la participation des infirmières et le leadership en gouvernance. - Assurer la rémunération ou le remplacement lors de la présence sur un comité. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d’équipe</u></p>	<p>sur les questions de santé.</p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Développer la compétence de leadership pour soutenir l'expansion et la pérennité de ces nouveaux rôles infirmiers. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Modèles de pratique interprofessionnelle moins hiérarchique. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le contexte légal et politique doit permettre l'instauration d'un environnement propice à la négociation des frontières entre les juridictions professionnelles. - Réelle volonté politique conjuguée à des appuis juridiques, institutionnels et professionnels. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d’équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'introduction de nouveaux rôles nécessite une redéfinition des espaces d'autorité exercés par la
--	---	--

		<p>profession médicale sur la prestation de l'ensemble des services de santé, incluant les services infirmiers.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Négociation des frontières entre la profession infirmière et la profession médicale pour maximiser le plein potentiel de ces nouveaux rôles infirmiers. - Comprendre les dynamiques de pouvoir à différents niveaux du processus décisionnel. - Alliance avec les médecins concernés.
Autres éléments/limites	<ul style="list-style-type: none"> - Impact de la gouvernance partagée : augmentation de la satisfaction individuelle, sens de l'autonomie, des compétences de leadership et augmente les connaissances. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nombreuses études suggèrent que la nature du travail infirmier porte en soi un potentiel et une capacité de transformation du système de santé vers des soins et des services qui répondraient mieux aux besoins de santé de la population.
N° du document	31	32
Auteurs (année) Pays	Smith et al., (2006) Canada	Dubois et al., (2013) Canada
But	Encourager la pensée critique et orientée sur les données probantes à propos des aspects du travail infirmier souvent pris pour acquis, mais ayant un impact direct sur les résultats de soins aux patients, les infirmières de même que l'organisation des soins.	Alimenter la réflexion du ministère par rapport à la formation de la relève infirmière notamment par une synthèse descriptive et analytique de la formation infirmière au sein de différents pays et provinces du Canada et documenter dans quelle mesure un rehaussement de la formation initiale des infirmières peut se justifier au regard de ce processus de transformation des services de santé et des facteurs qui influencent cette transformation.
Pertinence	Thème spécifique : facteurs et stratégies - utilisation des ressources infirmières	Thème spécifique : facteur influençant l'étendue de pratique des infirmières

Type d'étude	Livre	Étude comparative - rapport
Cadre théorique	Aucun	Gagnon et al.,(2011) Sabatier & Jenkins-Smith (1999)
Facteurs	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Certains milieux cliniques organisent encore les soins de manière à renforcer le « rôle dépendant » de l'infirmière aux traitements médicaux prescrits par le médecin. - Dans certaines organisations, les infirmières sont considérées comme étant une paire de mains. - Le rôle infirmier continue souvent d'être associé à une exécution de tâches. - Il existe un manque de consensus dans le langage visant à décrire la pratique. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le rôle infirmier perçu par le public est souvent celui véhiculé par les médias. Ex. : les injections, la manipulation d'appareils techniques et la réponse aux directives des médecins. - Les soins infirmiers sont largement invisibles dans les dossiers, particulièrement dans les 	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La structure actuelle de formation ne permet pas de doter l'ensemble des infirmières des compétences requises pour occuper toute l'étendue de leur champ de pratique dans les divers contextes de soins. - Dans plusieurs pays, des infirmières ayant une préparation adéquate sont habilitées à intervenir dans différents contextes de soins pour exercer de nombreux rôles. - Décalage entre le rythme soutenu de développement de la discipline, des connaissances et des technologies de soins et l'évolution plutôt lente des rôles infirmiers. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p>

	<p>hôpitaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Majoritairement, seules les activités infirmières dépendantes au plan de traitement médical sont documentées au dossier alors que les activités indépendantes telles que la coordination des soins sont rarement décrites dans les notes d'observation, ce qui peut rendre les soins infirmiers pratiquement invisibles. - Cette invisibilité s'illustre d'une part, par le peu d'information entourant l'évaluation infirmière, le plan de soins ou encore les résultats de soins documentés de manière permanente au dossier. Ex.: le caractère temporaire du Kardex. - L'invisibilité du travail infirmier indépendant et des dimensions intellectuelles en découlant et l'emphase sur les tâches dérivant du rôle dépendant de l'infirmière contribuent à la perte du pouvoir de l'expertise infirmière, ce qui influence l'organisation des soins. <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Urgence de développer un langage commun pour les infirmières. <p><u>Standards de pratique</u></p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il ne s'agit pas de se substituer à d'autres groupes de professionnels, mais de renforcer leur répertoire de compétences afin d'être pleinement habilité à occuper l'ensemble de leur champ de

	<p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Un manque de clarté dans les buts et objectifs d'un modèle de dispensation de soins peut avoir une influence négative sur le rôle infirmier, particulièrement dans un contexte de restriction budgétaire. <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il importe d'informer le public sur le rôle infirmier afin de défaire l'association à des tâches stéréotypées. - Assurer l'accessibilité et la disponibilité aux données infirmières. <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p>pratique, à assumer la prise en charge de nouvelles dimensions des soins de santé, à s'investir dans des rôles ou interventions innovants ou cohérents avec le développement de la discipline infirmière.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acquérir une gamme d'habiletés complémentaires reliées à la gestion de cas, amélioration de la qualité, la mobilisation, l'utilisation des données probantes, etc. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les curricula universitaires fournissent aux infirmières les compétences nécessaires pour investir des champs d'intervention tels que la prévention, réadaptation, etc. Ces curricula de formation renforcent aussi leur fonction de coordination et d'interface avec les autres professionnels. - Il faut renforcer le répertoire de compétences des infirmières afin qu'elles soient pleinement habilitées à occuper l'ensemble de leur étendue de pratique. - Pour optimiser leur contribution au système, les infirmières devront acquérir une gamme d'habiletés complémentaires qui, au Québec, trouvent écho dans les programmes de formation universitaire.
--	---	---

		<p>- Le rehaussement de la formation infirmière à un niveau universitaire serait un levier pertinent et utile pour doter les infirmières des compétences requises pour exercer leur rôle et assurer une couverture complète du champ d'exercice infirmier.</p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>
Autres éléments/limites		<p>- Différents documents de politiques et commissions d'enquête ont relevé qu'on pourrait grandement améliorer la productivité et la performance dans les systèmes de santé au Canada en faisant une meilleure utilisation du personnel impliqué dans la prestation des services.</p>
N° du document	33	34
Auteurs (année)	Institute of Medicine	Goudreau et al., (2013)
Pays	USA	Canada
But	Rapport incluant des recommandations afin d'établir un plan d'action pour le futur des soins infirmiers incluant des propositions de changements aux	Valider une approche intégrée de développement professionnel afin de mieux articuler la formation initiale et continue entre milieux académiques et

	politiques publiques et institutionnelles tant au niveau national, des états ou local.	cliniques et à favoriser le développement du raisonnement clinique infirmier et du leadership clinique infirmier.
Pertinence	Thème spécifique : facteurs et stratégies : utilisation des ressources infirmières	Thème spécifique : facteurs et stratégies - utilisation ressources infirmières.
Type d'étude	Rapport	Rapport de recherche - quatre études ayant des devis différents
Cadre théorique	Aucun	Variés (4 études contenues dans le rapport)
Facteurs	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Selon des données recueillies, les patients et les infirmières ont eu le moins d'influence sur la réforme des soins de santé des 5-10 dernières années. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le manque d'accès à des programmes de mentorat rend difficile la transition entre l'école et la pratique. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence de périodes consacrées à la réflexion et à la discussion pendant le temps de travail des infirmières nouvellement diplômées nuit au développement du raisonnement et du leadership cliniques infirmiers, deux compétences associées à la compréhension et à l'intégration des différentes dimensions du rôle infirmier. - Le contexte de pratique, le réseautage et la rétroaction par les pairs assurent le développement continu des compétences. <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - La transition entre la formation initiale et le monde du travail semble mettre en péril la poursuite du développement des compétences de raisonnement (RCI) et de leadership cliniques infirmiers (LCI) auprès des infirmières novices,

	<p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>	<p>compétences fondamentales à l'exercice de la profession infirmière.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des activités d'apprentissage actives ancrées dans la réalité vécue du milieu clinique pourraient soutenir le développement des compétences infirmières. - Trois rapports de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé soulignent l'importance de renouveler les programmes de formation tant initiale que continue pour former des infirmières de plus haut niveau. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les gestionnaires ont un rôle majeur dans le développement des compétences des infirmières nouvellement diplômées. - Le leadership est une compétence fondamentale pour le déploiement optimal de l'étendue de pratique infirmière puisqu'elle « semble associée à la compréhension et à l'intégration des différentes dimensions du rôle infirmier, plus spécifiquement aux dimensions professionnelle et scientifique. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p>
--	--	---

		<u>Innovation et travail d'équipe</u>
Stratégies	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pouvoir du nombre des infirmières. - La présence régulière des infirmières au chevet du patient et leur compréhension fine du processus de soins à travers tout le continuum de soins leur confère une opportunité inestimable pour agir comme partenaire privilégié de l'équipe de soins. - Les infirmières devraient développer davantage leurs compétences de leadership notamment en se faisant entendre davantage. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'instauration d'un programme de résidence aux États-Unis a démontré des retombées intéressantes quant au taux de rétention des infirmières et à l'acquisition d'habiletés reliées à la prise de décision clinique, d'autonomie et d'engagement dans la profession infirmière. - Les infirmières devraient acquérir un plus haut niveau de formation. <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p>	<p><u>Vision et valeurs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières doivent être formées pour influencer l'organisation des services de santé et pour mener des efforts d'amélioration de la qualité des soins de santé. <p><u>Standards de pratique</u></p> <p><u>Pratique réflexive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'instauration dans les milieux cliniques de moments consacrés à la réflexion sur les soins et le rôle de l'infirmière dans le temps de travail des infirmières est nécessaire pour assurer le développement des compétences de raisonnement et de leadership cliniques des infirmières, compétences fondamentales à l'exercice de la profession infirmière. <p><u>Développement professionnel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'instauration dans les milieux cliniques d'une culture d'apprentissage en continuité avec celles des milieux académiques constitue la pierre angulaire du développement continu des compétences. L'implication des gestionnaires et des décideurs s'avère cruciale. - Former les infirmières pour influencer l'organisation des services de santé et pour mener des efforts d'amélioration de la qualité des soins

	<p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les infirmières devraient être partenaires à part entière, avec les médecins et autres professionnels de la santé pour redéfinir le système de soins de santé. <p><u>Gouvernance</u></p> <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducation interprofessionnelle. 	<p>de santé.</p> <p><u>Soins centrés sur le patient</u></p> <p><u>Reconnaissance clinique et avancement</u></p> <p><u>Gouvernance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Créer un climat organisationnel soutenant le développement des compétences infirmières, particulièrement lors de la transition vers le milieu clinique. <p><u>Résultats probants et recherche</u></p> <p><u>Innovation et travail d'équipe</u></p>
<p>Autres éléments/limites</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'effet des interventions infirmières notamment sur les erreurs de médicaments, réduction des infections nosocomiales et sur la coordination des soins et des services. - Importance du rôle des infirmières pour transformer le système de santé. - Une des recommandations de ce rapport est que les infirmières devraient pratiquer au maximum de leurs compétences et de leur formation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le RCI et le LCI sont deux compétences centrales à la pratique infirmière. - Le développement du RCI et du LCI semblent être associés à la compréhension et à l'intégration des différentes dimensions du rôle infirmier. - Difficultés identifiées sur les plans de l'évaluation de l'état de santé et de l'utilisation des résultats probants.

* La thèse de doctorat de Madame Johanne Déry (2013) ne figure pas au tableau puisqu'elle était encore sous embargo au moment du dépôt de ce travail.

