

L'étendue optimale de la pratique infirmière

Une contribution essentielle à la performance du système de santé.

Par **Johanne Déry**, inf., Ph.D., **Danielle D'Amour**, inf., Ph.D., et **Caroline Roy**, inf., M.Sc.

Les systèmes de soins de santé s'appuient sur un ensemble de professionnels. Pour répondre aux besoins de santé toujours plus importants et complexes, chacun doit pouvoir occuper pleinement son étendue de pratique. Or, de nombreux travaux de recherche révèlent que les infirmières ne parviennent pas à déployer leur étendue de pratique de façon optimale. Trop souvent, elles sont occupées à des tâches administratives qui ne relèvent pas de leur responsabilité. Cette mauvaise utilisation du temps infirmier influence l'accomplissement des activités propres aux soins infirmiers (Déry *et al.*, 2016; Furaker, 2009; Jenkins-Clarke et Carr-Hill, 2003; OMS, 2006; White *et al.*, 2008).

Schubert *et al.* (2009) abordent cette question sous l'angle du *raisonnement des soins (rationing)*, c'est-à-dire d'activités omises par les infirmières en raison d'un manque de temps. Lucero *et al.* (2010) utilisent le terme *soins inachevés (nursing care left undone)* alors que Kalisch *et al.* (2009) parlent de *soins manqués (missed nursing care)* pour décrire cette même réalité. Dans une recension exhaustive des écrits, Jones *et al.* (2015) démontrent que cet enjeu est un prédicteur de plusieurs problèmes : perception d'une baisse de la qualité des soins, hausse des événements indésirables, diminution de la satisfaction des patients, augmentation de l'insatisfaction au travail et de l'intention de quitter. En outre, des études québécoises, notamment celles d'Allard *et al.* (2010) et de Déry *et al.* (2016), confirment ces résultats.

En plus d'établir un lien entre l'étendue de la pratique infirmière et la satisfaction au travail, l'étude de Déry *et al.* (2016) démontre que, parmi les caractéristiques du travail, l'ambiguïté de rôle et le manque d'autonomie sont celles qui limitent significativement la mise en œuvre des activités professionnelles pour lesquelles les infirmières détiennent pourtant la formation et les compétences.

Le manque de disponibilité des ressources humaines (ratio, composition des équipes) serait également un facteur du déploiement non optimal de l'étendue effective de la pratique infirmière (Jones *et al.*, 2015). Au plan de l'administration des services infirmiers, ces facteurs témoignent d'un problème d'organisation des

Figure 1 Modèle de pratique professionnelle du Massachusetts General Hospital (MGH)



Source : MGH, 2007 (Adaptation française).

soins auquel il est impératif d'apporter des solutions concrètes pour que la contribution des équipes de soins infirmiers améliore la performance du système de santé.

Le présent article vise trois objectifs : 1. clarifier le concept d'étendue de pratique infirmière; 2. présenter les résultats d'une évaluation de l'étendue de pratique d'infirmières au Québec dans deux contextes de soins, soit en soins mère-enfant et en soins aigus; 3. proposer des stratégies pour que les infirmières puissent déployer pleinement leur étendue de pratique.

Définition de l'étendue de pratique infirmière

Il est nécessaire de différencier les termes *étendue de pratique infirmière* (ÉPI) et *étendue effective de la pratique infirmière* (ÉÉPI). L'ÉPI renvoie à l'éventail des fonctions et responsabilités confiées légalement aux infirmières et pour lesquelles elles détiennent la formation, les connaissances et les compétences. L'ÉÉPI définit la pratique réelle des infirmières, c'est-à-dire l'éventail des fonctions et responsabilités effectivement déployées par les infirmières (D'Amour *et al.*, 2012), compte tenu des contraintes organisationnelles et individuelles.

Encadré 1 Méthodologie des trois projets

Le présent article s'appuie sur les résultats de trois projets de recherche :

- Le premier a servi à clarifier le concept d'ÉPI, à élaborer un instrument de mesure et à mesurer l'ÉEPI. Un questionnaire sur l'étendue de la pratique infirmière (QÉPI) a été élaboré après une recension exhaustive des écrits. Il a ensuite été validé par des experts et des pré-tests (D'Amour *et al.*, 2012). Il a été utilisé dans 22 unités de médecine dans onze hôpitaux de soins aigus, répartis dans quatre régions socio-sanitaires du Québec (Dubois *et al.*, 2012; 2013). Ces établissements sont des hôpitaux universitaires, des hôpitaux affiliés et des centres de santé et services sociaux (CSSS) où 285 infirmières ont répondu au questionnaire.
- Le deuxième s'est déroulé dans un centre hospitalier universitaire du Québec qui offre des soins mère-enfant spécialisés et surspécialisés (Déry *et al.*, 2016). Il visait, entre autres, à valider le QÉPI et à mesurer l'étendue effective de la pratique infirmière dans les différentes unités. Les résultats obtenus proviennent de deux collectes de données distinctes : l'une, réalisée en 2010 dans le cadre d'une étude doctorale auprès de 301 infirmières de cinq unités (taux de réponse de 90 %) (Déry, 2013); l'autre, réalisée en 2012, complète le portrait organisationnel de l'étendue effective de la pratique infirmière dans ce centre : 243 infirmières de huit unités ont rempli le questionnaire (taux de réponse de 85 %).
- Le troisième projet est une recension des écrits afin d'identifier des stratégies pour favoriser le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière (Roy, 2015). Cette recension a sollicité plusieurs bases de données, au terme de laquelle trente-quatre articles ont été retenus. Les données ont été recueillies et analysées à l'aide du Modèle de pratique professionnelle du Massachusetts General Hospital (MGH, 2007) constitué de neuf composantes (voir Figure 1).

Résultats de l'évaluation de l'étendue de pratique

L'étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI) a été évaluée dans deux contextes de soins : mère-enfant et en médecine.

La clarification du concept de l'ÉEPI a permis d'élaborer un questionnaire sur l'étendue de la pratique infirmière. Il comporte vingt-six activités de soins regroupées sous six dimensions : 1. évaluation et planification des soins; 2. enseignement à la clientèle et aux familles; 3. communication et coordination des soins; 4. intégration et encadrement du personnel; 5. optimisation de la qualité et de la sécurité des soins; 6. mise à jour et utilisation des connaissances (voir Tableau 2).

L'infirmière devait indiquer la fréquence avec laquelle elle réalise ces vingt-six activités en les situant sur une échelle de Likert, de 1 (jamais) à 6 (toujours). Le questionnaire montre une bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach global de 0,89 (D'Amour *et al.*, 2012).

Les résultats montrent une étendue de pratique sous-optimale, autant en médecine qu'en soins mère-enfant (voir Tableau 1).

En effet, le score moyen est de 3,47/6 en médecine et de 3,21/6 (2010) et de 3,55/6 (2012) en soins mère-enfant. Dans les deux contextes de soins, bien qu'elles soient loin d'être optimales, les dimensions *Évaluation et planification des soins* et *Enseignement au patient et à sa famille* obtiennent les scores les plus élevés. Les dimensions *Optimisation de la qualité et de la sécurité des soins* et *Communication et coordination des soins* obtiennent des scores peu élevés autour de 3, indiquant que ces activités ne sont réalisées que parfois par les répondantes.

Fait intéressant : l'étude faite au CHU mère-enfant (Déry, 2013) montre des écarts importants, non seulement entre les 13 unités dans lesquelles travaillent les infirmières, mais également entre les infirmières travaillant dans une même unité. Ainsi, l'étendue de pratique semble grandement différer. D'une unité à l'autre, les scores moyens de l'ÉEPI varient de 2,83 (moins que parfois) à 4,04 (fréquemment). Quant aux infirmières d'une même unité, des scores indiqués vont de 1, c'est-à-dire qu'elles ne réalisent presque jamais l'ensemble des activités qui font partie de leur pratique, à des score supérieurs à 5, c'est-à-dire que ces infirmières mettent presque toujours en pratique

Tableau 1 Résultats du questionnaire d'évaluation de l'ÉEPI par dimensions en contextes médecine et en soins mère-enfant

Dimensions du questionnaire sur l'étendue de la pratique infirmière	Contextes de soins, nombre (n) et année de la collecte de données		
	Médecine n = 285 2008	Mère-enfant n = 301 2010	Mère-enfant n = 243 2012
Évaluation et planification des soins	4,19	3,95	3,88
Enseignement au patient et à sa famille	3,88	3,79	3,91
Communication et coordination des soins	3,43	3,01	3,47
Intégration et encadrement du personnel	3,03	2,64	3,14
Optimisation de la qualité et de la sécurité des soins	3,11	2,84	3,37
Mise à jour et utilisation des connaissances	3,09	2,88	3,57
Score total moyen	3,47	3,21	3,55

Sources : D'Amour *et al.*, 2012; Déry, 2013.

les activités pour lesquelles elles détiennent la formation et les compétences.

Stratégies de déploiement optimal

De tels constats démontrent la nécessité de mettre en œuvre des stratégies pour optimiser le déploiement de l'ÉEPI, d'où l'importance de la recension des écrits de Roy (2015). Le recours au modèle de pratique professionnelle du Massachusetts General Hospital a permis d'identifier, à partir de ses neuf composantes, vingt-cinq de ces stratégies (voir Figure 1).

Bien que ses neuf composantes se soient toutes avérées importantes pour réaliser l'optimisation d'une étendue effective de la pratique infirmière, trois d'entre elles apparaissent essentielles : 1. Vision et valeurs; 2. Gouvernance; et 3. Innovation et travail d'équipe (Roy, 2015).

1. Vision et valeurs. Plusieurs auteurs constatent le manque de cohésion des infirmières. Ils insistent sur l'importance qu'elles partagent une vision claire, novatrice et concertée de leur étendue de pratique (Eargar *et al.*, 2010; White *et al.*, 2008). Leur engagement collectif est essentiel au développement de leur identité professionnelle et à l'instauration d'une pratique valorisante de leur contribution (Melling et Hewitt-Taylor, 2003; White *et al.*, 2008). Pour aider les infirmières, certains auteurs proposent de recourir à des outils cliniques tels des lignes directrices et des protocoles de soins (Nankervis *et al.*, 2008; Rose, 2011). Les gestionnaires de soins de santé doivent également adopter des modèles d'organisation qui permettent d'articuler la spécificité du rôle infirmier (Jansen, 2008; Nathenson *et al.*, 2007). Ces modèles doivent être associés à une planification rigoureuse des effectifs (Allard *et al.*, 2010).

2. Gouvernance. Les auteurs soulèvent l'importance d'une gouvernance partagée.

Tableau 2 Dimensions et activités du questionnaire sur l'étendue de la pratique infirmière

Dimensions	Activités
Évaluation et planification des soins	<ul style="list-style-type: none"> ■ J'évalue la condition physique et mentale du client en considérant les dimensions biopsychosociales. ■ Je mets à jour systématiquement, par écrit, les informations sur la condition du client et sur les soins dispensés. ■ Pour planifier mes interventions, j'utilise des outils d'évaluation de problèmes de soins. ■ Je suscite l'implication du client et de sa famille dans la planification des soins. ■ 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ J'évalue les besoins spécifiques d'information et d'enseignement propres à chaque client et à sa famille. ■ Je valide la compréhension du client et de sa famille par rapport à l'enseignement reçu. ■ J'emploie des stratégies d'enseignement adaptées à chaque client et à sa famille, en fonction du degré d'autonomie du client. ■ Je vérifie la qualité de l'enseignement dispensé à l'unité.
Communication et coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Je communique aux membres de l'équipe toute information pertinente susceptible d'influencer la coordination des soins. ■ Je coordonne le travail de l'équipe de soins infirmiers pour répondre aux besoins du client et de sa famille. ■ Je communique toutes les informations pertinentes aux professionnels d'autres établissements en vue d'assurer la continuité des soins. ■ Je participe aux réunions ou à des activités de l'équipe interprofessionnelle. ■ 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	<ul style="list-style-type: none"> ■ Je participe à l'identification des besoins de formation de mon unité. ■ Je participe à l'orientation et à l'encadrement des stagiaires ou du personnel nouvellement recruté. ■ J'agis à titre de mentor ou de monitrice auprès du personnel nouvellement recruté. ■ 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 de la sécurité des soins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Je signale les situations cliniques où je perçois une lacune dans la qualité et la sécurité des soins. ■ Je m'implique dans la mise à jour des pratiques en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. ■ Je propose des approches ou stratégies pour améliorer la qualité et la sécurité des soins lorsque j'identifie des lacunes. ■ Je participe à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins. ■ Je participe au développement de la pratique infirmière.
Mise à jour et utilisation des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> ■ Je maintiens à jour mes connaissances. ■ Je bonifie ma pratique en fonction des nouvelles connaissances issues des pratiques exemplaires et des projets de recherche en sciences infirmières ou en santé. ■ Lors d'une modification de la pratique, je partage avec l'équipe de soins infirmiers les connaissances issues de la recherche.

Le troisième constat soulève la nécessité, pour la gouvernance, de réfléchir à l'optimisation de l'étendue de la pratique infirmière.

Clairement, les décideurs doivent élaborer des stratégies de gestion qui suscitent l'implication active des infirmières et la création d'une culture organisationnelle favorisant un environnement de travail qui soutient le développement continu des infirmières (Galuska, 2012; Goudreau *et al.*, 2013). L'organisation du travail doit faciliter et renforcer l'accès et le soutien aux initiatives de développement professionnel (Allard *et al.*, 2010; D'Amour *et al.*, 2012) pour assurer le développement continu des compétences des infirmières, afin qu'elles soient pleinement habilitées à déployer leur étendue de pratique (Dubois *et al.*, 2013).

3. Innovation et travail d'équipe. Cette composante souligne l'importance d'une meilleure compréhension des rôles et responsabilités de chacun des professionnels pour que ces rôles et responsabilités soient partagés entre les individus et dans toute l'organisation, mais aussi à un niveau sociopolitique compte tenu des dynamiques de pouvoir (Schluter *et al.*, 2011). Il importe également de miser sur les pratiques collaboratives et d'améliorer le partage d'information.

Discussion

Ces trois projets de recherche permettent de poser des constats sur un aspect des soins infirmiers qui s'avère un enjeu majeur pour le système de santé, soit la contribution optimale des infirmières à l'amélioration de la performance du système de santé. En effet, le questionnaire mesure six dimensions importantes de la pratique des infirmières, ces dimensions regroupant des activités inhérentes à leur rôle de leader clinique dans l'équipe de soins.

Le *premier constat* montre que l'étendue effective de leur pratique n'est pas optimale, même s'il s'agit de dimensions au cœur même de la pratique infirmière et nécessaires à la transformation du système de santé. Par exemple, les dimensions reliées à la *communication et à la coordination des soins* ainsi qu'à l'*optimisation de la qualité et de la sécurité des soins* obtiennent des scores peu élevés. Ces dimensions, souvent subordonnées aux soins directs, sont pourtant essentielles à l'accessibilité et à la continuité des soins d'un système de santé en transformation. Elles sont aussi essentielles à la sécurité des patients, dans un système où les événements indésirables liés aux soins infirmiers sont fréquents (D'Amour *et al.*, 2014).

Le *deuxième constat* provient des écarts obtenus entre les unités et entre les infirmières d'une même

unité. Pour les gestionnaires et décideurs qui souhaitent optimiser l'étendue effective de la pratique infirmière, ces disparités pourraient indiquer qu'il est difficile, voire impossible, de proposer une même stratégie de rehaussement à toutes les infirmières. Dans ces circonstances, trois étapes doivent être amorcées :

1. mesurer l'ÉEPI dans les différentes unités pour obtenir un portrait précis;
2. intégrer les infirmières dans une démarche réflexive afin de comprendre les disparités, notamment entre les infirmières d'une même unité; et
3. concevoir des stratégies pour améliorer l'étendue de pratique en se basant sur les résultats de la mesure et en adoptant une approche participative.

Le *troisième constat* soulève la nécessité, pour la gouvernance, de réfléchir à l'optimisation de l'étendue de la pratique infirmière. En effet, la recension de Roy (2015) a bien démontré que des stratégies existent pour promouvoir l'étendue de pratique des infirmières. Au Québec, la grande transformation du système de santé modifie le rôle des professionnels. Les gestionnaires de soins pourraient se pencher davantage sur des formes d'organisation du travail qui soutiennent la cohésion et le déploiement de l'étendue de pratique afin de faire évoluer le rôle des infirmières et de mieux relever les défis du système de santé.

Les infirmières constituent des acteurs clés dans la transformation du système de santé. Il est primordial qu'elles puissent jouer pleinement leur rôle. En ce sens, une mobilisation est nécessaire pour redresser le cap et amorcer une démarche active en vue de déployer une réelle contribution infirmière, contribution essentielle et déterminante à la performance du système de santé. ■

Les auteures



Johanne Déry est adjointe à la directrice des soins infirmiers (volet recherche) du CHU Ste-Justine et professeure associée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.



Danielle D'Amour est professeure honoraire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.



Caroline Roy est directrice adjointe, Pratique infirmière avancée et relations avec les partenaires à la Direction du développement et du soutien professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Bibliographie

- Allard, M., A. Frego, A. Katz et G. Halas. « Exploring the role of RNs in family practice residency training programs », *Canadian Nurse*, vol. 106, n° 3, mars 2010, p. 20-24.
- D'Amour, D., C.A. Dubois, E. Tchouaket, S. Clarke et R. Blais. « The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 27, n° 13, juin 2014, p. 325-328.
- D'Amour, D., C.A. Dubois, J. Déry, S. Clarke, E. Tchouaket, R. Blais et al. « Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders », *Journal of Nursing Administration*, vol. 45, n° 5, mai 2012, p. 248-255.
- Déry, J. L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle (Thèse de doctorat), Montréal, Université de Montréal, 2013, 235 p. [En ligne : https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10843/Dery_Johanne_2013_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y]
- Déry, J., S. Clarke, D. D'Amour et R. Blais. « Education and role title as predictors of enacted (actual) scope of practice in generalist nurses in a pediatric academic health sciences center », *Journal of Nursing Administration*, vol. 46, n° 5, mai 2016, p. 265-270.
- Déry, J., D. D'Amour, R. Blais, S. Clarke. « Influences on and outcomes of enacted scope of nursing practice: a new model », *Advances in Nursing Science*, vol. 38, n° 2, avril-juin 2015, p. 136-143.
- Dubois, C.A., D. D'Amour, E. Tchouaket, M. Rivard, S. Clarke et R. Blais. « Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 25, n° 2, avril 2013, p. 110-117.
- Dubois, C.A., D. D'Amour, E. Tchouaket, M. Rivard, S. Clarke et R. Blais. « A taxonomy of nursing care organization models in hospitals », *BioMed Central Health Services Research*, vol. 12, n° 1, août 2012, p. 286-300.
- Eargar, S.C., L.S. Cowin, L. Gregory et A. Firtko. « Scope of practice conflict in nursing: a new war or just the same battle? », *Contemporary Nurse*, vol. 36, n° 1-2, août-oct. 2010, p. 86-93.
- Furaker, C. « Nurses' everyday activities in hospital care », *Journal of Nursing Management*, vol. 17, n° 3, avril 2009, p. 269-277.
- Galuska, L.A. « Cultivating nursing leadership for our envisioned future », *Advances in Nursing Science*, vol. 35, n° 4, oct.-déc. 2012, p. 333-345.
- Goudreau, J., J. Pepin, C. Larue, A. Legault, L. Boyer, S. Dubois et al. « 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), juill. 2013, 33 p. [En ligne : www.cifi.umontreal.ca/documents/Publications/Goudreau_et_al._Rapport_final_FCRSS.pdf]
- Jansen, L. « Collaborative and interdisciplinary health care teams: ready or not? », *Journal of Professional Nursing*, vol. 24, n° 4, juill./août 2008, p. 218-227.
- Jenkins-Clarke, S. et R. Carr-Hill. « Workforce and workload: are nursing resources used effectively? », *Journal of Research in Nursing*, vol. 8, n° 4, juill. 2003, p. 238-248.
- Jones, T.L., P. Hamilton et N. Murry. « Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 52, n° 6, juin 2015, p. 1121-1137.
- Kalisch, B.J., G. Landstrom et R.A. Williams. « Missed nursing care: Errors of omission », *Nursing Outlook*, vol. 57, n° 1, janv./févr. 2009, p. 3-9.
- Kimball, B., J. Joynt, D. Cherner et E. O'Neil. « The quest for new innovative care delivery models », *Journal of Nursing Administration*, vol. 37, n° 9, sept. 2007, p. 392-398.
- Lucero, R.J., E.T. Lake et L.H. Aiken. « Nursing care quality and adverse events in US hospitals », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, n° 15-16, août 2010, p. 2185-2195.
- Massachusetts General Hospital (MGH). *The MGH Professional Practice Model*, Boston (MA), MGH, 2007. [En ligne : www.mghpcs.org/pcs/magnet/documents/evidence/Volume_4/Force_5/5_1_Nurse_Practice_Act.pdf]
- Melling, S. et J. Hewitt-Taylor. « New flexible healthcare roles and the purpose of nursing », *British Journal of Nursing*, vol. 12, n° 1, nov./déc. 2003, p. 1264-1270.
- Nankervis, K., A. Kenny et M. Bish. « Enhancing scope of practice for the second level nurse: A change process to meet growing demand for rural health services », *Contemporary Nurse*, vol. 29, n° 2, juin 2008, p. 159-173.
- Nathenson, P., L. Schafer et J. Anderson. « Relationship of RN role responsibilities to job satisfaction », *Rehabilitation Nursing*, vol. 32, n° 1, janv./févr. 2007, p. 9-14.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la Santé*, Genève, OMS, 2006. [En ligne : www.who.int/whr/2006/fr/]
- Rose, L. « Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? », *British Association of Critical Care Nurse*, vol. 16, n° 1, janv./févr. 2011, p. 5-10.
- Roy, C. *Stratégies à privilégier pour permettre aux infirmières et infirmiers de déployer pleinement leur étendue de pratique* (Travail dirigé de maîtrise), Montréal, Université de Montréal, 2015, 169 p.
- Schubert, M., S. Clarke, T.R. Glass, B. Schaffert-Witvliet et S. De Geest. « Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient- reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 46, n° 7, juill. 2009, p. 884-893.
- Schluter, J., P. Seaton et W. Chaboyer. « Understanding nursing scope of practice: a qualitative study », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48, n° 10, oct. 2011, p. 1211-1222.
- White, D., K.D. Oelke, J. Besner, D. Doran, L. McGillis Hall et P. Giovannetti. « Nursing scope of practice: descriptions and challenges », *Nursing Research*, vol. 21, n° 1, mars 2008, p. 44-57.