

Université de Montréal

**L'étendue effective de la pratique d'infirmières en  
pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la  
satisfaction professionnelle**

Par

Johanne Déry

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en sciences infirmières  
option administration des services infirmiers

Août 2013

© Johanne Déry, 2013

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Cette thèse intitulée :

L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son  
influence sur la satisfaction professionnelle

Présentée par  
Johanne Déry

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Jacinthe Pepin, président-rapporteur  
Danielle D'Amour, directeur de recherche  
Régis Blais, co-directeur  
Johanne Goudreau, membre du jury  
Mélanie Lavoie-Tremblay, examinateur externe  
André Savoie, représentant du doyen de la FES

## Résumé

Le déploiement optimal de l'étendue de la pratique infirmière, qui traduit la mise en œuvre du rôle professionnel, est essentiel à l'accessibilité, à la continuité, à la qualité ainsi qu'à la sécurité des soins, dont ceux dispensés aux enfants et à leur famille. Or, il semble que les infirmières éprouvent certaines difficultés à déployer pleinement leur étendue de pratique, ce qui pourrait également compromettre la satisfaction professionnelle, un enjeu majeur pour la rétention du personnel dans les organisations de soins de santé. Le but de cette étude est de mesurer l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie, ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle.

Le cadre de référence, un modèle original développé dans cette thèse, prend appui sur la théorie des caractéristiques de l'emploi (Hackman & Oldham, 1974), le modèle tension-autonomie (Karasek, 1985), la théorie du rôle (Biddle, 1979) et les travaux de D'Amour et al. (2012) portant sur l'étendue de la pratique infirmière. Afin d'atteindre le but de cette étude, le modèle développé met en relation les caractéristiques du travail et les caractéristiques individuelles d'influence potentielle sur le déploiement de l'étendue de la pratique infirmière. Il présuppose également un lien entre l'étendue de la pratique infirmière et la satisfaction professionnelle.

Un devis corrélationnel descriptif a été retenu pour cette étude. Une enquête par questionnaire auprès d'infirmières de cinq secteurs d'activités d'un centre hospitalier pédiatrique universitaire du Québec a été réalisée (N=301). Les associations entre les variables ont été examinées en utilisant des analyses bivariées, multivariées et un modèle d'équations structurelles.

Les analyses effectuées révèlent une bonne concordance du modèle développé (ratio  $\chi^2/dl= 1,68$ ; RMSEA = ,049; CFI = ,985). Au total, le modèle explique 32,5 % de la variance de l'étendue de la pratique infirmière et 11,3% de la variance de la satisfaction

professionnelle. Les résultats font état d'un déploiement non-optimal de l'étendue de la pratique infirmière (3,21/6; É.T.= ,707).

Les variables significativement associées au déploiement de l'étendue de la pratique infirmière sont: la latitude décisionnelle ( $\beta = ,319$ ;  $p < 0,01$ ), la surcharge de rôle ( $\beta = ,201$ ;  $p < 0,05$ ), l'ambiguïté de rôle ( $\beta = ,297$ ;  $p < 0,05$ ), le besoin de croissance individuelle de l'infirmière ( $\beta = ,151$ ;  $p < 0,05$ ) et le niveau de formation ( $\beta = ,128$ ;  $p < 0,05$ ). Il est également démontré que l'étendue de la pratique infirmière est associée positivement à la satisfaction professionnelle ( $\beta = ,118$ ;  $p < 0,01$ ).

Une description plus détaillée des résultats de l'étendue de la pratique infirmière en fonction du niveau de formation et du poste occupé met en lumière que les infirmières bachelières ont une étendue de pratique significativement plus élevée (3,35; É.T = ,746) que les infirmières collégiales (3,12; É.T = ,669). L'occupation d'un poste de clinicienne est aussi associée à une plus grande étendue de pratique infirmière. Précisément, les infirmières qui occupent un poste d'infirmière obtiennent un score de 3,13/6 (É.T = ,664) alors que le score des infirmières qui occupent un poste de clinicienne s'élève à 3,48/6 (É.T = ,798).

Cette étude innove en présentant un modèle de référence qui a le potentiel de générer des connaissances importantes en sciences infirmières en lien avec le déploiement optimal de l'étendue de pratique infirmière. Prenant appui sur ce modèle novateur, les résultats révèlent les caractéristiques du travail sur lesquelles il y a urgence d'agir afin d'accroître le déploiement de l'étendue de la pratique infirmière et par le fait même la satisfaction professionnelle.

**Mots-clés :** Étendue de pratique, satisfaction professionnelle, pratique professionnelle, environnement de pratique, rôle infirmier, administration des services infirmiers, formation

## **Abstract**

Optimal deployment of the scope of nursing practice, through which nurses' professional role is expressed, is essential for ensuring accessibility, continuity, quality, and safety of care, including those provided to children and their families. Even so, it seems that nurses encounter certain difficulties when it comes to fully deploying their scope of practice. The impossibility of carrying out care activities that form part of the scope of nursing practice can also compromise job satisfaction, a major issue for healthcare organizations in terms of staff retention. The aim of this study is to measure the actual scope of nursing practice in pediatrics, its determinants, and its influence on professional satisfaction.

The reference framework, an original model developed in this thesis, is based on job characteristics theory (Hackman & Oldham, 1974), the job demand-control model (Karasek, 1985), role theory (Biddle, 1979) and the work of D'Amour et al. (2012) on scope of nursing practice. To achieve the study objectives, the model developed here examines the relationships between job characteristics and individual characteristics that can potentially influence the deployment of scope of nursing practice. The model also proposes a link between scope of nursing practice and professional satisfaction, a distinct dimension of job satisfaction.

A descriptive correlational design was used for this study. A survey was carried out using a self-administered questionnaire completed by nurses in five activity sectors of a pediatric university hospital (N = 301). Variability in both actual scope of nursing practice and professional satisfaction was explained using sequential multivariate regressions assuming an additive and moderating effect for individual characteristics. The potential mediating effect of scope of nursing practice between job characteristics and professional satisfaction was verified using structural equations modelling.

The analyses reveal good fit for the model developed ( $\chi^2/df$  ratio index = 1.68, RMSEA = .049, CFI = .985). Altogether, the model explains 32.5% of the variance for actual scope of practice and 11.3% of the variance for professional satisfaction. The results show

non-optimal deployment of the scope of nursing practice (3.21/6; SD = .707). The analyses demonstrated the significant influence on actual scope of nursing practice of certain variables of the model: decision latitude ( $\beta = .319$ ;  $p < 0.01$ ), role overload ( $\beta = .201$ ;  $p < 0.05$ ), role ambiguity ( $\beta = .297$ ;  $p < 0.05$ ), nurse growth need ( $\beta = .151$ ;  $p < 0.05$ ) and education level ( $\beta = .128$ ;  $p < 0.05$ ). They also showed that actual scope of nursing practice exerts a positive influence on professional satisfaction ( $\beta = .118$ ;  $p < 0.01$ ).

A more detailed examination of nurses' actual scope of practice in relation to education level and position occupied showed the scope of practice for baccalaureate-educated nurses to be significantly higher than that of nurses with college diplomas, with scores of 3.35 (SD = .746) and 3.12 (SD = .669) respectively. Occupying a nurse clinician position also had a positive influence on actual scope of nursing practice. Specifically, the mean score for staff nurses was 3.13/6 (SD = .664), while that for nurse clinicians was higher, at 3.48/6 (SD = .798).

The results of this study break new ground by presenting a model with the potential to generate important knowledge in nursing related to the optimal deployment of nurses' scope of practice. Based on this innovative model, the results highlight job characteristics that require urgent action in order to broaden the deployment of nurses' scope of practice and thereby to increase professional satisfaction.

**Keywords:** scope of practice, professional satisfaction, professional practice, practice setting, nursing role, nursing administration, education level.

## Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Remerciements.....	xv
Introduction.....	17
Chapitre 1 – Problématique .....	21
Chapitre 2 - Recension des écrits.....	27
Clarification du concept de l'étendue de la pratique infirmière .....	29
Le rôle professionnel de l'infirmière .....	31
Particularités associées à l'exercice du rôle professionnel de l'infirmière dans le contexte des soins pédiatriques .....	34
L'étendue effective de la pratique infirmière.....	39
La satisfaction professionnelle, une dimension distincte de la satisfaction au travail.....	50
Synthèse de la revue de littérature .....	54
Article 1 - The actual SCOpe of nursing Practice (SCOP): An innovative model.....	56
Introduction.....	57
The actual SCOpe of nursing Practice (SCOP) model .....	58
Job characteristics theory.....	59
Karasek's job strain model.....	61
Role theory.....	62
Scope of nursing practice.....	63
Professional job satisfaction. ....	64
Conclusion .....	65
References.....	66
Chapitre 3 - Méthodologie .....	72
Devis de la recherche .....	73
Sélection du milieu .....	73
Sélection et taille de l'échantillon.....	74
Les variables et les instruments de mesure .....	74
Les variables indépendantes .....	75

Les caractéristiques du travail.....	75
Latitude décisionnelle et demande psychologique. ....	75
L’ambiguïté de rôle.....	76
Le conflit de rôle.....	76
La surcharge de rôle.....	77
Les caractéristiques individuelles. ....	78
Le besoin de croissance individuelle. ....	78
L’âge, l’expérience et le niveau de formation de l’infirmière. ....	79
La variable dépendante/indépendante.....	79
L’étendue effective de la pratique infirmière.....	79
La variable indépendante.....	80
La satisfaction professionnelle.....	80
Déroulement de la collecte des données.....	81
Analyses des données.....	82
Description de l’échantillon des participantes.....	84
Considérations éthiques.....	86
Chapitre 4 - Résultat.....	87
Article 2 - Measuring actual scope of nursing practice in pediatric settings: its factors of influence and its impact on professional satisfaction.....	89
Abstract.....	90
Introduction.....	92
Framework.....	93
Methods.....	94
Ethical considerations.....	95
Measurement instruments.....	95
Analyses.....	98
Results.....	98
Discussion.....	100
Conclusion.....	105
References.....	106

Article 3 - Underdeployment of actual scope of practice of nurses in pediatric settings: do education and position make a difference? .....	113
Abstract .....	114
Introduction .....	116
Framework .....	118
Method .....	118
Measures .....	119
Analysis .....	120
Results .....	120
Discussion .....	124
Limitations .....	129
Conclusion .....	129
References .....	130
Chapitre 5 - Discussion .....	134
Avancement des connaissances théoriques .....	135
Développement d'un modèle .....	135
La mesure de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie .....	138
Les caractéristiques individuelles et du travail qui exercent une influence significative sur le déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie .....	139
L'influence du déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie sur la satisfaction professionnelle .....	144
Limites de l'étude .....	145
Recommandations .....	146
Recommandations pour la gestion .....	146
Recommandations pour la recherche .....	147
Recommandations pour la formation .....	149
Conclusion .....	150
Références .....	153
Appendice A Résumé de la stratégie de la recherche documentaire pour la recension des écrits .....	175
Appendice B Activités réservées à l'infirmière .....	177

Appendice C Fonctions et responsabilités propres aux infirmières cliniciennes et aux infirmières au Québec, telles que définies par le MSSS.....	179
Appendice D Calcul de la taille de l'échantillon minimum requis et tableau récapitulatif des deux séries de régressions linéaires multivariées.....	181
Appendice E Répartition des activités de soins du QÉPI par dimensions et par niveaux .....	183
Appendice F Tableau récapitulatif des variables à l'étude et des instruments de mesure .....	186
Appendice G Questionnaire sur la demande psychologique et la latitude décisionnelle .....	188
Appendice H Permission d'utilisation de l'instrument de mesure de Karasek.....	190
Appendice I Questionnaire sur l'ambiguïté de rôle.....	194
Appendice J Questionnaire sur les conflits de rôle.....	196
Appendice K Les six items pour évaluer la surcharge de rôle.....	198
Appendice L L'échelle du besoin de croissance individuelle.....	200
Appendice M Section « données sociodémographiques » du questionnaire .....	206
Appendice N Questionnaire de l'étendue effective de la pratique infirmière (QÉPI).....	209
Appendice O Questionnaire de satisfaction professionnelle .....	213
Appendice P Permission d'utilisation du « <i>Nurse Job Satisfaction Scale</i> ».....	216
Appendice Q Permission d'utilisation de la version francophone du « <i>Nurse Job Satisfaction Scale</i> » de Roch (2008).....	219
Appendice R Lettre de présentation envoyée à toutes les infirmières répondant aux critères de sélection dans chacun des secteurs d'activités à l'étude.....	221
Appendice S Lettre d'explications accompagnant le questionnaire distribué aux infirmières répondant aux critères de sélection dans chacun des secteurs d'activités à l'étude.....	223
Appendice T Carte de dépôt .....	225
Appendice U Carte de remerciement/rappel envoyée à toutes les infirmières sollicitées, une semaine après l'envoi du questionnaire .....	227
Appendice V Carte de rappel envoyée aux infirmières qui n'ont pas répondu au questionnaire deux semaines après la date de l'envoi initial.....	229
Appendice W Tableau récapitulatif des six étapes de l'analyse des données.....	231
Appendice X Certificat du comité d'éthique de la recherche .....	233

## Liste des tableaux

Tableau 1 - Définition des six dimensions du questionnaire de l'étendue effective de la pratique infirmière (QÉPI).....	36
Table 1 - Scores for the variables studied <sup>2</sup> .....	99
Table 2 - Standardized effects of SEM <sup>2</sup> .....	101
Table 1 - ASCOP mean scores by dimension according to education level and position occupied <sup>3</sup> .....	122

---

<sup>2</sup> Deuxième article

<sup>3</sup> Troisième article

## Liste des figures

Figure 1 - The actual SCOpe of nursing Practice (SCOP) model <sup>1</sup> .....	59
Figure 1 - Données sociodémographiques des infirmières .....	85
Figure 1 - The actual SCOpe of nursing Practice (SCOP) model (Déry et al., doctoral dissertation) <sup>2</sup> .....	94
Figure 2 - Significant total and direct standardized effects exerted by work characteristics and individual characteristics on actual scope of nursing practice and professional satisfaction <sup>2</sup> .....	102
Figure 1 - ASCOP mean scores by dimension <sup>3</sup> .....	121
Figure 2 - ASCOP mean scores by levels of complexity <sup>3</sup> .....	121
Figure 3 - ASCOP mean score by dimension (D) and by level of complexity (L) according to education level and position occupied <sup>3</sup> .....	123

---

<sup>1</sup> Premier article

<sup>2</sup> Deuxième article

<sup>3</sup> Troisième article

## **Liste des abréviations**

QÉPI : Questionnaire de l'étendue effective de la pratique infirmière

SEM : Structural equation modeling

ASCOP : Actual scope of nursing practice

SCOP : The actual scope of nursing practice (SCOP) model

*Mégane, Félix et Éliot*

## Remerciements

La vie nous réserve parfois de belles surprises! La réalisation de cette thèse en est définitivement toute une. Au terme de ce long parcours d'études doctorales, je me surprends à réfléchir aux raisons de mon investissement dans une telle démarche. La réponse est bien simple. La vie a mis sur mon chemin des gens extraordinaires qui, depuis mon entrée dans cette belle profession infirmière, ont perçu en moi cette petite étincelle dont j'ignorais l'existence. En fait, du plus loin que je me souviens, j'ai été accueillie, accompagnée, guidée et même encouragée à constamment repousser mes limites personnelles et professionnelles. De toutes évidences, une carrière prometteuse se dessinait devant moi et des collègues de travail, qui sont rapidement devenus des amis précieux, ont su me guider dans cette voie. Je tiens d'ailleurs à remercier du plus profond du cœur mon « maître à penser » Barbara Moffatt et son époux Ron Kegley qui m'ont insufflé, dès le tout début de ma carrière, la confiance et la détermination dont j'avais besoin pour devenir l'infirmière, la femme et la mère que je suis aujourd'hui.

Plus spécifiquement en lien avec la réalisation de mon doctorat, mes premiers remerciements vont à ma directrice Danielle D'Amour ainsi qu'à mon co-directeur, Régis Blais. Grâce à leur appui, à leur rigueur intellectuelle et à leurs pertinents questionnements, la réalisation de ce projet ambitieux a été possible. Évidemment, il est impossible de passer sous silence le soutien, tant apprécié, de Renée Descôteaux, directrice des soins infirmiers du CHU Ste-Justine et de Louise Robinette, directrice adjointe des soins infirmiers du CHU Ste-Justine.

Je remercie également Miguel Chagnon, consultant en statistiques du service de consultation en méthodes quantitatives de l'Université de Montréal, pour son écoute attentive, son soutien et son accompagnement dans la démarche complexe qu'est celle de l'immersion dans le monde des statistiques. Je tiens à remercier aussi Mme Donna Riley pour son dévouement et sa rigueur dans la traduction des articles en anglais

Je tiens également à remercier le Centre de formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI) de l'Université de Montréal, la Faculté des sciences infirmières, la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal, la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIIC) et la Fondation Gustav Levinchi (CHU Ste-Justine) pour leur soutien financier tout au long de mes études.

Un merci très sincère à toute ma famille et à mes amis si précieux pour leur amour, leur soutien et leurs encouragements continus. Un immense merci à mes parents Claire et Gaëtan, à ma soeur Chantal, à mon beau-frère Pétrice, ainsi qu'à mes amis Mimi et Bruce, Laurence, Sylvie, Julie et Louise. Chacun à votre façon, vous avez su m'aider dans mes pires moments de doutes tout au long de ces années. Certains de ces moyens étant plutôt douteux, ils ne seront pas explicités davantage!! Quoi qu'il en soit, sachez que par votre créativité, votre générosité, votre sens de l'humour et vos nombreuses marques d'attention vous m'avez aidée à garder mon équilibre et surtout à ne jamais oublier l'essentiel : la famille et les amis. Une pensée bien spéciale pour toi ma Doris qui a su trouver les bons mots au bon moment... Sache que sans toi, je n'aurais jamais trouvé le courage, la force et la détermination pour terminer ce projet. Je me souviendrai toujours de ta promesse et j'espère un jour pouvoir être présente pour toi autant que tu l'as été pour moi.

Enfin, merci à toi mon Smarty. Au moment d'entreprendre ces longues études doctorales, nos vies se sont croisées. Malgré les embûches qui ont parsemées ce parcours, tu as cru en moi et tu as su m'accompagner et m'aider à concilier la vie de famille, le travail et les études. Tu as foncé avec moi tête première dans cette belle aventure sans vraiment savoir de quoi il en retournait. Pour cet amour inconditionnel je te dis merci, merci du fond du cœur. Merci aussi aux trois amours de ma vie : Mégane, Félix et Éliot qui pourront enfin goûter le bonheur d'avoir une maman un peu plus présente !

# **Introduction**

Cette thèse porte sur l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie, ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle. L'étude sur laquelle prend appui cette thèse est une enquête par questionnaires réalisée dans cinq secteurs d'activités d'un centre hospitalier universitaire pédiatrique.

La thèse, qui comporte cinq chapitres, est rédigée selon le mode de présentation par articles. Le premier chapitre fait état de la problématique entourant le déploiement actuel de l'étendue de la pratique infirmière. Il est, entre autres, question de la mauvaise utilisation du temps des infirmières. Cette situation se traduit notamment par le fait que les infirmières accordent une trop grande partie de leur temps à la réalisation de tâches non-infirmières. Il en résulte que le temps dédié à la réalisation d'activités de soins qui font réellement partie de la pratique professionnelle est limité, ce qui n'est pas sans conséquences tant pour le patient, l'infirmière que pour l'organisation de soins.

Le deuxième chapitre présente l'état des connaissances sur lesquelles prend appui cette étude. Essentiellement, ces connaissances s'articulent autour de trois thèmes principaux : le rôle professionnel de l'infirmière, l'étendue effective de la pratique infirmière et la satisfaction professionnelle de l'infirmière, une dimension distincte de la satisfaction au travail. Ce deuxième chapitre présente également le modèle de référence développé pour cette étude, lequel est présenté sous la forme d'un article scientifique. Intitulé « *The actual SCOpe of nursing Practice (SCOP): An innovative model* », cet article présente les principales théories et travaux sur lesquels prend appui le développement de ce modèle de référence. Le deuxième chapitre de cette thèse se termine par la présentation des principaux objectifs de recherche : 1- mesurer l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie; 2- déterminer l'influence des caractéristiques du travail ainsi que des caractéristiques individuelles sur le déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie; 3-déterminer l'influence de l'étendue effective de la pratique sur la satisfaction professionnelle d'infirmières en pédiatrie.

Le troisième chapitre aborde la méthodologie de recherche. Précisément, il est question du devis de l'étude, de l'échantillonnage et du déroulement de la collecte des données. Les

instruments de mesure pour l'opérationnalisation des variables d'intérêt, les analyses statistiques réalisées de même que les considérations éthiques sont également présentés dans ce troisième chapitre.

Le quatrième chapitre est constitué des deux principaux articles de résultats qui découlent de cette thèse. Le premier article s'intitule « *Measuring actual scope of nursing practice in pediatric settings: its factors of influence and its impact on professional satisfaction* ». Cet article révèle la mesure de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie. Il met également en évidence les principales variables d'influence sur le déploiement de l'étendue effective de la pratique ainsi que l'influence potentielle du déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière sur la satisfaction professionnelle. Quant au deuxième article, intitulé « *Underdeployment of actual scope of practice of nurses in pediatric setting: do education level and position make a difference ?* », il fait essentiellement état des différences observées dans le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière en fonction du niveau d'éducation et du poste occupé par l'infirmière.

Enfin, le cinquième chapitre porte sur la discussion, laquelle s'articule principalement autour des thèmes suivants: la contribution au développement des connaissances en sciences infirmières, les limites de l'étude ainsi que les recommandations émises pour les gestionnaires, les chercheurs et les formateurs.

Au terme de cette thèse, il aura été question du déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie, de ses principaux déterminants ainsi que de son influence sur la satisfaction professionnelle. Certaines pistes d'actions auront également été proposées pour l'amélioration des pratiques actuelles de gestion. Sans prétendre que cette étude a su expliciter toute la complexité qui entoure le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière, les connaissances qui découlent de cette thèse réalisée en contexte de soins pédiatriques constituent toutefois un avancement significatif des connaissances scientifiques en lien avec ce sujet. Particulièrement, le modèle de référence développé constitue un levier

sur lequel les chercheurs et les gestionnaires peuvent prendre appui pour soutenir les décisions à prendre en lien avec une meilleure utilisation des ressources infirmières.

## **Chapitre 1 – Problématique**

Au Canada comme ailleurs dans le monde, les organisations de santé poursuivent des objectifs d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité, de la qualité et de la sécurité des soins. Il est de plus en plus reconnu que les infirmières, par une plus grande implication dans les soins aux patients et un déploiement optimal de leur étendue de pratique, auraient un grand rôle à jouer dans l'atteinte de ces objectifs (Brooten, Youngblut, Hannan, & Guido-Sanz, 2012; Conseil International des Infirmières, 2010; Davidson et al., 2006; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006; Institute of Medicine, 2010).

De récentes publications reconnaissent qu'une meilleure utilisation des ressources infirmières est essentielle à l'efficacité et à l'efficience des systèmes de santé, tant en termes d'accessibilité et de continuité des soins qu'à l'atteinte d'un certain équilibre financier (Institute of Medicine, 2010; Storffjell, Ohlson, Omoike, Fitzpatrick, & Wetasin, 2009; Thomas & Davies, 2005). En ce sens, deux études conduites auprès de populations d'infirmières de la Nouvelle-Zélande et du Massachussetts aux États-Unis mettent en évidence que l'utilisation optimale des compétences infirmières permettrait de réduire les dépenses organisationnelles de l'ordre de plusieurs millions de dollars annuellement (Eibner, Hussey, Ridgely, & McGlynn, 2009; Hefford et al., 2010)

Or, nombreux sont les rapports et les études à révéler la trop grande partie du temps des infirmières consacrée à la réalisation de tâches non-infirmières plutôt qu'à des activités centrales de la profession telles que l'enseignement au patient et à la famille, la planification du congé, la coordination des soins ainsi que des activités liées à la qualité et la sécurité des soins (Capuano, Bokovoy, Halkins, & Hitchings, 2004; D'Amour et al., 2012; Fitzgerald, Pearson, Walsh, Long, & Heinrich, 2003; Furaker, 2009; Hefford et al., 2010; Institute of Medicine, 2004; Lucero, Lake, & Aiken, 2010; Shively et al., 2011; White et al., 2008).

Ces déficits dans la réalisation des activités de soins, qui se traduisent par un déploiement non-optimal de l'étendue de la pratique infirmière, constituent un enjeu majeur pour l'administration des services infirmiers puisqu'ils entraînent des répercussions négatives

au niveau des organisations de soins, des infirmières et des patients (Berry et al., 2011; Conseil International des Infirmières, 2006; Davidson et al., 2006; Hefford et al., 2010; Lerret, 2009; Oelke et al., 2008; Phoenix Bittner, Gravlin, Hansten, & Kalisch, 2011; Schubert, Glass, Clarke, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2007; Weiss et al., 2008).

Au niveau des organisations de soins, le déploiement non-optimal de l'étendue de la pratique infirmière, entraînerait d'importantes répercussions négatives sur les coûts. Ces coûts seraient, entre autres, générés par un plus haut taux de réadmission des patients (Phoenix Bittner et al., 2011), lequel pourrait découler de certains déficits relatifs à l'enseignement et à la coordination des soins ou encore à une planification inadéquate du congé (Lerret, 2009; Weiss et al., 2008). Plusieurs millions de dollars seraient également dépensés inutilement chaque année par les organisations en lien avec le « gaspillage » du temps des infirmières (Storfjell et al., 2009) sous-jacent au déploiement non-optimal de l'étendue de la pratique infirmière.

Enfin, le budget d'une grande majorité d'organisations de soins serait amputé de plusieurs millions de dollars annuellement à cause des difficultés de rétention du personnel infirmier (Hunt, 2009; PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2007). Étant donné que les infirmières insatisfaites manifestent un désir plus élevé de changer d'emploi (Chen, Chu, Wang, & Lin, 2008; Coomber & Barriball, 2007; Sourdif, 2004), la satisfaction au travail des infirmières représente un enjeu critique pour les organisations de santé (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006; Zangaro & Soeken, 2007). Or, il est reconnu que le déploiement non-optimal de l'étendue de la pratique infirmière limiterait la satisfaction au travail des infirmières (Oelke et al., 2008).

La satisfaction au travail serait compromise d'une part par le fait que les infirmières sont appelées à réaliser des tâches techniques qui ne sont pas des activités de soins centrales à la pratique infirmière (Nathenson, Schafer, & Anderson, 2007) et, d'autre part, par l'impossibilité de pouvoir réaliser l'ensemble des fonctions et responsabilités qui constituent

le cœur de leur pratique (Berckmans et al., 2008). En ce sens, le déploiement non-optimal de l'étendue de la pratique infirmière serait susceptible d'influencer la perception des infirmières quant à la qualité des soins qu'elles dispensent. Cette perception de la qualité des soins telle qu'exprimée par les infirmières est une composante de la satisfaction professionnelle (Hinshaw & Atwood, 1985).

La satisfaction professionnelle est une dimension distincte de la satisfaction au travail et se définit comme « l'opinion des infirmières en ce qui a trait à la qualité des soins qu'elles dispensent, au temps dont elles disposent pour accomplir les diverses activités de soins, de même qu'au sentiment de plaisir qu'elles en retirent » [Traduction libre] (Hinshaw, Smeltzer, & Atwood, 1987, p. 10). La satisfaction professionnelle n'a pas été abondamment étudiée en sciences infirmières. Or, en lien avec le déploiement non-optimal de l'étendue de la pratique infirmière, qui fait référence aux activités de soins non accomplies par les infirmières qui détiennent pourtant la formation et les compétences pour le faire, il devient urgent de mieux connaître la perception des infirmières quant au plaisir qu'elles éprouvent à soigner dans le contexte actuel de même qu'à la qualité des soins qu'elles dispensent.

Au niveau des patients, les activités de soins non réalisées par les infirmières menaceraient directement la qualité des soins et la sécurité des patients (Beringer, Fletcher, & Taket, 2006; Berry et al., 2011; Sochalski, 2004). Par exemple, un déficit dans la réalisation des activités d'enseignement pourrait compromettre la préparation adéquate du congé (Weiss et al., 2008). Un manque de communication et de coordination des soins pourrait également nuire à la continuité des soins (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010) ainsi qu'à la sécurité du retour à domicile (Lerret, 2009).

Cette menace à la qualité et à la sécurité des soins a fait l'objet de récentes publications québécoises qui révèlent que l'étendue de la pratique d'infirmières travaillant auprès d'une clientèle adulte de médecine et chirurgie est sous-optimale (D'Amour et al., 2012; Dubois et al., 2012). Ce résultat signifie que l'ensemble des activités de soins qui

constituent l'étendue de la pratique infirmière ne sont que partiellement déployées. Les activités relatives à la qualité et à la sécurité des soins sont d'ailleurs parmi les moins fréquemment réalisées (D'Amour et al., 2012). D'autres activités, sous-jacentes à la communication et à la coordination des soins, ne sont pas suffisamment déployées pour répondre adéquatement à la complexité grandissante des situations de soins auxquelles les infirmières sont confrontées quotidiennement dans divers milieux de pratique.

Par exemple, en contexte de soins pédiatriques tertiaires et quaternaires, l'augmentation de la sévérité et de la chronicité des problèmes de santé qui affectent les enfants est bien documentée (Hewitt-Taylor, 2005; Marchant, 2001). Ces défis exigent une grande coordination entre les différents professionnels de la santé, ce qui complexifie l'exercice du rôle de l'infirmière. La complexité reliée à l'exercice du rôle de l'infirmière dans ce contexte particulier réside également dans le fait que la famille doit être soignée au même titre que l'enfant lui-même (Betz, 2006; Forrest, Shipman, Dougherty, & Miller, 2003). De plus, la pratique infirmière doit prendre appui sur d'excellentes connaissances spécifiques à chacun des stades de développement de l'enfant de même qu'aux particularités physiologiques de l'enfant (Taylor, 2006).

Pour composer adéquatement avec les enjeux associés à ce contexte spécifique, le déploiement de l'étendue de la pratique infirmière doit être optimal, c'est-à-dire que l'infirmière doit être en mesure de mettre en œuvre l'ensemble des fonctions et responsabilités pour lesquelles elle détient la formation et les compétences. Or, actuellement, on ne dispose d'aucune mesure de l'étendue de la pratique dans le contexte des soins pédiatriques. Les facteurs qui influencent significativement le déploiement optimal de l'étendue de la pratique sont peu documentés (Oelke et al., 2008). On ne dispose également que de peu d'informations en ce qui a trait à la relation entre le déploiement de l'étendue de la pratique infirmière et la satisfaction professionnelle. Pourtant, du point de vue de l'administration des services infirmiers, une meilleure connaissance de ces variables et des relations qui existent entre elles serait à privilégier puisqu'elle pourrait orienter les décideurs et les gestionnaires dans

l'élaboration de stratégies d'amélioration qui rejoignent à la fois des enjeux professionnels et organisationnels.

Cette étude avait pour but de mieux comprendre le déploiement de l'étendue de la pratique infirmière dans un contexte de soins pédiatriques, ses déterminants ainsi que son influence sur la satisfaction professionnelle des infirmières.

Cette étude pourrait représenter, pour l'administration des services infirmiers, une occasion à saisir dans l'amélioration de la performance du système de santé. En fait, nombreux sont les rapports et les études à mettre en évidence qu'il est impératif de freiner le déploiement non-optimal de la pratique infirmière (Fairman, Rowe, Hassmiller, & Shalala, 2011; Institute of Medicine, 2004; Institute of Medicine, 2010). Prenant appui sur ces nouvelles connaissances, chercheurs, gestionnaires et décideurs pourront unir leurs efforts pour proposer des stratégies assurant un déploiement optimal de l'étendue de la pratique infirmière. Parce que les infirmières sont les professionnelles les plus nombreuses à œuvrer quotidiennement auprès de la clientèle, le déploiement optimal de leur pratique peut contribuer significativement à l'accroissement de l'accessibilité, de la continuité, de la qualité et de la sécurité des soins offerts à l'ensemble des enfants et à leur famille.

## **Chapitre 2 - Recension des écrits**

Ce deuxième chapitre présente la recension des écrits. Il témoigne de l'état actuel des connaissances relatives à l'étendue effective de la pratique infirmière, ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle, concepts sur lesquels prend appui cette thèse. Dans un premier temps, une attention particulière est portée à clarifier et à définir le concept d'étendue de la pratique infirmière. Dans un deuxième temps, les fonctions et les responsabilités sous-jacentes au rôle professionnel de l'infirmière dans un contexte de soins pédiatriques, milieu dans lequel se déroule l'étude, sont abordées. Dans un troisième temps, il est question de l'étendue effective de la pratique infirmière, c'est-à-dire les activités qui sont réellement mises en œuvre dans le contexte de travail actuel. Finalement, la dernière section de cette recension porte sur la satisfaction professionnelle des infirmières, une dimension distincte de la satisfaction au travail.

Pour réaliser cette recension, une revue exhaustive de la littérature a été effectuée. De multiples combinaisons de mots-clés ont été réalisées dans les bases de données telles que CINAHL, MEDLINE, PUBMED. Le détail de cette stratégie est présenté à l'appendice A. L'étendue de la pratique infirmière a également été documentée à travers une revue de la littérature grise. En ce sens, les sites internet des principaux organismes qui réglementent la pratique des soins infirmiers tels que celui de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada, le Conseil canadien de la santé ainsi que différents organismes officiels propres à chacune des provinces canadiennes, notamment le College of Registered Nurses of Nova Scotia ont été consultés. Les sites de certains organismes internationaux, tels que ceux du Queensland Nursing Council en Australie et du Royal College of Nursing au Royaume-Uni, ont également été considérés compte tenu de l'intérêt marqué de ces pays pour le concept de l'étendue de la pratique infirmière

## Clarification du concept de l'étendue de la pratique infirmière

En sciences infirmières, le terme « étendue de la pratique infirmière », en anglais « *scope of practice* », est couramment utilisé. Cependant, tel que mentionné par le Conseil canadien de la santé (2005) dans un document intitulé « Tour d'horizon des champs d'exercice des professions de la santé au Canada », ce concept est porteur de plusieurs significations. Par exemple, l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (1993) reconnaît que l'étendue de la pratique infirmière peut faire référence aux activités professionnelles pouvant être réalisées par les membres d'une profession au terme de leur formation. Deux études qualitatives portant sur le concept de l'étendue effective de la pratique infirmières mettent, pour leur part, en évidence que les infirmières ont tendance à définir leur étendue de pratique en fonction de leur description de poste (Schluter, Seaton, & Chaboyer, 2011) ou encore en lien avec les tâches techniques qu'elles doivent accomplir dans leur travail quotidien (White et al., 2008).

Or, ces significations ne traduisent que partiellement la complexité du concept de l'étendue de la pratique infirmière. En fait, définir précisément l'étendue de la pratique infirmière est un processus difficile et complexe (Davies & Fox-Young, 2002) qui doit prendre en compte un ensemble de facteurs législatifs et réglementaires, contextuels et individuels (Association of registered nurses of Newfoundland and Labrador, 2000; Oelke et al., 2008). Les facteurs législatifs et réglementaires balisent l'étendue optimale de la pratique infirmière, c'est-à-dire l'ensemble des activités professionnelles pouvant être mise en œuvre par l'infirmière.

Au Québec, l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec reconnaît que :

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, 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, prévenir la maladie ainsi que fournir les soins palliatifs.

Ce champ d'exercice, sur lequel prend appui l'étendue optimale de la pratique infirmière, s'est récemment élargi par l'adoption des lois 90 et 21 qui reconnaissent dorénavant à l'infirmière une plus grande responsabilité en lien notamment avec l'évaluation de la santé et de la coordination de l'épisode de soins. Particulièrement, ces lois reconnaissent 17 activités de soins réservées aux infirmières (appendice B). Les activités de planification sont également renforcées par l'adoption de la norme relative à la rédaction du plan thérapeutique infirmier (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2009), lequel doit systématiquement être initié et mis à jour par l'infirmière dans le but d'assurer un suivi et une surveillance clinique optimale. Aussi, une norme de formation continue, qui vient soutenir les articles 17 et 18 du Code de déontologie des infirmières et infirmiers, a également été adoptée en 2012 par l'OIIQ. Enfin, depuis 2005, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux impose aux employeurs une nouvelle nomenclature des titres d'emplois : infirmière et infirmière bachelière désormais désignée sous le titre d'«infirmière clinicienne» (appendice C). Cette nomenclature accorde notamment à l'infirmière clinicienne un plus grand rôle à jouer auprès des clientèles qui présentent des problématiques de soins complexes. Il est par exemple attendu qu'une infirmière clinicienne « Détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitement infirmiers des usagers présentant des problèmes de santé complexes et/ou des dimensions biopsychosociales variées » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2010, p. 87). Par ailleurs, cette nomenclature prévoit que les infirmières cliniciennes assurent certaines activités en lien avec la coordination du travail d'équipe, le développement de la pratique infirmière ainsi que l'évaluation continue de la qualité des soins.

Ces lois et normes qui balisent l'étendue optimale de la pratique infirmière offrent un vaste éventail de possibilités à l'infirmière dans l'exercice de son rôle. Il semble toutefois que certains facteurs contextuels et individuels limitent actuellement le déploiement de l'étendue optimale de la pratique infirmière. En ce sens, l'étendue de pratique réellement déployée par

l'infirmière, c'est-à-dire l'étendue effective de la pratique (D'Amour et al., 2012; Dubois et al., 2012), consiste en l'éventail des activités de soins réellement accomplies par l'infirmière en lien avec les compétences développées à travers la formation et l'expérience (D'Amour et al., 2012; Dubois et al., 2012). D'amour et al. (2012) précisent que l'étendue effective de la pratique infirmière, qui traduit la mise en œuvre du rôle professionnel de l'infirmière, se rapproche étroitement de la notion de *role enactment* (Besner et al., 2005). Le *role enactment* se définit comme étant « *the application of knowledge within parameters defined by legislation, experience, competence and contextual factors in the environment* » (Besner et al., 2005, p. 6). Compte tenu de l'étroit rapprochement entre le rôle de l'infirmière et l'étendue effective de la pratique infirmière, une attention particulière sera portée, dans les sections suivantes, au rôle de l'infirmière, puis plus précisément à celui d'une infirmière en pédiatrie. Ensuite, l'étendue effective de la pratique infirmière sera davantage explicitée.

### **Le rôle professionnel de l'infirmière**

Le rôle est un concept global qui fait référence aux comportements et aux attentes associés à l'occupation d'un poste dans une organisation (Katz & Kahn, 1966). Dans les établissements de soins, le rôle de l'infirmière, en constante évolution (Apker, Zabava Ford, & Fox, 2003; Squires, 2004), n'est pas clair (Furaker, 2008; McIntyre & McDonald, 2010). En fait, nombreuses sont les études à témoigner de l'ambiguïté du rôle de l'infirmière (Besner et al., 2005; Chang & Hancock, 2003; Dionne & Rhéaume, 2008; Rhéaume, Dykeman, Davidson, & Ericson, 2007).

Pourtant, un certain consensus entre différents organismes professionnels, tels que l'*American Nurse Association*, l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada ainsi que le Conseil International des Infirmières, semble toutefois exister quant aux principales activités de soins attendues en lien avec la pratique clinique de l'infirmière. Parmi ces activités figurent notamment l'évaluation de la condition physique et la collecte de données du patient, l'enseignement au patient et à sa famille, l'administration des médicaments et les

soins des plaies, l'exécution d'interventions techniques, la coordination des soins, ainsi que de la supervision d'autres collègues (par exemple, dans un contexte de formation).

Les activités mise en œuvre par l'infirmière peuvent être indépendantes, dépendantes ou interdépendantes des infirmières (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002). Précisément, les activités indépendantes, telles que l'évaluation infirmière et l'enseignement à la clientèle et aux familles, ne requièrent aucune ordonnance médicale. Les infirmières sont entièrement responsables de ces fonctions qui n'impliquent aucun autre professionnel. En ce qui a trait aux fonctions dépendantes, par exemple l'administration d'un médicament, l'ordonnance médicale est un pré requis. Finalement, les fonctions interdépendantes, telles que la coordination des soins et la communication interprofessionnelle, sont partiellement dépendantes des fonctions d'un autre professionnel.

Pour leur part, Dallaire et Dallaire (2008) reconnaissent cinq fonctions au rôle de l'infirmière définies comme un «ensemble d'activités déterminées, de caractère professionnel, liées à un individu et afférentes à un emploi» (Dallaire & Dallaire, 2008, p. 267). Ces fonctions sont: soigner, coordonner, éduquer, superviser et collaborer. Soigner, la fonction fondamentale englobe notamment les soins techniques généraux et spécialisés réalisés au quotidien par l'infirmière. Pour ce qui est de la fonction d'éduquer, elle fait surtout référence au fait que l'infirmière doit informer la clientèle et la famille quant à la santé et la maladie, à promouvoir la santé, entre autres, en facilitant l'adoption de comportements sains. Pour ce qui est de la fonction de collaborer, elle fait notamment référence au fait que l'infirmière doit accomplir certaines actions conjointement avec d'autres professionnels de la santé. Quant à la fonction de coordonner, elle fait référence à l'organisation des services, à l'utilisation optimale des ressources et des personnes ainsi qu'au partage des informations entre les différents professionnels. La fonction de supervision renvoie quant à elle à la responsabilité de l'infirmière de superviser les soins prodigués par d'autres intervenants de la santé.

Ces fonctions proposées par Dallaire et Dallaire (2008) semblent cependant se limiter à la pratique clinique de l'infirmière. Pourtant, il est reconnu que les infirmières ont également un rôle à jouer en matière de développement professionnel, particulièrement par la réalisation d'activités en lien avec l'utilisation des données probantes et à l'évaluation continue des résultats de soins (American academy of ambulatory care nursing, 2012; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2010). Ces activités, bien qu'elles ne soient pas en lien avec la dispensation de soins de proximité aux patients, font partie du rôle de l'infirmière. Elles ont notamment une valeur ajoutée en lien avec le maintien et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (Upenieks, Akhavan, Kotlerman, Esser, & Ngo, 2007), ce qui n'est pas sans bénéfices pour le patient.

Ces activités associées au développement professionnel font partie intégrante du modèle de rôle professionnel développé par O'Rourke (2003). Cet auteur propose un regroupement des activités essentielles devant être assumées par un professionnel dans l'exercice de son rôle qui va au-delà des fonctions telles que proposées par Dallaire et Dallaire (2008). Ce regroupement comporte quatre volets : la pratique clinique, les connaissances scientifiques, le leadership ainsi que le partage de connaissances.

Les activités du volet pratique clinique de ce modèle englobent la prestation de soins et impliquent des activités psychomotrices et intellectuelles. Les activités intellectuelles, davantage invisibles, peuvent être de l'ordre de l'évaluation et de l'analyse de la condition de santé de la clientèle et de la planification d'un plan de soins approprié. Le volet scientifique, associé au rôle professionnel d'une infirmière, implique l'utilisation de connaissances scientifiques basées sur des résultats probants pour appuyer les décisions reliées aux soins. Pour ce qui est du volet leadership, il fait notamment référence au fait que l'infirmière doit coordonner les soins infirmiers et qu'elle doit prendre des décisions qui assurent le respect des standards de pratique. Le volet associé au partage de connaissances fait, pour sa part, essentiellement référence à l'ensemble des activités de communication et de collaboration que l'infirmière doit tenir avec ses collègues de travail intra et interdisciplinaires.

Toujours en lien avec la conceptualisation du rôle professionnel de l'infirmière, les récents travaux de D'Amour et al. (2012) reconnaissent que le rôle professionnel est composé d'activités qui se regroupent en six dimensions qui vont bien au-delà de la dispensation de soins techniques. Ces six dimensions intègrent les fonctions de coordination, d'éducation, de supervision et de collaboration telles que présentées par Dallaire et Dallaire (2008) tout en alliant l'importance des connaissances scientifiques du leadership et du partage de connaissances tel que proposé par O'Rourke (2003). Ces dimensions, ainsi que leur définition respectives, sont présentées dans le tableau 1.

Le rôle de l'infirmière doit évoluer au même rythme que la complexité grandissante des soins (Squires, 2004). En ce sens, bien que le rôle de l'infirmière demeure difficile à définir, la proposition de D'Amour et al. (2012), qui va au-delà des soins techniques dispensés par l'infirmière, semble reconnaître davantage l'éventail des activités de soins devant être mises en œuvre par l'infirmière pour faire face à cette complexité grandissante des soins. Cette complexité serait d'ailleurs particulièrement importante en contexte de soins pédiatriques.

### **Particularités associées à l'exercice du rôle professionnel de l'infirmière dans le contexte des soins pédiatriques**

La complexité accrue du rôle professionnel de l'infirmière dans les unités de pédiatrie serait attribuable d'une part, à la nature de la clientèle hospitalisée et, d'autre part, à l'environnement de soins. La complexité de l'environnement de soins découle notamment des avancées technologiques, scientifiques et médicales desquelles ont découlé non seulement des examens diagnostiques sophistiqués réalisés par un appareillage hautement complexe, mais également des dispositifs assurant le maintien en vie d'une clientèle pour laquelle il n'y avait aucun espoir de survie auparavant (Hewitt-Taylor, 2005; Milligan et al., 2008). On remarque aussi l'augmentation de la procréation assistée, un facteur qui contribue notamment à

l'augmentation des grossesses multiples ainsi qu'à la plus grande prématurité des nouveau-nés (Dickey et al., 2005; Khoshnood, Bouvier-Colle, Leridon, & Blondel, 2009).

Ces avancées ne sont pas sans conséquences pour les infirmières qui prodiguent des soins à ces clientèles. En fait, étant donné le plus grand taux de survie des nouveau-nés et des enfants, on remarque depuis quelques années déjà une augmentation des clientèles de néonatalogie, de réadaptation et de cancérologie (Centre hospitalier universitaire Ste-Justine, 2010). La chronicité des problèmes de santé affectant ces clientèles représente cependant un défi de taille pour les infirmières, notamment en ce qui a trait à la planification et à la coordination des soins complexes pour répondre aux besoins de celles-ci. Il est d'ailleurs reconnu que la coordination, une fonction centrale à l'exercice du rôle de l'infirmière, est essentielle pour rencontrer les enjeux de continuité et de qualité des soins dans ce contexte particulier (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012).

Sur le plan de l'évaluation et de la planification des soins, l'infirmière devrait connaître les spécificités relatives au processus d'évaluation d'un enfant ainsi qu'à la planification des soins (Barnsteiner, Wyatt, & Richardson, 2002). L'infirmière exerçant en pédiatrie devrait posséder d'excellentes connaissances spécifiques aux stades de développement de l'enfant ainsi qu'aux différences physiologiques entre l'enfant et l'adulte (Betz, 2006; Shelton, 2003; Taylor, 2006). La complexité de l'évaluation et de la planification des soins dans ce contexte particulier réside également dans le fait que la famille de l'enfant doit être « soignée » au même titre que l'enfant lui-même (Betz, 2006). En fait, étant donné la dépendance de l'enfant envers l'adulte, les parents de l'enfant hospitalisé doivent faire partie intégrante des soins (Forrest, Shipman, Dougherty, & Miller, 2003), de l'évaluation initiale jusqu'à la planification du congé. Tout au long de ce processus, les infirmières devraient adapter leur enseignement pour répondre aux besoins uniques de chaque famille. Tel que précisé par le Commissaire à la santé et au bien-être (2012), les parents éprouvent constamment le besoin d'être informés sur l'état de santé de leur enfant et sur la progression de son développement.

Tableau 1 - Définition des six dimensions du questionnaire de l'étendue effective de la pratique infirmière (QÉPI)

Dimension	Définition
Évaluation et planification des soins	L'infirmière élabore le plan de soins ou le plan thérapeutique en tenant compte des besoins immédiats du client et de sa famille, tout comme des changements à anticiper dans le cadre de l'épisode de soins. Elle participe à la conception et des lignes directrices et des programmes de soins en fonction des besoins de la clientèle.
Enseignement à la clientèle et aux familles	L'infirmière identifie les besoins d'information et d'enseignement des clients et de leur famille en vue de favoriser l'auto-prise en charge, de promouvoir la santé et de prévenir la maladie. L'infirmière développe des stratégies adaptées en ce sens et, le cas échéant, supervise les programmes d'enseignement
Communication et coordination des soins	L'infirmière qui a évalué le client détient une information qu'elle communique aux divers membres de l'équipe de soins et elle assure la coordination des interventions requises par les besoins de la clientèle afin d'assurer la continuité et d'éviter les délais inclus.
Intégration et encadrement du personnel	L'infirmière participe à la formation et au développement professionnel des membres de l'équipe de soins nouvellement recrutés et des stagiaires par son implication dans des activités d'orientation, de mentorat, de préceptorat et de consultation.
Optimisation de la qualité et sécurité des soins	L'infirmière participe à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins. Elle cible les besoins d'amélioration, en fait état et s'implique dans la mise en œuvre des mesures correctives.
Mise à jour et utilisation des connaissances	L'infirmière utilise les nouvelles connaissances pour mettre à jour sa pratique et elle diffuse les nouvelles connaissances.

L'infirmière œuvrant en pédiatrie devrait également posséder d'excellentes habiletés de communication adaptées à chacun des stades de développement de l'enfant. Cette communication est essentielle notamment pour valider la compréhension des enfants face à la maladie, aux traitements ainsi qu'à l'hospitalisation (Hart, 1998). Les infirmières devraient également assurer une communication optimale avec les parents (Hart, 1998) pour qu'ils puissent partager de précieuses informations qu'ils sont les seuls à détenir quant à la condition de santé de leur enfant.

Or, l'étude de Barnsteiner, Wyatt, & Richardson (2002) indique qu'il semble y avoir un certain écart entre les activités que les infirmières devraient mettre en œuvre pour rencontrer les besoins complexes de soins des enfants et ce qu'elles font en réalité. Précisément, Barnsteiner et al. (2002) ont mené une étude qui avait pour objectif d'identifier les activités sous-jacentes au rôle de l'infirmière en pédiatrie, afin de mettre à jour le programme de certification professionnel du *National Certification Board Of Pediatric Nurse Practitioners And Nurses*. Pour ce faire, une enquête a été menée auprès de 508 infirmières (taux de réponse: 23 %) provenant des États-Unis et du Canada. Pour les fins de cette enquête, les infirmières devaient répondre à un questionnaire regroupant un ensemble de 106 tâches servant à définir le rôle de l'infirmière en pédiatrie. Les infirmières étaient appelées à se prononcer, d'une part, sur l'importance de ces tâches (1= pas importante, 5=essentielle) et, d'autre part, sur la fréquence de réalisation de ces tâches (0=jamais, 1=occasionnellement, 2=fréquemment).

La liste de tâches a été élaborée en prenant appui sur plusieurs sources d'information dont le programme de certification en vigueur, les descriptions d'emploi, les syllabus de cours, des journaux de bord ainsi que des entrevues téléphoniques avec des infirmières en pédiatrie. Un groupe de 22 infirmières pédiatriques provenant des États-Unis (n=20) et du Canada (n=2) a accepté de tenir un journal de bord et d'y inscrire les principales activités faisant partie de leur rôle, tandis que 15 infirmières des États-Unis et six infirmières du

Canada ont participé à l'entrevue téléphonique durant laquelle elles ont été invitées à discuter des changements majeurs survenus dans leur pratique au cours des dernières années.

Une liste de tâches servant à circonscrire le rôle d'une infirmière en pédiatrie a ensuite été générée et révisée par un comité aviseur composé d'experts membres notamment du *National Certification Board Of Pediatric Nurse Practitioners And Nurses*, de l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, et de l'Association Canadienne des Infirmières et Infirmiers Pédiatriques. De ce processus ont émergé 106 tâches réparties en 5 catégories : développementale, psychologique et comportementale, famille, physiologique et pathophysiologique.

Parmi les infirmières de l'échantillon, 96 % des répondants provenant des États-Unis et 94 % des infirmières provenant du Canada, estiment que les 106 tâches proposées traduisent bien le rôle de l'infirmière en pédiatrie. Bien que cette liste de tâches servant à baliser le rôle d'une infirmière en pédiatrie soit le produit d'un processus qui semble rigoureux, elle ne traduit que partiellement le rôle de l'infirmière dans ce contexte particulier. Les tâches semblent se concentrer sur les soins de proximité qui sont en lien avec des problématiques de nature pathophysiologique. Cette réalité aurait également été observée par d'autres auteurs qui affirment que les infirmières font souvent référence à une liste de tâches simples à réaliser en lien avec des problématiques de soins physiques pour décrire l'étendue de la pratique sous-jacente à leur rôle professionnel (Schluter et al., 2011; White et al., 2008).

Les résultats de cette étude indiquent que les tâches jugées plus importantes par les infirmières sont celles qui sont en majorité plus fréquemment réalisées (Barnsteiner et al., 2002). Parmi ces tâches figurent, notamment : assurer la confidentialité et l'intimité de la relation entre l'infirmière et le patient/famille, différencier les observations physiques normales de celles qui sont anormales, administrer des médicaments en utilisant les lignes directrices propre à l'âge de chaque enfant, analyser la situation pour anticiper les problèmes pathophysiologiques et détecter tous changements dans la situation de l'enfant.

Or, tel que mentionné précédemment, le rôle d'une infirmière en pédiatrie est complexe et exige des connaissances qui sont propres à ce contexte particulier. Les fonctions et les responsabilités associées au rôle de l'infirmière en pédiatrie ne peuvent se résumer à un ensemble de tâches techniques qui se limitent à la dispensation de soins de proximité. L'enseignement à la clientèle et aux familles, la planification et la coordination des soins, l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins, la mise à jour et l'utilisation des connaissances sont des exemples d'activités de soins qui doivent essentiellement faire partie du rôle de l'infirmière et nécessairement être mises en œuvre dans la pratique quotidienne pour faire face à la complexité grandissante des soins pédiatriques. La mise en œuvre de ces activités se traduirait d'ailleurs par la mesure de l'étendue effective de la pratique infirmière.

### **L'étendue effective de la pratique infirmière**

Dans les prochaines sections, de nombreuses études témoignant de l'étendue effective de la pratique infirmières sont présentées. Dans un premier temps, l'étendue effective de la pratique infirmière sera abordée par des études qui révèlent l'utilisation actuelle du temps des infirmières. Ces recherches, qui ciblent les tâches techniques réalisées quotidiennement par les infirmières, mettent en évidence qu'un pourcentage important du temps des infirmières est consacré à la réalisation de tâches non-infirmières. Dans un deuxième temps, des études faisant état du pourcentage des activités de soins qui demeurent inaccomplies au quotidien par les infirmières seront présentées. Dans un troisième temps, ces activités de soins non-accomplies, en lien avec le déploiement de l'étendue de la pratique infirmière, seront abordées sous l'angle des soins omis (*unmet nursing care, care left undone et missed nursing care*). Dans un quatrième temps, l'étendue effective de la pratique infirmière sera explicitée par certaines études qualitatives. En majorité réalisées au moyen d'entrevues auprès d'infirmières d'unités de soins, ces études tentent de faire la lumière sur la perception des infirmières quant à la possibilité qu'elles ont de pouvoir mettre en œuvre la pleine étendue de leur pratique. Enfin, dans un cinquième temps, les résultats de l'étude de D'Amour et al. (2012) seront présentés. Cette étude se démarque des autres du point de vue méthodologique en ce sens

qu'elle prend appui sur un instrument novateur fiable et valide qui permet de mesurer le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière.

Au Canada comme ailleurs dans le monde, nombreuses sont les études à révéler l'utilisation actuelle du temps des infirmières (Aiken et al., 2001; Ball, Murrells, Rafferty, Morrow, & Griffiths, 2013; Capuano et al., 2004; D'Amour et al., 2012; Fitzgerald et al., 2003; Furaker, 2009; Hefford et al., 2010; Hendrich, Chow, Skierczynski, & Lu, 2008; Jenkins-Clarke & Carr-Hill, 2003; Lucero et al., 2010; Oelke et al., 2008; Shively et al., 2011; White et al., 2008).

Prenant appui sur une méthodologie d'enquête réalisée auprès de 43329 infirmières issues de 700 hôpitaux des États-Unis, du Canada, de l'Angleterre, de l'Écosse et de l'Allemagne, l'étude d'Aiken et al., (2001) révèle qu'entre 39,7 % et 71,8 % des infirmières affirment servir les repas aux patients alors qu'entre 34,3 % et 42,9 % d'entre elles disent faire des tâches ménagères. Aussi, entre 33,3 % et 53,7 % des infirmières sont appelées à transporter des patients à certains moments. En Angleterre, Jenkins-Clarke & Carr-Hill (2003) ont procédé à une analyse détaillée des activités réalisées par 3144 infirmières. Précisément, il était demandé aux infirmières d'enregistrer les activités réalisées sur une période d'une semaine. Les résultats de cette étude indiquent que les infirmières consacrent entre 5 et 7 % de leur temps à des tâches ménagères.

L'étude de Furaker (2009) comporte une méthodologie semblable à celle de Jenkins-Clarke & Carr-Hill (2003) avec un nombre de participantes cependant beaucoup moins élevé (N=30). Concrètement, il a été demandé aux infirmières participantes à l'étude de Furaker (2009) de tenir, durant une semaine, un journal de bord dans lequel elles rapportent les activités qu'elles réalisent quotidiennement. Au total, 30 journaux ont été complétés par des infirmières provenant d'unités de chirurgie (n=11), de gériatrie (n=6), de médecine (n=8) et de psychiatrie (n=5). Les résultats de cette étude révèlent que les infirmières passent 25 % de leur temps à des activités administratives et de documentation. Cette catégorie fait notamment

référence à des tâches telles que: compléter différents documents, gérer les demandes de consultations et les commandes de fournitures, assister à des réunions, télécopier des documents, établir divers contacts par téléphone, discuter avec le personnel, planifier les soins et les tournées médicales, aller chercher et livrer des prélèvements.

Dans cet ordre d'idées, Hendrich et al. (2008) estiment que les déplacements de l'infirmière représentent une distance de marche qui varie entre 1,6 et 8 km par quart de travail. Toutes ces tâches ménagères et administratives ainsi que les nombreux déplacements quotidiens limitent le temps dédié aux réelles activités de soins infirmiers telles que l'enseignement au patient et à la famille, la planification du congé ainsi que la coordination des soins (D'Amour et al., 2012; Fitzgerald et al., 2003; Furaker, 2009; Shively et al., 2011; White et al., 2008).

Les auteurs qui s'intéressent aux activités de soins infirmiers non accomplies utilisent couramment les termes « *unmet nursing care* » (Hung, Liu, & Kuo, 2002; Lucero, Lake, & Aiken, 2009; Lucero et al., 2010; Tekindal, Tekindal, Pinar, Ozturk, & Alan, 2012), « *care left undone* » (Aiken et al., 2001; Ball et al., 2013; Sochalski, 2004; Subirana, Long, Greenhalgh, & Firth, 2013) et « *missed nursing care* » (Kalisch, 2006; Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009).

Ces activités de soins non accomplies, bien qu'elles soient requises par la condition du patient et jugées essentielles par les infirmières, sont omises (entièrement ou partiellement) ou reportées au prochain quart de travail (Kalisch et al., 2009; Lucero et al., 2009). Tel que précisé par Kalish (2006), il semble que les activités de soins prescrites par les médecins soient privilégiées par les infirmières, alors que celles qui n'ont pas de répercussions immédiates telles que l'enseignement et la planification du congé soient davantage omises ou reportées. Par exemple, il y a lieu de croire qu'un manque d'enseignement infirmier en lien avec les soins d'une plaie et la détection précoce des signes d'infection est sans conséquence immédiate apparente sur la condition du patient hospitalisé. Par contre, une fois à la maison,

ce déficit d'enseignement pourrait générer des conséquences importantes pour le patient pouvant même aller jusqu'à la réhospitalisation en raison d'une plaie surinfectée.

Pourtant, comme le mentionne Kalish (2006), le fait de ne pas compléter toutes les activités de soins requises par la condition du patient constitue une erreur d'omission, laquelle est le résultat d'une certaine forme de rationnement des soins (Schubert et al., 2007). Le rationnement des soins infirmiers se traduit par l'impossibilité de mettre en œuvre toutes les interventions infirmières requises par la condition du patient notamment à cause d'un manque de ressources (temps, main d'œuvre) (Schubert et al., 2007). Bien que l'infirmière doit exercer son jugement clinique pour identifier les interventions les plus urgentes à poser et celles à délaissier, le rationnement des soins n'est pas sans conséquences sur la qualité et la sécurité des soins (Kalisch, 2006; Schubert et al., 2007).

En ce sens, les résultats de l'étude de Lucero et al. (2010), réalisée en Pennsylvanie à partir d'une analyse secondaire de données provenant d'une enquête auprès de 10 184 infirmières issues de 168 hôpitaux de soins aigus, mettent en évidence que de nombreuses activités de soins infirmiers essentielles à la qualité et à la sécurité des soins sont délaissées. Les résultats de cette étude indiquent notamment que 41 % des infirmières interrogées affirment ne pas réaliser les activités de développement et de mise à jour des plans de soins. Le pourcentage d'infirmières rapportant qu'elles ne sont pas en mesure de réaliser ces activités varie considérablement d'une unité à l'autre (8-74%). Pour ce qui est des activités d'enseignement au patient ou à sa famille, 29 % des infirmières affirment ne pas réaliser ces activités avec un pourcentage considérable de variation entre les unités de 0 à 67 %. Finalement, 12 % des infirmières affirment ne pas être en mesure de planifier le congé (variation entre les unités 0 à 26 %).

Bien que ces résultats soient fort intéressants à considérer, ils comportent toutefois une limite importante à mentionner, à savoir celle de reposer sur l'analyse secondaire de données ayant été recueillies en 1999. Une autre limite semble également exister sur le plan

conceptuel. En fait, les activités de soins non accomplies par les infirmières, telles que définies par Lucero et al. (2010), se répartissent en six catégories : le développement et la mise à jour des plans de soins, les soins de confort, les soins de la peau et le massage du dos, l'enseignement à la clientèle et aux familles, la documentation des soins, l'hygiène buccale. Bien que ces catégories se comparent à celles utilisées par d'autres auteurs (Aiken et al., 2001; Ball et al., 2013; Kalisch, 2006), la pertinence de telles catégories en lien avec une utilisation optimale de ressources infirmières est discutable. En ce sens, certaines activités de soins, notamment l'hygiène buccale et les soins de la peau, pourraient certainement être déléguées à d'autres professionnels et laisser ainsi plus de temps à l'infirmière pour des activités qui relèvent plus spécifiquement de ses compétences telles que la mise à jour du plan de soins et l'enseignement au patient.

Les résultats de l'étude de Lucero et al. (2010), qui révèlent que certaines activités de soins ne sont pas accomplies quotidiennement par les infirmières, sont comparables à ceux d'autres études. Au Canada, par exemple, Shields et Wilkins (2005) constatent que 45 % des infirmières ne sont pas en mesure d'accomplir les activités qui font partie de leur étendue de pratique faute de temps. Les résultats de l'étude d'Aiken et al. (2001) mettent pour leur part en évidence le pourcentage d'activités de soins non accomplies par des infirmières provenant de l'Allemagne, des États-Unis et du Canada. Précisément, entre 26,2 % et 29,6 % des infirmières de cette étude affirment que les activités relatives à l'enseignement au patient ou à la famille ne sont pas réalisées (Aiken et al. 2001). Ce sont les infirmières canadiennes qui obtiennent le plus faible score (26,2 %) ce qui indique qu'elles délaissent moins les activités de cette dimension que les infirmières qui proviennent des États-Unis et de l'Allemagne. Pour ce qui est des activités de rédaction et de mise à jour des plans de soins, ce pourcentage varie entre 34 % et 47,4 %. Ce sont les infirmières canadiennes qui obtiennent le plus haut score (47,4 %). Elles sont donc les infirmières qui réalisent le moins d'activités en lien avec la rédaction et la mise à jour des plans de soins. Finalement, dans une plus faible proportion, entre 12,7 % et 13,7 % des infirmières rapportent que les activités de planification de congé ne sont pas réalisées (Aiken et al., 2001).

Les résultats de l'étude d'Aiken et al (2001), bien qu'ils datent maintenant de plus de 10 ans, sont intéressants à considérer car ils mettent en évidence de nombreuses lacunes en lien avec le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière. Des études plus récentes abondent d'ailleurs en ce sens (D'Amour et al., 2012; Oelke et al., 2008; Shields & Wilkins, 2005). Par contre, il y a lieu de penser qu'au Québec certains de ces résultats ne seraient plus d'actualité. Par exemple, compte tenu de l'adoption récente d'une norme relative à la rédaction du plan thérapeutique infirmier (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2009), qui oblige dorénavant les infirmières à initier et à mettre à jour un plan de soins pour chacun des patients, les infirmières québécoises, contrairement à leurs collègues canadiennes, ne figureraient probablement pas au dernier rang de cette dimension.

Toujours en lien avec l'étude de l'étendue effective de la pratique infirmière, un groupe de chercheurs canadiens (Besner et al., 2005; Oelke et al., 2008; White et al., 2008) s'est intéressé à définir le concept d'étendue de la pratique infirmière et à documenter la perception des infirmières quant à leur possibilité de pouvoir mettre en œuvre l'étendue optimale de leur pratique. Pour ce faire, ils ont réalisé 85 entrevues semi-structurées auprès d'infirmières autorisées de soins critiques issues de trois organisations de santé de l'Ouest canadien (Edmonton, Calgary, Saskatchewan). Les résultats révèlent que les infirmières ont tendance à définir leur étendue de pratique par ce qu'elles font réellement dans leur pratique quotidienne, souvent une liste de tâches fonctionnelles plutôt qu'un ensemble d'activités complexes associées à l'exercice de leur rôle (Besner et al., 2005; White et al., 2008). En fait, très peu d'infirmières tendent à définir leur pratique en termes d'évaluation bio-psycho-socio-culturelle, d'enseignement à la clientèle et à la famille, de planification des soins et du congé (Besner et al., 2005; White et al., 2008).

Les résultats d'une deuxième étude qualitative réalisée en Australie par Schulter et al. (2011) abondent dans le même sens. Prenant appui sur une méthodologie constructiviste, ces auteurs ont utilisé la technique de l'incident critique pour explorer la définition et la mise en œuvre de l'étendue de la pratique de 16 infirmières d'unités de médecine et de chirurgie. À

partir de quatre incidents critiques, il a été demandé aux infirmières de discuter des activités de soins qu'elles ont réalisées. Elles devaient également préciser si ces activités faisaient partie de leur étendue de pratique ou si elles auraient plutôt dû être réalisées par d'autres membres de l'équipe de soins. Les résultats révèlent que les infirmières priorisent les patients présentant des problématiques d'ordre physique, car elles jugent leur condition de santé plus urgente. Elles précisent que les interventions dites physiques sont privilégiées au détriment des activités plus complexes reliées aux dimensions psychosociales de la clientèle hospitalisée, entre autres, parce que leur exécution est beaucoup plus rapide (Schluter et al., 2011). Les infirmières reconnaissent qu'elles ont un grand rôle à jouer en matière de sécurité des soins en prévenant notamment certains effets indésirables dont les erreurs de médicaments et les chutes (Schluter et al., 2011). En ce sens, les infirmières interrogées par Schluter et al. (2011) affirment qu'elles passent une certaine partie de leur temps à pallier à des erreurs médicales, souvent des lacunes au niveau des prescriptions de certains dosages. Bien que ces résultats procurent une meilleure compréhension de l'étendue effective de la pratique infirmière, elle comporte toutefois certaines limites. La principale limite découle directement du choix de la méthode de collecte de données. En fait, le recours à l'incident critique fait appel aux souvenirs de l'infirmière en lien avec un incident qui lui est rapporté, lesquels peuvent quelque peu différer de la situation telle que réellement vécue par l'infirmière. L'infirmière peut également ne jamais avoir été confrontée à une situation qui lui est présentée.

Bien que l'ensemble des études présentées jusqu'à maintenant en lien avec l'étendue effective de la pratique infirmière soient fort pertinentes à considérer, elles ne parviennent pas à rendre compte de l'ensemble des activités qui composent l'étendue de la pratique infirmière, notamment à cause d'un manque flagrant d'outils d'évaluation fiables et valides (D'Amour et al., 2012). En fait, les outils servant actuellement à mesurer ce que font réellement les infirmières dans leur pratique quotidienne capturent tout au plus 40 % du travail infirmier, essentiellement des tâches techniques (Conseil International des Infirmières, 2006). L'ensemble des activités complexes de soins faisant appel au jugement de l'infirmière, telle

que la coordination des soins est difficilement mesurable (Conseil International des Infirmières, 2006).

En ce sens, les récents travaux québécois de D'Amour et al. (2012) représentent une avancée significative de l'état des connaissances relatives à l'étendue de la pratique infirmière. D'une part, ces auteurs ont développé et validé un outil de mesure de l'étendue effective de la pratique infirmière. D'autre part, leur étude réalisée en 2010 met clairement en évidence le déploiement sous-optimal de l'ensemble des activités de soins qui constituent l'étendue de la pratique infirmière. Prenant appui sur une méthodologie rigoureuse, le développement et la validation de l'outil de D'Amour et al. (2012) ont été réalisés en trois étapes : 1) la recension des écrits comprenant des articles scientifiques et de la littérature grise; 2) le développement de l'outil et la validation par des juges experts; 3) l'analyse de la validité de l'instrument auprès d'un échantillon d'infirmières.

La première étape comporte une recension des écrits de 1990 à 2008 qui a été réalisée dans les bases de données CINHALL et MEDLINE. Un total de 37 articles en lien avec la mesure de l'étendue effective de la pratique infirmière ont été retenus sur la base de la pertinence et de la rigueur scientifique. Ils ont ensuite été analysés en profondeur. Afin de développer l'outil de mesure, plusieurs itérations ont été nécessaires. Elles ont mené à une catégorisation des activités essentielles de soins en six dimensions (tableau 1, présenté plus tôt dans ce chapitre). Inspirés par les travaux de O'Baugh, Wilkes, Vaughan, & O'Donohue (2007), qui reconnaissent la complexité des activités constituant l'étendue de la pratique des infirmières en pratique avancée, les items qui composent l'instrument de D'Amour et al. (2012) sont également regroupés en trois niveaux de complexité.

Pour ce qui est de la validation de l'instrument, un pré-test a d'abord été conduit auprès de six infirmières soignantes pour s'assurer de la clarté des items. Celles-ci ont rempli le questionnaire et un chercheur a révisé les items avec chacune d'elle. Le questionnaire a ensuite été soumis à neuf groupes d'étudiantes inscrites au baccalauréat en sciences

infirmières de l'Université de Montréal. Leurs commentaires ont été recueillis et les correctifs apportés pour assurer la clarté des items. Finalement le questionnaire a été soumis aux infirmières œuvrant dans 22 unités de soins de médecine de 11 établissements hospitaliers dans le cadre d'une recherche plus large (D'Amour et al. 2012). Les résultats démontrent la fidélité et la validité de l'instrument. Le coefficient alpha de Cronbach pour l'ensemble des 26 items est de 0,89 et il varie entre 0,61 et 0,70 selon les dimensions. Une analyse en composantes principales a été conduite sur l'ensemble des six dimensions pour mesurer le pourcentage de variance de l'étendue de la pratique expliquée en considérant simultanément les six dimensions. Une autre analyse en composantes principales a permis d'identifier le pourcentage de la variance expliquée par chacune des dimensions. Les résultats de l'analyse en composantes principales montrent que, dans son ensemble, l'outil de mesure explique 59% de la variance de l'étendue de la pratique. Au niveau des dimensions, l'analyse en composantes principales effectuée montre une variation de la variance expliquée de 43% à 62%. Chaque dimension semble être bien expliquée par les items qui la composent.

L'outil de mesure, le questionnaire d'étendue effective de la pratique infirmière (QÉPI), permet à l'infirmière de se prononcer sur la fréquence avec laquelle elle réalise les 26 activités de soins, qui lui sont proposées. Ces activités sont regroupées en 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- utilisation et mise à jour des connaissances. Dans chacune de ces dimensions, les activités sont réparties en trois niveaux de complexité : faible, modéré, élevé. Le niveau 1 (complexité faible) correspond à la pratique de base attendue de toute infirmière y compris les infirmières débutantes. Le niveau 2 (complexité moyenne) fait référence à des interventions plus complexes pouvant être accomplies par toute infirmière possédant une expérience quelle que soit sa formation. Pour ce qui est du niveau 3 (complexité élevée), il comporte des interventions pouvant être majoritairement mises en œuvre par des infirmières qui possèdent une bonne expérience et une formation de niveau universitaire de 1<sup>er</sup> cycle (appendice E). Ces activités de soins vont

au-delà du volet technique pour traduire le travail accompli quotidiennement par les infirmières.

Prenant appui sur ce questionnaire, D'Amour et al. (2012) ont conduit une enquête auprès de 285 infirmières de 22 unités de médecine-chirurgie de 11 établissements de soins (D'Amour et al., 2012). Les infirmières devaient déclarer à quelle fréquence elles mettent en œuvre, la plupart du temps, chacune des 26 activités du QÉPI (1= jamais; 2= très rarement; 3= parfois; 4= fréquemment; 5= presque toujours; 6= toujours). Il était clairement mentionné aux infirmières qu'elles ne devaient pas répondre en fonction des compétences et des connaissances qu'elles détiennent, mais bien en fonction de la clientèle qu'elles soignent et des contraintes de leur environnement de pratique.

Les résultats de D'Amour et al. (2012) révèlent une étendue effective de la pratique infirmière non-optimale de 3,5/6. Précisément, les scores obtenus pour chacune des dimensions sont les suivants : évaluation et planification des soins (4,2/6; É.T.= ,801), enseignement à la clientèle et aux familles (3,9/6; É.T.= ,868), communication et coordination des soins (3,4/6; É.T.= ,974), intégration et encadrement du personnel (3,0/6; É.T.= 1,025), optimisation de la qualité et de la sécurité des soins (3,1/6; É.T.= ,864), utilisation et mise à jour des connaissances (3,1/6; É.T.= 1,055). Ces résultats abondent dans le même sens que l'étude d'Oelke et al. (2008) qui rapporte que seulement 48 % des infirmières affirment pouvoir mettre en œuvre une étendue optimale de pratique, du moins à certaines occasions. Les infirmières mentionnent que l'évaluation détaillée de la condition du patient incluant les dimensions psycho-social, la qualité et la sécurité des soins ne sont pas suffisamment mises en œuvre (Oelke et al., 2008). La communication orale autant qu'écrite entre les infirmières de même qu'avec les autres professionnels de la santé est également inadéquate (Oelke et al., 2008).

Les résultats de D'Amour et al. (2012) comportent certaines limites, dont celle de prendre appui sur un instrument qui est utilisé pour la première fois et qui traduit la perception

des infirmières quant à la mise en œuvre des 26 activités de soins qui leur sont proposées. Les résultats de cette étude se limitent également à l'étendue de la pratique d'infirmières en soins de médecine et en chirurgie.

L'ensemble des études discutées mettent en évidence que les infirmières ne réalisent que partiellement les activités de soins qui composent leur étendue de pratique. Cette réalité serait en partie attribuable au fait que les infirmières ont peine à circonscrire leur étendue de pratique au-delà d'une liste de tâches simples à réaliser en lien avec des problématiques de soins physiques (Schluter et al., 2011; White et al., 2008). Certains auteurs tels que Price, Fitzgerald, & Kinsman (2007) vont même jusqu'à affirmer que les infirmières ne connaissent pas la portée de leur étendue de pratique et ne croient pas, par exemple, que les activités en lien avec l'amélioration continue de la qualité des soins font partie de leur rôle.

La réalisation non-optimale des activités infirmières serait également attribuable au fait que les infirmières accordent beaucoup de leur temps à l'exécution de tâches qui ne font pas partie de leur étendue de pratique (Furaker, 2009). D'autres caractéristiques relatives au contexte organisationnel telles que le manque de temps, la surcharge de travail, le travail en équipe inefficace ainsi que le manque d'autonomie limiteraient le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Dubois et al., 2012; Oelke et al., 2008). Le niveau de formation de l'infirmière ainsi que le poste qu'elle occupe pourraient également expliquer certaines variations dans le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière (D'Amour et al., 2012; White et al., 2008). On connaît cependant bien peu la nature exacte de ces influences.

L'association entre le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière et la satisfaction au travail est également peu documentée. En fait, outre l'étude de Nathenson et al. (2007) qui met en évidence que les infirmières qui réalisent plus d'activités en lien avec leur rôle professionnel sont plus satisfaites au travail, on connaît bien peu de l'influence réelle du

déploiement de l'étendue de la pratique infirmière sur la satisfaction professionnelle, une dimension de la satisfaction au travail.

### **La satisfaction professionnelle, une dimension distincte de la satisfaction au travail**

La notion de « satisfaction au travail » a évolué en fonction des divers courants de pensée en psychologie industrielle et organisationnelle (Locke, 1976). Selon cet auteur, au début des années 1920, les conditions physiques associées à l'organisation du travail ainsi que les conditions salariales étaient garantes de la satisfaction. Un peu plus tard, au cours des années 1930, le courant des relations humaines a introduit l'importance de la qualité de la supervision et de la cohésion entre les groupes de travail. Finalement dans les années 1970, la satisfaction au travail est devenue une question de responsabilités professionnelles, d'opportunités de développement d'habiletés et de défi intellectuel (Locke, 1976). La satisfaction au travail est définie comme « un état émotionnel plaisant ou positif qui découle du travail ou des expériences au travail » (Locke, 1976, p. 1300).

Trois méta-analyses portant sur la satisfaction au travail des infirmières ont été réalisées au cours des années 1990 et 2000 (Blegen, 1993; Irvine & Evans, 1995; Zangaro & Soeken, 2007). Ces méta-analyses mettent en évidence les principales variables d'influence de la satisfaction au travail chez les infirmières. Essentiellement, ces caractéristiques se divisent en deux groupes. Le premier fait référence aux caractéristiques de l'organisation et de l'environnement du travail alors que le second regroupe les caractéristiques individuelles de l'infirmière, principalement l'âge, le niveau de formation et le nombre d'années d'expérience sur l'unité.

En général, il semble que les caractéristiques relatives à l'environnement et au contenu du travail exercent une influence plus importante sur la satisfaction au travail que les caractéristiques d'ordre économique telles que le salaire et les opportunités professionnelles

(Irvine & Evans, 1995). Ces résultats constituent un levier important sur lequel les décideurs et les gestionnaires en soins infirmiers peuvent prendre appui pour améliorer la satisfaction des infirmières au travail. Il est reconnu que les gestionnaires ont avantage à moduler leurs pratiques de gestion ainsi que leur style de leadership aux particularités de l'environnement (Irvine & Evans, 1995). Ils doivent également veiller à réviser et à restructurer le contenu du travail (Irvine & Evans, 1995).

En ce sens, une plus grande autonomie influencerait positivement la satisfaction au travail des infirmières (Blegen, 1993; Zangaro & Soeken, 2007). La corrélation entre l'autonomie et la satisfaction est d'ailleurs significativement plus élevée dans les études en sciences infirmières publiées entre 2000 et 2003 que dans celles qui sont parues entre 1991 et 1999 (Zangaro & Soeken, 2007). L'augmentation de cette corrélation serait, entre autres, attribuable au fait que les infirmières porteraient un plus grand intérêt à cet attribut professionnel (Zangaro & Soeken, 2007). Blegen (1993) rappelle toutefois que ce n'est pas parce qu'on offre une plus grande autonomie à l'infirmière dans l'exercice de ses fonctions qu'elle sera nécessairement plus satisfaite. Encore faut-il que l'infirmière puisse réellement exercer son rôle de façon autonome, faire preuve de raisonnement critique de même que déployer l'étendue optimale des fonctions essentielles à son rôle professionnel telles que l'évaluation de la condition du patient, la planification et la coordination des soins, l'enseignement au patient, à sa famille ainsi qu'aux collègues, ainsi que la documentation et la communication (Nathenson et al., 2007).

En ce sens, Nathenson et al. (2007) ont développé un modèle de pratique professionnelle appuyé sur l'hypothèse que les infirmières ayant l'occasion de mettre en œuvre les fonctions pour lesquelles elles détiennent la formation et l'expertise seront significativement plus satisfaites au travail. Le modèle de pratique professionnelle proposé circonscrit le rôle de l'infirmière à l'ensemble des fonctions et responsabilités pour lesquelles elles détiennent la formation et l'expertise et qui font réellement partie de leur étendue de pratique professionnelle. Dans ce modèle, qui confère également à l'infirmière autonomie et

contrôle sur l'environnement de pratique, les tâches non-infirmières sont déléguées à un nombre suffisant de personnel de soutien. Les infirmières peuvent ainsi se concentrer essentiellement à la réalisation des activités de soins qui constituent réellement leur étendue de pratique professionnelle.

Les résultats de cette étude réalisée dans un établissement de réhabilitation montrent qu'avant l'implantation du modèle de pratique professionnelle centré sur les fonctions et les responsabilités qui constituent l'étendue de la pratique infirmière, les infirmières ne réalisaient que 38 % d'activités centrales à la profession. Après l'implantation, ce pourcentage augmente de 7 % pour se situer à 45 %. Nathenson et al., (2007) rapportent également que les infirmières se disent plus satisfaites de leur travail lorsqu'elles sont en mesure de réaliser davantage d'activités qui constituent réellement leur pratique professionnelle.

En contexte pédiatrique, plusieurs auteurs (Bratt, Broome, Kelber, & Lostocco, 2000; Ernst, Franco, Messmer, & Gonzalez, 2004; Hinds et al., 2003; Larrabee et al., 2003; Lum, Kervin, Clark, Reid, & Sirola, 1998; Shebesta et al., 2006) ont étudié la satisfaction des infirmières. Cependant certaines études présentent des limites méthodologiques, dont une faible taille d'échantillon et une sur-spécialité des unités investiguées. Les définitions conceptuelles et méthodologiques de la satisfaction au travail ainsi que les principaux facteurs d'influence varient également considérablement d'une étude à l'autre. Par exemple, le stress, une variable d'influence négative significative sur la satisfaction au travail des infirmières en pédiatrie (Bratt et al., 2000; Chu, Hsu, Price, & Lee, 2003; Seo, Ko, & Price, 2004) s'opérationnalise très différemment entre les études. À certains moments le stress se traduit en termes d'ambiguïté, de conflit et de surcharge de rôle (Chu et al., 2003; Seo et al., 2004) alors que parfois il est défini davantage en termes de compétences et d'habiletés, de dotation en personnel, d'environnement de travail physique et de respect dans l'équipe (Bratt et al., 2000).

Quant à la satisfaction professionnelle chez les infirmières, une dimension distincte de la satisfaction au travail, elle est définie par Hinshaw et Atwood (1985) comme étant

« l'opinion des infirmières en ce qui a trait à la qualité des soins qu'elles dispensent, au temps dont elles disposent pour accomplir les diverses activités de soins, de même qu'au sentiment de plaisir qu'elles en retirent » [Traduction libre] (Hinshaw et al., 1987, p. 10). À ce jour, la satisfaction professionnelle a été beaucoup moins étudiée que la satisfaction au travail (McGillis Hall, 2003). Seulement quelques études portant sur la satisfaction professionnelle d'infirmières en pédiatrie ont été répertoriées dont celle de Bratt et al. (2000) et celle de Ernst et al. (2004).

L'enquête de Bratt et al. (2000) a été conduite auprès de 1973 infirmières issues de 65 unités de soins critiques pédiatriques des États-Unis et du Canada. Les résultats de cette étude révèlent que le modèle proposé explique 31 % de la variance de la satisfaction professionnelle des infirmières en pédiatrie. Les principales variables d'influence sur la satisfaction professionnelle des infirmières sont la cohésion dans le groupe, le stress, la collaboration infirmière-médecin et le leadership. Le stress, évalué en termes de compétences et d'habiletés, de dotation en personnel, d'environnement de travail physique et de respect dans l'équipe, expliquerait à lui seul 27 % de la variance de la satisfaction professionnelle des infirmières. Dans cette étude, les auteurs rapportent un score moyen de satisfaction professionnelle de 3,35 sur 5 (É.T.=0,44) sans toutefois indiquer si ce score est faible ou élevé comparativement à d'autres études.

Réalisée dans un centre hospitalier pédiatrique des États-Unis, l'étude de Ernst, Franco, Messmer et Gonzalez (2004) reprend presque intégralement le cadre de référence de Bratt et al. (2000) pour déterminer l'influence de certaines caractéristiques telles que le stress sur la satisfaction professionnelle des infirmières. Dans un contexte général de pédiatrie, un échantillon de convenance de 268 infirmières exerçant dans divers secteurs d'activités (soins intensifs, médecine-chirurgie, urgence, cliniques externes, etc.) a été sélectionné. À l'instar des résultats de Bratt et al. (2000), les résultats d'Ernst (2004) révèlent une corrélation négative significative entre le stress et la satisfaction professionnelle des infirmières. L'outil de mesure utilisé n'est toutefois pas le même que celui utilisé par Bratt et al. (2000). Dans le

but de déterminer les principales composantes du stress au travail, Ernst et al. (2004) ont procédé à l'analyse factorielle de l'échelle de mesure du stress. La confiance en soi et le temps pour soigner sont les deux principales composantes du stress. Les auteurs précisent d'ailleurs que lorsque la confiance en soi augmente, le stress diminue. Dans le même ordre d'idées, une infirmière qui perçoit qu'elle a le temps de faire ce que qu'elle a réellement à faire éprouve moins de stress. Bien que les auteurs précisent que les infirmières de leur étude ne sont pas insatisfaites, aucun score de satisfaction professionnelle n'est rapporté.

La satisfaction professionnelle demeure une variable peu étudiée en contexte pédiatrique. Toutefois, un pourcentage important de la variance de la satisfaction professionnelle est actuellement expliqué, notamment par Bratt et al. (2000). Bien que ce pourcentage de variance soit considérable, il nous porte cependant à croire que certaines variables d'influence sur la satisfaction professionnelle n'ont pas encore été étudiées. Par exemple, la nature du travail accompli serait une piste à envisager (Nathenson et al., 2007).

### **Synthèse de la revue de littérature**

La mise en œuvre des activités de soins qui sous-tendent la pratique infirmière est non-optimale. Outre les récents travaux de D'Amour et al. (2012), réalisés en contexte de médecine et de chirurgie, il n'existe, à ce jour, aucune mesure spécifique de l'étendue de la pratique telle que définie dans cette thèse. Par conséquent, les facteurs d'influence ne sont que peu documentés. En contexte de soins pédiatriques, l'étendue effective de la pratique infirmière et les facteurs qui l'influencent ne sont actuellement pas documentés. Pourtant, la réalisation optimale des activités de soins complexes qui constituent la pratique infirmière est absolument nécessaire à la qualité et à la sécurité des soins tertiaires et quaternaires pédiatriques.

La réalisation optimale des activités qui composent l'étendue de la pratique infirmière serait également étroitement reliée à une plus grande satisfaction au travail (Nathenson et al.,

2007). On connaît cependant bien peu de l'influence réelle du déploiement de l'étendue de la pratique infirmière sur la satisfaction professionnelle. Face à ces lacunes, la présente étude a pour but de mesurer le déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie, ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle. Le cadre de référence sur lequel prend appui cette étude est présentée sous la forme d'un article qui se situe dans la prochaine section de ce chapitre.

Johanne Déry est l'auteure principale de cet article. La directrice et le co-directeur de cette thèse ont participé à l'écriture de cet article en y apportant certaines corrections, modifications ou suggestions d'amélioration. Une déclaration de tous les co-auteurs a été signée.

Cet article conceptuel présente le développement d'un modèle novateur en sciences infirmières sur lequel prend appui cette thèse. Articulé autour d'une conception novatrice de l'étendue effective de la pratique infirmière, ce modèle permet d'étudier, d'une part, les caractéristiques individuelles et du travail qui exercent une influence significative sur le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière, et d'autre part, de déterminer l'influence du déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière sur la satisfaction professionnelle. Le modèle développé prend appui sur la théorie des caractéristiques de l'emploi (Hackman & Oldham, 1974), le modèle tension-autonomie (Karasek, 1985), la théorie du rôle (Biddle, 1979) et les travaux de D'Amour et al. (2012) portant sur l'étendue effective de la pratique infirmière. Inexistant jusqu'à ce jour, un tel modèle permet de répondre à certains objectifs principaux poursuivis par cette recherche dont ceux de déterminer l'influence des caractéristiques du travail ainsi que des caractéristiques individuelles sur le déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie et de déterminer l'influence de l'étendue effective de la pratique sur la satisfaction professionnelle d'infirmières en pédiatrie.

**Article 1 - The actual SCOpe of nursing Practice (SCOP): An innovative model**

**Johanne Déry, Ph.D (cand)**

**Danielle D'Amour, Ph.D**

**Régis Blais, Ph.D**

## **Introduction**

In nursing administration, the real activities carried out by nurses in their daily practice are not well known (McIntyre & McDonald, 2010; Meyer & O'Brien-Pallas, 2010). The literature provides ample evidence, however, of both inappropriate and under-utilization of nurses' competencies (Besner et al., 2005; Furaker, 2009; Oelke et al., 2008; Shields & Wilkins, 2005; White et al., 2009), resulting in the actual scope of nursing practice being limited (D'Amour et al., 2012). Actual scope of nursing practice is a concept that reflects the professional activities really carried out by nurses, as opposed to those that are expected (optimal scope of nursing practice).

According to White et al. (2008), optimal scope of nursing practice, which is associated with the nurse's education level, job title and experience, differs from actual scope of nursing practice, which is influenced primarily by organizational context and employer policies. Given the potential negative influence of suboptimal deployment of scope of nursing practice on quality of care (White et al., 2009), professional practice (Aiken et al., 2001; Oelke et al., 2008; Shields & Wilkins, 2005) and job satisfaction (Morrison, Cordery, Girardi, & Payne, 2005), actual scope of nursing practice is a major issue for nursing administration. In fact, as pointed out by Holman et al. (2002), nursing researchers and managers need to answer two crucial questions: How are knowledge and skills mobilized? What factors influence this mobilization of knowledge and skills? To answer these questions, actual scope of nursing practice needs to be measured and the factors limiting its deployment need to be identified.

Currently, it is widely recognized that organizational context conditions limit the deployment of scope of nursing practice, but the influential organizational variables have not been precisely identified. The same is true of individual characteristics, whose exact nature and relationship with actual scope of nursing practice are not known. To our knowledge, there is no model to guide the understanding of variables influencing the deployment of actual scope of nursing practice. Yet such a model is needed in order to develop strategies to encourage optimal deployment of scope of nursing practice (Institute of Medicine, 2010 ).

The aim of this article is to propose an innovative conceptualization of the variables that can influence the actual scope of nursing practice: the actual SCOpe of nursing Practice (SCOP) model (Figure 1). We have used three theories, of proven soundness, each of which brings a different but complementary perspective to the understanding of the phenomenon under study. This model is based on the job characteristics theory (Hackman & Oldham, 1974), the job strain model (Karasek, 1985) and role theory (Biddle, 1979). The recent study by D'Amour et al. (2012) on actual scope of nursing practice also contributed to the SCOP model. We begin with a presentation of the relationships between the variables making up the SCOP model, followed by the broad theoretical foundations.

### **The actual SCOpe of nursing Practice (SCOP) model**

The aim of the SCOP model is to document, first, the links between factors influencing actual scope of nursing practice, and then the influence of this actual scope of nursing practice on professional satisfaction, a distinct dimension of job satisfaction. The influential factors are work characteristics that have an impact on actual scope of nursing practice, i.e., autonomy, psychological demand and role stressors, particularly role ambiguity, role conflict and role overload. These work characteristics are also known to have a direct effect on nurses' professional satisfaction (Bratt, Broome, Kelber & Lostocco, 2000; Chu et al., 2003; Zangaro & Soeken, 2007).

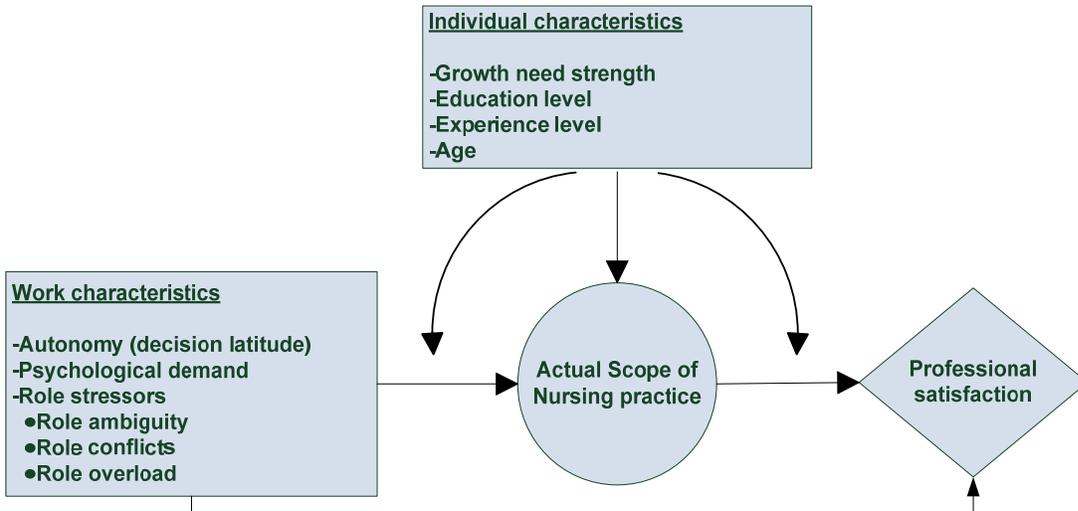


Figure 1 - The actual SCOpe of nursing Practice (SCOP) model

In this model, individual characteristics act directly on actual scope of nursing practice and moderate the relationship, on one hand, between work characteristics and actual scope of nursing practice, and on the other hand, between actual scope of nursing practice and professional satisfaction. Actual scope of nursing practice itself acts as a mediating variable (Baron & Kenny, 1986) between work characteristics and professional satisfaction.

In the following sections we present the three theoretical pillars and the recent work of D'Amour et al. (2012), on which this model is built.

**Job characteristics theory.** Job characteristics theory, a job design theory, examines the relationship between certain mid-level organizational factors, e.g. job characteristics such as autonomy and role stressors, and employee satisfaction. As Tyler et al. (2006) pointed out, it is important to understand these factors in health care organization because they influence the day-to-day activities of health professionals.

Job characteristics theory is generally applied in the context of strategic human resources management (Campion, Mumford, Morgeson, & Nahrgang, 2005). It can be used to describe what people do and how effectively they do it. It can also help guide the development of strategies to promote efficient use of human resources and employee satisfaction.

The first premise of job characteristics theory used for the present model is that certain work characteristics, such as autonomy, are essential in maintaining job satisfaction. A second premise is that some individual characteristics, such as knowledge, skills and growth need strength, moderate the relationship between work characteristics and job satisfaction. Of these, growth need strength, the extent of an individual's need for personal growth, is the most influential moderator of this relationship (Hackman & Lawler, 1971; Loher, Raymond, Moeller, & Fitzgerald, 1985; Stone, 1976). In developing the SCOP model, we added the nurse's experience and education level, which include skills and knowledge, to the original characteristics of the job characteristics theory because these can directly influence the deployment of actual scope of nursing practice (D'Amour et al., 2012; White et al., 2008).

Currently, certain individual characteristics are known to have a direct influence on the deployment of actual scope of nursing practice (D'Amour et al., 2012; White et al., 2008) and on job satisfaction (Bratt et al., 2000; Coomber & Barriball, 2007; Ingersoll, Olsan, Drew-Cates, DeVinney, & Davies, 2002). However, it is not known whether these individual characteristics also moderate the relationships between work characteristics, actual scope of nursing practice and job satisfaction, such as has been conceptualized in the SCOP model. For nursing researchers and managers, a better understanding of the individual characteristics that have an influence on these relationships is crucial, so that these can be taken into account when proposing and implementing strategies for achieving optimal scope of nursing practice and improving job satisfaction.

The theoretical soundness of job characteristics theory has been shown in numerous professions, including nursing. For example, in the studies by Edgar (1999), Holaday & Bullard (1991), Landeweerd & Boumans (1994) and Tonges, Rothstein & Carter (1998), job characteristics theory was used to examine the relationships between certain work characteristics and nurses' job satisfaction. However, these authors modified job characteristics theory to make it more applicable to the nursing profession. Along the same lines, Taylor et al. (2006) showed that not all the work characteristics originally proposed by job characteristics theory are essential to nurses' job satisfaction.

While the modifications made to job characteristics theory by some researchers appear to be relevant, they are generally not conceptually supported in the literature. The SCOP model offers a significant adaptation of job characteristics theory to the nursing profession based on two theoretical and conceptual pillars: Karasek's job strain model (Karasek, 1985) and role theory (Biddle, 1979). Moreover, the work of D'Amour et al. (2012) on actual scope of nursing practice makes it possible to conceptualize and operationalize actual scope of nursing practice in terms of care activities that are essential to professional practice and to analyze the actual use of nurses' competencies beyond the performance of technical tasks, which represent only a portion of the nurse's professional role.

**Karasek's job strain model.** As stated in job characteristics theory, autonomy is fundamental to job satisfaction. In the development of the SCOP model, autonomy was operationalized using Karasek's job strain model in terms of decision latitude. Decision latitude, a core component of nurses' autonomy (Ballou, 1998), refers, on one hand, to the capacity to use one's qualifications and develop new job skills and, on the other, to opportunities for employees to choose how to do their work and to influence related decisions (Karasek & Theorell, 1990). Karasek's job strain model also includes psychological demands: the amount of work, its mental requirements, and the time constraints experienced by employees (Brisson et al., 1998). The underlying premise of Karasek's job strain model is that there needs to be balance in the job between decision latitude and psychological demand;

otherwise, tension is created that can restrict job satisfaction. More specifically, individuals with more decision latitude will find it easier to cope with high levels of psychological demand.

In nursing, it is known that the practice environment is often marked by a lack of decision latitude and increased psychological demand, thereby exposing nurses to high job strain (Bourbonnais, Brisson, Malenfant, & Vézina, 2005; McIntyre & McDonald, 2010). In this respect, a study by Lavoie-Tremblay et al. (2008) of 309 Quebec nurses between the ages of 20 to 25 years found that 58.3% of the respondents reported low decision latitude, 53.4% high psychological demand, and 29.4% high job strain.

The negative influence of high job strain on nurses' job satisfaction is well documented (Koehoorn, Lowe, Rondeau, & Schellenger, 2002; Penz, Stewart, D'Arcy, & Morgan, 2008). It is also recognized that decision latitude is an essential component in nurses' exercise of their professional role. However, it is not known to what extent a lack of decision latitude combined with high psychological demand, as reported by nurses, could undermine nurses' exercise of their role and the performance of associated professional activities. As such, to understand better how these factors influence the way in which actors perform in a role, we also drew upon Biddle's (1979) role theory in developing the SCOP model.

**Role theory.** While there is no consensus on the conceptual definition of "role" (Rocheblave, 1963), there is at least acknowledgement, from a functional perspective, that it can be defined as a set of expected behaviours and activities (Biddle, 1979; Katz & Kahn, 1966). The expected activities are the constituent elements of the role to be played by each actor in any given position in the organization (Katz & Kahn, 1966). In nursing, evidence suggests that nurses spend insufficient time performing key activities related to their professional role (Besner et al., 2005), resulting in a considerable gap between their ideal role and their actual role (McIntyre & McDonald, 2010).

Biddle's role theory (1979) can be used to document this gap (Blais, Hayes, Kozier, & Erb, 2002; Corwin, 1961) by identifying role stressors. In nursing, the most frequently studied role stressors are role ambiguity, role conflict and role overload. These can significantly compromise both job satisfaction (Bratt et al., 2000; Wieck, Oehler, Jordan, & Green, 2004) and the performance of nurses' professional role (Blais et al., 2002), in particular by limiting the deployment of actual scope of nursing practice. While certain factors that could limit actual scope of nursing practice have been identified (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Dubois et al., 2012; Oelke et al., 2008; White et al., 2008), little is known about the influence of role stressors on the performance of nursing activities that constitute nurses' scope of practice, such as biopsychosocial assessment, teaching of patients and families, and discharge planning. It is therefore essential to consider role stressors among the work characteristics that make up the SCOP model.

**Scope of nursing practice.** There is no consensus in the literature on the definition of "scope of practice" (Baranek, 2005; Oelke et al., 2008). Inspired by the work of D'Amour et al. (2012), we define *actual* scope of nursing practice as the range of functions and responsibilities carried out by nurses, as a fraction of a larger set of activities, a concept close to 'role enactment'. As defined by Besner et al. (2005), role enactment is "the application of knowledge within parameters defined by legislation, experience, competence and contextual factors in the environment" (p. 6). D'Amour et al. (2012) operationalized scope of practice based on six dimensions: assessment and care planning; teaching of patients and families; communication and care coordination; integration and supervision of staff; quality of care and patient safety; and knowledge updating and utilization. These dimensions encompass 26 care activities specific to the exercise of the nurse's professional role. The level of deployment of these dimensions constitutes the actual scope of nursing practice that is seen at the centre of the SCOP model.

As mentioned earlier, few studies have documented actual scope of nursing practice. It is known, however, that nurses do not spend enough time performing essential activities such

as teaching patients and families, discharge planning, and care coordination, which make up their professional role (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Furaker, 2009; Lucero et al., 2010; White et al., 2008). Yet it is also known that nurses' job satisfaction is greater when they are able to perform activities that are directly related to their profession (Nathenson et al., 2007) and apply their knowledge (Morrison et al., 2005). Beyond these associations, we do not know the exact nature of the relationship between actual scope of nursing practice, as operationalized by D'Amour et al. (2012), and job satisfaction.

According to Morrison et al. (2005), inappropriate work design (work characteristics) can lead to underutilization of professional knowledge and skills (non-optimal scope of practice), which in turn may have a negative influence on job satisfaction. This is why the concept of actual scope of nursing practice is at the centre of the SCOP model as a mediating variable in the relationship between work characteristics and job satisfaction. In concrete terms, this conceptualization says, on one hand, that certain characteristics are essential to the deployment of actual scope of nursing practice and, on the other, that deployment of actual scope of nursing practice has a potential influence on professional job satisfaction.

**Professional job satisfaction.** When evaluating job satisfaction, we need to consider both the variables specific to the work environment and the work itself (Irvine & Evans, 1995; McGillis Hall, 2003; McIntyre & McDonald, 2010). More specifically, it is important to examine the extent to which employees are free to implement all the activities that are intrinsic to their performance of their professional role. Nurses' professional satisfaction is a component of job satisfaction (Hinshaw & Atwood, 1985), which refers to "nursing staff's opinion of the quality of care they delivered, time to conduct their care activities, and general enjoyment of their position" (Hinshaw et al., 1987, p. 10).

## **Conclusion**

The SCOP model, which is based on strong theoretical and conceptual foundations, is a rigorous model with the potential to generate important knowledge in nursing. A study to validate this model has recently been conducted in a mother-child setting (Déry, doctoral dissertation). Results showed a good fit of the hypothesized conceptual model. In particular, certain work characteristics were shown to have a significant influence on the deployment of actual scope of practice, while active scope of practice, in turn, had a significant influence on professional satisfaction. However, further studies are required to demonstrate the validity of this theoretical model in other contexts.

The SCOP model is an important lever that can be used by nursing managers and researchers to target those work characteristics for which change strategies can be implemented. In concrete terms, the characteristics that fall within the managers' scope of influence are those related to decision latitude, psychological demands, role ambiguity, role conflict and role overload. With a better understanding of these variables, managers will now be able to modify their management strategies to increase the actual scope of nursing practice, which will have a positive influence not only on nurses' level of professional satisfaction, but also on the accessibility, quality and safety of care (Institute of Medicine, 2010).

## References

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., . . . Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Ballou, K. A. (1998). A concept analysis of autonomy. *Journal of Professional Nursing*, 14(2), 102-110.
- Baranek, P. M. (2005). A review of scopes of practice of health professions in Canada: A balancing act. Toronto: Health Council of Canada.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., . . . Watson, L. (2005). A systematic approach to maximizing nursing scopes of practice. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research.
- Biddle, B. J. (1979). *Role theory: Expectations, identities, and behaviors*. New York: Academic Press.
- Blais, K. K., Hayes, J. S., Kozier, B., & Erb, G. (2002). Socialization to professional nursing roles. In K. K. Blais, J. S. Hayes, B. Kozier & G. Erb (Eds.), *Professional nursing practice: Concepts and perspectives* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R., & Vézina, M. (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *American Journal of Industrial Medicine*, 47(1), 54-64.

- Bratt, M. M., Broome, M., Kelber, S., & Lostocco, L. (2000). Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 9(5), 307-317.
- Brisson, C., Blanchette, C., Guimont, C., Dion, G., Moisan, J., Vézina, M., . . . Masse, L. (1998). Reliability and validity of the french version of the 18-item Karasek job content questionnaire. *Work & Stress*, 12(4), 322-336.
- Campion, M. A., Mumford, T. V., Morgeson, F. P., & Nahrgang, J. D. (2005). Work redesign: eight obstacles and opportunities. *Human Resource Management*, 44(4), 367-390.
- Chu, C.-I., Hsu, H. M., Price, J., & Lee, J. Y. (2003). Job satisfaction of hospital nurses: an empirical test of a causal model in Taiwan. *International Nursing Review*, 50(3), 176-182.
- Coomber, B., & Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 297-314.
- Corwin, R. G. (1961). The professional employee: a study of conflict in nursing roles. *American Journal of Sociology*, 66(6), 604-615.
- D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R., & Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 45(5), 248-255.
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12(1), 286-300.
- Edgar, L. (1999). Nurses' motivation and its relationship to the characteristics of nursing care delivery systems: A test of the job characteristics model. *Nursing Leadership (CJNL)*, 12(1), 14-22.

- Furaker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 269-277.
- Hackman, J. R., & Lawler, E. E. (1971). Employee reaction to job characteristics. *Journal of Applied Psychology*, 55(3), 259-286.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1974). The job diagnostic survey: an instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects. Report no. TR-4. New Haven, CT: Yale University, Department of Administrative Sciences.
- Hinshaw, A. S. (1985). Testing a theoretical model for job satisfaction and anticipated turnover of nursing staff. *Nursing Research*, 34(6), 384.
- Hinshaw, A. S., Smeltzer, C. H., & Atwood, J. R. (1987). Innovative retention strategies for nursing staff. *Journal of Nursing Administration*, 17(6), 8-16.
- Holaday, B., & Bullard, I. D. (1991). Pediatric staff nurses' reactions to job characteristics. *Journal of Pediatric Nursing*, 6(6), 407-416.
- Holman, D., Clegg C., & Waterson, P. (2002). Navigating the territory of job design. *Applied Ergonomics*, 33(3), 197-205.
- Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B. C., & Davies, J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *Journal of Nursing Administration*, 32(5), 250-263.
- Institute of Medicine. (2010). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Irvine, D. M., & Evans, M. G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44, 246-253.
- Karasek, R. A. (1985). *Job content questionnaire and user's guide*. Los Angeles, CA: University of Southern California. Department of Industrial and System Engineering.

- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books Inc.
- Katz, R., & Kahn, R. L. (1966). *The social psychology of organizations*. New York: Wiley & Son.
- Koehoorn, M., Lowe, G. S., Rondeau, K. V., & Schellenger, G. (2002). *Creating high-quality health care workplaces*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.
- Landeweerd, J. A., & Boumans, N. P. G. (1994). The effect of work dimensions and need for autonomy on nurses' work satisfaction and health. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 67(3), 207-217.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gélinas, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008). Creating a Healthy Workplace for New-Generation Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-297.
- Loher, B. T., Raymond, A. M., Moeller, N. L., & Fitzgerald, E. T. (1985). A meta-analysis of the relation of job characteristics to job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 70(2), 280-289.
- Lucero, R. J., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2185-2195.
- McGillis Hall, L. (2003). Nursing outcome: nurses' job satisfaction. In D. Doran (Ed.), *Nursing-sensitive outcomes: State of the science* (pp. 283-318). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- McIntyre, M., & McDonald, C. (2010). *Realities of canadian nursing. Professional, practice, and power issues*. (3rd ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Meyer, R. M., & O'Brien-Pallas, L. L. (2010). Nursing services delivery theory: an open system approach. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2828-2838.

- Morrison, D., Cordery, J., Girardi, A., & Payne, R. (2005). Job design, opportunities for skill utilization, and intrinsic job satisfaction. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(1), 59 - 79.
- Nathenson, P., Schafer, L., & Anderson, J. (2007). Relationship of RN role responsibilities to job satisfaction. *Rehabilitation Nursing*, 32(1), 9-14.
- Oelke, K. D., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Leadership (CJNL)*, 21(1), 58-71.
- Penz, K., Stewart, N. J., D'Arcy, C., & Morgan, D. (2008). Predictors of job satisfaction for rural acute care registered nurses in Canada. *Western Journal of Nursing Research*, 30(7), 785-800.
- Rocheblave, A. M. (1963). La notion de rôle: quelques problèmes conceptuels. *Revue française de sociologie*, 4(3), 300-306.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2005). Findings from the 2005 national survey of the work and health of nurses. Report no. 83-003-XIE. Ottawa: Statistics Canada.
- Stone, E. F. (1976). The moderating effect of work-related values on the job scope-job satisfaction relationship. *Organizational Behavior and Human Performance*, 15(2), 147-167.
- Tonges, M. C., Rothstein, H., & Carter, H. K. (1998). Sources of satisfaction in hospital nursing practice: a guide to effective job design. *Journal of Nursing Administration*, 28(5), 47-61.
- Tyler, D. A., Parker, V. A., Engle, R. L., Brandeis, G. H., Hickey, E. C., Rosen, A. K., . . . Berlowitz, D. R. (2006). An exploration of job design in long-term care facilities and its effect on nursing employee satisfaction. *Health Care Management Review*, 31(2), 137-144.

- White, D., Jackson, K., Besner, J., Suter, E., Doran, D., McGillis Hall, L., & Parent, K. (2009). Enhancing nursing role effectiveness through job redesign. Calgary: Alberta Health Services, Calgary Health Region.
- White, D., Oelke, K. D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: descriptions and challenges. *Nursing Research*, 21(1), 44-57.
- Wieck, K. L., Oehler, T., Jordan, C., & Green, A. (2004). Safe nurse staffing: a win-win collaboration model for influencing health policy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 5(3), 160-166.
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30, 445-458.

## **Chapitre 3 - Méthodologie**

Ce chapitre présente le devis de l'étude, l'échantillonnage et le déroulement de la collecte des données. Les instruments de mesure pour l'opérationnalisation des variables d'intérêts, les analyses statistiques réalisées de même que les considérations éthiques termineront ce chapitre.

### **Devis de la recherche**

Pour cette étude, un devis corrélationnel descriptif a été retenu, car il permet d'explorer et de décrire les relations qui existent simultanément entre les variables d'intérêt (Burns & Grove, 2009; Fortin et al., 2006). Précisément, il était question de connaître l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie, ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle. Dans le but de recueillir des données auprès d'un grand nombre d'infirmières, une enquête par questionnaire auto-administré a été réalisée.

### **Sélection du milieu**

Cette étude s'est déroulée dans un centre hospitalier universitaire mère-enfant du Québec. Ce centre, qui comprend 484 lits, offre des soins spécialisés et surspécialisés à la mère et à l'enfant. Deux critères de sélection ont guidé le choix des secteurs d'activités retenus pour cette étude. Dans un premier temps, étant donné qu'un grand nombre d'infirmières devaient constituer l'échantillon minimum requis ( $N \geq 145$ ), un bassin de plus de 300 infirmières a dû être considéré (détail du calcul à l'appendice D). De ce fait, les secteurs d'activités où se concentre une majorité d'infirmières ont été retenus. Dans un deuxième temps, afin d'assurer l'uniformité de la composition des équipes, il a été convenu de ne pas retenir les unités où il y avait des infirmières auxiliaires. Prenant appui sur ces deux critères, cinq secteurs d'activités ont été retenus : mère-enfant, multi-spécialités, hémato-oncologie, soins-intensifs, néonatalogie.

## **Sélection et taille de l'échantillon**

Les infirmières des secteurs d'activités sélectionnés devaient répondre à quatre critères: être à l'emploi du centre hospitalier depuis au moins 6 mois, détenir un poste dans un des secteurs à l'étude, ne pas faire partie de l'équipe volante et accepter de participer à l'étude. Les infirmières travaillant sur tous les quarts de travail pouvaient faire partie de l'étude.

Au Québec, la participation des infirmières à des études de type « enquête par questionnaire auto-administré », varie considérablement. De récentes enquêtes réalisées auprès d'infirmières présentent une variation du taux de réponse qui se situe entre 25 à 60 % (Charland & Vallée, 2003; D'Amour et al., 2012; Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Gélinas, Desforges, & Marchionni, 2008; St-Arnaud et al., 2003).

Afin de réaliser les analyses souhaitées dans cette thèse, un minimum de 145 infirmières devait constituer l'échantillon (détail du calcul de l'échantillon minimum requis présenté à l'appendice D). Ainsi, un bassin de plus de 300 infirmières a dû initialement être considéré pour constituer l'échantillon.

## **Les variables et les instruments de mesure**

Les variables à l'étude se divisent en deux groupes : les variables indépendantes et les variables dépendantes. Les variables indépendantes sont les caractéristiques du travail (latitude décisionnelle, demande psychologique, ambiguïté de rôle, conflit de rôle, surcharge de rôle) et les caractéristiques individuelles (besoin de croissance individuelle, âge, expérience, niveau de formation). La variable dépendante est la satisfaction professionnelle. L'étendue effective de la pratique infirmière est pour sa part considérée à la fois comme une variable indépendante et dépendante. Précisément, lorsqu'il est question de connaître les

caractéristiques qui influencent son déploiement, l'étendue effective de la pratique infirmière est une variable dépendante. Par contre, lorsqu'il est question de connaître dans quelle mesure l'étendue effective de la pratique infirmière influence la satisfaction professionnelle, elle est considérée comme une variable indépendante. Un tableau récapitulatif de chacune de ces variables de même que les instruments utilisés pour les mesurer est présenté à l'appendice F.

### **Les variables indépendantes**

**Les caractéristiques du travail.** Les caractéristiques du travail sont la latitude décisionnelle, la demande psychologique, l'ambiguïté de rôle, le conflit de rôle ainsi que la surcharge de rôle

*Latitude décisionnelle et demande psychologique.* En se basant sur les travaux de Karasek et Theorell (1990), Bourbonnais et al. (1995) définissent la latitude décisionnelle au travail comme étant une combinaison de deux aspects: « l'autorité décisionnelle, soit la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent, puis la capacité d'utiliser ses compétences et d'en développer de nouvelles » (p.153). Pour ce qui est de la demande psychologique au travail, elle se définit en termes de rythme et de quantité des demandes intellectuelles au travail (Karasek, 1979).

Les travaux de Karasek (1985) insistent sur la relation d'équilibre qui doit exister entre le niveau de latitude décisionnelle que l'individu peut exercer dans son environnement de travail et le niveau de demande psychologique qui lui est demandé. Sans cet équilibre, une tension se crée chez l'individu, laquelle contribue au stress (Koehoorn et al., 2002).

Pour mesurer la latitude décisionnelle et la demande psychologique, le « *Job Content Questionnaire* » (Karasek, 1985) a été utilisé (appendice G). Il est composé de deux variables distinctes: la latitude décisionnelle (9 items) et la demande psychologique (9 items). La latitude décisionnelle évalue la possibilité de prendre des décisions, d'utiliser et de

développer ses compétences au travail. Elle se subdivise en deux dimensions : l'autorité décisionnelle (3 items) ainsi que l'utilisation actuelle des compétences des infirmières (6 items). La demande psychologique (9 items) permet de mesurer la quantité de travail, les contraintes de temps ainsi que les exigences intellectuelles qui sont adressées à l'employé.

Les répondants devaient indiquer leur degré d'accord avec chacun des items proposés suivant une échelle à 4 niveaux. Les qualités psychométriques de la version anglophone originale de cet instrument ont été largement démontrées (Karasek, 1985). Internationalement reconnu, ce questionnaire a été traduit et validé en français (Brisson et al., 1998; Karasek et al., 1998; Larocque, Brisson, & Blanchette, 1998). Les valeurs de consistance interne (alpha de Cronbach) de cet instrument varient entre 0,68 à 0,85, ce qui est supérieur au niveau d'acceptabilité minimum qui est fixé à 0,5 (Nunnally, 1967).

La permission d'utilisation de ce questionnaire a été obtenue de l'auteur, M. Karasek. Elle est présentée à l'appendice H.

*L'ambiguïté de rôle.* L'ambiguïté de rôle survient lorsque l'individu ne dispose pas de suffisamment d'information et d'orientation concernant les attentes qui sont associées à son rôle dans l'organisation (Kahn et al., 1964; Lyons, 1971; Rizzo, House, & Lirtzman, 1970). Le « *Role ambiguity questionnaire* » (Rizzo et al., 1970), un instrument constitué de 6 items, a été utilisé pour mesurer l'ambiguïté de rôle (appendice I). Une échelle de Likert en 7 points offre des possibilités de résultats variant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). La moyenne des résultats obtenus aux 6 items a été calculée. La version canadienne-française de cette échelle a été validée et présente une consistance interne (alpha de Cronbach) de 0,79 (Lachance, Tétreault, & Pépin, 1997).

*Le conflit de rôle.* Le conflit de rôle est le degré avec lequel les attentes associées à un rôle sont incompatibles ou incohérentes avec la réalité du rôle (Rizzo et al., 1970). Le « *Role*

*conflict questionnaire* » (Rizzo et al., 1970), un questionnaire, comportant 8 items, a été utilisé pour mesurer les conflits de rôle (appendice J). Une échelle de Likert en 7 points offre des possibilités de résultats variant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). La moyenne des résultats obtenus aux 8 items a été calculée. La consistance interne (alpha de Cronbach) de la version canadienne-française est de 0,77 (Lachance et al., 1997).

Dans leur version originale, le « *Role ambiguity questionnaire* » ainsi que le « *Role conflict questionnaire* » sont deux échelles dont les qualités psychométriques ont été largement démontrées (House, Schuler, & Levanoni, 1983; Schuler, Aldag, & Brief, 1977). La version originale de même que la traduction canadienne-française ont été utilisées à maintes reprises en contexte de soins infirmiers. (Bourbonnais et al., 1999; Lu, While, & Barriball, 2007; Wu & Norman, 2006).

*La surcharge de rôle.* La surcharge de rôle est définie comme une situation dans laquelle les demandes adressées à l'individu sont excessives (Kahn et al., 1964). À ce jour, il n'existe aucun outil fiable et valide servant à mesurer la surcharge associée au rôle. De nombreuses études ont eu recours au ratio infirmière/patients pour établir le niveau de la charge de travail quotidienne. Cette mesure administrative ne reflète cependant pas la perception des infirmières en matière de surcharge de rôle. Elle n'est donc pas appropriée pour notre étude. Or, Beehr et al. (1976) ainsi que Seashore, Lawler, Mirvis et Cammann (1983) ont développé chacun 3 items pour évaluer la surcharge de rôle (appendice K). Les coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach) sont respectivement de 0,56 et de 0,65. Étant donné que les experts en statistiques recommandent l'utilisation de plus de trois items pour évaluer une dimension, nous avons utilisé les 6 items pour évaluer la surcharge de rôle des infirmières en pédiatrie.

Les six items ont été traduits en français en utilisant la méthode de traduction renversée parallèle (Burns & Grove, 2005; Vallerand, 1989). Dans un premier temps, l'étudiante-chercheuse a traduit les six items de l'anglais (version originale), au français. Cette

version française des items a ensuite été remise à une infirmière clinicienne bilingue afin qu'elle la traduise en langue anglaise. La version française finale de ces 6 items a été déterminée par un consensus entre l'étudiante-chercheure et l'infirmière clinicienne.

**Les caractéristiques individuelles.** Les caractéristiques individuelles sont le besoin de croissance individuelle, l'âge, l'expérience ainsi que le niveau de formation de l'infirmière.

*Le besoin de croissance individuelle.* Le besoin de croissance individuelle est une caractéristique personnelle qui permet d'expliquer les degrés variables de besoins d'accomplissement, d'apprentissage, et de développement personnel (Hackman & Oldham, 1976). Plus les besoins individuels sont élevés, plus les individus sont motivés par des environnements de travail stimulants et complexes (Hackman & Oldham, 1976).

Le besoin de croissance individuelle a été mesuré par une sous-échelle du Job Diagnostic Survey (Hackman & Oldham, 1974). Elle est constituée de 18 items répartis en deux dimensions distinctes (appendice L). La première dimension contient six items (alpha de Cronbach 0,88) servant à évaluer dans quelle mesure l'individu aimerait que les caractéristiques qui lui sont proposées fassent partie de son travail. Les possibilités de réponse s'échelonnent sur une échelle de Likert de 4 (moyennement ou peu) à 10 (énormément). La seconde dimension regroupe douze items sous forme de mises en situation (alpha de Cronbach = 0,71). Concrètement, deux postes sont proposés à l'individu. Ce dernier doit indiquer lequel il préférerait s'il avait la possibilité de choisir. Les choix de réponse varient de 1 (préférence marquée pour le poste A) à 5 (préférence marquée pour le poste B). Cette sous-échelle a été traduite et validée en français par Rancourt (1983). La consistance interne (alpha de Cronbach) rapportée est de 0,91 pour la première dimension et de 0,72 pour la deuxième.

*L'âge, l'expérience et le niveau de formation de l'infirmière.* Les autres données sur les caractéristiques individuelles des infirmières telles que l'âge, l'expérience (en tant qu'infirmière et sur l'unité) ainsi que le niveau de formation, ont été intégrées dans la section « données socio-démographiques » située au début du questionnaire. Cette section est présentée à l'appendice M.

### **La variable dépendante/indépendante**

**L'étendue effective de la pratique infirmière.** L'étendue effective de la pratique infirmière, qui est influencée, entre autres, par le contexte organisationnel, est définie comme l'éventail des fonctions et responsabilités déployées par l'infirmière en lien avec ses compétences et son expérience. L'étendue de la pratique s'appuie également sur le champ d'exercice infirmier (D'Amour et al., 2012).

Le *Questionnaire de l'étendue effective de la pratique infirmière (QÉPI)*, développé par D'Amour et al. (2012), a été utilisé pour mesurer cette variable. Il permet à l'infirmière de se prononcer sur la fréquence avec laquelle elle réalise 26 activités de soins faisant partie de son étendue de pratique. Les 26 items sont regroupés en six catégories : 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. Dans chacune de ces dimensions, les activités sont réparties en trois niveaux de complexité : faible, modéré, élevé. Le niveau 1 (complexité faible) correspond à la pratique de base attendue de toute infirmière y compris les infirmières débutantes. Le niveau 2 (complexité moyenne) fait référence à des interventions plus complexes pouvant être accomplies par toute infirmière possédant une expérience quelle que soit sa formation. Pour ce qui est du niveau 3 (complexité élevée), il comporte des interventions pouvant être majoritairement mises en œuvre par des infirmières qui possèdent une bonne expérience et une formation de niveau

universitaire de 1<sup>er</sup> cycle. La répartition de ces activités, par dimensions et par niveaux, est présentée à l'appendice E. Les infirmières devaient répondre en indiquant la fréquence à laquelle elles accomplissent chacune des activités énoncées, en les situant sur une échelle de Likert s'échelonnant de 1 (jamais) à 6 (toujours). La version de l'instrument telle que présentée aux infirmières est présentée à l'appendice N. Cet instrument démontre une consistance interne acceptable avec un alpha de Cronbach global de 0,89. L'alpha de Cronbach varie de 0,61 à 0,70 pour les six dimensions (D'Amour et al., 2012).

### **La variable indépendante**

**La satisfaction professionnelle.** La satisfaction professionnelle des infirmières, qui est une dimension distincte de la satisfaction au travail en général, fait référence à l'opinion des infirmières en ce qui a trait à la qualité des soins qu'elles dispensent, au temps dont elles disposent pour accomplir les diverses activités de soins, de même qu'au sentiment de plaisir qu'elles en retirent (Hinshaw, Smeltzer, & Atwood, 1987). Pour évaluer cette variable, le « *Nurse Job Satisfaction Scale* » (Hinshaw & Atwood, 1985) a été utilisé. Le « *Nurse Job Satisfaction Scale* », une adaptation spécifique à la profession infirmière d'un instrument de satisfaction générale au travail initialement développé par Brayfield et Rothe (1951) semble le seul instrument à mesurer la satisfaction professionnelle des infirmières (McGillis Hall, 2003). Il est constitué de 23 items (coefficient de consistance interne  $\alpha = 0,88$ ) regroupés en trois dimensions: « la qualité des soins » (7 items,  $\alpha = 0,77$ ), « le plaisir au travail » (11 items,  $\alpha = 0,85$ ) et le « temps disponible pour réaliser son travail » (5 items,  $\alpha = 0,76$ ). Les possibilités de réponse s'échelonnent sur une échelle de Likert en 5 points allant de 1 (Fortement en désaccord) à 5 (Fortement en accord). La consistance interne ainsi que la validité de construit ont été démontrées (Hinshaw, 1981; Hinshaw et al., 1987).

Tout récemment, la traduction, l'adaptation et la validation du « *Nurse Job Satisfaction Scale* » a été réalisée auprès d'infirmières québécoises (Roch, 2008). Le

questionnaire est présenté à l'appendice O. Suite à l'analyse factorielle réalisée par Roch (2008), de sensibles modifications à l'instrument ont été apportés. Concrètement, le « *Nurse Job Satisfaction Scale* » adapté à la population québécoise francophone d'infirmières tel que proposé par Roch (2008) est constituée de 22 items ( $\alpha = 0,91$ ) répartis dans 3 dimensions : « Qualité des soins » (3 items,  $\alpha = 0,74$ ); « Plaisir au travail » (11 items,  $\alpha = 0,91$ ); « Temps pour faire un travail optimal » (8 items,  $\alpha = 0,84$ ).

La permission d'utilisation de ce questionnaire a été obtenue par les auteures de la version anglophone, mesdames Hinshaw et Atwood ainsi que par l'auteure de la version francophone, Mme Roch. Ces permissions sont présentées respectivement à l'appendice P et à l'appendice Q.

### **Déroulement de la collecte des données**

Pour cette étude, le déroulement de la collecte de données a été réalisé conformément à la méthode de Dillman (2000). Après avoir obtenu l'autorisation des décideurs, des gestionnaires et des infirmières chefs des unités ciblées pour l'étude, une lettre de présentation a été envoyée à toutes les infirmières répondant aux critères de sélection dans chacun des secteurs d'activités retenus (appendice R). Une semaine après l'envoi de la lettre de présentation, le questionnaire, accompagné d'une lettre d'explications a été distribué aux infirmières. La lettre, présentée à l'appendice S, explicite la marche à suivre pour remplir le questionnaire et fournit les coordonnées du chercheur dans l'éventualité où une participante aurait besoin de plus amples informations.

Les infirmières étaient libres de répondre au questionnaire sur l'unité de soins ou à la maison. En acceptant de répondre au questionnaire, les infirmières témoignaient de leur consentement libre et éclairé à participer à l'étude. Une fois le questionnaire dûment rempli, les infirmières étaient appelées à le déposer dans une boîte prévue à cette fin sur leur unité de

travail. Elles devaient également déposer dans une autre boîte la carte de retour qui leur avait été distribuée au même moment que le questionnaire (appendice T). Cette carte, sur laquelle les infirmières devaient inscrire leur nom et leur unité d'appartenance, a permis au chercheur de connaître le nom des infirmières ayant répondu au questionnaire, lequel demeure anonyme. Le nom des infirmières ayant participé à l'étude servait seulement à la rémunération (25 \$ déboursés par la direction des soins infirmiers de l'établissement) et au rappel personnalisé des infirmières. Une semaine après l'envoi du questionnaire, une carte de remerciement/rappel a été envoyée à toutes les infirmières sollicitées initialement (appendice U). Une semaine plus tard, seules les infirmières n'ayant pas rempli le questionnaire ont été ciblées par une dernière lettre de rappel (appendice V), laquelle était accompagnée d'une autre copie du questionnaire (au cas où le premier aurait été égaré).

### **Analyses des données**

Le détail des analyses, réalisées en six étapes distinctes, est présenté à l'appendice W. Premièrement, la cohérence interne de chacun des instruments de mesure a été vérifiée en utilisant l'alpha de Cronbach pour chacun d'eux. Deuxièmement, la description de l'échantillon a été réalisée en utilisant l'effectif et la fréquence (variables catégorielles) ainsi que la moyenne, l'écart-type, le minimum et le maximum (variables continues). Troisièmement, les associations univariées entre les caractéristiques à l'étude ont été identifiées en utilisant principalement quatre types d'analyses : les coefficients de corrélation de Pearson (variables continues), les ANOVA, les tests de t de Student et les tests du Khi-2 (variables catégorielles).

Quatrièmement, la variabilité de l'étendue effective de la pratique infirmière a été expliquée à l'aide d'une régression séquentielle multivariée en supposant un effet additif et modérateur des caractéristiques individuelles. Dans un premier bloc, les caractéristiques du travail ont été entrées permettant de mesurer leur contribution au pourcentage d'explication de la variabilité de l'étendue effective de la pratique infirmière. Dans un deuxième bloc, les

caractéristiques individuelles ont été ajoutées pour obtenir le pourcentage d'explication de la variance supplémentaire de l'étendue effective de la pratique infirmière. Finalement, une sélection de modèle de type « pas à pas » a été réalisée dans le but d'identifier les effets modérateurs significatifs parmi les 30 possibilités créées par le croisement des caractéristiques du travail et des caractéristiques individuelles (appendice D).

Cinquièmement, la variabilité de la satisfaction professionnelle a été expliquée à l'aide d'une régression séquentielle multivariée en supposant un effet additif et modérateur des caractéristiques individuelles. Dans un premier bloc, l'étendue effective de la pratique infirmière a été entrée permettant de mesurer sa contribution au pourcentage d'explication de la variabilité de la satisfaction professionnelle. Dans un deuxième bloc, les caractéristiques individuelles ont été ajoutées pour obtenir le pourcentage d'explication de la variance supplémentaire de la satisfaction professionnelle. Finalement, une sélection de modèle de type « pas à pas » a été réalisée dans le but d'identifier les effets modérateurs significatifs parmi les 6 possibilités créées par le croisement de l'étendue effective de la pratique infirmière et des caractéristiques individuelles (appendice D). Ces régressions séquentielles multivariées ont été réalisées conformément à l'approche de Baron & Kenny (1986).

Sixièmement, puisque la taille de l'échantillon est supérieure à 300 répondants, l'effet médiateur potentiel de l'étendue effective de la pratique infirmière entre les caractéristiques du travail et la satisfaction professionnelle a été vérifié à l'aide d'un modèle d'équations structurelles. Pour ce faire, les intervalles de confiance et les valeurs p Bootstrap des effets indirects ont été utilisés. Un échantillon supérieur à 300 est qualifié de « bon » pour ce type d'analyse (Tabachnick & Fidell, 2001). L'évaluation de la qualité de l'ajustement du modèle est basée sur l'indice ratio du  $\chi^2/dl$ , le RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) et le CFI (*Comparative Fit Index*). Ces indices sont les plus couramment rapportés en sciences infirmières (Galipeau, 2011; Laschinger, Finegan, Shamian, & Almost, 2001; Musil, Jones, & Warner, 1998). Les seuils acceptables retenus pour chacun de ces indices prennent appui sur les travaux de Hooper, Coughlan, & Mullen (2008) ainsi que sur ceux de Clayton & Pett

(2008) et sont présentés en détails à l'appendice W. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide des logiciels SPSS version 19 et AMOS version 19 en utilisant le seuil de signification de 0,05.

### **Description de l'échantillon des participantes**

Dans cette thèse par articles, les résultats qui découlent de l'étude ont fait l'objet de deux articles, lesquels sont présentés au chapitre des résultats (chapitre quatre). La description détaillée de l'échantillon est cependant décrite dans les quelques paragraphes qui suivent.

Au total, 335 infirmières provenant des secteurs d'activités sélectionnés ont été invitées à participer à l'étude. De ce nombre, 301 infirmières ont dûment rempli et déposé le questionnaire, ce qui représente un taux de réponse de 90 %. Ce pourcentage de participation élevé s'explique notamment par le fait que les infirmières recevaient une compensation monétaire de 25 \$ si elles répondaient au questionnaire. Il est également important de souligner que, conformément à la méthode de Dillman (2000), deux relances ont été effectuées auprès des infirmières sollicitées. Le chercheur a également mobilisé tous les acteurs stratégiques dans la réalisation de ce projet (chefs d'unités, gestionnaires de programme, membres de la direction des soins infirmiers)

Les infirmières participantes se répartissent ainsi entre les différents secteurs d'activités: mère-enfant (n=77; 25,6%); hémato-oncologie (n=50; 16,6%); multi-spécialités/maladies infectieuses (n=45; 15%); soins intensifs (n=60; 19,9%); néonatalogie (n=69; 22,9%). Les infirmières de l'échantillon (N=301) ont en moyenne 36 ans (É.T. = 9,16), 12,70 années d'expérience en tant qu'infirmière (É.T. = 10,94) et 9,50 années d'expérience sur l'unité actuelle (É.T. = 10,60). Dans notre échantillon, 61,5 % des infirmières ont complété une formation collégiale (n=185) alors que 37, 9% (n=114) détiennent un baccalauréat. Même si un peu plus du tiers des infirmières détiennent un diplôme universitaire, elles ne sont que 19,9% (n=60) à occuper un poste d'infirmière clinicienne

(bachelière). La majorité des infirmières, soit 80,1 % (n=241) occupent un poste d'infirmière. La majorité des infirmières 39,5% (n=119) pratiquent le jour, 30,6% (n=92) le soir et 29,2% (n=88) la nuit. Au total, 93 % (n=280) des infirmières œuvrent sur des quarts de travail de 8 heures, alors que 6,3% (n=19) travaillent sur des quarts de 12 heures. La proportion des infirmières de notre échantillon qui travaillent à temps partiel est supérieure (58,5%; n=176) à celle des infirmières qui travaillent à temps complet (40,9%; n=123). Finalement, en ce qui concerne l'intention de quitter, 5% des infirmières (n=15) prévoient quitter leur poste d'ici les 6 prochains mois, alors qu'un autre 5 % des infirmières planifie quitter au cours de la prochaine année. Un résumé de ces données sociodémographiques est présenté à la figure 1.

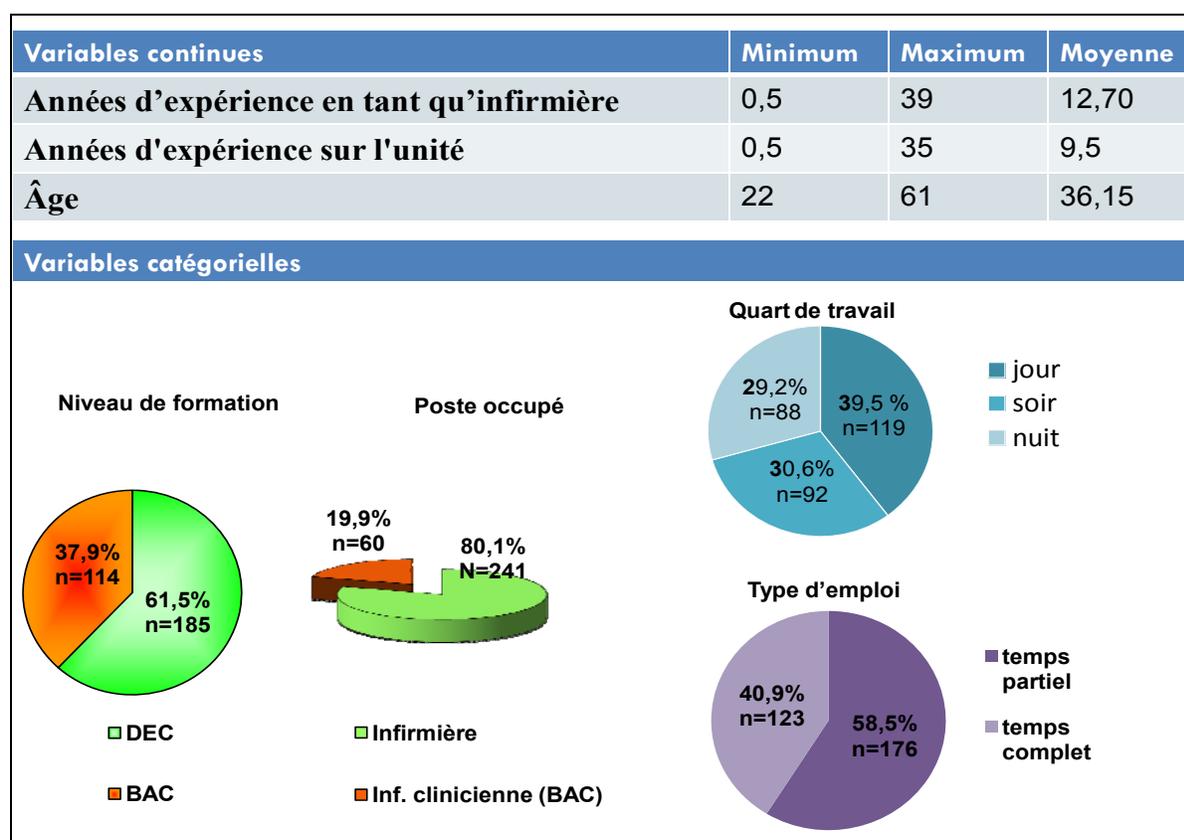


Figure 1 - Données sociodémographiques des infirmières

## **Considérations éthiques**

Le protocole été soumis pour approbation au comité d'éthique de la recherche de l'établissement de soins où cette étude s'est déroulée. Le comité d'éthique de la recherche a accepté le protocole sans aucune modification. Le certificat d'éthique est présenté à l'appendice X.

Mis à part le fait que les infirmières qui ont retourné le questionnaire dûment rempli ont été rémunérées (25 \$ par la direction des soins infirmiers de l'établissement), aucun bénéfice direct n'a été accordé aux participants.

La confidentialité de toutes les données personnelles a été assurée tout au long de l'étude. Les résultats générés par cette étude ne permettront en aucun temps de pouvoir identifier de façon personnelle une infirmière en particulier. Dans le même ordre d'idées, le centre hospitalier à l'étude ainsi que les unités sélectionnées ne seront jamais explicitement nommés dans des publications futures.

## **Chapitre 4 - Résultat**

Ce chapitre regroupe deux articles dans lesquels les principaux résultats de cette étude sont exposés. Ces articles permettent de répondre directement aux objectifs de l'étude, à savoir : 1-mesurer l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie; 2- déterminer l'influence des caractéristiques du travail ainsi que des caractéristiques individuelles sur le déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie; 3-déterminer l'influence de l'étendue effective de la pratique sur la satisfaction professionnelle d'infirmières en pédiatrie.

Le premier article intitulé « *Measuring actual scope of nursing practice in pediatric settings: its factors of influence and its impact on professional satisfaction* », révèle la mesure de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie. Il met également en évidence les principales variables d'influence sur le déploiement de l'étendue effective de la pratique ainsi que l'influence potentielle du déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière sur la satisfaction professionnelle.

Quant au deuxième article, intitulé « *Underdeployment of actual scope of practice of nurses in pediatric setting : do education level and position make a difference ?* », il permet de mieux comprendre l'influence de certaines caractéristiques individuelles telles que le niveau de formation et le poste occupé par l'infirmière sur le déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie. En fait, cet article fait essentiellement état des différences observées dans le déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie en fonction du niveau de formation et du poste occupé par l'infirmière.

Johanne Déry est l'auteure principale de ces deux articles. Elle a procédé tant à la recension des écrits, à la collecte des données qu'à l'analyse des données pour l'ensemble des résultats qui sont présentés dans ces articles. La directrice et le co-directeur de cette thèse ont participé à l'écriture des articles en y apportant certaines corrections, modifications, ou suggestions d'amélioration. Une déclaration de tous les co-auteurs a été signée.

**Article 2 - Measuring actual scope of nursing practice in pediatric settings: its factors of influence and its impact on professional satisfaction**

**Johanne Déry, Ph.D (cand)**

**Danielle D'Amour, Ph.D**

**Régis Blais, Ph.D**

## **Abstract**

**Background:** Very few studies have focused on measuring the actual scope of nursing practice. As well, little is known about the factors influencing actual scope of nursing practice, nor about its effect on professional satisfaction.

**Objective:** To measure the actual scope of nursing practice in a pediatric setting, the influence of its determinants, and its effect on professional satisfaction.

**Method:** A survey of 301 nurses using self-administered questionnaires (90% response rate).

**Results:** The results showed that the actual scope of nursing practice was non-optimal (3.21/6). Standardized  $\beta$  coefficients showed that decision latitude ( $\beta = .319$ ;  $p < 0.01$ ), role ambiguity ( $\beta = .297$ ;  $p < 0.05$ ), and role overload ( $\beta = .201$ ;  $p < 0.05$ ) are the work characteristics that exert the greatest direct influence on actual scope of nursing practice. The individual characteristics that exert the greatest direct influence on actual scope of nursing practice are education level ( $\beta = .128$ ;  $p < 0.05$ ) and growth need strength ( $\beta = .151$ ;  $p < 0.05$ ). Results also showed that actual scope of nursing practice exerts a direct positive influence on professional satisfaction ( $\beta = .118$ ;  $p < 0.01$ ). Structural equation modelling (SEM) analyses revealed a good fit of the hypothesized conceptual model based on various fit indices ( $\chi^2/df$  ratio index = 1.68, RMSEA = .049, CFI = .985).

**Conclusion:** Actual scope of nursing practice is limited by certain work characteristics and individual characteristics that significantly influence the level of nurses' professional satisfaction.

**Implications for nursing managers:** Nursing managers need to recognize both individual characteristics and work characteristics that limit optimal deployment of the actual scope of nursing practice, and to propose concrete solutions aimed especially at increasing nurses' professional autonomy.

**Keywords:** scope of practice, professional satisfaction, professional practice, work environment, nursing administration

## **Introduction**

In healthcare organizations, the actual scope of nursing practice is often limited (Besner et al., 2005; Oelke et al., 2008; Shields & Wilkins, 2005; White et al., 2008). In Quebec, recent results published by D'Amour et al. (2012) revealed that nurses perceived their actual scope of nursing practice to be half of optimal utilization. It appears that certain work and individual characteristics, such as lack of time, workload, ineffective team work and education level and high-acuity of hospitalized patients influence the deployment of actual scope of practice (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Dubois et al., 2012; Oelke et al., 2008).

In pediatric settings, high-acuity of hospitalized patients is increasing. This is due particularly to technological, scientific, and medical advances over recent years. Children with complex medical problems and very premature infants now survive thanks to such advances (Hewitt-Taylor, 2005). To satisfy the requirements for quality and safety of care related to the health status of such patients, nursing scope of practice must be optimal, that is, nurses must bring to bear all of their functions and responsibilities. However, to our knowledge, there are no research results available specifically on measuring actual scope of nursing practice in pediatric care. Barriers to and facilitators for optimal deployment of the scope of nursing practice are also poorly documented.

It is, however, important to know the deployment of nurses' scope of practice and the factors influencing it, as some studies have shown certain problems in the use of nurses' time. In fact, numerous studies have revealed that a fair proportion of nurses' time is spent on non-nursing tasks (Aiken et al., 2001; Furaker, 2009; Hendrich et al., 2008; Jenkins-Clarke & Carr-Hill, 2003), which limits the time that can be devoted to care activities that are actually part of nurses' professional role (D'Amour et al., 2012; Fitzgerald et al., 2003; Furaker, 2009; Lucero et al., 2010). This situation jeopardizes the quality and safety of care provided to

children and their families (Berry et al., 2011; Lerret, 2009; Sanders, Federico, Klass, Abrams, & Dreyer, 2009; Weiss et al., 2008). This situation also influence nurses' professional satisfaction (McGillis Hall, 2003) which refers to nurses' opinions regarding quality of care delivered, time available to conduct care activities, and general enjoyment of their work (Brayfield & Rothe, 1951; Hinshaw & Hatwood, 1985).

The purpose of this article is to present the results of a study aimed at three key objectives:

- 1) to measure actual scope of nursing practice in a pediatric setting;
- 2) to identify the influence of work characteristics and individual characteristics on actual scope of nursing practice in a pediatric setting;
- 3) to identify the influence of actual scope of nursing practice on nurses' professional satisfaction in a pediatric setting.

## **Framework**

The actual scope of nursing practice is the range of functions and responsibilities carried out by nurses, as a fraction of a larger set of activities, a concept close to "role enactment" (D'Amour et al., 2012; Dubois et al., 2012). According to Besner et al. (2005), "role enactment" is "the application of knowledge within parameters defined by legislation, experience, competence and contextual factors in the environment" (p.6).

To measure actual scope of nursing practice, the influence of its determinants, and its effect on nurses' professional satisfaction, we used the SCOP (actual SCOpe of nursing Practice) model of Déry et al. (doctoral dissertation) (see Figure 1). This hypothesized model is based on the job characteristics model (Hackman & Oldham, 1976), role theory (Biddle, 1979), the job strain model (Karasek, 1979), as well as the work of D'Amour et al. (2012) on

scope of nursing practice. Actual scope of nursing practice is at the centre of the model. The inputs are the work characteristics that directly influence actual scope of nursing practice: autonomy (decision latitude), psychological demand, and role stressors—particularly role ambiguity, role conflict, and role overload. These work characteristics are also known to have a direct effect on nurses’ professional satisfaction (Adams & Bond, 2000; Bratt et al., 2000; Chang & Hancock, 2003; Chu et al., 2003; Ernst et al., 2004; Zangaro & Soeken, 2007). The output is professional satisfaction (Hinshaw & Atwood, 1985). In our model, individual characteristics act directly upon actual scope of nursing practice, as well as on the relationships that can exist, on one hand, between work characteristics and actual scope of nursing practice, and on the other, between actual scope of nursing practice and professional satisfaction. Actual scope of nursing practice itself, meanwhile, serves as a mediating variable (Baron & Kenny, 1986) between work characteristics and professional satisfaction.

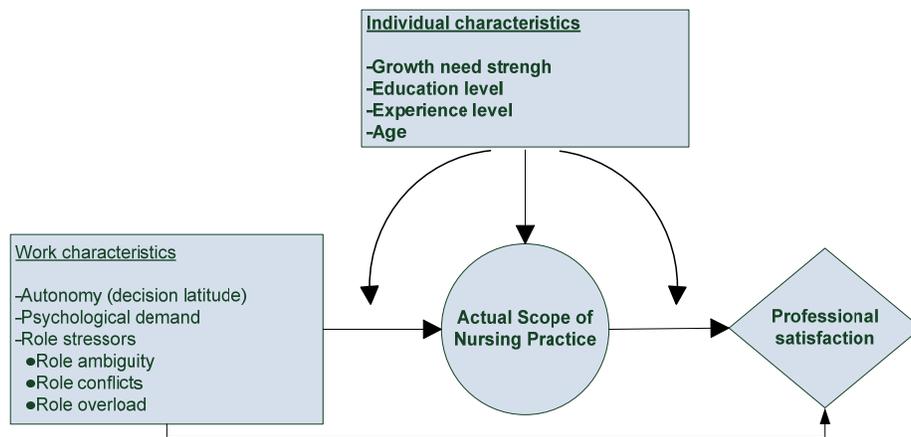


Figure 1 - The actual SCOpe of nursing Practice (SCOP) model (Déry et al., doctoral dissertation)

## Methods

For this study, we adopted a correlational design. A survey using self-administered questionnaires was conducted in April 2010 among nurses in a pediatric university hospital in

the province of Quebec, Canada. The nurses surveyed had to hold permanent positions at the hospital, have more than six months of experience, not be part of a float team, and agree to take part in the study. Data collection followed Dillman's (2000) method. Questionnaires were distributed to all the nurses (n = 335) meeting the selection criteria. Of these, 301 were completed and returned, for a response rate of 90%. We associate the high response rate to three factors: monetary incentive, reminder messages and involving stakeholders. Each participant was offered 25 dollars for a completed form. Furthermore, we sent out two personalized reminder messages to each nurses. Most importantly, we involved key stakeholders (head nurses, program managers, nursing director) in motivating nurses to participate.

### **Ethical considerations**

The study was approved by the ethics committee of the pediatric hospital being studied.

### **Measurement instruments**

To respond to the objectives of this study, five instruments were used to measure work characteristics: the Job Content Questionnaire (Karasek, 1985), the Role Ambiguity Questionnaire (Rizzo et al., 1970), the Role Conflict Questionnaire (Rizzo et al., 1970), and the instruments developed by Beehr, Walsh & Taber (1976) and Seashore, Lawler, Mirvis & Cammann (1983) to measure role overload. To measure individual characteristics, only the Individual Growth Need Strength Scale (Hackman & Oldham, 1974) was used, with the other individual characteristics being sociodemographic data. The actual scope of nursing practice was measured using the Actual Scope of Nursing Practice (ASCOP) questionnaire (D'Amour et al. 2012), and professional satisfaction was measured with the Nursing Job Satisfaction

Scale (Hinshaw & Atwood, 1985). All these measurement instruments have been validated and widely used in the nursing population, with the exception of the ASCOP.

The Job Content Questionnaire measures autonomy (decision latitude) and psychological demand (Karasek, 1985). It consists of two scales. The decision latitude scale (nine items) evaluates the capacity to use one's qualifications and develop new job skills, and opportunities for employees to choose how to do their work and influence related decisions (Karasek & Theorell, 1990). Possible scores for this scale ranged from 24 to 96. The psychological demand scale (nine items) measures the amount of work, its mental requirements, and time constraints experienced by employees. Possible scores for this scale ranged from 9 to 36. The questionnaire has been translated and validated in French. (Brisson et al., 1998; Karasek et al., 1998; Larocque et al., 1998). The internal consistency values (Cronbach's alpha) reported by Brisson et al. (1998) for the decision latitude scale were 0.83 for men and 0.81 for women, and for the psychological demand scale, 0.74 for men and 0.73 for women.

The Role Ambiguity Questionnaire (Rizzo et al., 1970) measures role ambiguity using six items. Possible scores for this scale ranged from 1 to 7. On this scale, the higher the score, the clearer the role. The Role Conflict Questionnaire (Rizzo et al., 1970) measures role conflicts using eight items. Possible scores for this scale ranged from 1 to 7, with higher scores indicating higher levels of conflict. The psychometric qualities of these two scales have been widely demonstrated (House et al., 1983; Schuler et al., 1977). The French-Canadian versions of these two scales have been validated and present internal consistencies (Cronbach's alpha) of 0.79 and 0.77, respectively (Lachance et al., 1997).

To evaluate role overload, that is, having too much work to do in the time available, we used the three items developed by Beehr et al. (1976) and three items developed by Seashore et al. (1983). Possible scores for those scales ranged from 1 to 7; Cronbach's alphas were 0.56 for the items of Beehr et al. (1976) and 0.65 for those developed by Seashore et al.

(1983). For the purposes of this study, these six items were translated into French using the translation – back-translation method (Burns & Grove, 2005; Vallerand, 1989).

The Individual Growth Need Strength Scale (Hackman & Oldham, 1974) consists of 18 items divided into two distinct subscales. The first *would like* format, which contains six items (Cronbach's alpha 0.88), is used to assess the extent to which the individual would like the proposed items to be part of her/his job. Possible scores for this scale ranged from 1 to 7. The second subscale, in the *job choice* format, consists of a dozen items (Cronbach's alpha 0.71) in the form of scenarios. Possible scores for this scale ranged from 1 to 5. A French-Canadian version of this scale was developed and validated by Rancourt (1983) . Cronbach's alphas were 0.91 for the first subscale and 0.72 for the second.

The ASCOP questionnaire developed by D'Amour et al. (2012) consists of 26 items to which nurses are asked to respond by indicating how often they do each of the activities presented, on a Likert scale ranging from 1 (never) to 6 (always). The 26 items are divided into six dimensions that make up nursing practice: assessment and care planning; teaching of patients and families; communication and care coordination; integration and supervision of staff; quality of care and patient safety; and knowledge updating and utilization. The ASCOP was recently validated (D'Amour et al., 2012), and its internal consistency is 0.89.

The Nurse Job Satisfaction Scale (Hinshaw & Atwood, 1985) measures professional satisfaction. It has been translated and validated in the population of francophone Quebec nurses (Roch, 2008) . It consists of 22 items ( $\alpha = 0.91$ ) divided into three dimensions: quality of care (three items,  $\alpha = 0.74$ ); job satisfaction (11 items,  $\alpha = 0.91$ ); enough time to do optimal work (eight items,  $\alpha = 0.84$ ). Possible scores for this scale ranged from 1 à 5.

## **Analyses**

First, we measured the internal consistency of each measurement scale of the questionnaire using the Cronbach's alphas for each one. Then we described the sample using numbers and frequency (categorical variables), as well as the mean, standard deviation, minimum, and maximum (continuous variables). We used multivariate sequential regression to explain the variability in actual scope of nursing practice due to work characteristics and individual characteristics by positing an additive and moderating effect of individual characteristics. Moderating effects were studied by adding a supplementary block containing the interaction terms. Along the same lines, we used multivariate sequential analysis to explain the variability in professional satisfaction due to actual scope of nursing practice and individual characteristics by positing an additive and moderating effect of individual characteristics. Again, moderating effects were studied by adding a supplementary block containing the interaction terms. These multivariate sequential regressions were conducted using the approach developed by Baron & Kenny (1986).

Finally, we verified the potential mediating effect of actual scope of nursing practice between work characteristics and professional satisfaction using structural equation modelling (SEM). For this, we used the confidence intervals and bootstrap p-values of the indirect effects. We assessed the quality of model adjustment based on the  $\chi^2/df$  ratio index, the RMSEA, and the CFI. All the statistical analyses were performed using SPSS (version 19) and AMOS (version 19) with a significance threshold of 0.05.

## **Results**

The nurses in the sample ( $n = 301$ ) had an average age of 36 years ( $SD = 9.16$ ) and had, on average, 12.70 years of nursing experience ( $SD = 10.94$ ) and 9.50 years of experience on their current unit ( $SD = 10.60$ ). In our sample, 61.5% of the nurses had completed a

college diploma (n = 185) while 37.9% (n = 114) had a bachelor's degree. Only 0.6% of the nurses in our sample held graduate-level degrees. The scores for the various measurement scales and the correlations among these variables are presented in Table 1.

Table 1 - Scores for the variables studied

		$\alpha$	n	mean	SD
<b>Work characteristics</b>					
Autonomy (decision latitude)		.722	297	71.97	8.97
Psychological demand		.780	297	24.80	3.76
Role ambiguity		.765	301	5.35	.720
Role conflicts		.846	300	3.47	.980
Role overload		.726	301	3.72	1.28
<b>Individual characteristics</b>					
Growth need strength	Would like	.917	300	5.27	1.26
	Job choice	.627	300	2.69	0.46
<b>Professional satisfaction</b>					
		.907	299	3.44	0.52
<b>Actual scope of nursing practice (ASCOP)</b>					
		.900	298	3.21	0.71

The nurses in the sample obtained an average score for actual scope of nursing practice of 3.21 on a possible 6, ranging from 1.58 to 5.54 (SD = .707), and an average score for professional satisfaction of 3.44 on a possible 5 (SD = .521), ranging from 1.68 to 4.64. The results of the multivariate sequential regression revealed that work characteristics explained 27.1% of the variance of actual scope of nursing practice ( $p < 0.001$ ) and that individual characteristics explained another 5.4% ( $p < 0.001$ ), for a total explained variance of 32.5%. The moderating effect of individual characteristics in the relationship between work characteristics and actual scope of nursing practice ( $p = 0.915$ ) was not significant. The

multivariate sequential regression results also showed that actual scope of nursing practice explained 3.3% of the variance of professional satisfaction ( $p = 0.002$ ) and that individual characteristics explained another 8% ( $p < 0.001$ ), for a total explained variance of 11.3%. The moderating effect of individual characteristics in the relationship between actual scope of nursing practice and professional satisfaction was not significant ( $p = 0.514$ ).

In relation to standards recommended by Clayton & Pett (2008) and Hooper, Coughlan & Mullen (2008), structural equation modelling analyses revealed a good fit of the hypothesized conceptual model based on various fit indices ( $\chi^2/df$  ratio index = 1.68, RMSEA = .049, CFI = .985). The total and direct standardized effects exerted by work characteristics and individual characteristics on actual scope of nursing practice and professional satisfaction are illustrated in Figure 2. The details of these results, as well as the indirect standardized effects ( $\beta$ ) are presented in Table 2. Even though they were weak, the indirect standardized effects showed the mediating effect of actual scope of practice on the relationship established between work characteristics and professional satisfaction, as conceptualized in the SCOP model.

## **Discussion**

To our knowledge, this study is the first to measure actual scope of nursing practice in a pediatric setting, its determinants, and its influence on professional satisfaction. First, the results of our study revealed suboptimal deployment of actual scope of nursing practice in the pediatric setting. Second, the results also revealed five variables of influence on actual scope of nursing practice: two individual characteristics of nurses (education level and growth need strength) and three work characteristics (role ambiguity, autonomy, role overload). Third, a positive correlation was shown between the deployment of actual scope of nursing practice and the level of professional satisfaction.

Table 2 - Standardized effects of SEM

	Autonomy (decision latitude)	Psychological demand	Role ambiguity	Role overload	Education level	Growth need strength “Would like”	Growth need strength “Job choice”	ASCOP
<b>Standardized Total Effects</b>								
ASCOP	.319**	-	-.297*	.201*	.128*	-	.151*	-
Professional satisfaction	.228**	-.265**	.035**	-.390*	.015**	.116*	.018**	.118**
<b>Standardized Direct Effects</b>								
ASCOP	.319**	-	-.297*	.201*	.128*	-	.151*	-
Professional satisfaction	.190*	-.265**	-	-.414*	.000	.116*	-	.118**
<b>Standardized Indirect Effects</b>								
Professional satisfaction	.038**	-	.035**	.024**	.015**	-	.018**	-

\*\*\* p < 0.001 \*\* p < 0.01 \* p < 0.05

Specifically, the nurses in our study obtained an average ASCOP score of 3.21 on a possible 6, which means that several activities that were part of their scope of practice were underdeployed. These results are comparable to those of D’Amour et al. (2012) who, in a study involving 285 nurses in 11 Quebec healthcare facilities, obtained an average ASCOP score of 3.5/6. Other studies, while not using the ASCOP measurement instrument (D’Amour et al., 2012), concluded that nurses were not sufficiently carrying out the care activities that fall within their scope of practice (Furaker, 2009; Hendrich et al., 2008; Lucero et al., 2010; Oelke et al., 2008; Shields & Wilkins, 2005; White et al., 2008).

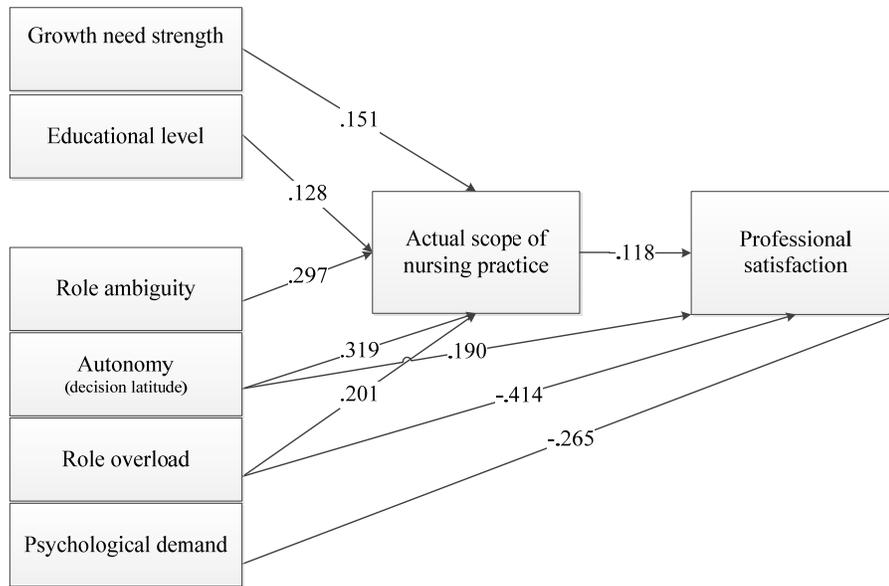


Figure 2 - Significant total and direct standardized effects exerted by work characteristics and individual characteristics on actual scope of nursing practice and professional satisfaction

Our results highlighted the positive influence of certain individual characteristics, such as education level and growth need strength, on the scope of practice. In fact, they showed that nurses with a university degree more often carry out the complex set of activities intrinsic to the six dimensions of their scope of practice ( $\beta = .128$ ;  $p < 0.05$ ). Along these lines, many authors assert that nurses with bachelor’s degrees, because they have more knowledge and more skills in evaluating complex situations related to care, communication, coordination, and teaching (Goode et al., 2001; Hansten & Washburn, 1998; Johnson, 1988; Young, Lehrer, & White, 1991), are better able to deal with complexity of care.

To our knowledge, the results of our study are the first to show a significant correlation between growth need strength and actual scope of nursing practice ( $\beta = .151$ ;  $p < 0.05$ ). As explained by Hackman & Oldham (1976), growth need strength is an individual characteristic that helps explain the varying levels of need for accomplishment, learning, and personal development (Hackman & Oldham, 1976). Thus, a nurse with a higher score for

growth need strength should be more strongly compelled to carry out more complex care activities that call for new learning and continued development of skills.

Among the work characteristics that can potentially influence the deployment of actual scope of nursing practice (Figure 1), decision latitude, role ambiguity, and role overload were significant. In our results, decision latitude exerted the greatest influence on the deployment of actual scope of nursing practice ( $\beta = .319$ ;  $p < 0.01$ ). The nurses in our sample presented a decision latitude score of 71.97 (SD = 8.97; median = 72.00), which is considered low (Brisson et al., 1998; Institut de la statistique du Québec, 2000). This low result for decision latitude, comparable to the findings of numerous other nursing studies (MÉLanie. Lavoie-Tremblay et al., 2008), are a definite preoccupation for all nursing researchers and managers.

Our results also revealed the significant negative influence exerted by role ambiguity on actual scope of nursing practice ( $\beta = .297$ ;  $p < 0.05$ ). The more ambiguous the nurse's role is, the more limited the scope of practice is. As such, ambiguity, particularly when arising from changes in team organization and composition (Dionne & Rhéaume, 2008; Hardy & Conway, 1988), has been recognized as potentially detrimental. For managers, the objective is not to eliminate all forms of role ambiguity, but rather to clarify how roles evolve as a function of changes made in the organization.

Aside from these expected correlations among decision latitude, role ambiguity, and actual scope of nursing practice, another, more counterintuitive, relationship emerged from our study: a significant positive correlation between role overload and actual scope of nursing practice ( $\beta = .201$ ;  $p < 0.05$ ). Even though this relationship was weak, it indicated that nurses in role overload situations more often carry out all the complex care activities of their scope of practice. One hypothesis to explain this correlation might be that nurses with a larger number of patients in their care must necessarily delegate the technical aspects of care to others and devote more of their own time to carrying out the more complex activities. However, this relationship warrants further investigation.

The results of the SEM (Table 1) highlighted a significant positive correlation between the deployment of actual scope of nursing practice and professional satisfaction ( $\beta = .118$ ;  $p < 0.01$ ). These results should prompt managers to focus on optimal deployment of nursing practice as a way to increase professional satisfaction.

Our results (Figure 2, Table 2) showed the direct influence of certain work characteristics (decision latitude, role overload, psychological demand) on professional satisfaction. These results coincide with those found in the literature (Adams & Bond, 2000; Bratt et al., 2000; Chang & Hancock, 2003; Chu et al., 2003; Ernst et al., 2004; Finn, 2001; Zangaro & Soeken, 2007).

In summary, the results of our study clearly showed the significant influence of certain individual characteristics (education level and growth need strength) and work characteristics (role ambiguity, autonomy, role overload) on the deployment of actual scope of nursing practice. Based on these results, certain recommendations can be made to support managers in proposing and deploying strategies that would allow nurses to widen their scope of practice and thereby increase their professional satisfaction.

More specifically, considering the influence exerted by decision latitude on the deployment of a wider actual scope of practice, managers and researchers should join together to propose and deploy strategies that would give to nurses greater decision latitude in their daily practice. One such strategy, in particular, would be to include nurses in decision-making processes, to encourage more interprofessional teamwork (Almost & Spence Laschinger, 2002; Rafferty, Ball, & Aiken, 2001), and to integrate professional practice models (Dubois et al., 2012). Strong nursing leadership that is visible at every level of the organization should also be promoted (Hinshaw, 2002). Finally, it is essential, both for researchers and for nursing managers, to develop and support a culture of learning and knowledge transfer that fosters not only the continuing development of competencies, but also intra-professional and inter-

professional sharing of new knowledge emerging from both clinical innovations and scientific advances in nursing.

All these concerted efforts to ensure optimal deployment of the actual scope of nursing practice, as well as higher levels of professional satisfaction for nurses, will enable nursing administration to respond better to the major challenges it currently faces.

One limitation of this study is the fact that it was carried out exclusively in a pediatric setting, such that the results cannot easily be generalized to other settings. In addition, a large proportion of the variance in actual scope of practice remains unexplained, reflecting the fact that this concept of interest is difficult to measure and define. It also suggests that other potential variables of influence might have warranted exploration. Finally, from a methodological standpoint, it could be useful to compare the quantitative results of this study with some qualitative data (such as from focus groups).

## **Conclusion**

Nurses' actual scope of practice in this pediatric setting is suboptimal, which is a concern in terms of accessibility, quality, and safety of care. The results of this study provide an important lever for considering, proposing, and applying concrete strategies for optimizing the care environment, the deployment of nurses' professional practice, and nurses' level of professional satisfaction.

## References

- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing, 32*(3), 536-543.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., . . . Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs, 20*(3), 43-53.
- Almost, J., & Spence Laschinger, H. K. (2002). Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 14*(9), 408-420.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.
- Beehr, T. A., Walsh, J. T., & Taber, T. D. (1976). Relationship of stress to individually and organizationally valued states: Higher order needs as a moderator. *Journal of Applied Psychology, 61*(7), 41-47.
- Berry, J. G., Hall, D. E., Kuo, D. Z., Cohen, E., Agrawal, R., Feudtner, C., . . . Neff, J. (2011). Hospital utilization and characteristics of patients experiencing recurrent readmissions within children's hospitals. *The Journal of the American Medical Association, 305*(7), 682-690.
- Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., . . . Watson, L. (2005). A systematic approach to maximizing nursing scopes of practice. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research.
- Biddle, B. J. (1979). *Role theory: Expectations, identities, and behaviors*. New York: Academic Press.

- Bratt, M. M., Broome, M., Kelber, S., & Lostocco, L. (2000). Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care, 9*(5), 307-317.
- Brayfield, A., & Rothe, H. (1951). An index of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology, 35*(5), 307-311.
- Brisson, C., Blanchette, C., Guimont, C., Dion, G., Moisan, J., Vézina, M., . . . Masse, L. (1998). Reliability and validity of the french version of the 18-item Karasek job content questionnaire. *Work & Stress, 12*(4), 322-336.
- Burns, N., & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. (5th ed). Philadelphia: Saunders.
- Chang, E., & Hancock, K. (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing and Health Sciences, 5*(2), 155-163.
- Chu, C.-I., Hsu, H. M., Price, J., & Lee, J. Y. (2003). Job satisfaction of hospital nurses: an empirical test of a causal model in Taiwan. *International Nursing Review, 50*(3), 176-182.
- Clayton, M. F., & Pett, M. A. (2008). AMOS Versus LISREL: One data set, two analyses. *Nursing Research, 57*(4), 283-292.
- D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R., & Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration, 45*(5), 248-255.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method*. (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Dionne, S., & Rhéaume, A. (2008). L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick. *Revue de l'Université de Moncton, 39*(1-2), 199-223.

- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research, 12*(1), 286-300.
- Ernst, M. E., Franco, M., Messmer, P. R., & Gonzalez, J. L. (2004). Nurses' job satisfaction, stress, and recognition in a pediatric setting. *Pediatric Nursing, 30*(3), 219-227.
- Finn, C. P. (2001). Autonomy: An important component for nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies, 38*(3), 349-357.
- Fitzgerald, M., Pearson, A., Walsh, K., Long, L., & Heinrich, N. (2003). Patterns of nursing: a review of nursing in a large metropolitan hospital. *Journal of Clinical Nursing, 12*(3), 326-332.
- Furaker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of Nursing Management, 17*(3), 269-277.
- Goode, C. J., Pinkerton, S. E., McCausland, M. P., Southard, P., Graham, R., & Krsek, C. (2001). Documenting chief nursing officers' preference for BSN-prepared nurses. *The Journal of Nursing Administration, 31*(2), 55-59.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1974). *The job diagnostic survey: an instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects*. Report no. TR-4. New Haven, CT: Yale University, Department of Administrative Sciences.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: a test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance, 16*, 250-279.
- Hansten, R., & Washburn, M. J. (1998). Professional Practice: Facts and impact. *The American Journal of Nursing, 98*(3), 42-45.
- Hardy, M. E., & Conway, M. E. (1988). *Role theory: perspectives for health professionals*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.

- Hendrich, A., Chow, M. P., Skierczynski, B. A., & Lu, Z. (2008). A 36-hospital time and motion study: How do medical-surgical nurses spend their time ? *The Permanente Journal*, 12(3), 25-34.
- Hewitt-Taylor, J. (2005). Caring for children with complex needs: Staff education and training. *Journal of Child Health Care*, 9(1), 72-86.
- Hinshaw, A. S. (1985). Testing a theoretical model for job satisfaction and anticipated turnover of nursing staff. *Nursing Research*, 34(6), 384.
- Hinshaw, A. S. (2002). Building magnetism into health organizations. In M. L. McClure & A. S. Hinshaw (Eds.), *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses* (pp. 83-103). Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Hinshaw, A. S., & Atwood, J. R. (1985). *Anticipated turnover among nursing staff study*. Final report. (1R01NU00908). Tuscon, AZ: National Center for Nursing Research and National Institute of Health, University of Arizona.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Buisness Research Methods*, 6(1), 53-60.
- House, R. J., Schuler, R. S., & Levanoni, E. (1983). Role conflict and ambiguity scales: Reality or artifacts? *Journal of Applied Psychology*, 68(2), 334-337.
- Institut de la statistique du Québec. (2000). *Enquête sociale et de santé, 1998 [Health and Social Survey 1998]*. Québec, Canada: Gouvernement of Québec.
- Jenkins-Clarke, S., & Carr-Hill, R. (2003). Workforce and workload: are nursing resources used effectively? *Journal of Research in Nursing*, 8(4), 238-248.
- Johnson, J. H. (1988). Differences in the performances of baccalaureate, associate degree, and diploma nurse: A meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 11, 183-197.

- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. A. (1985). Job content questionnaire and user's guide. Los Angeles, CA: University of Southern California, Department of Industrial and System Engineering.
- Karasek, R. A., Brisson, C., Amick, B., Houtman, I., Bongers, P., & Kawakami, N. (1998). The job content questionnaire (JCQ) : An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology* 3(4), 322-355.
- Koehoorn, M., Lowe, G. S., Rondeau, K. V., & Schellenger, G. (2002). Creating high-quality health care workplaces. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.
- Lachance, L., Tétreault, B., & Pépin, D. (1997). Validation canadienne-française de la mesure de conflit et d'ambiguïté de rôle de Rizzo et al. (1970). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29(4), 283-287.
- Larocque, C., Brisson, C., & Blanchette, C. (1998). Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de la latitude décisionnelle du "Job Content Questionnaire" de Karasek. *Revue Épidémiologie et Santé Publique*, 46, 371-381.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gélinas, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 724-733.
- Lerret, S. M. (2009). Discharge readiness: An integrative review focusing on discharge following pediatric hospitalization. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(4), 245-255.

- Lucero, R. J., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2185-2195.
- McGillis Hall, L. (2003). Nursing outcome: nurses' job satisfaction. In D. Doran (Ed.), *Nursing-sensitive outcomes: State of the science* (pp. 283-318). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Oelke, K. D., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Leadership (CJNL)*, 21(1), 58-71.
- Rafferty, A. M., Ball, J., & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10(suppl 2), ii32-ii37.
- Rancourt, F. L. (1983). *Validation de la traduction française du Job Diagnostic Survey*. Unpublished master's thesis. Montréal, University of Montreal. .
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15(2), 150-163.
- Roch, G. (2008). *Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier*. Unpublished doctoral thesis. Montréal, University of Montréal.
- Sanders, L., Federico, S., Klass, P., Abrams, M., & Dreyer, B. (2009). Literacy and child health: a systematic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(2), 131-140.
- Schuler, R. S., Aldag, R. J., & Brief, A. P. (1977). Role conflict and ambiguity: a scale analysis. *Organizational Behavior and Human Performance*, 20, 111-128.

- Seashore, S. E., Lawler III, E. E., Mirvis, P. P., & Cammann, C. (1983). *Assessing organizational change. A guide to methods, measures, and practices*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2005). Findings from the 2005 national survey of the work and health of nurses. Report no. 83-003-XIE. Ottawa: Statistics Canada.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-689.
- Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C., & Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(4), 282-295.
- White, D., Oelke, K. D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: descriptions and challenges. *Nursing Research*, 21(1), 44-57.
- Young, W. B., Lehrer, E. L., & White, W. D. (1991). The effect of education on the practice of nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 105-108.
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30, 445-458.

**Article 3 - Underdeployment of actual scope of practice of nurses in pediatric settings:  
do education and position make a difference?**

**Johanne Déry, Ph.D (cand.)**

**Danielle D'Amour, Ph.D**

**Régis Blais, Ph.D**

## **Abstract**

**Background:** The actual scope of nursing practice in pediatric settings is not well known. As well, little is known about the influence of education level or position occupied on the actual scope of nursing practice in this particular context.

**Aim:** To document the actual scope of practice of nurses in pediatric settings in relation to education level and position occupied.

**Method:** A survey using a self-administered questionnaire completed by 301 nurses (90% response rate) in a pediatric university hospital in Quebec.

**Results:** The nurses in our sample had a mean score for actual scope of practice of 3.21 (SD = .707) out of a possible 6, ranging from 1.58 to 5.54. Dimensions most often deployed were “assessment and care planning” (3.95; SD = .807) and “teaching of patients and family” (3.79; SD = .993). Dimensions least deployed were “communication and care coordination” (3.01; SD = .936), “quality of care and patient safety” (2.84; SD = .846), “knowledge updating and utilization” (2.89; SD = .962) and “integration and supervision of staff” (2.64; SD = 1.040). The ASCOP for baccalaureate-educated nurses (3.35; SD = .746) was significantly higher ( $p = 0.007$ ) than that of nurses with college diplomas (3.12; SD = .669). Baccalaureate-educated nurses carried out significantly more complex care than did college-level prepared nurses. Holding a nurse clinician position also had a significant positive influence ( $p = 0.006$ ) on the frequency of carrying out complex care activities associated with a higher level of clinical judgment, with respective scores of 3.48 (SD = .798) and 3.13 (SD = .660).

**Conclusion:** The actual scope of practice of nurses in pediatric settings is suboptimal (3.21/6). Even though baccalaureate-level education and occupying a nurse clinician position are significantly correlated with greater deployment of actual scope of practice, this deployment is less than it should be. Nurses carry out only a portion of the activities essential for quality of care and patient safety, even when they are fully qualified to do them all.

**Implications for nursing managers:** Nursing care needs to be reorganized to increase the deployment of actual scope of practice for all nurses. Nursing managers should also adopt new care models that make it possible to use nurses' competencies more effectively according to their education level and position occupied.

**Keywords:** scope of practice, education level, position, professional practice, work environment, nursing administration

## Introduction

As in several other fields of healthcare, Pediatrics has seen a significant increase in the number, complexity, and severity of health problems affecting children (Marchant, 2001). To respond to those challenges, nurses in pediatric settings need to be highly educated (Beecroft, Kurtzman, & Taylor, 2004; Betz, 2006). They should also, once they are educated, be able to apply all of their competencies by deploying an optimal scope of practice.

In Canada, as elsewhere in the world, the discrepancy between optimal scope of practice (as laid out by legislation and education level) and actual scope of practice (what is really done) is well documented (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Furaker, 2008; McIntyre & McDonald, 2010; Oelke et al., 2008; Shields & Wilkins, 2005). As D'Amour et al. (2012) pointed out, actual scope of nursing practice is very close to the notion of role enactment, which is “the application of knowledge within parameters defined by legislation, experience, competence and contextual factors in the environment” (Besner, 2006, p. 6). Actual scope of practice is more comprehensive than the execution of tasks and orders. Actual scope of practice refers to “the extent to which professional nurses day-to-day work activities reflect the full range of involvement in care and professional practice development for which they have been educated” (Dubois et al., 2012, p. 5). It consists of complex care activities that draw upon higher-level clinical judgment and knowledge (D'Amour et al., 2012).

Recent studies by D'Amour et al. (2012) involving 285 nurses in 22 medical/surgical nursing units in 11 healthcare institutions in Quebec revealed suboptimal frequency of performance of the activities that make up the scope of nursing practice (3.47/6). Aside from these studies, there is currently no other measure of the actual scope of nursing practice. However, there have been many studies showing the low frequency of performance of various complex care activities, such as teaching of patients and families, discharge planning, and care coordination (D'Amour et al., 2012; Fitzgerald et al., 2003; Furaker, 2009; Hung et al.,

2002; Lucero et al., 2010; Shields & Wilkins, 2005; Shively et al., 2011; Subirana et al., 2013; Tekindal et al., 2012; White et al., 2008).

This low frequency of performance of complex care activities that, in fact, fall within the nurse's scope of practice is closely akin to the notion of "missed nursing care", a concept defined as "any aspect of required patient care that is omitted (in part or in whole) or delayed" (Kalisch et al., 2009). Omitted care activities are often those whose effects on the patient's health condition are less immediately apparent, such as teaching and discharge planning (Kalisch et al., 2009). Neglecting such activities, however, seriously jeopardizes quality of care and patient safety (Beringer et al., 2006; Berry et al., 2011). With regard to pediatric settings, for instance, it is known that hospitalized children and their families are often not adequately prepared for discharge (Lerret, 2009; Weiss et al., 2008). Care coordination in these settings is also inconsistent and variable (Beringer et al., 2006), resulting in many pediatric readmissions that could have been avoided with improved care coordination (Berry et al., 2011).

Quebec's Ministry of Health and Social Services attributes to nurse clinicians an expanded role in the performance of complex care activities such as care coordination and the assessment of complex health care situations. "Nurse Clinicians are baccalaureate-educated staff nurses who not only provide care, but are involved in practice development on their units. They are on a different pay scale than other staff nurses" (D'Amour et al., 2012, p. 6).

The study conducted by D'Amour et al. (2012) in medical units revealed that there was no observable significant difference between the actual scope of practice of nurses with a baccalaureate degree (3.58) and that of nurses with a college diploma (3.42). On the other hand, nurse clinicians' scope of practice was significantly larger than that of staff nurses, with scores of 3.66 and 3.42 respectively (D'Amour et al., 2012). Nurse Clinician positions generally give nurses more latitude in performing their functions. These positions are also most often implemented in settings that allow nurse clinicians to devote part of their time to

activities related to practice development. Aside from these results from D'Amour et al. (2012), very little is known about the current deployment of nurses' practice in relation to their education level and the positions they occupy.

The aim of this article is to analyze the deployment of nurses' actual scope of practice in Pediatrics according to their education level and positions occupied.

## **Framework**

For this study we used the SCOP model developed by Déry et al. (2013); this model has been presented in detail elsewhere (doctoral dissertation). In this model, the actual scope of nursing practice is defined as the range of functions and responsibilities deployed by nurses in relation to competencies developed through education and experience.

## **Method**

For this study we used a correlational design. A survey was carried out in April 2010 using a self-administered questionnaire completed by nurses in a pediatric university hospital in Quebec. The selection criteria for nurses to be eligible for participation in the study included holding a permanent position in the hospital, having more than six months of experience, not being part of a float team, and agreeing to participate in the study. Data collection followed Dillman's (2000) method. Questionnaires were distributed to all the nurses ( $n = 335$ ) meeting the selection criteria. Of these, 301 were completed and returned, for a response rate of 90%. We associate the high response rate to three factors: monetary incentive, reminder messages and involving stakeholders. Each participant was offered 25 dollars for a completed form. Furthermore, we sent out two personalized reminder messages

to each nurses. Most importantly, we involved key stakeholders (head nurses, program managers, nursing director) in motivating nurses to participate.

## **Measures**

The Actual Scope of Nursing Practice (ASCOP) questionnaire developed by D'Amour et al. (2012) comprises 26 items grouped into six dimensions. It consists of 6-point Likert-type questions (from 1 = never to 6 = always). Dimensions are: 1) assessment and care planning; 2) teaching of patients and families; 3) communication and care coordination; 4) integration and supervision of staff; 5) quality of care and patient safety; and 6) knowledge updating and utilization. Activities in each dimension are not intended to describe all nursing activities related to the professional role, but rather to cover the breadth and depth of the nursing work continuum. Each dimension includes a variety of activities at different levels of complexity. Level 1 (low complexity) is the base level of practice expected of all nurses, including novices. Level 2 (moderate complexity) refers to more complex interventions that can be carried out by all experienced nurses, whatever their education. Level 3 (high complexity) items are interventions by nurses with strong experience and baccalaureate-level education. Some elements of the validation and psychometric properties of this instrument have recently been published (D'Amour et al., 2012). This instrument shows acceptable internal consistency, with an overall alpha coefficient of 0.89 and alpha coefficients ranging from 0.61 to 0.70 for the six dimensions. Principal components analysis (PCA) for each dimension showed explained variances between 40% and 62%, implying that each dimension was covered by its component items.

Data on education level and position occupied were collected in the socio-demographic section of the questionnaire sent to all the nurses meeting the selection criteria.

## **Analysis**

The statistical analyses were performed using version 19 of SPSS for Windows. T-tests were conducted to determine the influence of education level and of position occupied.

The study was approved by the research ethics committee of the pediatric hospital under study.

## **Results**

In our sample, 61.5% of the nurses had completed a college diploma ( $n = 185$ ) while 37.9% ( $n = 114$ ) had a baccalaureate degree. Only 0.6% of the nurses in our sample held graduate-level degrees. The majority (80.1%,  $n = 241$ ) of the respondents held nurse positions, while the remainder (19.9%,  $n = 60$ ) held nurse clinician positions. The nurses in our sample had a mean score for actual scope of practice of 3.21 out of a possible 6, ranging from 1.58 to 5.54 ( $SD = .707$ ). As shown in Figure 1, the dimensions most often deployed were “assessment and care planning” (3.95;  $SD = .807$ ) and “teaching of patients and family” (3.79;  $SD = .993$ ). Dimensions least deployed were “communication and care coordination” (3.01;  $SD = .936$ ), “quality of care and patient safety” (2.84;  $SD = .846$ ), “knowledge updating and utilization” (2.89;  $SD = .962$ ), and “integration and supervision of staff” (2.64;  $SD = 1.040$ ). As shown in Figure 2, mean scores were 4.24 ( $SD = .794$ ) for low-complexity activities, 3.34 ( $SD = .802$ ) for moderate-complexity activities, and 2.26 ( $SD = .798$ ) for high-complexity activities.

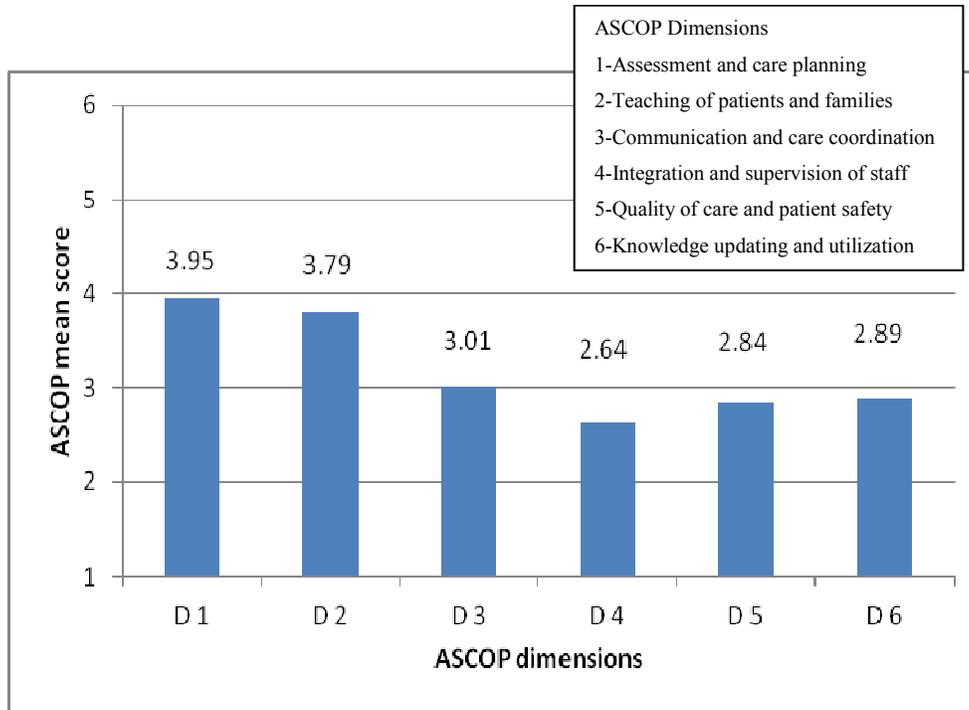


Figure 1 - ASCOP mean scores by dimension

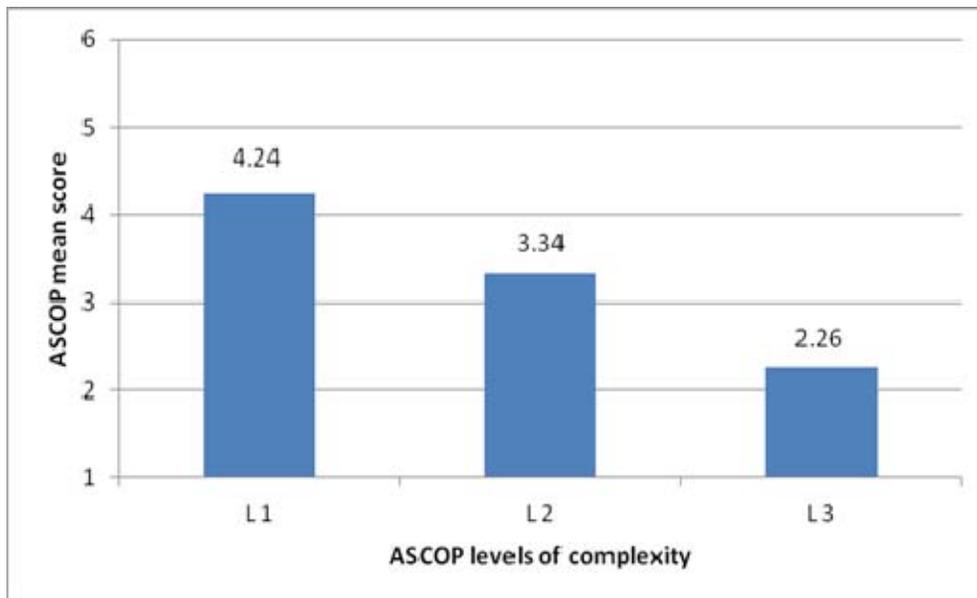


Figure 2 - ASCOP mean scores by levels of complexity

As presented in Table 1, there are significant differences between the practices of nurses with college diplomas and of those with baccalaureate degrees. Among other things, the overall ASCOP score of baccalaureate-degree nurses is significantly higher than that of college-diploma nurses, with scores of 3.35 and 3.12 ( $p = 0.007$ ) respectively. It appeared that

Table 1 - ASCOP mean scores by dimension according to education level and position occupied

		Baccalaureate degree		College diploma		Nurse clinician position		Staff nurse position	
		mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
ASCOP overall score		3.35**	.746	3.12	.669	3.48***	.798	3.13	.664
ASCOP dimensions	1- assessment and care planning	4.14***	.765	3.82	.810	4.21**	.827	3.88	.792
	2- teaching of patients and families	3.95*	.858	3.68	.963	4.02*	.855	3.73	.946
	3- communication and care coordination	3.05	.962	2.98	.917	3.12	.985	2.97	.917
	4- integration and supervision of staff	2.93***	1.13	2.46	.946	3.21***	1.07	2.48	.959
	5- quality of care and patient safety	2.88	.938	2.81	.783	3.04*	.965	2.78	.796
	6- knowledge updating and utilization	3.06*	.978	2.78	.925	3.22**	1.05	2.80	.917
ASCOP levels of activity	1- low complexity	4.42**	.723	4.12	.813	4.49**	.730	4.18	.799
	2- moderate complexity	3.47*	.832	3.25	.769	3.61**	.903	3.26	.753
	3- high complexity	2.37*	.891	2.19	.730	2.55***	.958	2.17	.723

\*\*\*  $p \leq 0.001$  \*\*  $p < 0.01$  \*  $p < 0.05$

nurses with baccalaureate degrees carried out significantly more care activities than did nurses with college diplomas in all dimensions of the ASCOP, with the exception of “communication and care coordination” and “quality of care and patient safety”. Significant differences were also observed between these two groups with regard to complexity levels.

The nurse clinicians carried out significantly more care activities at all levels and in all dimensions of the ASCOP, with the exception of “communication and care coordination”. The specific results for each education level and position occupied by the nurses are illustrated in Figure 3.

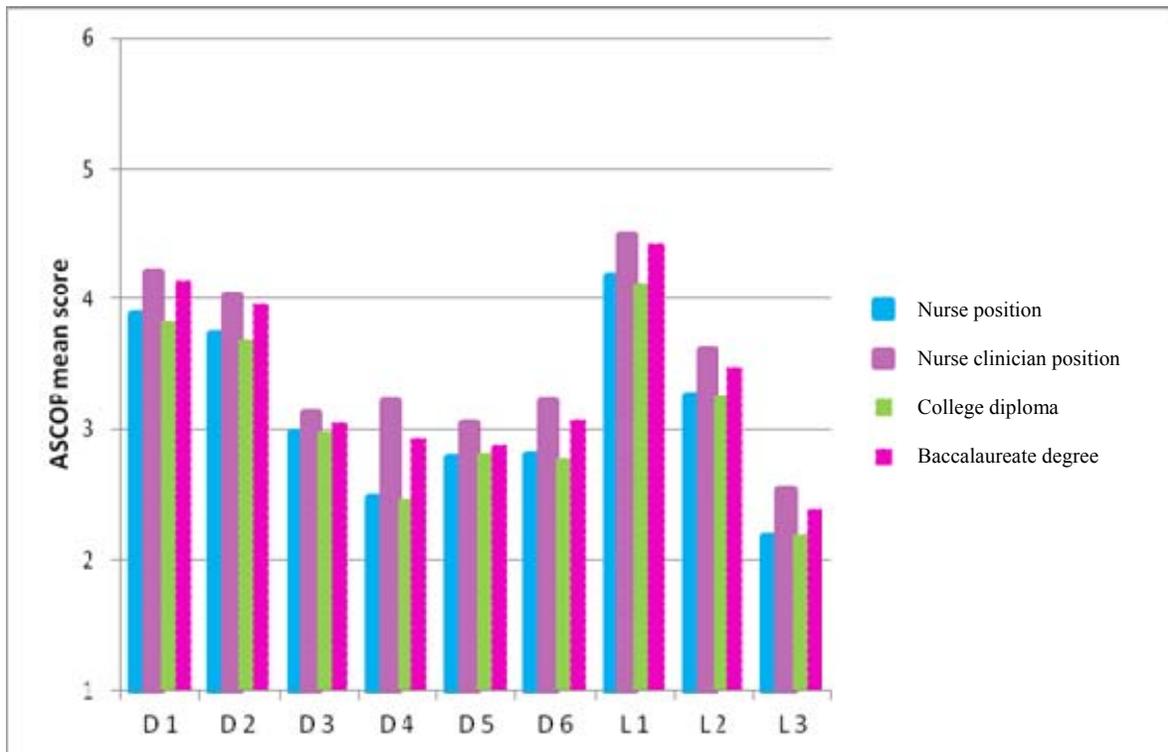


Figure 3 - ASCOP mean score by dimension (D) and by level of complexity (L) according to education level and position occupied

## Discussion

The nurses in the pediatric university hospital studied had a suboptimal mean ASCOP score of 3.21 out of 6, indicating only partial performance of the scope of practice that forms the basis of their professional role. This finding is congruent with those of other studies (D'Amour et al., 2012; Fitzgerald et al., 2003; Furaker, 2009; Hung et al., 2002; Lucero et al., 2010; Shields & Wilkins, 2005; Shively et al., 2011; Subirana et al., 2013; Tekindal et al., 2012; White et al., 2008). It indicates that activities underlying all six dimensions are under-deployed. These results are discussed in detail in Déry et al. (doctoral dissertation). This non-optimal deployment of nursing practice, as revealed by our study, is a concern for nursing administration, as it may jeopardize the quality of care and patient safety.

Non-optimal deployment of the scope of nursing practice is explained, at least in part, by the influence of certain work characteristics. These characteristics, including decision latitude and role ambiguity, have been presented in detail in a recent article (doctoral dissertation).

In the present study, other characteristics, such as the education level and the position occupied by the nurse, appeared to exert a significant influence on the deployment of the actual scope of nursing practice. Specifically, the scope of practice of nurses with baccalaureate degrees was significantly higher ( $p = 0.007$ ) than that of nurses with college diplomas, with scores of 3.35/6 ( $SD = .746$ ) and 3.12 ( $SD = .669$ ) respectively. These significant differences, while slight, nevertheless indicate that baccalaureate-educated nurses occupying nurse clinician positions have the potential to make a greater contribution to the healthcare system.

Indeed, our study showed that the ASCOP scores of nurses with baccalaureate degrees were significantly higher than those of nurses with college diplomas on several dimensions:

assessment and care planning, teaching of patients and families, integration and supervision of staff, and knowledge updating and utilization. The ASCOP scores for nurse clinicians were also higher than those for staff nurses on most dimensions: assessment and care planning, teaching of patients and families, integration and supervision of staff, quality of care and patient safety, and knowledge updating and utilization.

The results of this study, in which the baccalaureate-educated nurses deployed a greater scope of practice, might be due in part to their having developed more acute clinical judgment (Goode et al., 2001). Shin, Lee, Ha, and Kim (2006) demonstrated that nurses' clinical judgment increased significantly with number of years of academic education, suggesting to those authors that the clinical judgment of baccalaureate-educated nurses is more developed, at least in terms of education. Baccalaureate-educated nurses are also less focused on technical care provision (Goode et al., 2001) and more involved in carrying out complex care activities (Hansten & Washburn, 1998; Johnson, 1988), which may explain the higher scores of the baccalaureate-educated nurses in our study on most of the ASCOP dimensions.

With regard to the significantly greater scope of practice of nurse clinicians versus staff nurses, this difference appears to be due to the fact that clear expectations have been defined for this position (D'Amour et al., 2012). For example, the nurse clinician work description clearly states that it is the nurse clinician's responsibility to orient new staff and to be involved in clinical preparation of students.

Our results, however, showed no distinction between the practice of baccalaureate-educated nurses and that of other nurses on the two dimensions of "communication and care coordination" and "quality of care and patient safety". Activities related to communication and care coordination refer particularly to involvement in and coordination of the interdisciplinary team's interventions. Quality of care and patient safety are optimized

primarily through ongoing evaluations, the reporting of improper situations, and the development of strategies to improve care quality and safety.

With regard specifically to the “communication and care coordination” dimension, no significant difference was observed in relation to education level or to the position occupied by the nurse, suggesting that certain work characteristics may be involved. For example, in some contexts, the assistant head nurse is responsible for ensuring communication and coordination of care among the different members of the interdisciplinary team. This organizational model is probably set up for purposes of efficiency. However, it could have an alienating effect, in that staff nurses might feel they no longer have any responsibility for activities related to communication and care coordination and may then consider themselves less accountable for care outcomes.

On the other hand, the fact that the baccalaureate-educated nurses’ practice is not distinct from that of college-level prepared nurses raises questions about the potential inadequacy of the organization’s culture of safety. Indeed, even though healthcare institutions have the responsibility of establishing and maintaining a culture of safety, in which health professionals are encouraged to report incidents and accidents that occur in their daily practice and to develop and carry out improvement initiatives (Incident Analysis Collaborating Parties, 2012), it appears to be difficult for some organizations to implement such conditions.

With regard to the activities in the “quality of care and patient safety” dimension, our results demonstrate that the ASCOP score of nurse clinicians was significantly higher than that of the staff nurses. This difference suggests that expectations related to optimizing quality of care and patient safety for those occupying nurse clinician positions are clear and well-defined. Another possible explanation for this difference might be the fact that these positions are formalized within the organization and that legitimacy is attributed to nurse clinicians’ devoting time to activities that are not direct provision of care. It is also very likely that, in sectors of care where such positions have been implemented, the work would have been

reorganized to ensure adequate time and resources were available for these activities. Aside from these hypotheses, the literature is of little help in explaining this difference, as this situation exists only in Quebec and is undocumented. Nevertheless, there appear to be some parallels between the nurse clinician position as it exists in Quebec and the clinical nurse leader position recently introduced in the American healthcare system (American Association of Colleges of Nursing, 2007). While nurse clinicians are not prepared at the graduate level like clinical nurse leaders, their positions are very similar (D'Amour et al., 2012). Smith, Manfredi, Hagos, Drummond-Huth, and Moore (2006), who studied the implementation of the clinical nurse leader position in the intensive care context, maintained that the expectations associated with this position needed to be clear and known to the other members of the interdisciplinary team. They added that the roles of other members of the nursing team had to be redefined to take into account this new position. Finally, Smith et al. (2006) pointed out that support staff needs to be educated to take on some tasks so that the clinical nurse leader can concentrate on activities specific to the new position. To achieve better deployment of nurse clinicians' actual scope of practice, managers would do well to heed the recommendations of Smith et al. (2006).

Given our results, it would seem appropriate to reconsider the competencies required for optimal implementation of the care activities that make up the scope of nursing practice.

In fact, all the activities comprising the scope of nursing practice are based on a set of competencies that includes clinical leadership and clinical nursing judgment. These competencies, initially acquired during education, are developed throughout the nurse's career. Of course, nurses have a responsibility to acquire all the theoretical and practical knowledge needed to exercise these competencies. The organization also has a responsibility, however, to support the development of nursing competencies. In fact, support for the development of nursing competencies has been identified as a nursing need (Goudreau et al., 2013).

Managers can respond to this need in a variety of ways. First, they need to recognize the importance of supporting nurses' professional development as a way of strengthening nursing practice. Second, managers need to prioritize this support by putting in place the conditions required to liberate nurses so they can attend education activities. This involves increasing the resources available and offering education that responds to nurses' needs. Third, to ensure continuous development of competencies, nurses need to interact with other professionals, and to support this, managers must put in place mechanisms to promote exchange and communication between nurses and other members of the interdisciplinary team.

Managers can also refer to the ASCOP results to set professional development priorities in their organization, since these highlight the dimensions where there are deficiencies.

Finally, managers are increasingly expected to adopt professional practice models inspired by the characteristics of magnet hospitals, such as nurse leadership, continuous quality evaluation and improvement, and the incorporation of continuing education and professional development into nursing practice (McClure & Hinshaw, 2002). One example to consider is the "Human Becoming and 80/20" model (Bournes & Ferguson-Paré, 2007) already implemented in a few Canadian provinces. Specifically, in this model nurses spend 80% of their time providing direct care to patients and 20% on other activities that include, among other things, professional development. Even though this model offers many positive benefits for nurses, patients, and healthcare organizations, it has not yet been very widely implemented. Managers nevertheless have the responsibility of supporting the adoption of such professional models and to make optimal deployment of scope of nursing practice a priority.

## **Limitations**

Certain limitations associated with this study should be mentioned. First, the results reported here are based on practice reported by nurses who all work in the same pediatric hospital. The results may not only be subjective, but may also be coloured by certain contextual elements inherent in this particular healthcare organization. Also, even though 301 nurses participated in the survey, few of them had baccalaureate-level education (n = 114), and even fewer held nurse clinician positions (n = 60). As such, the differences noted between the practices of nurses with different levels of education (college diploma vs. baccalaureate degree) and between those with different positions (staff nurse vs. nurse clinician) should be studied further in other contexts and with larger nurse samples.

## **Conclusion**

Nurses are part of the solution when it comes to improving quality of care, patient safety, accessibility of services, and care continuity. However, they need to be able to exercise their full scope of practice. To enable this, healthcare managers have a responsibility to provide nurses with a work environment that allows them to carry out their roles fully. This environment should be based particularly on the characteristics of magnet hospitals and on innovative professional practice models.

Increasing the efficiency and effectiveness of nursing care is essential to safe patient care and positive outcomes for nurses. Managers must therefore ensure nursing resources are optimally deployed and allocated. The results of our study highlight not only this major challenge facing nursing administration, but also the added value of university education in the deployment of different dimensions of nursing practice.

## References

- American Association of Colleges of Nursing. (2007). White paper on the education and role of the clinical nurse leader. Retrieved at: <http://www.aacn.nche.edu/Publications/WhitePapers/ClinicalNurseLeader07.pdf>
- Beecroft, P. C., Kurtzman, E. T., & Taylor, C. M. (2004). Bridging the gap between school and workplace: Developing a new graduate nurse curriculum *Journal of Nursing Administration, 34*(7-8), 338-345.
- Beringer, A. J., Fletcher, M. E., & Taket, A. R. (2006). Rules and resources: a structuration approach to understanding the coordination of children's inpatient health care. *Journal of Advanced Nursing, 56*(3), 325-335.
- Berry, J. G., Hall, D. E., Kuo, D. Z., Cohen, E., Agrawal, R., Feudtner, C., . . . Neff, J. (2011). Hospital utilization and characteristics of patients experiencing recurrent readmissions within children's hospitals. *The Journal of the American Medical Association, 305*(7), 682-690.
- Besner, J. (2006). Optimizing nursing scope of practice within a primary health care context: linking role accountabilities to health outcomes\*. *Primary Health Care Research and Development, 7*, 284-290.
- Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., . . . Watson, L. (2005). A systematic approach to maximizing nursing scopes of practice. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research.
- Betz, C. L. (2006). The nursing shortage, pediatric and child family nursing. *Journal of pediatric nursing: nursing care of children & families, 21*(2), 85-87.
- Bournes, D. A., & Ferguson-Paré, M. (2007). Human becoming and 80/20: an innovative professional development model for nurses. *Nursing Science Quarterly, 20*(3), 237-253.

- D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R., & Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration, 45*(5), 248-255.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method*. (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research, 12*(1), 286-300.
- Fitzgerald, M., Pearson, A., Walsh, K., Long, L., & Heinrich, N. (2003). Patterns of nursing: a review of nursing in a large metropolitan hospital. *Journal of Clinical Nursing, 12*(3), 326-332.
- Furaker, C. (2008). Registered nurses' views on their professional role. *Journal of Nursing Management, 16*(8), 933-941.
- Furaker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of Nursing Management, 17*(3), 269-277.
- Goode, C. J., Pinkerton, S. E., McCausland, M. P., Southard, P., Graham, R., & Krsek, C. (2001). Documenting chief nursing officers' preference for BSN-prepared nurses. *The Journal of Nursing Administration, 31*(2), 55-59.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Legault, A., Boyer, L., Dubois, S., . . . Charlin, B. (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).
- Hansten, R., & Washburn, M. J. (1998). Professional Practice: Facts and impact. *The American Journal of Nursing, 98*(3), 42-45.

- Hung, L.-C., Liu, C.-C., & Kuo, H.-W. (2002). Unmet nursing care needs of home-based disabled patients. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 96-104.
- Johnson, J. H. (1988). Differences in the performances of baccalaureate, associate degree, and diploma nurse: A meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 11, 183-197.
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517.
- Lerret, S. M. (2009). Discharge readiness: An integrative review focusing on discharge following pediatric hospitalization. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(4), 245-255.
- Lucero, R. J., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2185-2195.
- Marchant, R. (2001). The Assessment of Children with Complex Needs. In J. Howarth (Ed.), *The Child's World: Assessing Children in Need* (pp. 207-220). London: Jessica Kingsley.
- McClure, M. L., & Hinshaw, A. S. (2002). *Magnet hospitals revisited : attraction and retention of professional nurses*: Washington, DC: American Nurses Publishing.
- McIntyre, M., & McDonald, C. (2010). *Realities of Canadian Nursing. Professional, Practice, and Power Issues*. (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Oelke, K. D., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Leadership (CJNL)*, 21(1), 58-71.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2005). Findings from the 2005 national survey of the work and health of nurses. Report no. 83-003-XIE. Ottawa: Statistics Canada.
- Shin, K. R., Lee, J. H., Ha, J. Y., & Kim, K. H. (2006). Critical thinking dispositions in baccalaureate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 182-189.

- Shively, M., Rutledge, T., Rose, B. A., Graham, P., Long, R., Stucky, E., . . . Dresselhaus, T. (2011). Real-time assessment of nurse work environment and stress. *Journal for Healthcare Quality*, 33(1), 39-48.
- Smith, S. L., Manfredi, T., Hagos, O., Drummond-Huth, B., & Moore, P., D. (2006). Application of the clinical nurse leader role in an acute care delivery model. *The Journal of Nursing Administration*, 36(1), 29-33.
- Subirana, M., Long, A., Greenhalgh, J., & Firth, J. (2013). A realist logic model of the links between nurse staffing and the outcomes of nursing. *Journal of Research in Nursing*, 0(0), 1-16.
- Tekindal, B., Tekindal, M. A., Pinar, G., Ozturk, F., & Alan, S. (2012). Nurses' burnout and unmet nursing care needs of patients' relatives in a Turkish State Hospital. *International Journal of Nursing Practice*, 18(1), 68-76.
- Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C., & Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(4), 282-295.
- White, D., Oelke, K. D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: descriptions and challenges. *Nursing Research*, 21(1), 44-57.

## **Chapitre 5 - Discussion**

Ce chapitre, dédié à la discussion, s'organise essentiellement autour de trois principaux thèmes. Premièrement, la discussion porte sur la contribution de cette étude au développement des connaissances théoriques, principalement en administration des services infirmiers. Dans un deuxième temps, il est question des principales limites de l'étude. Finalement, certaines recommandations pour la gestion, la recherche et la formation sont formulées.

### **Avancement des connaissances théoriques**

L'avancement des connaissances théoriques sera abordé en quatre sections distinctes : le développement d'un modèle permettant l'étude de l'étendue effective de la pratique infirmière, ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle; la mesure de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en contexte pédiatrique; les caractéristiques individuelles et du travail qui exercent une influence significative sur le déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie; l'influence du déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie sur la satisfaction professionnelle.

#### **Développement d'un modèle**

L'apport principal de cette étude au développement des connaissances théoriques en sciences infirmières est sans doute le développement d'un modèle qui propose une conceptualisation novatrice de l'étendue effective de la pratique infirmière, de ses déterminants et de son influence sur la satisfaction professionnelle. Inexistant jusqu'à ce jour, un tel modèle est pourtant essentiel au développement de stratégies favorables à un déploiement optimal de l'étendue de la pratique infirmière (Conseil International des Infirmières, 2011; Institute of Medicine, 2010 ).

Le modèle développé, qui repose sur les travaux de Hackman et Oldham (1974), Karasek (1985), Biddle, (1979) ainsi que sur ceux de D'Amour et al. (2012), permet de considérer les tenants et les aboutissants de l'étendue effective de la pratique infirmière. Au cœur du modèle se situe l'étendue effective de la pratique infirmière. Les tenants sont les caractéristiques du travail qui influencent directement le déploiement de l'étendue de la pratique infirmière, soit la latitude décisionnelle, les demandes psychologiques, l'ambiguïté de rôle, les conflits de rôle et la surcharge de rôle. Les caractéristiques individuelles des infirmières sont également des tenants à considérer dans le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière. Parmi ces caractéristiques figurent notamment l'âge, le niveau de formation, l'expérience et le besoin de croissance individuelle de l'infirmière. Le seul aboutissant de ce modèle est la satisfaction professionnelle. L'étendue effective de la pratique infirmière est une variable médiatrice (Baron & Kenny, 1986) entre les caractéristiques du travail et la satisfaction professionnelle. Le modèle proposé confère également aux caractéristiques individuelles une influence modératrice dans la relation qui existe d'une part entre les caractéristiques du travail et l'étendue effective de la pratique infirmière et, d'autre part, dans la relation qui existe entre l'étendue effective de la pratique infirmière et la satisfaction professionnelle au travail.

Le modèle développé est un levier considérable pour les gestionnaires et les chercheurs en soins infirmiers puisqu'il permet de cibler les caractéristiques qui influencent significativement le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière. Les analyses effectuées révèlent une bonne concordance du modèle (ratio  $\chi^2/dl = 1,68$ , RMSEA = ,049, CFI = ,985). Au total, le modèle explique 32,5 % de la variance de l'étendue effective de la pratique infirmière et 11,3% de la variance de la satisfaction professionnelle. Les caractéristiques du travail expliquent 21,7 % de la variance de l'étendue effective de la pratique infirmière ( $p < 0,001$ ) alors que les caractéristiques individuelles expliquent 5,4 % ( $p < ,001$ ) de cette variance. L'effet modérateur des caractéristiques individuelles dans la relation entre les caractéristiques du travail et l'étendue effective de la pratique infirmière n'est cependant pas significatif ( $p = 0,915$ ). À notre connaissance, ce pourcentage de la

variance expliquée de l'étendue effective de la pratique infirmière est révélé pour la première fois.

L'étendue effective de la pratique infirmière explique 3,3 % de la variance de la satisfaction professionnelle. Bien que ce pourcentage soit faible, il est tout de même significatif ( $p = 0,002$ ). Les caractéristiques individuelles expliquent un pourcentage supplémentaire de la variance de la satisfaction professionnelle de 8 % ( $p < 0,001$ ). L'effet modérateur exercé par les caractéristiques individuelles dans la relation entre l'étendue effective de la pratique infirmière et la satisfaction professionnelle n'est pas significatif ( $p = 0,514$ ).

Ces effets modérateurs non significatifs montrent que les caractéristiques individuelles de l'infirmière, telles que l'âge, l'expérience, le niveau de formation et le poste occupé ne modèrent pas la relation qui existe d'une part entre les caractéristiques du travail et l'étendue effective de la pratique infirmière et, d'autre part, entre l'étendue effective de la pratique infirmière et la satisfaction professionnelle.

Du point de vue de l'administration des services infirmiers, ces résultats portent à croire que les décideurs et les gestionnaires ne peuvent pas miser seulement sur l'embauche d'infirmières de formation universitaire d'expérience et l'occupation d'un poste de clinicienne pour espérer un meilleur déploiement de l'étendue de la pratique infirmière sans qu'aucune modification significative ne soit apportée au contexte de travail actuel. Ils doivent agir sur les caractéristiques du travail qui influencent le déploiement de la pratique infirmière. La mise en place de conditions favorables au déploiement d'une étendue optimale de pratique est d'autant plus importante que les résultats de cette étude portent à croire que le déploiement d'une plus grande étendue effective de la pratique infirmière pourrait accroître la satisfaction professionnelle. En fait, bien qu'ils soient faibles, les effets standardisés indirects tels que présentés dans le tableau 2 de l'article intitulé « *Measuring actual scope of nursing practice in pediatric settings: its factors of influence and its impact on professional satisfaction* »

confirment l'effet médiateur de l'étendue effective de la pratique infirmière dans la relation établie entre les caractéristiques du travail et la satisfaction professionnelle.

Or, les résultats de la présente étude, réalisée auprès d'infirmières œuvrant en contexte pédiatrique, témoignent d'une étendue de pratique effective sous-optimale.

### **La mesure de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie**

À notre connaissance, cette étude est la première à mesurer l'étendue effective de la pratique d'infirmières en contexte pédiatrique. Les résultats font état d'un déploiement non-optimal de l'étendue de la pratique des infirmières (3,21/6; É.T.=,707). Plus particulièrement, les résultats révèlent une mise en œuvre partielle des activités de toutes les dimensions et de tous les niveaux du questionnaire de l'étendue effective de la pratique infirmière (QÉPI): « évaluation et planification des soins » (3,95/ 6; É.T.=,807); « enseignement à la clientèle et aux familles » (3,79/6; É.T.=,993); « communication et coordination des soins » (3,01/ 6; É.T.=,936); « optimisation de la qualité et de la sécurité des soins » (2,84; É.T.=,846); « mise à jour et utilisation des connaissances » (2,89/ 6; É.T.=,962); « intégration et encadrement du personnel » (2,64/6; SD=1,040); niveau 1 « activités de faible complexité » (4,24/6; É.T.=,794); niveau 2 « activités de complexité modérée » (3,34/6; É.T.=,802); niveau 3 (activités de complexité élevée » (2,26/6; É.T.=,798). De tels résultats traduiraient une mauvaise utilisation des ressources infirmières en ce sens qu'elles sont appelées à réaliser d'autres tâches ménagères, cléricales et administratives qui ne font pas partie de leur étendue de pratique (Furaker, 2009; Jenkins-Clarke & Carr-Hill, 2003; Organisation mondiale de la santé, 2006; White et al., 2008).

Outre cette mauvaise utilisation, certaines caractéristiques individuelles et du travail pourraient également expliquer le déploiement non-optimal de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie tel que révélé dans cette étude.

## **Les caractéristiques individuelles et du travail qui exercent une influence significative sur le déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie**

Les résultats de la recherche indiquent que cinq variables d'influence sont à considérer dans le déploiement de l'étendue effective de la pratique des infirmières en pédiatrie: deux d'entre elles sont des caractéristiques individuelles (le niveau de formation et le besoin de croissance individuelle) et trois sont des caractéristiques du travail (latitude décisionnelle, ambiguïté de rôle, surcharge de rôle). Bien que ces variables aient déjà été soulevées par certains auteurs comme étant des barrières potentielles au déploiement optimal de l'étendue de la pratique infirmière (D'Amour et al., 2012; Oelke et al., 2008; White et al., 2008), les résultats de notre étude vont plus loin dans la compréhension de ces variables. En fait, à notre connaissance, ils sont les premiers à démontrer des corrélations significatives entre certaines caractéristiques individuelles et du travail et le déploiement de l'étendue effective d'infirmières en pédiatrie. Ces corrélations existent précisément entre l'étendue effective de la pratique infirmière et la latitude décisionnelle ( $\beta = ,319$ ;  $p < 0,01$ ), la surcharge de rôle ( $\beta = ,201$ ;  $p < 0,05$ ), l'ambiguïté de rôle ( $\beta = ,297$ ;  $p < 0,05$ ), le besoin de croissance individuelle de l'infirmière ( $\beta = ,151$ ;  $p < 0,05$ ) et le niveau de formation ( $\beta = ,128$ ;  $p < 0,05$ ).

Les résultats de cette étude mettent en évidence les différences qui existent entre la pratique des infirmières qui détiennent des niveaux de formation (collégial/universitaire) et des postes (infirmière/clinicienne) distincts. Ces différences significatives, bien qu'elles soient faibles, indiquent toutefois que les infirmières qui détiennent une formation universitaire et un poste d'infirmière clinicienne ont le potentiel d'apporter une contribution plus grande aux soins dans le système de santé. L'étendue de la pratique des infirmières bachelières, qu'elles occupent ou non un poste de clinicienne, est toutefois loin de correspondre aux exigences de qualité et de sécurité requises par la complexité grandissante des soins, en pédiatrie, tout comme dans de nombreux autres contextes de soins.

Les résultats de cette étude montrent aussi que les activités de niveau 3 (complexité élevée), qui font notamment référence à la participation au développement de la pratique infirmière, à l'évaluation continue de la qualité et de la sécurité des soins, à la participation aux réunions ou à des activités de l'équipe interprofessionnelle, et à l'intégration des infirmières de la relève, ne sont que très peu mises en œuvre par les infirmières cliniciennes. Certes, les infirmières qui détiennent un poste de clinicienne en réalisent plus que leurs collègues qui occupent un poste d'infirmière, mais la fréquence de réalisation des activités de ce niveau demeure plutôt faible. Du point de vue de l'administration des services infirmiers, la mise en œuvre partielle des activités de niveau 3 soulève plusieurs questionnements en lien avec l'implantation du rôle de clinicienne, l'organisation du travail et le soutien au développement des compétences nécessaires à la réalisation de ces activités.

En ce sens, il apparaît crucial de réfléchir aux conditions dans lesquelles le rôle d'infirmière clinicienne s'est implanté depuis 2005 dans les organisations de soins. Il semble que cette implantation se soit faite sans qu'elle soit nécessairement accompagnée d'une démarche de changement organisationnel. Tel que mentionné par Smith, Manfredi, Hagos, Drummond-Huth, et Moore, (2006), qui s'est intéressé à l'introduction du rôle de la « *Clinician Nurse Leader* », un rôle similaire au titre d'infirmière clinicienne, l'implantation d'un nouveau poste nécessite l'implication de tous les membres de l'équipe de soins. Une redéfinition du rôle de chacun des membres de l'équipe de soins doit également accompagner cette implantation (Smith et al., 2006) en fonction de la valeur ajoutée du nouveau rôle au sein de l'équipe. Du personnel de soutien doit également être formé (Smith et al., 2006) pour libérer l'infirmière de certaines tâches et lui permettre de se consacrer aux activités de soins attendues dans l'occupation de son nouveau poste. En fait, l'organisation du travail doit être revue de sorte qu'il soit possible, pour l'infirmière clinicienne, de mettre en œuvre toutes les activités de soins qui font partie de son étendue de pratique. Le rôle de l'infirmière clinicienne doit également être formalisé au sein de l'organisation et les activités qui ne sont pas des soins de proximité aux patients doivent être légitimées.

Ces recommandations, qui découlent en majorité des travaux de Smith et al. (2006) semblent constituer les premières réflexions à faire pour un meilleur déploiement de l'étendue de la pratique des infirmières cliniciennes. Il s'agit peut-être, en quelque sorte, d'un retour en arrière en ce sens qu'il faut revoir de quelle façon le rôle de la clinicienne a été introduit il y a quelques années, mais ce recul en lien avec une implantation qui n'a peut être pas été réalisée dans des conditions favorables semble nécessaire pour assurer un meilleur déploiement de l'étendue de la pratique des infirmières cliniciennes.

En ce qui a trait à l'organisation du travail entourant le rôle de la clinicienne, il faut bien comprendre que les activités complexes ne peuvent pas, pour la plupart, être réalisées au chevet du patient. En fait, pour que les infirmières cliniciennes mettent en œuvre une pratique qui se distingue de celle des infirmières collégiales quant à la réalisation d'activités complexes de soins (niveau 3), elles doivent absolument bénéficier de conditions favorables. En ce sens, les gestionnaires doivent non seulement accorder plus de latitude aux infirmières dans l'exercice de leur rôle, ils doivent revoir le mode de fonctionnement des équipes et accroître les ressources disponibles afin que l'infirmière puisse être libérée pour se consacrer à la réalisation d'activités de niveau 3. Évidemment, les infirmières cliniciennes doivent également être dégagées de toutes les tâches infirmières répétitives ainsi que des tâches non-infirmières qui ne font pas partie de leur étendue de pratique.

Enfin, un autre questionnement doit être tenu en ce qui a trait au soutien offert par l'organisation dans le développement des compétences infirmières. En fait, toutes les activités qui composent l'étendue de la pratique infirmière prennent appui sur un ensemble de compétences dont le leadership clinique et le raisonnement clinique infirmier (Goudreau et al., 2013). Initié en cours de formation, le développement de ces compétences, tout comme celui des autres compétences associées au rôle de l'infirmière, se doit d'être assuré tout au long de la carrière de l'infirmière. Assurément, il est du devoir de l'infirmière d'acquérir l'ensemble des connaissances théoriques et pratique nécessaires à l'exercice de ces compétences (Frenk et al., 2010). Cependant, il incombe à l'organisation la responsabilité de

soutenir le développement des compétences infirmières (Frenk et al., 2010), quel que soit le niveau de formation ou le poste qu'elles occupent.

Les infirmières reconnaissent le besoin d'être soutenues dans le développement de leurs compétences (Danielson & Berntsson, 2007; Goudreau et al., 2013). Cet intérêt porté par les infirmières au développement de leurs compétences traduit leur besoin de croissance individuelle tel qu'il a été mesuré par cette recherche. Le besoin de croissance individuelle est une caractéristique qui permet d'expliquer le degré variable de besoins d'accomplissement, d'apprentissage et de développement personnel (Hackman & Oldham, 1976). Précisément en lien avec ce besoin de croissance, ce n'est pas tant le score obtenu qui importe, mais plutôt la corrélation positive significative qui a été démontrée entre le besoin de croissance individuelle et l'étendue effective de la pratique infirmière ( $\beta = ,151$ ;  $p < 0,05$ ). Cette relation permet ainsi de réitérer l'importance de faire du soutien au développement professionnel une priorité organisationnelle. Les gestionnaires doivent reconnaître l'importance du soutien au développement professionnel des infirmières en lien avec le déploiement optimal de l'étendue de la pratique infirmière (D'Amour et al., 2012; Oelke et al., 2008). Ils doivent prioriser ce soutien, c'est-à-dire qu'ils doivent mettre en place les conditions nécessaires pour que les infirmières puissent assister aux activités de formation. Pour ce faire, il faut accroître les ressources disponibles et rendre accessible des formations qui répondent aux besoins des infirmières. De plus, parce que les infirmières ont besoin de côtoyer les autres professionnels pour assurer le développement continu de leurs compétences (Frenk et al., 2010), les gestionnaires doivent mettre en place des mécanismes qui facilitent les échanges et la communication avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire.

Ce rapprochement avec les membres de l'équipe multidisciplinaire est d'autant plus important qu'il a également été démontré par cette recherche qu'une plus grande latitude décisionnelle et une réduction de l'ambiguïté de rôle étaient nécessaires au déploiement optimal de l'étendue effective de la pratique infirmière. L'amélioration de ces caractéristiques est impossible sans l'implication des autres membres de l'équipe multidisciplinaire. Une

révision des processus de travail avec tous les membres de cette équipe doit donc être amorcée pour assurer un meilleur arrimage entre les pratiques des différents professionnels.

Pour conduire les démarches reliées à ces recommandations, les gestionnaires bénéficieraient certainement de prendre appui sur les travaux qui s'inspirent des caractéristiques des hôpitaux aimants (McClure & Hinshaw, 2002) et des modèles professionnels novateurs (Bournes & Ferguson-Paré, 2007; Nathenson et al., 2007). Entre autres, les hôpitaux aimants misent sur une gestion participative, un leadership fort et visible à tous les niveaux de l'organisation ainsi que l'adoption de modèles de pratique professionnelle qui permettent à l'infirmière d'offrir des soins de qualité. Les modèles de pratique privilégiés par ce type d'organisation offrent également à l'infirmière la possibilité de faire preuve d'autonomie et de mettre en œuvre une pratique qui se rapproche du rôle idéal.

Si la plupart des corrélations mises en évidence dans cette étude étaient attendues, une d'entre elles est particulièrement contre-intuitive. Bien qu'elle soit faible, la corrélation entre la surcharge de rôle et l'étendue effective de la pratique infirmière ( $\beta = ,201$ ;  $p < 0,05$ ) mérite d'être discutée plus en détail, car elle signifie que lorsque les infirmières sont surchargées, elles ont une étendue effective de pratique plus grande. La surcharge de rôle survient lorsque l'individu, dans l'exercice de son rôle, n'est pas en mesure de répondre à toutes les obligations qui y sont associées, car les demandes qu'il reçoit sont excessives en fonction du temps dont il dispose (Beehr et al., 1976; Hardy & Conway, 1988).

En ce sens, il est possible d'émettre l'hypothèse que les infirmières qui ont un plus grand nombre de patients à leur charge rapportent une surcharge de rôle plus élevée. Dans cette situation particulière, les infirmières doivent déléguer davantage le volet technique des soins et se consacrer à la réalisation d'activités qui font partie de leur étendue de pratique telles que l'enseignement, la planification du congé et les activités de coordination et de communication avec les autres membres de l'équipe de soins. Cette hypothèse abonde dans le même sens que les conclusions de l'étude de Nathenson et al. (2007). Précisément, ces auteurs

reconnaissent que lorsque les tâches non infirmières et les tâches techniques infirmières répétitives sont déléguées à du personnel de soutien en nombre suffisant, les infirmières peuvent se concentrer essentiellement à la réalisation des activités de soins qui constituent leur étendue de pratique professionnelle. Cette relation, bien qu'elle mérite d'être investiguée dans d'autres études, porte à croire que l'adoption d'un modèle de dispensation de soins qui soit centré davantage sur le rôle professionnel de l'infirmière serait associé à un meilleur déploiement de l'étendue de la pratique infirmière et certainement à d'autres retombées positives pour le patient, l'organisation et l'infirmière (Nathenson et al., 2007).

### **L'influence du déploiement de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie sur la satisfaction professionnelle**

Les résultats de l'analyse séquentielle multi variée révèlent une relation positive significative entre le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière et la satisfaction professionnelle ( $\beta = ,118$ ;  $p < 0,01$ ), une relation qui, à notre connaissance, n'avait pas encore été démontrée à ce jour. Du point de vue de l'administration des services infirmiers, cette corrélation entre l'étendue effective de la pratique infirmière et la satisfaction professionnelle ne fait que réitérer l'urgence de mettre en place un environnement de travail qui soit favorable au déploiement optimal de l'étendue effective de la pratique infirmière. De toute évidence, ce résultat constitue une nouvelle avenue à emprunter par les décideurs et les gestionnaires dans le rehaussement du niveau de satisfaction des infirmières, un enjeu critique pour l'administration des services infirmiers notamment en lien avec la rétention du personnel (Best & Thurston, 2004; Zangaro & Soeken, 2007).

## **Limites de l'étude**

Une des principales limites de cette étude réside dans le fait qu'elle repose sur un modèle qui a été développé pour répondre aux objectifs de cette recherche, donc utilisé pour la première fois. Il faut également souligner que les résultats de cette étude découlent d'une pratique déclarée par les infirmières. Les résultats peuvent ainsi être teintés d'une part de subjectivité. Cette limite peut cependant être perçue comme une qualité de cette étude en ce sens que les infirmières ont eu l'opportunité de rapporter la situation telle qu'elles la perçoivent réellement.

Une autre limite est certainement le choix de l'outil de mesure de l'étendue effective de la pratique infirmière, le QÉPI. En fait, tous les résultats qui découlent de cette thèse prennent appui sur la mesure de l'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie. Or, cette mesure a été obtenue par le QÉPI, un outil qui n'a été utilisé qu'une seule fois, à savoir dans l'étude de D'Amour et al. (2012). Il est toutefois démontré qu'il possède de bonnes qualités psychométriques. Son utilisation n'a cependant jamais été validée auprès de clientèles infirmières autres que celles qui œuvrent en médecine et en chirurgie.

Aussi, l'enquête, bien qu'elle ait été réalisée auprès d'un grand nombre d'infirmières, se limite à un seul établissement pédiatrique. Ce choix méthodologique limite inévitablement la généralisation des résultats à d'autres contextes de soins. La réalité d'un grand centre universitaire urbain est peut être aussi très différente de celle de plus petits centres en région rurale ou éloignée. L'étendue effective de la pratique infirmière, ses déterminants et son influence sur la satisfaction mériteraient donc d'être évalués dans d'autres contextes.

## **Recommandations**

### **Recommandations pour la gestion**

Prenant appui sur l'ensemble de ces résultats, force est de constater que les gestionnaires de soins détiennent actuellement une clé d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qu'ils n'utilisent pas à son plein potentiel. En fait, sur l'ensemble des unités de soins œuvre quotidiennement un grand nombre d'infirmières qui ne déploient que partiellement l'étendue de leur pratique. Pourtant, la gestion optimale des ressources infirmières devrait être une priorité pour les décideurs et les gestionnaires en soins infirmiers qui doivent plus que jamais composer avec les rapports « coûts-efficience » et « qualité-efficacité » des soins (Gregg, 2002).

Un travail doit maintenant être entrepris par les décideurs et les gestionnaires en lien avec la révision de l'organisation du travail, des pratiques de gestion et du soutien au développement des compétences infirmières. La première action à entreprendre est certainement celle d'adopter un style de gestion participative, qui permette aux infirmières de se prononcer quant aux meilleures stratégies à mettre en place pour assurer un déploiement optimal de leur étendue de pratique. Il faut également tenter de réduire l'ambiguïté de rôle associée aux nombreux titres d'emplois infirmiers (infirmière auxiliaire, infirmière, infirmière clinicienne, infirmière-pivot, assistante-infirmière-chef, etc.) qui coexistent au sein de l'équipe intraprofessionnelle (Besner et al., 2005; Dionne & Rhéaume, 2008).

Les gestionnaires sont également appelés à faire du développement professionnel de l'infirmière une priorité organisationnelle en s'assurant notamment de mettre en place toutes les ressources humaines et financières nécessaires à ce soutien. Enfin, particulièrement en lien avec une meilleure utilisation des infirmières cliniciennes, les gestionnaires sont invités à revoir les conditions dans lesquelles ce rôle a été implanté et apporter des stratégies d'amélioration au besoin.

À l'instar des « *Clinical Nurse Leaders* », les infirmières cliniciennes représentent une voie prometteuse pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux patients. Dans les milieux où le rôle de « *Clinical Nurse Leaders* » a été bien implanté, plusieurs retombées positives ont été observées dont une réduction des coûts opérationnels, une amélioration de la qualité et une diminution de la durée de séjour hospitalier (Smith et al., 2006; Stanley et al., 2008). Il y a fort à parier qu'une meilleure utilisation des infirmières cliniciennes pourrait également conduire à de tels impacts significatifs, et ce, dans un avenir rapproché.

### **Recommandations pour la recherche**

Des études de plus grande envergure devraient être réalisées pour tester la robustesse du modèle de référence développé (article conceptuel Déry et al. présenté au chapitre 2). D'autres études sont également nécessaires pour vérifier l'effet médiateur de l'étendue effective de la pratique infirmière entre les caractéristiques du travail et la satisfaction professionnelle. Les qualités psychométriques du modèle de référence développé sont également à vérifier dans diverses études en sciences infirmières, voire même dans d'autres disciplines.

Aussi, il apparaît important de mener des études comparatives concernant le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière, ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle dans des milieux de soins autres que celui de la pédiatrie. Une plus grande variabilité dans le profil des infirmières, des politiques différentes en lien avec la pratique d'infirmières qui détiennent des niveaux de formation et des postes distincts, et un environnement de travail aux caractéristiques différentes, pourraient certainement bonifier les résultats de la présente étude.

Puisque les résultats de cette étude révèlent notamment que la latitude décisionnelle et l'ambiguïté de rôle sont les principales variables associées au déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière, des recherches quant aux moyens d'améliorer ces variables sont à développer. En fait, c'est que depuis de nombreuses années, on tente de réduire l'ambiguïté du rôle de l'infirmière en le formulant par des descriptions de postes qui tendent à réduire au plus simple le travail attendu d'une infirmière afin qu'il soit clairement compris de tous (Hardy & Conway, 1988). Toutefois, en procédant ainsi, ce sont davantage les activités de soins « visibles et quantifiables » au caractère technique et mécanique qui figurent dans ces descriptions de postes. Les activités de soins requérant un jugement clinique telles que l'enseignement, la planification et la coordination des soins ne sont que très peu mises en lumière.

En ce sens, des modèles de pratique professionnelle qui s'articulent autour des fonctions et des responsabilités professionnelles des infirmières sont à développer (Nathenson et al., 2007). Les chercheurs peuvent également s'inspirer de modèles comme celui développé par Bournes et Ferguson-Paré (2007), dont la particularité est que 20 % du temps de l'infirmière est réservé à la réalisation d'activités essentielles de soins qui sont directement en lien avec le développement professionnel, l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité des soins.

Finalement, il serait souhaitable d'introduire un volet qualitatif dans les recherches ultérieures portant sur l'étendue de la pratique infirmière, ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle. L'ajout de ce volet qualitatif pourrait contribuer à une meilleure compréhension des variables associées au déploiement de l'étendue de la pratique infirmière. Notamment par le biais d'entrevues de groupes, les infirmières pourraient expliciter la nature des associations démontrées entre certaines caractéristiques individuelles et du travail sur l'étendue effective de la pratique infirmière de même qu'entre l'étendue effective de la pratique infirmière et la satisfaction professionnelle.

## **Recommandations pour la formation**

Parmi l'ensemble des résultats qui découlent de cette thèse, la corrélation positive entre le niveau de la formation et le déploiement de l'étendue effective de la pratique infirmière est certainement la plus intéressante du point de vue des formateurs. Toutefois, les résultats, bien qu'ils démontrent que l'étendue de pratique des infirmières bachelières est significativement plus grande que celle des infirmières collégiales, le déploiement des activités de soins qui composent l'étendue de la pratique des infirmières cliniciennes n'est que partiel. Puisque ce déploiement partiel pourrait être attribuable, du moins en partie, à un certain déficit au niveau du développement continu des compétences infirmières en cours d'emploi, les formateurs sont invités à renforcer leurs partenariats avec les chercheurs et les décideurs pour que des propositions concrètes répondant aux besoins des infirmières en matière de soutien au développement de leurs compétences soient formulées.

## **Conclusion**

Au cours des dernières années, de nombreuses restructurations du travail infirmier ont été effectuées dans le but d'augmenter la performance de notre système de santé. De nouvelles lois et normes ont aussi été adoptées au Québec afin d'offrir aux infirmières plus de portée dans l'exercice de leur rôle. Or, la présente étude démontre que les infirmières ne semblent toujours pas en mesure de déployer pleinement leur étendue de pratique. En fait, elles ne réalisent que partiellement l'ensemble des activités de soins pour lesquelles elles détiennent la formation et les compétences. Ces activités sont pourtant essentielles à la qualité et à la sécurité des soins ainsi qu'à l'efficacité et à l'efficience du système de santé, tant en termes d'accessibilité et de continuité des soins qu'à l'atteinte d'un certain équilibre financier.

La réflexion entourant la réorganisation des soins devrait donc considérer une meilleure utilisation des compétences des infirmières, et en particulier celles qui détiennent une formation universitaire.

Les infirmières font partie de la solution pour améliorer la qualité et la sécurité de même que l'accessibilité et la continuité des soins. Elles doivent cependant être en mesure de déployer pleinement leur étendue de pratique. Pour ce faire, les gestionnaires en soins ont la responsabilité de leur offrir un environnement de travail favorable à l'exercice de leur rôle. Le soutien au développement des compétences des infirmières doit également être priorisé.

Les résultats de cette thèse soulèvent également plusieurs questionnements auxquels non seulement les décideurs et les gestionnaires, mais également les infirmières devront tenter de répondre. Ces questionnements sont en lien, d'une part, avec l'accroissement de la contribution des soins infirmiers à la performance du système de santé actuel et, d'autre part, avec un plus grand déploiement de l'étendue de la pratique infirmière.

Or, le champ de pratique des infirmières a déjà été élargi au cours des dernières années afin qu'elles puissent répondre plus adéquatement aux besoins de soins croissants de la

population. Un déploiement optimal de la pratique infirmière pourrait contribuer significativement à l'efficacité et à l'efficience du système de santé ainsi qu'à la qualité et à la sécurité des soins.

Compte tenu de l'importance du déploiement optimal de l'étendue de la pratique infirmière, il semble tout à fait opportun de poursuivre des recherches sur ce sujet complexe et ses déterminants dans d'autres contextes de soins qu'en pédiatrie. Pour faciliter la réalisation de telles études, le recours au modèle de référence développé dans le cadre de cette étude est tout indiqué.

## **Références**

- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 536-543.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., . . . Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Almost, J., & Spence Laschinger, H. K. (2002). Workplace empowerment, collaborative work relationships, and job strain in nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14(9), 408-420.
- American academy of ambulatory care nursing. (2012). American academy of ambulatory care nursing position statement: The role of the registered nurse in ambulatory care. *Nursing Economic\$, 30(4)*, 233-239.
- American Association of Colleges of Nursing. (2007). White paper on the education and role of the clinical nurse leader. Washington, DC: Author. Retrieved at: <http://www.aacn.nche.edu/publications/white-papers/ClinicalNurseLeader.pdf>
- Apker, J., Zabava Ford, W. S., & Fox, D. H. (2003). Predicting nurses' organizational and professional identification: the effect of nursing roles, professional autonomy, and supportive communication. *Nursing Economic\$, 21(5)*, 226-232.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1993). Association des infirmières et infirmiers du Canada. Champ de la pratique infirmière : étude des principales questions et tendances. Ottawa, Ontario.
- Association of registered nurses of Newfoundland and Labrador. (2000). Guidelines regarding shared scope of practice with licensed practical nurses. St-John's, Terre-Neuve.
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2013). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 0, 1-10. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767

- Ballou, K. A. (1998). A concept analysis of autonomy. *Journal of Professional Nursing, 14*(2), 102-110.
- Baranek, P. M. (2005). A review of scopes of practice of health professions in Canada: A balancing act. Toronto: Health Council of Canada.
- Barnsteiner, J. H., Wyatt, J. S., & Richardson, V. (2002). What do pediatric nurses do ? Results of the role delineation study in Canada and the United States. *Pediatric nursing, 28*(2), 165-170.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.
- Beecroft, P. C., Kurtzman, E. T., & Taylor, C. M. (2004). Bridging the gap between school and workplace: Developing a new graduate nurse curriculum. *Journal of Nursing Administration, 34*(7-8), 338-345.
- Beehr, T. A., Walsh, J. T., & Taber, T. D. (1976). Relationship of stress to individually and organizationally valued states: Higher order needs as a moderator. *Journal of Applied Psychology, 61*(7), 41-47.
- Berckmans, G., Alvarez Irustra, L., Bouzegta, N., Defloor, T., Peeters, G., Stordeer, S., & Gobert, M. (2008). Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites. KCE reports 86B. Brussels: Centre fédéral d'expertise des soins de santé.
- Beringer, A. J., Fletcher, M. E., & Taket, A. R. (2006). Rules and resources: a structuration approach to understanding the coordination of children's inpatient health care. *Journal of Advanced Nursing, 56*(3), 325-335.
- Berry, J. G., Hall, D. E., Kuo, D. Z., Cohen, E., Agrawal, R., Feudtner, C., . . . Neff, J. (2011). Hospital utilization and characteristics of patients experiencing recurrent readmissions within children's hospitals. *JAMA, 305*(7), 682-690.

- Besner, J. (2006). Optimizing nursing scope of practice within a primary health care context: Linking role accountabilities to health outcomes\*. *Primary Health Care Research and Development, 7*, 284-290.
- Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., . . . Watson, L. (2005). A systematic approach to maximizing nursing scopes of practice. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research.
- Best, M. F., & Thurston, N. E. (2004). Measuring nurse job satisfaction. *Journal of Nursing Administration, 34*(6), 283-290.
- Betz, C. L. (2006). The nursing shortage, pediatric and child family nursing. *Journal of Pediatric Nursing, 21*(2), 85-87.
- Biddle, B. J. (1979). *Role theory: Expectations, identities, and behaviors*. New York: Academic Press.
- Blais, K. K., Hayes, J. S., Kozier, B., & Erb, G. (2002). Socialization to professional nursing roles. In K. K. Blais, J. S. Hayes, B. Kozier & G. Erb (Eds.), *Professional nursing practice: Concepts and perspectives* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nursing Research, 42*, 36-41.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Dion, G., & Vézina, M. (1995). Autonomie décisionnelle au travail. Repéré à: [http://classiques.uqac.ca/contemporains/quebec\\_sante\\_quebec/rapport\\_enquete\\_92\\_93\\_t1/t1\\_chap\\_09\\_autonomie\\_decisionnelle/sante\\_qc\\_autonomie\\_au\\_travail.doc](http://classiques.uqac.ca/contemporains/quebec_sante_quebec/rapport_enquete_92_93_t1/t1_chap_09_autonomie_decisionnelle/sante_qc_autonomie_au_travail.doc)
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Malenfant, R., & Vézina, M. (2005). Health care restructuring, work environment, and health of nurses. *American Journal of Industrial Medicine, 47*(1), 54-64.

- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R., & Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 136-153.
- Bournes, D. A., & Ferguson-Paré, M. (2007). Human becoming and 80/20: An innovative professional development model for nurses. *Nursing Science Quarterly*, 20(3), 237-253.
- Bratt, M. M., Broome, M., Kelber, S., & Lostocco, L. (2000a). Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 9(5), 307-317.
- Bratt, M. M., Broome, M., Kelber, S., & Lostocco, L. (2000b). Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 9(5), 307-317.
- Brayfield, A., & Rothe, H. (1951). An index of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 35(5), 307-311.
- Brisson, C., Blanchette, C., Guimont, C., Dion, G., Moisan, J., Vézina, M., . . . Masse, L. (1998). Reliability and validity of the french version of the 18-item Karasek job content questionnaire. *Work & Stress*, 12(4), 322-336.
- Brooten, D., Youngblut, J., Hannan, J., & Guido-Sanz, F. (2012). The impact of interprofessional collaboration on the effectiveness, significance and future of advanced practice registered nurses. *Nursing clinics of North America*, 47(2), 283-294.
- Burns, N., & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. (5th ed). Philadelphia: Saunders.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6 ed.). St-Louis: Saunders Elsevier.

- Campion, M. A., Mumford, T. V., Morgeson, F. P., & Nahrgang, J. D. (2005). Work redesign: eight obstacles and opportunities. *Human Resource Management, 44*(4), 367-390.
- Capuano, T., Bokovoy, J., Halkins, D., & Hitchings, K. (2004). Work flow analysis: eliminating non-value-added work. *Journal of Nursing Administration, 34*(5), 246-256.
- Centre hospitalier universitaire Ste-Justine. (2010). Plan stratégique 2011-2014. Le patient au coeur des savoirs. Retrieved at [http://www.chu-sainte-justine.org/documents/General/Plan-strategique\\_brochure\\_2011-2014.pdf](http://www.chu-sainte-justine.org/documents/General/Plan-strategique_brochure_2011-2014.pdf). ISBN: 978-2-89619-422-3.
- Chang, E., & Hancock, K. (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing and Health Sciences, 5*(2), 155-163.
- Charland, S., & Vallée, D. (2003). La souffrance des soignants et l'arrêt des traitements en soins intensifs pédiatriques. *Médecine & Hygiène, 32*, 85-87.
- Chen, H.-C., Chu, C.-I., Wang, Y.-H., & Lin, L.-C. (2008). Turnover factors revisited: a longitudinal study of Taiwan-based staff nurses. *International Journal of Nursing Studies, 45*(2), 277-285.
- Chu, C.-I., Hsu, H. M., Price, J., & Lee, J. Y. (2003). Job satisfaction of hospital nurses: an empirical test of a causal model in Taiwan. *International Nursing Review, 50*(3), 176-182.
- Clayton, M. F., & Pett, M. A. (2008). AMOS Versus LISREL: One data set, two analyses. *Nursing Research, 57*(4), 283-292.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2010). Informer des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé :[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010\\_DroitsResponsabilites/csbe\\_DroitsResponsabilitesConsultationAnalyse.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010_DroitsResponsabilites/csbe_DroitsResponsabilitesConsultationAnalyse.pdf)
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). Consultation réalisée dans le cadre du rapport d'appréciation de la performance des soins et des services en périnatalité et en petite enfance. La parole aux parents d'enfants de 0-5 ans: regard sur les soins de santé et les

services sociaux à travers leurs expériences. Repéré à :  
[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011\\_PPE/CSBE\\_ConsultationsParents\\_PPE\\_2011.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2011_PPE/CSBE_ConsultationsParents_PPE_2011.pdf)

Conseil canadien de la santé. (2005). Tour d'horizon des champs d'exercice des professions de la santé au Canada : Une question d'équilibre. Conseil Canadien de la santé: Ontario.

Conseil International des Infirmières. (2006). Effectifs suffisants = vies sauvées. Repéré à :  
<http://www.anfiide.com/Documents/documents-utiles/kit-JII-2006f.pdf>

Conseil International des Infirmières. (2010). Compétences de planification et de gestion des ressources humaines pour les soins infirmiers. Geneva: Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers.

Coomber, B., & Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: a review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 297-314.

Corwin, R. G. (1961). The professional employee: a study of conflict in nursing roles. *American Journal of Sociology*, 66(6), 604-615.

D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R., & Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 45(5), 248-255.

Dallaire, C., & Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. In O. G. (Éd) (Ed.), *Le savoir infirmier au coeur de la discipline et de la profession* (pp. 265-312): Montréal: Morin Éditeur.

Danielson, E., & Berntsson, L. (2007). Registered nurses' perceptions of educational preparation for professional work and development in their profession. *Nurse Education Today*, 27, 900-908.

- Davidson, J. M., Doyle-Waters, M., McPhee, M., Mason, S., Sanchez McCutcheon, A., & Winslow, W. (2006). Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier. Produit par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Ontario: Ottawa.
- Davies, E., & Fox-Young, S. (2002). Validating a scope of nursing practice decision-making framework. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1), 85-93.
- Dickey, R. P., Taylor, S. N., Lu, P. Y., Sartor, B. M., Rye, P. H., & Pyrzak, R. (2005). Risk factors for high-order multiple pregnancy and multiple birth after controlled ovarian hyperstimulation: Results of 4,062 intrauterine insemination cycles. *Fertility and Sterility*, 83(3), 671-683.
- Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method*. (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Dionne, S., & Rhéaume, A. (2008). L'ambiguïté et le conflit de rôle chez les infirmières dans le contexte des réformes de la santé au Nouveau-Brunswick. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2), 199-223.
- Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.
- Dubois, C.-A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12(1), 286-300.
- Edgar, L. (1999). Nurses' motivation and its relationship to the characteristics of nursing care delivery systems: A test of the job characteristics model. *Nursing Leadership (CJNL)*, 12(1), 14-22.
- Eibner, C., Hussey, P. S., Ridgely, S. M., & McGlynn, E. A. (2009). Controlling health care spending in Massachusetts: an analysis of options. Santa Monica, CA: RAND Corporation. [http://www.rand.org/pubs/technical\\_reports/TR733](http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR733).

- Ernst, M. E., Franco, M., Messmer, P. R., & Gonzalez, J. L. (2004). Nurses' job satisfaction, stress, and recognition in a pediatric setting. *Pediatric Nursing, 30*(3), 219-227.
- Fairman, J. A., Rowe, J. W., Hassmiller, S., & Shalala, D. E. (2011). Broadening the scope of nursing practice. *New England Journal of Medicine, 364*(3), 193-196.
- Finn, C. P. (2001). Autonomy: An important component for nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies, 38*(3), 349-357.
- Fitzgerald, M., Pearson, A., Walsh, K., Long, L., & Heinrich, N. (2003). Patterns of nursing: A review of nursing in a large metropolitan hospital. *Journal of Clinical Nursing, 12*(3), 326-332.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). Les maux qui affligent nos infirmières. Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada. Ottawa, Ontario.
- Forrest, C. B., Shipman, S. A., Dougherty, D., & Miller, M. R. (2003). Outcomes research in pediatric settings: recent trends and future directions. *Pediatrics, 111*(1), 171-178.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., . . . Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet, 376*(9756), 1923-1958.
- Furaker, C. (2008). Registered nurses' views on their professional role. *Journal of Nursing Management, 16*(8), 933-941.
- Furaker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of Nursing Management, 17*(3), 269-277.
- Galipeau, R. (2011). «Modélisation de facteurs associés à une perception d'insuffisance lactée». Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal. 246 p.

- Goode, C. J., Pinkerton, S. E., McCausland, M. P., Southard, P., Graham, R., & Krsek, C. (2001). Documenting chief nursing officers' preference for BSN-prepared nurses. *The Journal of Nursing Administration, 31*(2), 55-59.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Legault, A., Boyer, L., Dubois, S., . . . Charlin, B. (2013). Approche intégrée de la formation initiale et continue des infirmières pour améliorer la qualité du raisonnement et du leadership cliniques infirmiers. Research report presented to the Canadian Foundation for Healthcare Improvement (CFHI).
- Gregg, A. (2002). Performance management data systems for nursing service organizations. *The Journal of Nursing Administration, 32*(2), 71-78.
- Hackman, J. R., & Lawler, E. E. (1971). Employee reaction to job characteristics. *Journal of Applied Psychology, 55*(3), 259-286.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1974). *The job diagnostic survey: an instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects*. Report no. TR-4. New Haven, CT: Yale University, Department of Administrative Sciences.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: a test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance, 16*, 250-279.
- Hansten, R., & Washburn, M. J. (1998). Professional practice: Facts & impact. *The American Journal of Nursing, 98*(3), 42-45.
- Hardy, M. E., & Conway, M. E. (1988). *Role theory: perspectives for health professionals*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Hart, C. (1998). Children as consumers. *British Medical Journal, 316*, 1600-1603.
- Hefford, M., Cumming, J., Finlayson, M., Raymont, A., Love, T., & van Essen, E. (2010). Practice nurse cost benefit analysis: report to the Ministry of Health. Wellington: Ministry of Health.

- Hendrich, A., Chow, M. P., Skierczynski, B. A., & Lu, Z. (2008). A 36-hospital time and motion study: How do medical-surgical nurses spend their time ? *The Permanente Journal*, 12(3), 25-34.
- Hewitt-Taylor, J. (2005). Caring for children with complex needs: Staff education and training. *Journal of Child Health Care*, 9(1), 72-86.
- Hinds, P. S., Srivastava, D. K., Randall, E. A., Green, A., Stanford, D., Pinlac, R., . . . Taylor, K. (2003). Testing the revised stress-response sequence model in pediatric oncology nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(5), 213-232. doi: 10.1177/1043454203253785
- Hinshaw, A. S. (1981). Staff, patient, and cost outcomes of all-registered nurse staffing. *The Journal of nursing administration*, 11(11-12), 30-36.
- Hinshaw, A. S. (1985). Testing a theoretical model for job satisfaction and anticipated turnover of nursing staff. *Nursing Research*, 34(6), 384.
- Hinshaw, A. S. (2002). Building magnetism into health organizations. In M. L. McClure & A. S. Hinshaw (Eds.), *Magnet hospitals revisited: Attraction and retention of professional nurses* (pp. 83-103). Washington, DC: American Nurses Publishing.
- Hinshaw, A. S., & Atwood, J. R. (1985). *Anticipated turnover among nursing staff study*. Final report. (1R01NU00908). Tuscon, AZ: National Center for Nursing Research and National Institute of Health, University of Arizona.
- Hinshaw, A. S., Smeltzer, C. H., & Atwood, J. R. (1987). Innovative retention strategies for nursing staff. *Journal of Nursing Administration*, 17(6), 8-16.
- Holaday, B., & Bullard, I. D. (1991). Pediatric staff nurses' reactions to job characteristics. *Journal of Pediatric Nursing*, 6(6), 407-416.
- Holman, D., Clegg C., & Waterson, P. (2002). Navigating the territory of job design. *Applied Ergonomics*, 33(3), 197-205.

- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- House, R. J., Schuler, R. S., & Levanoni, E. (1983). Role conflict and ambiguity scales: Reality or artifacts? *Journal of Applied Psychology*, 68(2), 334-337.
- Hung, L.-C., Liu, C.-C., & Kuo, H.-W. (2002). Unmet nursing care needs of home-based disabled patients. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), 96-104.
- Hunt, S. T. (2009). Nursing turnover: costs, causes, & solutions. Repéré à : [www.successfactors.com](http://www.successfactors.com)
- Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B. C., & Davies, J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *Journal of Nursing Administration*, 32(5), 250-263.
- Institut de la statistique du Québec. (2000). *Enquête sociale et de santé, 1998 [Health and Social Survey 1998]*. Québec, Canada: Gouvernement of Québec.
- Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2010). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Irvine, D. M., & Evans, M. G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44, 246-253.
- Jenkins-Clarke, S., & Carr-Hill, R. (2003). Workforce and workload: are nursing resources used effectively? *Journal of Research in Nursing*, 8(4), 238-248.
- Johnson, J. H. (1988). Differences in the performances of baccalaureate, associate degree, and diploma nurse: A meta-analysis. *Research in Nursing & Health*, 11, 183-197.

- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, J. K., & Rosenthal, R. A. (1964). *Occupational stress: studies in role conflict and role ambiguity*. New York: Wiley.
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality, 21*(4), 306-313.
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 65*(7), 1509-1517.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*, 285-308.
- Karasek, R. A. (1985). Job content questionnaire and user's guide. Los Angeles, CA: University of Southern California, Department of Industrial and System Engineering.
- Karasek, R. A., Brisson, C., Amick, B., Houtman, I., Bongers, P., & Kawakami, N. (1998). The job content questionnaire (JCQ) : An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology 3*(4), 322-355.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books Inc.
- Katz, R., & Kahn, R. L. (1966). *The social psychology of organizations*. New York: Wiley & Son.
- Khoshnood, B., Bouvier-Colle, M. H., Leridon, H., & Blondel, B. (2009). Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *La Revue Sage-Femme, 8*(3), 145-160.
- Koehoorn, M., Lowe, G. S., Rondeau, K. V., & Schellenger, G. (2002). Creating high-quality health care workplaces. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.

- Lachance, L., Tétreault, B., & Pépin, D. (1997). Validation canadienne-française de la mesure de conflit et d'ambiguïté de rôle de Rizzo et al. (1970). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29(4), 283-287.
- Landeweerd, J. A., & Boumans, N. P. G. (1994). The effect of work dimensions and need for autonomy on nurses' work satisfaction and health. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 67(3), 207-217.
- Larocque, C., Brisson, C., & Blanchette, C. (1998). Cohérence interne, validité factorielle et validité discriminante de la traduction française des échelles de demande psychologique et de la latitude décisionnelle du "Job Content Questionnaire" de Karasek. *Revue Épidémiologie et Santé Publique*, 46, 371-381.
- Larrabee, J., Janney, M., Ostrow, C. L., Withrow, M. L., Hobbs, G. R. J., & Burant, C. (2003). Predicting registered nurses job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 33(5), 271-283.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Almost, J. (2001). Testing Karasek's demands-control model in restructured healthcare settings effects of job strain on staff nurses' quality of work life. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 233-243.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gélinas, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 724-733.
- Lavoie-Tremblay, M., Wright, D., Desforges, N., Gélinas, C., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2008). Creating a Healthy Workplace for New-Generation Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-297.
- Lerret, S. M. (2009). Discharge readiness: An integrative review focusing on discharge following pediatric hospitalization. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(4), 245-255.

- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*. (pp. 1297-1350). Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Loher, B. T., Raymond, A. M., Moeller, N. L., & Fitzgerald, E. T. (1985). A meta-analysis of the relation of job characteristics to job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 70(2), 280-289.
- Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à: [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I\\_8/I8.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/I8.html) (consulté de 14 mai 2013).
- Lu, H., While, A. E., & Barriball, K. L. (2007). Job satisfaction and its related factors: a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 574-588.
- Lucero, R. J., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2009). Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2299-2310.
- Lucero, R. J., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2185-2195.
- Lum, L., Kervin, J., Clark, K., Reid, F., & Sirola, W. (1998). Explaining nursing turnover intent: job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment? *Journal of Organizational Behavior*, 19(3), 305-320.
- Lyons, T. F. (1971). Role clarity, need for clarity, satisfaction, tension, and withdrawal. *Organizational Behavior and Human Performance*, 6(1), 99-110.
- Marchant, R. (2001). The assessment of children with complex needs. In J. Howarth (Ed.), *The child's world: Assessing children in need* (pp. 207-220). London: Jessica Kingsley.

- McClure, M. L., & Hinshaw, A. S. (2002). *Magnet hospitals revisited : Attraction and retention of professional nurses*: Washington, DC: American Nurses Publishing.
- McGillis Hall, L. (2003). Nursing outcome: nurses' job satisfaction. In D. Doran (Ed.), *Nursing-sensitive outcomes: State of the science* (pp. 283-318). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- McIntyre, M., & McDonald, C. (2010). *Realities of canadian nursing. Professional, practice, and power issues*. (3rd ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Meyer, R. M., & O'Brien-Pallas, L. L. (2010). Nursing services delivery theory: an open system approach. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2828-2838.
- Milligan, D. W. A., Carruthers, P., Mackley, B., Ward Platt, M. P., Collingwood, Y., Wooler, L., . . . Manktelow, B. N. (2008). Nursing workload in UK tertiary neonatal units. *Archives of Disease in Childhood*, 93(12), 1059-1064.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2010). Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux. Repéré à : <http://www.cpnss.gouv.qc.ca/download.php?f=7786397f3821a6ab2ecb421349304ee4>
- Morrison, D., Cordery, J., Girardi, A., & Payne, R. (2005). Job design, opportunities for skill utilization, and intrinsic job satisfaction. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 14(1), 59 - 79.
- Musil, C. M., Jones, S. L., & Warner, C. D. (1998). Structural equation modeling and its relationship to multiple regression and factor analysis. *Research in Nursing & Health*, 21(3), 271-281.
- Nathenson, P., Schafer, L., & Anderson, J. (2007). Relationship of RN role responsibilities to job satisfaction. *Rehabilitation Nursing*, 32(1), 9-14.

- Nunnally, J. C. (1967). *Psychometric theory*. New-York: Wiley.
- O'Baugh, J., Wilkes, L. M., Vaughan, K., & O'Donohue, R. (2007). The role and scope of the clinical nurse consultant in Wentworth area health service, New South Wales, Australia. *Journal of Nursing Management*, 15(1), 12-21.
- O'Rourke, M. W. (2003). Rebuilding a professional practice model: the return of role-based practice accountability. *Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 95-105.
- Oelke, K. D., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Leadership (CJNL)*, 21(1), 58-71.
- Organisation mondiale de la santé. (2006). Rapport sur la santé dans le monde 2006 : Travailler ensemble pour la santé.
- Penz, K., Stewart, N. J., D'Arcy, C., & Morgan, D. (2008). Predictors of job satisfaction for rural acute care registered nurses in Canada. *Western Journal of Nursing Research*, 30(7), 785-800.
- Phoenix Bittner, N., Gravlin, G., Hansten, R., & Kalisch, B. J. (2011). Unraveling care omissions. *Journal of Nursing Administration*, 41(12), 510-512.
- PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute. (2007). What works\*. Healing the healthcare staffing shortage. Repéré à : [www.pwc.com/healthindustries](http://www.pwc.com/healthindustries)
- Rafferty, A. M., Ball, J., & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality in Health Care*, 10(suppl 2), ii32-ii37.
- Rancourt, F. L. (1983). *Validation de la traduction française du Job Diagnostic Survey*. Unpublished master's thesis. Montréal, University of Montreal. .

- Rhéaume, A., Dykeman, M., Davidson, P., & Ericson, P. (2007). The impact of health care restructuring and baccalaureate entry to practice on nurses in New Brunswick. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 8(2), 130-139.
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15(2), 150-163.
- Roch, G. (2008). *Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier*. Unpublished doctoral thesis. Montréal, University of Montréal.
- Rocheblave, A. M. (1963). La notion de rôle: quelques problèmes conceptuels. *Revue française de sociologie*, 4(3), 300-306.
- Sanders, L., Federico, S., Klass, P., Abrams, M., & Dreyer, B. (2009). Literacy and child health: a systematic review. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(2), 131-140.
- Schluter, J., Seaton, P., & Chaboyer, W. (2011). Understanding nursing scope of practice: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1211-1222.
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing Research*, 56(6), 416-424.
- Schuler, R. S., Aldag, R. J., & Brief, A. P. (1977). Role conflict and ambiguity: a scale analysis. *Organizational Behavior and Human Performance*, 20, 111-128.
- Seashore, S. E., Lawler III, E. E., Mirvis, P. P., & Cammann, C. (1983). *Assessing organizational change. A guide to methods, measures, and practices*. New York, NY: John Wiley & Sons.

- Seo, Y., Ko, J., & Price, J. L. (2004). The determinants of job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), 437-446.
- Shebesta, K. F., Cook, B., Ricketts, C., Schweer, L., Brown, R. L., Garcia, V. F., & Falcone, R. A. J. (2006). Pediatric trauma nurse practitioners increase bedside nurses' satisfaction with pediatric trauma patient care. *Journal of Trauma Nursing*, 13(2), 66-69.
- Shelton, D. (2003). The nursing shortage: its impact on the care of children. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 3(1), 27-31.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2005). Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses. Report no. 83-003-XIE. Ottawa: Statistics Canada.
- Shin, K. R., Lee, J. H., Ha, J. Y., & Kim, K. H. (2006). Critical thinking dispositions in baccalaureate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 56(2), 182-189.
- Shively, M., Rutledge, T., Rose, B. A., Graham, P., Long, R., Stucky, E., . . . Dresselhaus, T. (2011). Real-time assessment of nurse work environment and stress. *Journal for Healthcare Quality*, 33(1), 39-48.
- Smith, S. L., Manfredi, T., Hagos, O., Drummond-Huth, B., & Moore, P., D. (2006). Application of the clinical nurse leader role in an acute care delivery model. *The Journal of Nursing Administration*, 36(1), 29-33.
- Sochalski, J. (2004). Is more better ? : the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care*, 42(2), II-67-II-73.
- Sourdif, J. (2004). Predictors of nurses' intent to stay at work in a university health center. *Nursing & Health Sciences*, 6(1), 59-68.
- Squires, A. (2004). A dimensional analysis of role enactment of acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 272-278.

- St-Arnaud, J., Bouchard, L., Loisel, C. G., Verrier, P., Laflamme, M.-C., & Audet, M. (2003). L'impact de la rareté des ressources sur la pratique de la dialyse au Québec. *Perspective Infirmière, novembre/décembre*, 16-31.
- Stanley, J. M., Gannon, J., Gabuat, J., Hartranft, S., Adams, N., Mayes, C., . . . Burch, D. (2008). The clinical nurse leader: A catalyst for improving quality and patient safety. *Journal of Nursing Management, 16*, 614-622.
- Stone, E. F. (1976). The moderating effect of work-related values on the job scope-job satisfaction relationship. *Organizational Behavior and Human Performance, 15*(2), 147-167.
- Storfjell, J. L., Ohlson, S., Omoike, O., Fitzpatrick, T., & Wetasin, K. (2009). Non-value-added time: the million dollar nursing opportunity. *Journal of Nursing Administration, 39*(1), 38-45.
- Subirana, M., Long, A., Greenhalgh, J., & Firth, J. (2013). A realist logic model of the links between nurse staffing and the outcomes of nursing. *Journal of Research in Nursing*, Published online before print April 11, 2013. doi: 2010.1177/1744987113481782.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4 ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Taylor, M. K. (2006). Mapping the literature of pediatric nursing. *Journal of the Medical Library Association 94*(suppl 2), E128-E136.
- Tekindal, B., Tekindal, M. A., Pinar, G., Ozturk, F., & Alan, S. (2012). Nurses' burnout and unmet nursing care needs of patients' relatives in a Turkish State Hospital. *International Journal of Nursing Practice, 18*(1), 68-76.
- Thomas, J., & Davies, C. (2005). The nursing shortage and the scope for reducing it by redefining their role. *Health services management research, 18*(4), 217-222.

- Tonges, M. C., Rothstein, H., & Carter, H. K. (1998). Sources of satisfaction in hospital nursing practice: a guide to effective job design. *Journal of Nursing Administration*, 28(5), 47-61.
- Tyler, D. A., Parker, V. A., Engle, R. L., Brandeis, G. H., Hickey, E. C., Rosen, A. K., . . . Berlowitz, D. R. (2006). An exploration of job design in long-term care facilities and its effect on nursing employee satisfaction. *Health Care Management Review*, 31(2), 137-144.
- Upenieks, V. V., Akhavan, J., Kotlerman, J., Esser, J., & Ngo, M. J. (2007). Value-added care: a new way of assessing nursing staffing ratios and workload variability. *Journal of Nursing Administration*, 37(5), 243-252.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-689.
- Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C., & Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(4), 282-295.
- White, D., Jackson, K., Besner, J., Suter, E., Doran, D., McGillis Hall, L., & Parent, K. (2009). Enhancing nursing role effectiveness through job redesign. Calgary: Alberta Health Services, Calgary Health Region.
- White, D., Oelke, K. D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: descriptions and challenges. *Nursing Research*, 21(1), 44-57.
- Wieck, K. L., Oehler, T., Jordan, C., & Green, A. (2004). Safe nurse staffing: a win-win collaboration model for influencing health policy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 5(3), 160-166.

Wu, L., & Norman, I. J. (2006). An investigation of job satisfaction, organizational commitment and role conflict and ambiguity in a sample of Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 26(4), 304-314.

Young, W. B., Lehrer, E. L., & White, W. D. (1991). The effect of education on the practice of nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 105-108.

Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30, 445-458.

## **Appendice A**

Résumé de la stratégie de la recherche documentaire pour la recension des écrits

Contexte/variables à l'étude	Mots clés
Clientèle de patients hospitalisée ciblée	<p><i>Neonatal Nursing[MH] OR Family nursing[MAJR] OR Maternal-child nursing[MH] OR Obstetrical nursing[MH] OR Pediatric nursing[MH] paediatr*[TIAB] OR Pediatr*[TIAB] pediatrics[MH]</i></p>
Clientèle professionnelle ciblée	<p><i>nurse*[TI] OR nursing*[TI] Nurses[MH] OR Nursing[MH]</i></p>
Perspective « administration des services infirmiers »	<p><i>Nursing, supervisory[MAJR] (Administration[TI] OR manag*[TI] OR organisation*[TI] OR organization*[TI]) AND (Personnel administration, hospital[MH] OR Time management[MH] OR Personnel management[MH:noEXP] OR Management service organizations[MH] OR "Organization and Administration"[MH:NoExp]) Personnel administration, hospital[MAJR] OR Time management[MAJR] OR Personnel management[MAJR:noEXP] OR Management service organizations[MAJR] OR "Organization and Administration"[MAJR:NoExp] Personnel administration, hospital[MH] OR Time management[MH] OR Personnel management[MH] OR Management service organizations[MH] OR "Organization and Administration"[MH:NoExp]</i></p>
Combinaisons de mots clés associés aux variables à l'étude: Autonomie (latitude décisionnelle) Demande psychologique Ambiguïté de rôle Conflits de rôle Surcharge de rôle Étendue effective de pratique Satisfaction professionnelle	<p><i>Role clarit*[TI] OR role overload*[TI] OR overload*[TI] OR role ambiguït*[TI] OR role conflict*[TI] OR role stress*[TI] OR psychological demand*[TI] OR autonom*[TI] OR healthy work*[TI] OR workforce*[TI] OR work[TI] OR profession*[TI] OR career*[TI] OR stress*[TI] OR role[TI] OR roles[TI] OR responsabilit*[TI] OR practice*[TI] OR scope of practice*[TI] OR role enactment*[TI] OR role effectiveness*[TI] OR professional practice*[TI] OR workforce utilization*[TI] OR diary[TI] OR diaries[TI] OR activit*[TI] OR job satisfaction*[TI] OR professional satisfaction*[TI] OR work satisfaction*[TI] Work[MAJR] OR Stress, psychological[MAJR] OR Conflict of interest[MAJR] OR Professional practice[MAJR] OR Institutional practice[MAJR] OR Job satisfaction[MAJR] OR Professional role[MAJR] OR "manpower" [Subheading] Nurse's practice patterns [MH]</i></p>

## **Appendice B**

Activités réservées à l'infirmière

---

### **Loi 90 et 21 : Activités réservées aux infirmières**

- 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
  - 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 traitements qui s'y rattachent
  - 8- Appliquer des techniques invasives
  - 9- Contribuer au suivi de 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 de mesures de contention
  - 15- Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient la formation universitaire et l'expérience clinique en soins psychiatriques déterminées par règlement de l'OIIQ
  - 16- Évaluer un enfant qui n'est pas 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
  - 17- Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et des services sociaux et de la Loi sur les services de santé et des services sociaux pour les autochtones cris
-

## **Appendice C**

Fonctions et responsabilités propres aux infirmières cliniciennes et aux infirmières au Québec,  
telles que définies par le MSSS

---

Infirmière

- Évalue l'état de santé.
- Détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers.
- Prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux.
- Planifie, dispense et évalue l'enseignement aux usagers, à leurs proches.
- Participe à la recherche.

Infirmière clinicienne

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

## **Appendice D**

Calcul de la taille de l'échantillon minimum requis et tableau récapitulatif des deux séries de régressions linéaires multivariées

Selon Tabachnick et Fidell (2001), la taille de l'échantillon se calcule suivant la formule suivante :  $N$  est supérieur ou égal à  $104+m$  où  $m$  est égal au nombre de variables incluses dans le modèle d'analyse. Dans le projet de recherche actuel, le plus haut niveau de variables à agir simultanément dans un même modèle d'analyse s'élève à 41 (Régression #1). Ceci correspond à un échantillon minimum requis de 145 ( $N=104+41=145$ ).

<b>Régressions séquentielles multivariées</b>		<b>Bloc 1 (ENTRÉE)</b>	<b>Bloc 2 (ENTRÉE)</b>	<b>Bloc 3 (PAS À PAS)</b>
	Variable dépendante	Variables indépendantes	Variables indépendantes	Variables « d'interaction »
		Caractéristiques du travail	Caractéristiques individuelles	
		<b>5 variables</b>	<b>6 variables</b>	<b>30 variables</b>
Régression #1 41 variables	Étendue effective de la pratique infirmière	-Autonomie -Demande psychologique -Ambiguïté de rôle -Conflits de rôle -Surcharge de rôle	-Âge (2) : 3 groupes, mais deux variables indicatrices -Expérience infirmière -Niveau de formation -Besoin de croissance (2) : deux échelles distinctes	créées en multipliant les caractéristiques du travail (5) par les caractéristiques individuelles (6)
		Étendue effective de la pratique infirmière	Caractéristiques individuelles	
		<b>1 variable</b>	<b>6 variables</b>	<b>6 variables</b>
Régression #2 13 variables	Satisfaction professionnelle	Étendue effective de la pratique infirmière	-Âge (2) : 3 groupes, mais deux variables indicatrices -Expérience infirmière -Niveau de formation -Besoin de croissance (2) : deux échelles distinctes	créées en multipliant l'étendue effective de la pratique infirmière (1) par les caractéristiques individuelles (6)

## **Appendice E**

Répartition des activités de soins du QÉPI par dimensions et par niveaux

<b>Dimensions</b>	<b>Activités complexes</b>	<b>Niveaux</b>
<b>Évaluation et planification des soins</b>	J'évalue la condition physique et mentale du client en considérant les dimensions biopsychosociales	<b>1</b>
	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	<b>2</b>
	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	<b>3</b>
<b>Enseignement à la clientèle et aux familles</b>	J'évalue les besoins spécifiques d'information et d'enseignement propres à chaque client et à sa famille	<b>1</b>
	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	<b>2</b>
	Je vérifie la qualité de l'enseignement dispensé à l'unité	
<b>Communication et coordination des soins</b>	Je communique aux membres de l'équipe toute information pertinente susceptible d'influencer la coordination des soins	<b>1</b>
	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	<b>2</b>
	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	<b>3</b>
<b>Intégration et encadrement du personnel</b>	Je participe à l'identification des besoins de formation de mon unité	<b>2</b>
	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	<b>3</b>
	Je participe au développement et à la dispensation d'activités de formation à l'équipe de soins, selon mes compétences	

<b>Dimensions</b>	<b>Activités complexes</b>	<b>Niveaux</b>
<b>Optimisation de la qualité et sécurité des soins</b>	Je signale les situations cliniques où je perçois une lacune dans la qualité et la sécurité des soins	<b>1</b>
	Je m'implique dans la mise à jour des pratiques en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins	<b>2</b>
	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	<b>3</b>
	Je participe au développement de la pratique infirmière	
<b>Mise à jour et utilisation des connaissances</b>	Je maintiens à jour mes connaissances	<b>1</b>
	Je bonifie ma pratique en fonction des nouvelles connaissances issues des pratiques exemplaires et des projets de recherche en sciences infirmières ou en santé	<b>2</b>
	Lors d'une modification de la pratique, je partage avec l'équipe de soins infirmiers les connaissances issues de la recherche	<b>3</b>

## **Appendice F**

Tableau récapitulatif des variables à l'étude et des instruments de mesure

	<b>Variabiles</b>	<b>Instruments de mesure</b>
<b>Variabiles Indépendantes</b>	Autonomie (latitude décisionnelle)	-« <i>Job Content Questionnaire</i> » -Karasek (1985) -9 items
	Demande psychologique	-« <i>Job Content Questionnaire</i> » -Karasek (1985) -9 items
	Ambiguïté de rôle	-« <i>Role ambiguity questionnaire</i> » -Rizzo et al. (1970) -8 items
	Conflits de rôle	-« <i>Role conflict questionnaire</i> » -Rizzo et al. (1970) -6 items
	Surcharge de rôle	- Beehr et al. (1976) - Seashore et al. (1983) -6 items
	Besoin de croissance personnelle	-L'échelle du besoin de croissance individuelle du « <i>Job Diagnostic Survey</i> » -Hackman et Oldham (1974) -18 items
	Âge	Données socio-démographiques
	Expérience	Données socio-démographiques
	Niveau de formation	Données socio-démographiques
	<b>Variable Dépendante/ Indépendante</b>	Étendue effective de la pratique infirmière
<b>Variable Dépendante</b>	Satisfaction professionnelle	-« <i>Nurse Job Satisfaction Scale</i> » -version originale: Hinshaw et Atwood (1985) (23 items) -version adaptée à la population québécoise: Roch (2008), (22 items)

## **Appendice G**

Questionnaire sur la demande psychologique et la latitude décisionnelle

Version originale (Karasek, 1985)

Traduction (Brisson et al., 1998; Karasek et al., 1998; Larocque et al., 1998)

**Instructions : Pour chaque énoncé, encrer le chiffre correspondant le mieux à votre pratique quotidienne dans votre unité.**

1	2	3	4
Fortement en désaccord	En désaccord	En accord	Fortement en accord

1. Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles.	1	2	3	4
2. Mon travail exige un niveau élevé de qualifications.	1	2	3	4
3. Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité.	1	2	3	4
4. Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.	1	2	3	4
5. J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.	1	2	3	4
6. Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome.	1	2	3	4
7. Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes.	1	2	3	4
8. J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.	1	2	3	4
9. Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles.	1	2	3	4
10. Mon travail exige d'aller très vite.	1	2	3	4
11. Mon travail exige de travailler très fort mentalement.	1	2	3	4
12. On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail.	1	2	3	4
13. J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail.	1	2	3	4
14. Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres.	1	2	3	4
15. Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes.	1	2	3	4
16. Ma tâche est souvent interrompue avant que je ne l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard.	1	2	3	4
17. Mon travail est très mouvementé.	1	2	3	4
18. Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur.	1	2	3	4

Demande psychologique : le score minimum est 9 et le maximum est 36.  
Plus le score obtenu est élevé, plus la demande psychologique est élevée.  
Latitude décisionnelle : le score minimum est 24 et le maximum est 96.  
Plus le score obtenu est élevé, plus la latitude décisionnelle est élevée.

## **Appendice H**

Permission d'utilisation de l'instrument de mesure de Karasek



One University Ave. Room 200  
Lowell, Massachusetts 01854-5109  
tel: 978-934-3250  
Fax: 978-452-5711  
Web site: <http://www.uml.edu/college/shc/WFE/>

DEPARTMENT OF WORK ENVIRONMENT

November 12, 2009

Johanne Dery  
University of Montreal  
Pavillon Marguerite d-Youville  
Bureau 5086  
2375 chemin de la Cote-Ste-Catherine  
Montreal, Quebec, H3T 1A8, Canada

Dear Ms. Dery:

Thank you for your interest concerning the "Job Content Instrument: Questionnaire and User's Guide." We have received your "ICQ Data Base Form" and your signed permission form.

I hereby send our questionnaire and validation report and research literature as requested. We look forward to supplying you with information that may assist in your research.

You may find more references and information in our book, Robert Karasek and Tores Theorell: Healthy Work, published by Basic Books, 1990.

Sincerely,

Robert A. Karasek, Ph.D.  
Professor, Work Environment

Enclosures: ICQ User's Guide and Questionnaire  
w/Global Economy and new Psychological Strain Scales  
w/Karasek, et al, NIOSH, 1982  
Karasek, et al (1983: U.S., QES 1970's) Validation Report  
Karasek and Theorell (1990) Healthy Work, Appendix 1  
Karasek, Schwartz, Theorell, Final NIOSH Report (1982)  
Kristcussen (1995) Stress Mod.  
Kristensen (1996) J Occ High Psych  
Schnall, Landsbergis, Baker (1994) Journal of Pub. Health  
Kawakami (1996), Industrial Health  
Karasek (1979), Administrative Science Quarterly

Version 1.7 - 2/97 - usage 6052; Section B

*Simplified Form A - Supplémente Sect. IV of Job Content questionnaire User's Guide v 1.1 1985*  
*Sign this form and return it immediately to the ICQ Center*

#### Contract for Use of the Job Content Questionnaire for Research Use

The ICQ instrument, now translated into more than ten languages, is one of the most frequently used instruments in the world for psycho-social job analysis. Return of a copy of the ICQ data is required of medium and larger sized projects (over 100 subjects (see note below\*)). This insures for the ICQ instrument adequate treatment of scale validation issues and attention to scale strengths and weaknesses, specifically: (a) consistency of ICQ scale use; (b) revalidation of the questionnaire scales - including revalidation for important sub-populations; (c) performance of inter-group comparisons between non-representative sub-population; (d) facilitation of understanding of sources of scale covariance variance from demographics, industry, occupational, organizational and community factors; and (e) development of new ICQ scales. Your cooperation can help insure that the ICQ instrument has a long-term future.

User/Study Director: *Johanne Déry, étudiante au doctorat en administration des services infirmiers*  
Study Name: *L'Étendue de pratique des infirmières en pédiatrie: ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle.*

Research Institution: Université de Montréal

Address: Pavillon Marguerite d'Youville, Bureau 5086  
 2375, chemin de la Côte-Ste-Catherine  
 Montréal, Québec H3T 1A8

Permission for use of the Job Content Questionnaire is granted to the Study Director for the above study with the following requirements relating to providing a copy of the data, and payment (for large projects only, as noted).

Section A. Data File: A copy of the ICQ job data and selected ancillary data (not all data) is to be provided to the ICQ Center (see address below) after the data has been collected, cleaned, and used for your preliminary analyses. The file should include the following variable scores:

- a. Subject ID (and location ID if relevant)
- b. All ICQ job content question scores (raw data)
- c. Demographic question scores:  
 Age; Sex; Education; Marital Status; Occupation-usual occupation (the ICQ User's Guide occupation lists (3 digit) give examples of the detailed occupation coding that should be followed); Industry.  
 If collected, the additional information should be included:  
 Children (#at home/ ages); Hours of work per week; Income; Race; Previous occupation.
- d. ICQ psychological strain scales, if used (and not the dependent variable of the study)

#### 1. Data File Labels:

The data file should have the variables labeled with ICQ Question numbers for the raw data (ex. Q23), and scale labels in Section III of the ICQ Users Guide for demographic variables and any scales constructed.

2. Data Format:

The data should be written on standard 3 1/2" floppy disks under IBM MS-DOS/Windows (state software version), on IBM tape (state machine and operating system version), or Apple Macintosh OS (state operating system, application program name, file type, and version number).

3. Codebook:

A codebook giving appropriate variable label information and information on each variable (including missing value codes) is to be provided to the ICQ Center with the data file. Enclose a printout of the first three subject records.

4. Translations:

Translations of the ICQ questions into the languages of the site countries, and back translation of the questions into English (approved by R. Karasek) are to be provided to the ICQ Center. These may be distributed by the ICQ Center in the future to other users under the same conditions as the English version.

\* Study sizes with data copy requirements:

1. U.S. Canada: 100 subjects or over.
2. Europe, Asia, Other Countries: 250 subjects or over; or studies of single occupations of over 100 subjects
3. Commercial use, health service (other service use): Contact ICQ Center.

Section B: Payment Obligations for Large Studies (only)

Payment for ICQ use is made for usage of a psychosocial work characteristic assessment procedure. Payments support standardization, methodological improvements, distribution of information related to methodological effectiveness, and development of an international research project on reliability and standardization of psychosocial job characteristics assessments.

Services and user's obligations are detailed in the ICQ User's Policy.

For projects which are supported by current funding, payment for use of the ICQ is due and payable to the ICQ Center 30 days after receipt of a bill.

Projects which are seeking funding via competitive grant application, will receive permission and the ICQ packet, as in the case of non-paying users (Initial Mailing).

Study directors agree that they will take all necessary steps to see that the financial institution responsible for administering the project: (a) consider the fees as payable as a part of research expense, and (b) agree to pay them upon receipt of project funding (fee schedule from ICQ Usage Fees, from the ICQ Center).

Funding Organization \_\_\_\_\_ Award date \_\_\_\_\_

ICQ usage fees are due and payable to the ICQ Center the beginning of the award of project funding. New project funding requests require new permissions.

## **Appendice I**

Questionnaire sur l'ambiguïté de rôle

Version originale (Rizzo et al., 1970)

Traduction (Lachance et al., 1997)

**Instructions :** À chacun des énoncés suivants, encerclez la réponse qui reflète le plus fidèlement votre pensée.

1	2	3	4	5	6	7
Très faux	Plutôt faux	Faux	Indécis	Vrai	Plutôt vrai	Très vrai

1. Je me sens assuré quant à mon niveau d'autorité.	1	2	3	4	5	6	7
2. Des buts et des objectifs clairs et planifiés existent pour mon travail.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je sais que j'ai bien réparti mon temps.	1	2	3	4	5	6	7
4. Je connais mes responsabilités.	1	2	3	4	5	6	7
5. Je sais exactement ce qu'on attend de moi.	1	2	3	4	5	6	7
6. Les explications sur ce qu'il faut faire sont claires.	1	2	3	4	5	6	7

Ambiguïté de rôle : le score minimum est 1 et le maximum est 7.

Un score élevé témoigne d'une faible ambiguïté de rôle.

## **Appendice J**

Questionnaire sur les conflits de rôle

Version originale (Rizzo et al., 1970)

Traduction (Lachance et al., 1997)

**Instructions** : À chacun des énoncés suivants, **encerclez la réponse qui reflète le plus fidèlement** votre pensée

1	2	3	4	5	6	7
Très faux	Plutôt faux	Faux	Indécis	Vrai	Plutôt vrai	Très vrai

1. Je dois faire des choses qui devraient être faites différemment.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je reçois un mandat sans la main-d'œuvre nécessaire pour l'accomplir.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je dois aller à l'encontre d'un règlement ou d'une politique pour accomplir un travail qu'on m'a confié.	1	2	3	4	5	6	7
4. Je travaille avec deux ou plusieurs équipes qui fonctionnent de manière très différente.	1	2	3	4	5	6	7
5. Je reçois des demandes incompatibles de deux personnes ou plus.	1	2	3	4	5	6	7
6. Je fais des choses qui seront possiblement acceptées par une personne mais pas par les autres.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je reçois un mandat sans les ressources et le matériel nécessaires pour l'exécuter.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je travaille à des choses inutiles.	1	2	3	4	5	6	7

Conflits de rôle : le score minimum est 1 et le maximum est 7.

Plus le score obtenu est élevé, plus les conflits de rôle sont élevés.

## **Appendice K**

Les six items pour évaluer la surcharge de rôle

(Beehr et al., 1976; Seashore et al., 1983)

**Instructions** : À chacun des énoncés suivants, **encerclez la réponse qui reflète le plus fidèlement** votre pensée

1	2	3	4	5	6	7
Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni d'accord, ni en désaccord	Légèrement d'accord	D'accord	Fortement d'accord

1. J'ai suffisamment de temps pour réaliser le travail qu'on attend de moi.	1	2	3	4	5	6	7
2. J'ai souvent l'impression que j'ai trop de travail à faire pour une seule personne.	1	2	3	4	5	6	7
3. Les standards de performance de mon travail sont trop élevés.	1	2	3	4	5	6	7
4. J'ai l'impression de n'avoir jamais assez de temps pour tout faire mon travail.	1	2	3	4	5	6	7
5. J'ai trop de travail à faire pour tout faire correctement.	1	2	3	4	5	6	7
6. La quantité de travail qu'on me demande de faire est raisonnable.	1	2	3	4	5	6	7

Surcharge de rôle : le score minimum est 1 et le maximum est 7.

Plus le score obtenu est élevé, plus la surcharge de rôle est élevée.

## **Appendice L**

L'échelle du besoin de croissance individuelle

Version originale (Hackman et Oldham, 1974)

Traduction (Rancourt, 1984)

Cette échelle contient deux dimensions distinctes

La première contient 6 items et la seconde 12 items

Première dimension (6 items)

**Instructions : Pour la section suivant, veuillez indiquer dans quelle mesure vous aimeriez que ces caractéristiques fassent partie de votre emploi.**

4	7	10
Moyennement (ou peu)	Beaucoup	Énormément

1. Avoir un travail stimulant et comportant des défis.	4	5	6	7	8	9	10
2. Avoir des occasions de faire preuve d'initiative et d'agir librement.	4	5	6	7	8	9	10
3. Avoir l'occasion d'apprendre de nouvelles choses de votre travail.	4	5	6	7	8	9	10
4. Avoir des occasions de faire preuve d'imagination et de créativité dans votre travail.	4	5	6	7	8	9	10
5. Avoir des possibilités de croissance personnelle dans votre travail.	4	5	6	7	8	9	10
6. Avoir le sentiment d'accomplir un travail valable.	4	5	6	7	8	9	10

Besoin de croissance (dimension 1) : le score minimum est 1 et le maximum est 7.

Plus le score obtenu est élevé, plus le besoin de croissance est élevé.

Seconde dimension (12 items)

**Instructions** : Les préférences en matière d'emploi varient d'un individu à l'autre. Cette section du questionnaire vous propose toujours le choix entre deux emplois possédant des caractéristiques différentes. Vous devez identifier les caractéristiques qui sont les plus importantes pour vous. En répondant à la question, vous devez assumer que les deux poste qui vous sont offerts sont identiques sauf pour les deux caractéristiques qui vous sont proposées.

<b>1.</b>		<b>Poste A</b> Un poste très bien rémunéré			<b>Poste B</b> Un poste offrant souvent l'occasion de se montrer créateur et novateur	
1	2	3	4	5		
Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B		
<b>2.</b>		<b>Poste A</b> Un poste où vous devez souvent prendre d'importantes décisions			<b>Poste B</b> Un poste qui vous permet de travailler avec beaucoup de gens très agréables	
1	2	3	4	5		
Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B		
<b>3.</b>		<b>Poste A</b> Un poste où l'on confierait les plus grandes responsabilités à ceux qui font le meilleur travail			<b>Poste B</b> Un poste où l'on confierait les plus grandes responsabilités aux employés loyaux qui ont le plus d'ancienneté	
1	2	3	4	5		
Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B		

<b>4.</b>		<b>Poste A</b> Un poste dans une entreprise éprouvant des difficultés financières, qui risquerait de fermer ses portes pendant l'année		<b>Poste B</b> Un poste où vous ne pourriez rien dire quant à vos horaires ni quant à l'organisation de votre travail	
1	2	3	4	5	
Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B	
<b>5.</b>		<b>Poste A</b> Un poste très routinier		<b>Poste B</b> Un poste où vos collègues ne seraient pas très aimables	
1	2	3	4	5	
Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B	
<b>6.</b>		<b>Poste A</b> Un poste où un supérieur se montre souvent très critique envers vous et votre travail en présence d'autres personnes		<b>Poste B</b> Un poste qui ne vous permet pas d'utiliser des compétences que vous avez acquises au prix d'un dur labeur	
1	2	3	4	5	
Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B	
<b>7.</b>		<b>Poste A</b> Un poste où votre surveillant vous estime et vous traite de juste façon		<b>Poste B</b> Un poste qui vous donne sans cesse l'opportunité d'apprendre des choses nouvelles et intéressantes	
1	2	3	4	5	
Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B	

<b>8.</b>		<b>Poste A</b> Un poste où vous risquez vraiment d'être congédié		<b>Poste B</b> Un poste qui comporte très peu de défis	
1	2	3	4	5	
Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B	
<b>9.</b>		<b>Poste A</b> Un poste qui offre de réelles possibilités d'acquérir de nouvelles compétences et de monter dans la hiérarchie de l'entreprise		<b>Poste B</b> Un poste assorti de nombreux congés et avantages sociaux	
1	2	3	4	5	
Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B	
<b>10.</b>		<b>Poste A</b> Un poste où l'on vous laisserait que peu de liberté et de latitude pour organiser votre travail à votre guise		<b>Poste B</b> Un poste dans lequel les conditions de travail sont mauvaises	
1	2	3	4	5	
Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B	
<b>11.</b>		<b>Poste A</b> Un poste où se fait un très bon travail d'équipe		<b>Poste B</b> Un poste qui vous permet d'utiliser vos compétences et vos capacités au maximum	
1	2	3	4	5	
Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B	

<b>12.</b>		<b>Poste A</b>			<b>Poste B</b>	
		Un poste qui dans le meilleur des cas ne pose que peu de défis			Un poste où vous devez travailler isolé de vos collègues	
	1	2	3	4	5	
	Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B	

Besoin de croissance (dimension 2) : le score minimum est 1 et le maximum est 5.

Plus le score obtenu est élevé, plus le besoin de croissance est élevé.

## **Appendice M**

Section « données sociodémographiques » du questionnaire

## SECTION 1 : DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

**Instructions : Complétez les champs suivants.**

**19. Secteur d'activités** (veuillez cocher l'unité où vous travaillez le plus souvent)

Mère-enfant :  Unités mère-enfant  Unité des naissances

Multi-Spécialité /Maladies infectieuses :

Hémato-oncologie :

Néonatalogie :

Soins-Intensifs :

**20. Quel est votre âge :**  ans

**21. Êtes-vous à l'emploi du centre hospitalier, en tant qu'infirmière, depuis au moins 6 mois ?**

oui  non

**22. Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière :**  ans

**23. Nombre d'années d'expérience dans votre unité actuelle :**  ans

**24. Veuillez cocher la case qui correspond au quart de travail où vous êtes le plus souvent affectée :**

quart de 8 heures →  jour  soir  nuit

quart de 12 heures →  jour  nuit  rotation

**25. Quel est votre niveau de formation le plus élevé? Cocher une seule case :**

- DEC en soins infirmiers complété
- Programme DEC-BAC en cours
- Programme DEC-BAC complété
- Baccalauréat en sciences infirmières en cours
- Baccalauréat en sciences infirmières complété
- Autres formations universitaires de cycle supérieur en cours
- Autres formations universitaires de cycle supérieur complétées

**26. Statut d'emploi actuel :**  Temporaire  Permanent

**27. Type d'emploi :**

Temps plein  Temps partiel régulier  Temps partiel occasionnel

**28. Poste actuellement occupé :**

Infirmière  Infirmière clinicienne  Autre poste

**29. Prévoyez-vous quitter votre emploi actuel prochainement ?**

Oui, d'ici six mois.  Oui, d'ici un an.  Non

**Appendice N**

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

(D'Amour et al., 2012)

**Instructions :** Pour chaque énoncé, encerclez le chiffre correspondant le mieux à votre pratique quotidienne dans votre unité.

Si **pour une raison ou une autre**, un énoncé **ne s'applique pas** à votre situation, **encerclez le chiffre 1** signifiant «Jamais».

1	2	3	4	5	6
Jamais	Très rarement	Parfois	Fréquemment	Presque toujours	Toujours

1. Je suscite l'implication du client <u>et</u> de sa famille dans la planification des soins.	1	2	3	4	5	6
2. Pour planifier mes interventions, j'utilise des outils d'évaluation de problèmes de soins (ex. : échelle d'évaluation de la douleur, outil d'évaluation des plaies, outil d'évaluation pour les contentions).	1	2	3	4	5	6
3. Je participe au développement de la pratique infirmière (ex. : révision de protocoles de soins, projets divers).	1	2	3	4	5	6
4. Je maintiens à jour mes connaissances (ex. : lectures, activités scientifiques).	1	2	3	4	5	6
5. J'emploie des stratégies d'enseignement adaptées à chaque client et à sa famille, en fonction du degré d'autonomie du client.	1	2	3	4	5	6
6. J'agis à titre de mentor ou de monitrice auprès du personnel nouvellement recruté.	1	2	3	4	5	6
7. Je signale les situations cliniques où je perçois une lacune dans la qualité et la sécurité des soins.	1	2	3	4	5	6
8. Je participe aux réunions ou des activités de l'équipe interprofessionnelle (médecin, physiothérapeute, nutritionniste, etc.)	1	2	3	4	5	6
9. Je participe à l'orientation et à l'encadrement des stagiaires <u>ou</u> du personnel nouvellement recruté.	1	2	3	4	5	6
10. J'évalue les besoins spécifiques d'information et d'enseignement propres à chaque client <u>et</u> à sa famille.	1	2	3	4	5	6

11. Je participe à la conception, à l'application et à la mise à jour des programmes de soins (ex. : un suivi systématique de clientèle, des plans de soins standardisés, un suivi intégré).	1	2	3	4	5	6
12. Je coordonne le travail de l'équipe de soins infirmiers (infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires) pour répondre aux besoins du client et de sa famille.	1	2	3	4	5	6
13. Lors d'une modification de pratique, je partage avec l'équipe de soins infirmiers les connaissances issues de la recherche.	1	2	3	4	5	6
14. Je participe au développement et à la dispensation d'activités de formation à l'équipe de soins, selon mes compétences.	1	2	3	4	5	6
15. Afin d'assurer la continuité des soins, je coordonne les interventions de l'équipe interprofessionnelle au sein de l'établissement (médecin, physiothérapeute, etc.)	1	2	3	4	5	6
16. Je communique aux membres de l'équipe toute information pertinente susceptible d'influencer la coordination des soins.	1	2	3	4	5	6
17. Je valide la compréhension du client <u>et</u> de sa famille par rapport à l'enseignement reçu.	1	2	3	4	5	6
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.	1	2	3	4	5	6
19. Je propose des approches ou stratégies pour améliorer la qualité et la sécurité des soins lorsque j'identifie des lacunes.	1	2	3	4	5	6
20. Je participe à l'identification des besoins de formation de mon unité.	1	2	3	4	5	6
21. Je mets à jour systématiquement, <u>par écrit</u> , les informations sur la condition du client et sur les soins dispensés (notes de l'infirmière, plan thérapeutique infirmier, etc.)	1	2	3	4	5	6
22. Je vérifie la qualité de l'enseignement dispensé à l'unité.	1	2	3	4	5	6
23. Je participe à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins (utilisation d'outils ou de systèmes d'évaluation de la qualité des soins, questionnaire de satisfaction, etc.)	1	2	3	4	5	6
24. Je communique toutes les informations pertinentes aux professionnels d'autres établissements en vue d'assurer la continuité des soins.	1	2	3	4	5	6

25. J'évalue la condition physique et mentale du client en considérant les dimensions biopsychosociales.	1	2	3	4	5	6
26. Je m'implique dans la mise à jour des pratiques en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.	1	2	3	4	5	6

Étendue effective de la pratique infirmière : le score minimum est 1 et le maximum est 6.

Plus le score est élevé, plus il témoigne d'une vaste étendue effective de la pratique infirmière.

## **Appendice O**

Questionnaire de satisfaction professionnelle

Version originale (Hinshaw et Atwood, 1985)

Traduction (Roch, 2008)

**Instructions :** Sur la ligne ici-bas, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre niveau de satisfaction professionnelle au travail.

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5

Pas du tout satisfaite

Extrêmement satisfaite

**Instructions :** Pour chacun des énoncés de cette section, encerclez le chiffre correspondant à votre niveau d'accord ou de désaccord.

Légende (questions 13 à 34)				
1	2	3	4	5
Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	En accord	Fortement en accord

1. Je considère que mon travail est plutôt déplaisant.	1	2	3	4	5
2. En général, j'ai assez de temps pour dispenser des soins de qualité aux patients.	1	2	3	4	5
3. J'ai plus de plaisir dans mon travail que dans mon temps libre.	1	2	3	4	5
4. À de nombreuses occasions, j'ai dû faire du temps supplémentaire pour terminer mes tâches administratives.	1	2	3	4	5
5. À de nombreuses occasions, j'ai le sentiment d'être poussée dans le dos parce que je n'ai pas le temps de faire tout ce que je souhaite.	1	2	3	4	5
6. Je suis assez satisfait de mon emploi actuel.	1	2	3	4	5
7. Je ne suis pas satisfait du niveau de soins individualisés que je donne actuellement.	1	2	3	4	5
8. La plupart du temps, je dois me forcer à aller au travail.	1	2	3	4	5
9. Dans les circonstances actuelles, il est difficile de dispenser des soins de haute qualité.	1	2	3	4	5

10. Pour le moment, je suis satisfait de mon travail.	1	2	3	4	5
11. Je n'aime absolument pas mon travail.	1	2	3	4	5
12. J'ai le sentiment d'être plus heureux que la plupart des gens.	1	2	3	4	5
13. La plupart du temps, je suis satisfait des soins que je donne au patient.	1	2	3	4	5
14. En général, je suis enthousiasmé par mon travail.	1	2	3	4	5
15. Il m'est difficile de donner des soins qui répondent à mes critères de qualité	1	2	3	4	5
16. J'aime davantage mon emploi que la plupart des travailleurs.	1	2	3	4	5
17. J'éprouve un véritable plaisir à faire mon travail.	1	2	3	4	5
18. Je regrette d'avoir choisi cet emploi.	1	2	3	4	5
19. Il y a certains aspects de mon travail qui pourraient être améliorés.	1	2	3	4	5
20. J'ai le sentiment d'avoir assez de temps pour effectuer les tâches administratives sans négliger les soins aux patients.	1	2	3	4	5
17. Je suis satisfait des soins techniques que je donne.	1	2	3	4	5
18. Je parviens à assurer le confort de mes patients.	1	2	3	4	5

Satisfaction professionnelle : le score minimum est 1 et le maximum est 5.

Plus le score est élevé, plus il témoigne d'une satisfaction professionnelle élevée.

**Appendice P**

Permission d'utilisation du « *Nurse Job Satisfaction Scale* »

Hinshaw et Atwood (1985)

**De:**

**Date:** mar. 2009-11-10 11:25

**À:** Déry Johanne

**Objet :** Re: NJSS permission

Dear Doctoral Student Dery,

Your research with pediatric nurses sounds most interesting. What good news that our Nursing Job Satisfaction Scale might be useful in that endeavor. I am sorry there has been difficulty getting a response from Dean Hinshaw. Of course, you are more than welcome to use the scale, with a permission letter to accompany. It seems you already have access to the French version, with the Roch (2008) citation below. However, if you would like the English version, with its scoring key, reference citations, validity and reliability, please let me know. I will be glad to provide it. Having the English version could strengthen your assurance of the nature of the translation, since you are fluent in both English and French. The original English version can provide insight when the scale works a little differently with an alternate language population.

As you may know, we also have scales assessing job stress, work satisfaction, group cohesion, and control over nursing practice and anticipated turnover. They, too, have their scoring keys, reference citations, validity and reliability information. If any of those variables fit into your doctoral theoretical framework, please let me know which/all you would like to receive. Also, please let me know if fax or email files are preferred. I greatly appreciate your contacting us ahead of time, in terms of data collection, so we have the opportunity to assure complete transmission of all needed materials.

In addition, it would be fine to receive the full citation for the Roch (2008) article, so I might access it readily, as well.

Sincerely,

Jan R. Atwood, PhD, RN, FAAN  
Adjunct Prof., U of AZ College of Nursing  
and  
Professor Emerita, College of Nursing & C. of Public Health  
University of Nebraska Medical Center  
2331 E. Nasturtium St.  
Tucson, AZ 85755

**From:** "Jan R. Atwood"  
**Sent:** Friday, July 5, 2013 1:02:35 PM  
**Subject:** Fw: TR : NJSS permission Atwood

Dear Student Dery,

Congratulations on the near completion of your thesis. I apologize if we have not finished the permission process for the "NJSS" tool.

If all you need is permission to use, Dr. Hinshaw would be pleased for you to use the Scale in your work. (This email constitutes our permission.)

If you also wish to have scales, please confirm it is the Nursing Job Satisfaction Scale you are seeking. Are you interested in the Work Satisfaction tool, as well? The email or fax which will come to you would contain in each case: the tool, its validity and reliability from our work, copyright citation to use when citing or using the tool and other literature references. We suggest you confirm the validity and reliability with the Scale(s) as our work was done some time ago and with a U.S. population.

If you wish any of the above, please let me know whether email is sufficient or you would prefer a fax. If the latter, please confirm a fax number with country code.

All the best with your work,

Jan R. Atwood, PhD, RN, FAAN  
Professor Emerita, University of Nebraska Medical Center  
Colleges of Nursing and Public Health, and  
Adjunct Professor, University of Arizona  
College of Nursing

## **Appendice Q**

Permission d'utilisation de la version francophone du « *Nurse Job Satisfaction Scale* » de  
Roch (2008)

8 juillet 2013

Mme Johanne Déry, Inf. Ph. D. (Cand.)

Montréal, QC, H3T 1C5  
Direction des soins infirmiers,

Bonjour Madame Déry,

Merci de l'intérêt que vous portez à l'instrument de mesure sur la satisfaction professionnelle au travail des infirmières, issu de la version originale du *Nursing Job Satisfaction scale* (NJS) que j'ai traduit et adapté en langue française. Des analyses de validation ont aussi été effectuées auprès d'une population d'infirmières exerçant en contexte hospitalier québécois. Les résultats de ces analyses peuvent être consultés à même les références suivantes:

Roch, G. (2008). *Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal. URL : <http://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/>

Roch, G., & Dubois, C.-A. (2011). La satisfaction professionnelle des infirmières : du concept à la validation d'une mesure en contexte hospitalier francophone. *Acte de colloque de l'Association des sciences administratives du Canada*, 32, Montréal, Québec. URL : <http://www.asac.ca/files/vol-32,-2011/Healthcare%20Mgmt.pdf>

Il me fait plaisir de vous autoriser à utiliser cette version francophone du NJS dans le cadre de votre thèse. Détenant déjà une autorisation du Dre Asa Sue Hinshaw permettant le partage de cette version, il n'est pas requis d'effectuer de démarche supplémentaire. Je vous serais toutefois reconnaissante de nous tenir informées des résultats des travaux que vous aurez réalisés avec la version francophone du NJS.

Cordialement,

Geneviève Roch, Inf. Ph. D.  
Professeure agrégée  
Chercheure au centre de recherche du CHU de Québec, Pavillon HSFA  
Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé

## **Appendice R**

Lettre de présentation envoyée à toutes les infirmières répondant aux critères de sélection  
dans chacun des secteurs d'activités à l'étude

## **L'étendue de la pratique des infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle.**

Chère collègue infirmière,  
Cher collègue infirmier,

Dans quelques jours, je vais solliciter votre participation à un projet de recherche que je conduis dans le cadre de mes études au doctorat en administration des services infirmiers à l'Université de Montréal. Seulement quelques minutes de votre temps seront nécessaires pour compléter le questionnaire qui vous sera directement acheminé sur votre unité de travail. Un **montant forfaitaire de 25 \$** vous sera remis si vous déposez votre questionnaire dûment rempli avant la date limite indiquée sur la lettre accompagnant le questionnaire.

Préoccupée par la réalité de la pratique actuelle des infirmières en pédiatrie, je fais appel à vous pour tenter de mieux comprendre les facteurs qui limitent l'exercice de vos fonctions et responsabilités. Ce projet, par l'intérêt qu'il porte à  votre pratique, votre perception  des caractéristiques du travail de même qu'à  votre niveau de satisfaction professionnelle  permettra de dresser le portrait réel de votre situation en tant qu'infirmier/infirmière dans ce secteur d'activité en particulier. Vos réponses permettront d'élaborer de nouvelles stratégies visant l'amélioration de vos conditions de pratique et de votre satisfaction professionnelle.

Votre participation demeure entièrement volontaire et anonyme. Pour toutes

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration.

Johanne Déry, inf. Ph.D. (candidate)  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal,  
Boursière du Centre FERASI et du MELS

## **Appendice S**

Lettre d'explications accompagnant le questionnaire distribué aux infirmières répondant aux critères de sélection dans chacun des secteurs d'activités à l'étude

## QUESTIONNAIRE

**Projet intitulé : « L'étendue de la pratique des infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle ».**

Chère collègue infirmière,  
Cher collègue infirmier,

Je m'adresse à vous dans le but de solliciter votre participation à mon projet de recherche, lequel est réalisé sous la direction de Mme Danielle D'Amour (PhD) et la codirection de M. Régis Blais (PhD). Cette étude s'inscrit dans le cadre de ma formation au doctorat en sciences infirmières (option administration des services infirmiers) à l'Université de Montréal. Le projet de recherche s'intéresse à la réalité actuelle de  votre pratique, à  votre perception des caractéristiques du travail de même qu'à  votre niveau de satisfaction professionnelle. Parce que cette étude vous cible directement, vous les infirmiers et infirmières qui travaillez auprès des enfants et de leur famille, votre collaboration est indispensable.

Pour participer à cette étude, vous devez être à l'emploi du \_\_\_\_\_ depuis au moins 6 mois, détenir un poste d'infirmière (technicienne ou clinicienne), ne pas détenir un poste d'assistante-infirmière chef, ne pas faire partie de l'équipe volante. Si vous acceptez de faire partie de ce projet de recherche, environ 40 minutes de votre temps seront nécessaires pour compléter le formulaire. Assurez-vous de lire attentivement les instructions spécifiques à chacune des sections du questionnaire. N'hésitez pas à me contacter si vous avez besoin d'aide. Il est très important que vos réponses reflètent votre  pratique réelle, non pas celle que vous souhaitez, ni celle qui est attendue de la part de votre employeur.

Je vous invite donc à compléter le questionnaire ci-joint et à le retourner dans la boîte « questionnaires » prévue à cette fin sur votre unité. Au moment de déposer le questionnaire dûment rempli, vous devez également déposer la carte postale dans l'autre boîte « cartes » prévue à cet effet. Afin de préserver l'anonymat de vos réponses, vous n'inscrivez pas votre nom sur le questionnaire. Assurez-vous cependant de bien compléter la carte de dépôt afin que vous puissiez être rémunéré(e). La remise du questionnaire et de la carte doivent se faire au plus tard lundi le 26 avril 2010 pour que le **montant forfaitaire de 25 \$** vous soit remis.

Le fait de retourner votre questionnaire complété indique que vous consentez volontairement et librement à collaborer à cette étude. Votre contribution est de première importance à l'obtention de résultats qui permettront de mieux comprendre la réalité votre pratique infirmière actuelle. Ainsi, il sera possible d'émettre certaines recommandations visant l'amélioration de votre satisfaction professionnelle.

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration.

Johanne Déry, inf. Ph.D. (candidate)  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal,  
Boursière du Centre FERASI et du MELS

## **Appendice T**

Carte de dépôt



**Projet intitulé : « L'étendue de la pratique des infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle ».**

**CARTE DE DÉPÔT**

**\*\*\*L'anonymat des informations contenues dans le questionnaire est assuré. Les coordonnées personnelles inscrites sur cette carte sont utilisées dans le seul but de vous verser le montant forfaitaire de 25 \$.\*\*\***



**Veillez, svp, déposer cette carte dans la boîte « cartes » au même moment où vous déposerez le questionnaire dans la boîte « questionnaires ».**

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

SECTEUR D'ACTIVITÉ (UNITÉ) : \_\_\_\_\_

NUMÉRO EMPLOYÉ : \_\_\_\_\_

**MERCI BEAUCOUP DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION**

### **Appendice U**

Carte de remerciement/rappel envoyée à toutes les infirmières sollicitées, une semaine après  
l'envoi du questionnaire

**Projet intitulé : « L'étendue de la pratique des infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle ».**

CARTE DE REMERCIEMENT/ RAPPEL

1 avril 2010

La semaine dernière, vous avez reçu un questionnaire à compléter. Je tiens à vous mentionner combien votre participation à mon projet de recherche est indispensable à l'obtention de résultats qui reflètent réellement votre pratique actuelle.

Si vous avez déjà retourné le document, je tiens sincèrement à vous remercier. Si vous n'avez toutefois pas encore complété le questionnaire, je vous invite à le faire dès que vous en aurez l'occasion.

Merci de l'intérêt que vous portez à mon projet, lequel vise essentiellement à améliorer les conditions de pratique de la profession infirmière en contexte pédiatrique.

N'hésitez pas à me contacter pour toutes informations.

Johanne Déry, inf. Ph.D. (candidate)  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Boursière du Centre FERASI et de MELS

## **Appendice V**

Carte de rappel envoyée aux infirmières qui n'ont pas répondu au questionnaire deux semaines après la date de l'envoi initial

**Projet intitulé : « L'étendue de la pratique des infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle ».**

RAPPEL FINAL

14 avril 2010

Il y a quelques temps, vous avez été invité(e) à compléter un questionnaire. À ce jour, je ne l'ai toujours pas reçu. Je tiens à vous rappeler à quel point votre contribution est essentielle à mon projet. Dans l'éventualité où vous n'auriez plus en votre possession le questionnaire, je joins à cette carte de rappel un nouveau document qu'il vous suffira de compléter puis de déposer à l'endroit approprié sur votre unité de travail.

N'oubliez pas que pour que les résultats issus de cette recherche soient à l'image de votre réalité de pratique infirmière en pédiatrie, votre contribution est indispensable.

Merci de m'accorder quelques minutes de votre temps. Je demeure à votre entière disponibilité pour toutes informations.

Johanne Déry, inf. Ph.D. (candidate)  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal  
Boursière du Centre FERASI et de MELS

## **Appendice W**

Tableau récapitulatif des six étapes de l'analyse des données

Objectifs	Détails des analyses								
1 S'assurer de la cohérence interne du questionnaire	L'alpha de Cronbach de chacune des échelles de mesure utilisées dans le questionnaire sera calculé et comparé aux écrits.								
2 Décrire l'échantillon	Statistiques descriptives de chacune des variables à l'étude - Variables continues : Moyenne, écart-type, minimum et maximum - Variables catégorielles : Effectifs et fréquences								
3 Identifier les associations univariées entre les variables à l'étude	Variables continues : corrélations de Pearson Variables catégorielles : tests de t de Student comparaisons multiples des variables catégorielles : ANOVA et test du Khi-2.								
4- Expliquer la variabilité 5 de l'étendue effective de la pratique infirmière et de la satisfaction professionnelle en supposant un effet additif et modérateur des caractéristiques individuelles.	Deux séries de régressions séquentielles linéaires ont été réalisées. Un terme d'interaction significatif dans l'un ou l'autre des modèles nous permettra de vérifier l'effet modérateur des différentes combinaisons de variables. L'analyse des effets modérateurs sera réalisée conformément à l'approche de Baron et Kenny (1986).								
6 Vérifier les effets de médiation à l'aide des effets indirects	Utilisation des intervalles de confiance et des valeurs p Bootstrap Évaluation de la qualité de l'ajustement du modèle en prenant appui sur les indices suivant :								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="623 1203 954 1234">Indices</th> <th data-bbox="954 1203 1421 1234">Seuils</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="623 1234 954 1346">le ratio <math>\chi^2/dl</math></td> <td data-bbox="954 1234 1421 1346">= 1.0 (Bonne concordance) Entre 2 et 5 (concordance acceptable)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="623 1346 954 1528">RMSEA permet de déterminer le degré de concordance du modèle par rapport aux données recueillies</td> <td data-bbox="954 1346 1421 1528">≤ 0,05 (concordance acceptable) Entre 0,08 and 0,10 (concordance médiocre)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="623 1528 954 1717">CFI Permet de comparer notre modèle au modèle d'indépendance complète</td> <td data-bbox="954 1528 1421 1717">≥ 0.95 (concordance acceptable)</td> </tr> </tbody> </table>	Indices	Seuils	le ratio $\chi^2/dl$	= 1.0 (Bonne concordance) Entre 2 et 5 (concordance acceptable)	RMSEA permet de déterminer le degré de concordance du modèle par rapport aux données recueillies	≤ 0,05 (concordance acceptable) Entre 0,08 and 0,10 (concordance médiocre)	CFI Permet de comparer notre modèle au modèle d'indépendance complète	≥ 0.95 (concordance acceptable)
Indices	Seuils								
le ratio $\chi^2/dl$	= 1.0 (Bonne concordance) Entre 2 et 5 (concordance acceptable)								
RMSEA permet de déterminer le degré de concordance du modèle par rapport aux données recueillies	≤ 0,05 (concordance acceptable) Entre 0,08 and 0,10 (concordance médiocre)								
CFI Permet de comparer notre modèle au modèle d'indépendance complète	≥ 0.95 (concordance acceptable)								
	Tiré de Hopper et al., 2008 (p.58) et de Clayton Pett (2008) (p.287) *Lorsque deux seuils acceptables sont rapportés pour un même indicateur, le plus exigeant des deux est ici rapporté								

## **Appendice X**

Certificat du comité d'éthique de la recherche

Le 29 janvier 2010

Mme  
Soins intensifs  
Étage 8 Bloc 9

**OBJET:** Titre du projet: L'étendue de la pratique des infirmières en pédiatrie: ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle

No. de dossier: 3045

Responsables du projet: chercheur responsable au CHU  
Chercheur principal: Johanne Déry. Collabrateurs Danielle D'Amour et Régis Blais

Madame,

Votre projet cité en rubrique a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en date d'aujourd'hui. Vous trouverez ci-joint la lettre d'approbation du Comité, la liste des documents approuvés ainsi que votre formulaire d'information et de consentement estampillé dont nous vous prions de vous servir d'une copie pour distribution.

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réexaminés annuellement et la durée de l'approbation de votre projet sera effective jusqu'au 29 janvier 2011. Notez qu'il est de votre responsabilité de soumettre une demande au comité pour que votre projet soit renouvelé avant la date d'expiration mentionnée. Il est également de votre responsabilité d'aviser le comité dans les plus brefs délais de toute modification au projet ainsi que de tout effet secondaire survenu dans le cadre de la présente étude.

Nous vous souhaitons bonne chance dans la réalisation de votre projet et vous prions de recevoir nos meilleures salutations.

Président du Comité d'éthique de la recherche

## Liste des documents approuvés par le CÉR

---

Titre du projet:

L'étendue de la pratique des infirmières en pédiatrie: ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle

No. de dossier: 3045

Date d'approbation : vendredi 29 janvier 2010

Responsables du projet:

au \_\_\_\_\_ chercheur responsable  
Chercheur principal: Johanne Déry. Collabrateurs  
Danielle D'Amour et Régis Blais

Liste:

Comité d'éthique  
de la recherche

- Protocole de recherche daté du 1 Octobre 2009
- Lettre de sollicitation
- Lettre explicative jointe au questionnaire
- Questionnaire
- Cartes de rappels
- Carte de dépôt