

Université de Montréal

L'étendue effective de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale et le niveau de
formation

Par

Martine Lafleur

Faculté des Sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières, option administration des services infirmiers

Avril, 2016

© Martine Lafleur, 2016

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'étendue effective de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale et le niveau de formation

Présenté par :

Martine Lafleur

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Arnaud Duhoux, Président-rapporteur

Caroline Larue, Membre du Jury

Danielle D'Amour, Directrice de recherche

Johanne Déry, Co-directrice de recherche

Résumé

L'importance du rôle de l'infirmière dans le système de santé autant au niveau de l'accessibilité que la qualité et la sécurité des soins et services donnés à la population est reconnue. Pour être en mesure d'exercer pleinement ce rôle, les infirmières doivent être en mesure d'exercer à leur pleine étendue de pratique. Les infirmières œuvrant dans le domaine de la santé mentale n'y font pas exception. Or, les recherches démontrent que les infirmières ne parviennent pas à mettre en œuvre l'ensemble des activités pour lesquelles elles détiennent la formation et l'expérience. Cette recherche vise à mesurer l'étendue de pratique effective des infirmières œuvrant en santé mentale ainsi qu'à identifier l'influence du niveau de formation sur cette étendue de pratique. Cette étude prend appui sur le SCOP model de Déry et al. (2015) qui mentionne que certaines caractéristiques de l'environnement et individuelles, telles que le niveau de formation, peuvent influencer l'étendue effective de la pratique des infirmières. Le déploiement de cette étendue de pratique a le potentiel d'influencer à son tour la satisfaction professionnelle des infirmières (Déry et al., 2013), la qualité des soins aux patients ainsi que d'autres variables organisationnelles telles que l'accessibilité, les durées moyennes de séjours et les coûts. Un devis corrélationnel descriptif a été retenu pour cette étude. Un questionnaire de type Likert a été complété par les infirmières (n=80) d'un Institut universitaire en santé mentale du Québec. Des analyses de la variance ont été utilisées pour comparer les moyennes d'étendue de pratique selon les niveaux de formation. Les résultats démontrent un déploiement sous-optimal de l'étendue de la pratique des infirmières (4,24/6; E.T.= 0,63). Cette étendue de pratique est tout de même supérieure à l'étendue de pratique des infirmières d'autres milieux qui a été mesurée à l'aide du questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière (QÉPI). Les analyses effectuées concernant l'influence du niveau de formation sur l'étendue de pratique n'ont révélées aucune différence significative entre les niveaux de formation $F(3, 77) = 0,707, p = 0,551$.

Le niveau de formation des infirmières, la présence d'un biais de représentation, le manque de puissance statistique et certaines caractéristiques de l'emploi peuvent expliquer ces résultats. Les résultats de cette étude semblent constituer une recherche empirique initiale puisqu'il s'agit à ce jour de l'unique recherche à avoir mesuré l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale à l'aide du QÉPI et à avoir tenté de connaître l'influence que pouvait avoir le niveau de formation sur l'étendue de leur pratique.

Mots clés : Étendue de pratique ; Pratique en soins infirmiers ; Champ de pratique des infirmières ; Administration des soins infirmiers ; Santé mentale ; Psychiatrie ; Niveau de formation ; infirmières bachelières ; Baccalauréat ; Infirmières maîtrise.

Abstract

The importance of nursing in the health care system, both in terms of accessibility and quality and safety of patient care is well documented. In order to be able to fully exercise their role, nurses must be able to accomplish their full scope of practice. This applies to all nurses, including mental health nurses. However, research shows that nurses are unable to implement all the activities for which they have the training and experience. The aim of this study is to measure the actual scope of mental health nursing practice and to identify the influence of the level of training on this scope of practice. This study is based on the SCOP Model, from Déry et al. (2015), which states that certain job and individual characteristics, such as the level of training, can determine the actual nursing scope of practice. The deployment of this scope of practice can potentially influence professional satisfaction, quality of care and organizational factors such as accessibility, average lengths of stays and costs (Déry et al. 2015). A descriptive correlational design was used for this study. A questionnaire using a Likert scale was completed by nurses ($n = 80$) from a Quebec mental health Institute. Analysis of variance tests were used. The results show a sub-optimal deployment of the scope of nursing practice (4.24/6; E.T. = 0.63). The scope of practice results is the highest that has been measure with the ASCOP questionnaire. No significant differences were found between nurses with different levels of training $F(3, 77) = 0.707$, $p = 0.551$. These results can be explain by the nurses education level, the presence of a representation bias, a lack of statistical power or certain of the work characteristics. The results obtained in this study constitute initial empirical data on the subject. It is the only research measuring mental health nurses' scope of practice with the ASCOP questionnaire and attempting to know the potential influence of level of training on scope of practice.

Key words: Scope of practice; Scope of nursing practice; Nursing practice; psychiatry; Nursing administration; Mental health; Level of training; Bachelor nurses; Baccalaureate; Nursing masters.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	v
Table des matières.....	vii
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xi
Liste des abréviations.....	xii
Remerciements.....	xiv
CHAPITRE 1. : Problème de recherche.....	1
La problématique.....	2
But de la recherche.....	6
Questions de recherche.....	6
CHAPITRE 2 : Recension des écrits.....	7
Étendue de pratique : définition.....	7
Les différentes conceptions pour évaluer l'étendue de pratique.....	8
Les activités de soins infirmiers et non infirmiers.....	9
Les dimensions de l'étendue de la pratique des infirmières.....	10
Le concept de soins inachevés et qualité des soins.....	11
Le rationnement implicite infirmier et la qualité des soins.....	13
Les fonctions essentielles.....	14
Le niveau de formation et la qualité des soins.....	16
Le niveau de formation des infirmières et taux de mortalité.....	17
Le niveau de formation des infirmières et les résultats de soins aux patients.....	19
Le niveau de formation et l'étendue de pratique.....	20
L'étendue de pratique des infirmières en santé mentale.....	21
Cadre théorique.....	26
Les caractéristiques individuelles.....	27
Le niveau de formation.....	27
L'expérience.....	27
Le besoins de croissance personnelle.....	28

Les caractéristiques de l'emploi	28
L'autonomie.....	28
Les demandes psychologiques.....	28
Les stressseurs reliés au rôle.....	29
L'étendue effective de la pratique des infirmières.....	30
CHAPITRE 3. Méthode.....	32
Devis de recherche.....	33
Le milieu.....	33
Population et échantillon.....	34
Critères de sélection.....	34
Définition des variables à l'étude.....	34
La variable dépendante.....	35
La variable indépendante.....	35
Collecte de données et déroulement de l'étude.....	35
Le questionnaire sociodémographique	36
Le questionnaire d'étendue de la pratique des infirmières	36
Mode de recrutement et déroulement de la collecte de données.....	37
Démarche de recrutement.....	37
Collecte de données.....	37
Déroulement de l'étude.....	38
Analyse des données.....	40
Considérations éthiques.....	41
Confidentialité.....	41
Consentement libre et éclairé.....	41
Risques et bénéfices.....	42
Compensation.....	42
Conflits d'intérêts.....	42
CHAPITRE 4 : Présentation des résultats.....	43
Taille de l'échantillon.....	44

Profil des répondantes.....	45
Valeurs obtenues au questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière.....	45
L'étendue effective de pratique des infirmières.....	45
Le niveau de complexité.....	47
Comparaison de l'étendue de pratique selon les niveaux de formation.....	48
Moyenne globale de l'étendue de pratique.....	48
Moyenne de l'étendue de pratique selon les dimensions.....	48
Moyenne de l'étendue de pratique selon les niveaux de complexité.....	48
CHAPITRE 5. Discussion.....	50
L'étendue de pratique des infirmières.....	51
Le score global.....	51
Les dimensions.....	54
Les niveaux de complexité.....	56
Les niveaux de formation et l'étendue de pratique des infirmières.....	58
Recommandations.....	60
Recherche en science infirmière.....	60
Formation.....	61
Pratique clinique.....	62
Gestion.....	63
Limites de l'étude.....	64
Conclusion.....	65
Référence.....	66
Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement.....	xv
Annexe 2 : Questionnaire sociodémographique.....	xviii
Annexe 3 : Questionnaire d'évaluation de la pratique infirmière (QÉPI).....	xx
Annexe 4 : Carte-réponse.....	xxiii
Annexe 5 : Consigne sur l'enveloppe de retour.....	xxv
Annexe 6 : Lettre de remerciement / Rappel.....	xxvii

Liste des tableaux

Tableau 1.	Profil des 80 répondantes ayant participé à l'étude : âge, scolarité, poste occupé, quart de travail, statut d'emploi et expérience	46
Tableau 2.	Étendue effective de la pratique des 80 infirmières ayant participé à l'étude selon le QÉPI	47
Tableau 3.	Moyenne de l'étendue effective de la pratique des 80 infirmières ayant participé à l'étude selon le niveau de formation.....	49

Liste des figures

- Figure 1. Illustration du *SCOP model*.....p. 27
- Figure 2. Dimensions, activités de soins et niveaux de complexité du QÉPI.....'p. 31
- Figure 3. Organigramme de la sélection des 80 participantes à l'étude..... p. 44

Liste des abréviations

ANA	American Nurses Association
B. Sc. Inf.	Baccalauréat ès Sciences en sciences infirmières
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession
CII	Conseil International des Infirmières
CNA	Canadian Nurses Association
CRNBC	College of Registered Nurses of British Columbia
CRNM	College of Registered Nurses of Manitoba
CRNNS	College of Registered Nurse of Nova Scotia
DEC	Diplôme d'étude collégial
DSI	Direction des soins infirmiers
ÉEPI	Étendue effective de la pratique infirmière
ESI	Externe en soins infirmiers
QÉPI	Questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière
M. Sc. Inf.	Maîtrise ès sciences en Sciences infirmières
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordres des infirmières et infirmiers du Québec
RNANTN	Registered Nurses Association of the Northwest Territories and Nunavut

À celui dont je peux voir les yeux briller
de fierté à travers les nuages...

Remerciement

Ce mémoire est la somme des quatre dernières années de ma vie. Bien que mon parcours ait été parsemé de moments difficiles et riches en émotions, ce dernier a surtout été marqué par la présence de personnes d'exception. Je souhaite donc remercier ces personnes qui, à leur manière ont toutes contribué à ma réussite.

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de recherche, Mme Danielle D'Amour. Il n'est pas donné à tous, d'avoir la chance d'apprendre avec une des figures de proue de son domaine d'étude. Je me sens privilégiée d'avoir pu bénéficier de vos judicieux conseils. Vous avez réussi à m'inculquer l'importance de la rigueur, ce qui n'était pas une tâche facile ! Votre regard critique m'a permis de développer le mien. Vos connaissances approfondies du rôle des infirmières et de l'importance de celles-ci dans le domaine de l'administration des soins infirmiers m'ont non seulement bien outillé mais aussi convaincu de l'importance des infirmières dans la gouverne des soins infirmiers.

Je veux remercier ma co-directrice, Johanne Déry pour toute son aide. Je suis heureuse d'avoir travaillé en ta compagnie, car outre ton appui scientifique et ta grande rigueur, tu as toujours été là pour me soutenir et me conseiller. J'aimerais également te dire à quel point j'ai apprécié ta grande disponibilité, ton respect et ta patience.

Merci aussi à M. Arnaud Duhoux et Mme Caroline Larue, membre du jury pour votre temps ainsi que pour vos questions et commentaires constructifs. J'ai aimé les éléments de discussions que mon mémoire a engendré.

À mes amis, comment vous remercier pour les heures que vous avez passé à m'écouter, m'encourager et à me soutenir. Vous êtes tellement précieux ! Un merci particulier à Hélène pour avoir cru en moi dès le premier jour. Je te serai toujours reconnaissante pour ta confiance, tes précieux conseils et pour tes bons mots aux bons moments. Tu es un leader, un mentor, une

amie et une personne exceptionnelle. Ne change surtout pas ! Je ne serais pas là ou je suis aujourd'hui sans toi...

Je termine ces remerciements par les personnes les plus importantes dans ma vie : ma famille. Maman, merci d'être toujours là pour moi et pour ton amour inconditionnel. Tu es une femme merveilleuse, la plus solide, dévouée et généreuse que je connais. Tu es la lumière qui guide ma route et la personne qui est à l'origine du choix de carrière que j'ai fait. Tu avais raison, choisir de faire quelque chose que nous aimons dans la vie, ça n'a pas de prix. Ma grande sœur, merci de croire en moi si fort, d'être fière de moi comme un paon et d'être toujours là pour moi. Tu es un vrai rayon de soleil ! Je n'y serais jamais arrivé sans la présence de mon ange, Christian et de ma belle puce, Abygaëlle. Vous qui avez accepté avec patience et amour que trop de moments en famille aient été consacrés à la rédaction de ce mémoire. Vous êtes pour moi les personnes les plus précieuses, ma raison d'être, mon inspiration, je vous aime.

Encore un grand merci à tous pour m'avoir conduit à ce jour mémorable.

Chapitre I : Problème de recherche

L'étendue de pratique optimale représente la portée totale de la pratique des infirmières et comprend l'ensemble des activités pour lesquelles elles ont été formées et sont autorisées à exercer (Baranek, 2005) alors que l'étendue effective de la pratique des infirmières (ÉÉPI) est définie comme l'éventail des fonctions et responsabilités déployées par l'infirmière en lien avec les compétences développées à travers la formation et l'expérience (D'Amour et al., 2012).

Bien que l'utilisation optimale de l'étendue de pratique soit reconnue comme un facteur lié à la qualité des soins (Magennis, Slevin et Cunningham, 1999), les recherches démontrent que les infirmières ne parviennent pas à mettre en œuvre l'ensemble des activités pour lesquelles elles détiennent la formation et l'expérience (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Oelke et al., 2008; White et al., 2009).

Il est démontré dans la littérature que l'expertise des infirmières est soit mal utilisée ou sous-utilisée et que cela a des conséquences au niveau de la qualité des soins (Aiken et al., 2001; Besner et al., 2005; Furaker, 2009; Oelke et al., 2008; White et al., 2009). La mauvaise utilisation des infirmières réfère à une utilisation inadéquate (Larousse, 2015) de l'expertise des infirmières. En effet, selon Furaker (2009) les infirmières passent en moyenne 19 % de leur temps à faire des tâches qui peuvent être accomplies par d'autres membres du personnel, telles que faire les lits ou distribuer des repas et 12 % de leur temps à des tâches administratives comme répondre au téléphone, télécopier et livrer des spécimens.

La sous-utilisation représente une utilisation insuffisante (Larousse, 2015) de la compétence des infirmières. Selon Aiken et al. (2001) les activités de soins nécessitant la connaissance et l'expertise des infirmières telles que les soins de la peau et

l'enseignement au patient sont souvent non accomplies. L'étude canadienne d'Oelke et al. (2008) affirme que 48 % des infirmières estiment pratiquer à l'occasion, à leur pleine étendue de pratique. Certaines dimensions de la pratique des infirmières sont négligées, telles que l'évaluation et la coordination des soins (D'Amour et al., 2012; White et al., 2008), l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins, l'enseignement au patient et à sa famille et la mise à jour des connaissances (D'Amour et al., 2012).

Le déploiement non optimal de l'étendue de pratique des infirmières a des conséquences au niveau de la qualité des soins offerts. La recherche menée par Schubert, Clarke, Glass, Schaffert-Witvliet et De Geest (2009) utilise le concept de rationnement implicite infirmier pour définir l'impossibilité d'entreprendre ou de compléter certaines activités infirmières pourtant essentielles. Il a été démontré que plus le rationnement infirmier est élevé, plus il est associé à une baisse de la satisfaction des patients et à des déclarations d'incidents plus fréquentes, concernant les erreurs d'administration des médicaments, les chutes, les infections nosocomiales et les incidents critiques tels que l'hémorragie post-opératoire, l'arrêt cardiorespiratoire et le collapsus respiratoire (Schubert et al., 2009).

Les facteurs organisationnels tels que la charge de travail (Besner et al., 2005; Sochalski, 2004), la dotation en personnel (Rochefort et Clarke, 2010; Sochalski, 2004), la composition des équipes de soins (Kalisch, 2006; Oelke et al., 2008; White et al., 2008) et le type de poste occupé (D'Amour et al., 2012; Déry, D'Amour, Blais et Clarke, 2015) ont été identifiés comme des facteurs influençant l'étendue de pratique des infirmières. Les facteurs intrinsèques aux infirmières tels que l'expérience (Besner et al., 2005; College of Registered Nurse of Nova Scotia, [CRNNS], 2009) et le niveau de formation

(Blegen et al., 2001; Oelke et al., 2008) sont également identifiés comme des facteurs influençant l'étendue de pratique des infirmières. Alors que la totalité des autres provinces et territoires du Canada exigent une formation au baccalauréat comme condition d'entrée à la profession, il est encore possible d'accéder à la profession de deux manières distinctes au Québec (Ordre des infirmiers et infirmières du Québec [OIIQ], 2012a). Le diplôme d'études collégiales (DEC) d'une durée de 3 ans, permet d'exercer à titre d'infirmière et le baccalauréat en sciences infirmières (B. Sc. Inf.) prépare au titre d'infirmière clinicienne (OIIQ, 2014). Plusieurs recherches ont démontré que la qualité des soins aux patients était associée à la dotation en infirmières bachelières (Blegen et al., 2013; Kalisch et al., 2009; O'Brien-Pallas et al., 2004; Tourangeau, Doran, McGillis, O'Brien Pallas et Cranley, 2006). Une étude a indiqué que chaque augmentation de 10 % dans la proportion d'infirmières détenant un baccalauréat dans les unités de chirurgie, réduisait le risque de mortalité de 6 % (Kendall-Gallagher, Aiken, Sloane et Cimiotti, 2011). Selon Goode et al. (2001), il semble que les infirmières bachelières sont moins orientées vers la tâche, portent plus attention à la continuité des soins, ont plus d'habiletés de communication et d'enseignement au patient.

C'est en raison de l'influence qu'a le niveau de formation sur l'étendue de pratique (Besner et al., 2005; White et al., 2008) et la qualité des soins (Aiken et al., 2003; Blegen et al., 2013; Kalisch et al., 2009; Tourangeau et al., 2006) que l'OIIQ et les différents comités d'experts, dont ceux en santé mentale, demandent un rehaussement de la formation initiale des infirmières au baccalauréat (OIIQ, 2009; OIIQ, 2012a; Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2013).

En effet, depuis la mise en place du programme de formation intégré DEC-BAC en 2001, l'enseignement plus approfondi de la santé mentale est effectué à l'université (MSSS, 2013; OIIQ, 2012a). Le comité de la formation des infirmières ayant la responsabilité d'examiner l'évolution du programme de formation intégré DEC-BAC, a constaté que la durée des stages en santé mentale offerts par les cégeps était très variable et que la gériatrie était parfois utilisée en substitut à la santé mentale (OIIQ, 2012a). Craignant que les infirmières issues de la formation collégiale ne soient pas adéquatement préparées à exercer à une étendue de pratique optimale et craignant les possibles conséquences sur la qualité des soins, l'OIIQ a fait en 2009, des démarches afin qu'un diplôme d'infirmière bachelière soit nécessaire pour pratiquer en santé mentale (OIIQ, 2012a). Comme la demande a fait l'objet d'un refus, il est toujours possible de travailler dans tous les milieux en santé mentale, et ce peu importe le niveau de formation. Cette situation soulève l'inquiétude de l'OIIQ et des comités d'experts en santé mentale quant aux conséquences que peut avoir un niveau de formation insuffisant sur la capacité des infirmières de santé mentale à exercer à une étendue de pratique optimale et par le fait même sur la qualité des soins (OIIQ, 2012a).

De plus, selon White et al. (2008) il y aurait 73 % des infirmières en santé mentale qui jugent qu'elles ne sont pas toujours utilisées à leur plein potentiel. Le temps passé à accomplir des tâches cléricales et non infirmières telles que faire l'achat de cigarettes ou répondre au téléphone vient diminuer le temps passé auprès des patients (Cleary, 2004).

La revue de littérature concernant l'étendue de pratique, n'a permis l'identification d'aucune recherche ayant mesuré l'étendue effective de la pratique des infirmières en santé mentale. Il devient donc impératif d'obtenir un portrait de l'étendue de pratique de

ces infirmières ainsi que l'influence du niveau de formation sur celle-ci, afin de mieux comprendre le déploiement de leur étendue de pratique.

But de la recherche

La présente étude vise à mesurer l'étendue de pratique effective des infirmières œuvrant en santé mentale ainsi qu'à identifier l'influence du niveau de formation sur l'étendue de pratique.

Questions de recherche

1. Quelle est l'étendue effective de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale ?
2. Dans quelle mesure le niveau de formation des infirmières influence-t-il l'étendue effective de la pratique des infirmières œuvrant en santé mentale ?

Chapitre II : Recension des écrits

Le présent chapitre fait état de la recension des écrits ainsi que des assises théoriques soutenant la recherche. Les thèmes abordés dans la recension des écrits sont : les définitions de l'étendue de pratique, la sous-utilisation et la mauvaise utilisation des infirmières et leurs conséquences, l'étendue de pratique selon le niveau de formation et l'étendue de pratique des infirmières en santé mentale. La présentation du cadre de référence termine la recension des écrits.

Étendue de pratique : définition

Plusieurs ordres professionnels et chercheurs ont tenté de définir le concept d'étendue de pratique, témoignant de la complexité du concept. Selon le Conseil international des infirmières, l'étendue de pratique réfère au cadre législatif qui définit le rôle, les compétences (connaissances, habilités et attitudes) et la responsabilité professionnelle de l'infirmière (Conseil International des Infirmières [CII], 2013). Plusieurs ordres et associations professionnelles du Canada définissent l'étendue de pratique des infirmières comme l'ensemble des activités autorisées pour lesquelles elles ont reçu la formation et qu'elles peuvent exercer dans la limite de leur champ d'exercice, et qui est complété par les standards de pratique et selon les limites définies par la loi (College of Registered Nurses of British Columbia [CRNBC], 2014; College of Registered Nurses of Manitoba [CRNM], 2010; CRNNS, 2009). Lillibridge, Axford, et Rowley (2000) précisent que l'étendue de pratique définit les limites de la pratique de l'ensemble des membres et comprend tout ce pourquoi les infirmières ont été formées et sont autorisées à exercer.

L'étendue effective de pratique de chaque infirmière (ÉEPI) « est considérée comme dynamique et évolue selon les apprentissages et compétences développés dans la pratique selon le continuum d'apprentissage de novice à expert ». [Traduction libre] (Registered Nurses Association of the Northwest Territories and Nunavut, 2010 p.3) mais elle sera toujours moins grande

que l'étendue de pratique dans son ensemble (Canadian Nurses Association, 2000). Cette dernière définition rejoint celle énoncée par Besner et al. (2005) qui la précise en la divisant en deux volets : l'étendue de pratique et la mise en œuvre du rôle. Besner et al. (2005) décrit l'étendue de pratique comme étant les attentes prédéfinies de la profession pour lesquelles les infirmières ont été formées et sont autorisées à pratiquer et décrit la mise en œuvre du rôle, comme l'application des connaissances parmi les paramètres définis dans le champ d'exercice, l'expérience, les compétences et le contexte environnemental. Dans le même ordre d'idées, l'American Nurses Association, (2010) mentionne que l'étendue de la pratique effective de chaque infirmière dépend de l'expérience, de l'éducation, de son rôle et de la clientèle desservie.

C'est cependant la définition de l'étendue de pratique effective de D'Amour et al., définie comme l'éventail des fonctions et des responsabilités déployées par l'infirmière en lien avec les compétences développées à travers la formation et l'expérience [traduction libre] (2012, p. 249) qui correspond au concept d'étendue de pratique tel qu'il est envisagé dans le cadre de cette étude.

Tout d'abord parce qu'elle offre une approche intégrée et macroscopique de l'étendue de pratique des infirmières, c'est-à-dire qu'elle permet une vision globale, qui inclut la pratique des infirmières œuvrant en santé mentale. Cette définition est également à la base de la conception de l'étendue de pratique des infirmières dont il est question dans le cadre de référence et de l'outil utilisé lors de la collecte de données.

Les différentes conceptions pour évaluer l'étendue de pratique

Cette section fera état des recherches s'étant intéressées à l'étendue de pratique sous-optimale des infirmières ainsi que leurs conséquences sur la qualité des soins. Nombreuses sont les études

qui ont traité de la notion de pratique sous-optimale des infirmières. Les études présentées peuvent être regroupées en cinq catégories soit : 1) les activités de soins infirmiers et les activités non infirmières, 2) les dimensions de l'étendue de pratique des infirmières, 3) le concept de soins inachevés, 4) le rationnement implicite infirmier et 5) les activités essentielles et non essentielles.

Les activités de soins infirmiers et les activités non infirmières

Une recherche exploratoire menée auprès de 780 infirmières par Al-Kandari et Thomas (2009) a évalué la charge de travail, les activités de soins infirmiers effectuées dans des unités de médecine et de chirurgie ainsi que les activités de soins non complétées par les infirmières. Les activités de soins ont été divisées en deux, soit les activités de soins infirmiers et les activités non-infirmières. Les activités de soins infirmiers comprennent des activités telles que l'évaluation, le développement des plans de soins et l'enseignement. Les activités non-infirmières réfèrent aux activités cléricales, au nettoyage des chambres, à la distribution des repas et au transport des patients (Al-Kandari et Thomas, 2009). Selon 60 % des infirmières de cette étude, une augmentation de leur charge de travail en lien avec les activités non-infirmières a été observée dans la dernière année. La moyenne de temps passée par les infirmières à accomplir des activités non-infirmières est de 21 %. Les activités de soins qu'elles étaient le plus fréquemment incapables de compléter sont la relation d'aide avec les patients et la famille ainsi que la documentation adéquate des soins reçus (Al-Kandari et Thomas, 2009).

De même, plus de 64 % des 2280 infirmières d'une étude menée dans 20 hôpitaux de courte durée de Londres ont indiqué ne pas avoir assez de temps pour accomplir les activités de soins infirmiers telles que soutenir les patients anxieux ou faire de l'enseignement (West, Barron et Reeves, 2005). Bien que les chercheurs mentionnent que les résultats peuvent ne pas être repré-

sentatifs de l'Angleterre entière en raison des problèmes de rétention plus grand dans cette région (qui pourraient influencer les résultats), ceux-ci sont congruents avec les autres résultats de recherches portant sur le sujet (Al-Kandari et Thomas, 2009 ; Lucero, Lake et Aiken, 2010).

Les dimensions de l'étendue de la pratique des infirmières

Selon White et al. (2009), il y aurait également d'autres dimensions de la pratique des infirmières pour lesquelles un temps limité est accordé, telles que la coordination des soins, la planification du congé et l'évaluation (incluant la dimension psychosociale), cette dernière n'occupant que 4,6 % du temps des infirmières.

Les résultats de la recherche menée par D'Amour et al. (2012), une des recherches ayant mesuré l'étendue effective de la pratique des infirmières (ÉEPI) de façon quantitative, viennent eux aussi appuyer les résultats des recherches précédentes concernant une étendue de pratique sous-optimale (Oelke et al., 2008 ; White et al., 2009 ; White et al., 2008). L'étude menée auprès de 285 infirmières dans 22 unités de médecine-chirurgie de 11 hôpitaux québécois, a permis la validation du QÉPI, questionnaire comportant six dimensions de la pratique en soins infirmiers regroupées selon trois niveaux de complexité. Les six dimensions sont : l'évaluation et la planification des soins, l'enseignement à la clientèle et aux familles, la communication et la coordination des soins, l'intégration et l'encadrement du personnel, l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la mise à jour et l'utilisation des connaissances (D'Amour et al., 2012). Le premier niveau de complexité représente le niveau de complexité minimal attendu des infirmières, incluant l'infirmière avec peu d'expérience. Le niveau deux réfère à des interventions plus complexes pouvant être réalisées par des infirmières expérimentées et ce peu importe leur niveau de formation. Le troisième niveau représente quant à lui, le niveau le plus haut de com-

plexité, normalement réalisé par des infirmières cliniciennes d'expérience (D'Amour et al., 2012). Cette étude a révélé que, de façon générale, la moyenne de l'étendue de pratique se situe à 3,47 sur une échelle de 6 ce qui correspond à plus ou moins fréquemment sur l'échelle de mesure de type Likert. Contrairement aux résultats des recherches de West et al. (2005), Lucero et al., (2010) et de Ball, Murrells, Rafferty, Morrow et Griffiths (2013), les dimensions les plus souvent effectuées sont l'évaluation et la planification des soins avec 4,19/6, soit très fréquemment et l'enseignement au patient et à la famille avec 3,88/6, soit plus ou moins fréquemment. Cette différence observée au niveau de l'évaluation et la planification des soins pourrait s'expliquer par la complétion obligatoire du plan thérapeutique infirmier, introduit par l'OIIQ en 2009. Ce sont les dimensions telles que l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la mise à jour et l'utilisation des connaissances qui sont les moins déployées avec un résultat de 3,11/ 6 et 3,09/6, ce qui correspond à parfois (D'Amour et al., 2012).

Le concept de soins inachevés et qualité des soins

Le chercheur Sochalski (2004) a étudié la relation entre l'évaluation que font les infirmières de la qualité des soins, la charge de travail, la sécurité des patients et les soins inachevés. Les soins infirmiers inachevés sont décrits comme le nombre d'activités de soins infirmiers non terminées ou non réalisées lors du dernier quart de travail, en raison du manque de temps (Sochalski, 2004). Il a été demandé aux infirmières d'indiquer si des soins infirmiers avaient été inachevés lors de leur dernier quart de travail parmi sept activités de soins dont l'enseignement, la relation d'aide au patient et la planification des soins. Une question concernant les erreurs de médicaments et une autre concernant les chutes figurait aussi au questionnaire comme indicateurs de la qualité des soins (Sochalski, 2004). Des 8670 infirmières travaillant dans les hôpitaux de

courte durée de Pennsylvanie, 40 % ont indiqué laisser trois activités ou plus inachevées à la fin de leur journée de travail sur les sept activités ciblées (Sochalski, 2004). Les résultats de la recherche ont démontré que l'évaluation de la qualité des soins faite par les infirmières était significativement associée à la charge de travail, à la sécurité des patients et au nombre d'activités de soins inachevées (Sochalski, 2004). Ce sont toutefois les soins infirmiers inachevés qui ont montré la plus forte relation avec l'évaluation de la qualité des soins qui déclinait de 0,24 points pour chaque activité de soins inachevée (Sochalski, 2004).

Bien que le but de l'étude visait à étudier la relation entre l'évaluation que font les infirmières de la qualité des soins, la sécurité des patients et les soins inachevés, il aurait été pertinent de pouvoir retrouver quels soins étaient les plus souvent inachevés, information qui n'est pas documentée dans cette recherche. Les soins les plus souvent inachevés sont toutefois documentés dans une autre étude menée dans 401 unités de médecine et de chirurgie de 46 hôpitaux d'Angleterre par Ball et al. (2013). Selon cette étude, 86 % des 2917 infirmières ont rapporté laisser au moins une activité de soins inachevée lors de leur dernier quart de travail en raison d'un manque de temps. Cette étude basée sur les travaux de Sochalski (2004), a observé une moyenne de 4 activités inachevées (Ball et al., 2013). 66 % des infirmières indiquent laisser inachevé le fait de rassurer et parler avec les patients, 52 % laissent inachevé l'enseignement au patient et 47 % indiquent laisser le développement et la mise à jour des plans de soins inachevés (Ball et al., 2013). Des résultats similaires à l'étude de Sochalski (2004), concernant la forte relation entre le nombre de soins inachevés et la perception des infirmières concernant la qualité des soins ($r = -0,37$, $p < 0,001$) ont été observés. Les chercheurs sont arrivés à la conclusion que plus le nombre de soins inachevés était élevé, plus la perception de la qualité des soins diminuait (Ball et al., 2013).

Lucero et al. (2010) utilisent aussi le concept de soins inachevés pour qualifier les soins jugés nécessaires par les infirmières mais non accomplis lors d'un quart de travail. L'étude descriptive comparative a mesuré les soins inachevés à l'aide d'un questionnaire dénombrant sept activités dont : la préparation des patients pour le congé, l'enseignement aux patients et à la famille, rassurer les patients et le développement et la mise à jour des plans de soins infirmiers (Lucero et al., 2010). La recherche menée auprès de 42 000 infirmières des 210 hôpitaux de la Pennsylvanie a indiqué que l'élaboration et la mise à jour des plans de soins étaient déclarées inachevées par 42 % des infirmières, suivi de près par rassurer les patients avec 40,3 %, tandis que l'enseignement aux patients et à la famille était déclaré inachevé par 28,5 % d'entre elles (Lucero et al., 2010). Les chercheurs se questionnent toutefois à savoir si l'outil de mesure utilisé était suffisant pour juger de la qualité des soins puisqu'il ne comptait que sept activités de soins (Lucero et al., 2010).

Le rationnement implicite infirmier et la qualité des soins

Selon Schubert et al. (2009), le rationnement implicite infirmier représente l'arrêt ou l'impossibilité d'accomplir l'ensemble des activités de soins infirmiers nécessaires pour le patient. La recherche menée par Schubert et al. (2009) visait à explorer s'il y avait une association entre le rationnement implicite infirmier et les six résultats de soins suivants: (1) les erreurs d'administration des médicaments (mauvais médicament, mauvaise heure, dose ou patient, avec ou sans conséquences); (2) les chutes avec ou sans blessures; (3) les infections nosocomiales (plaie, respiratoire ou urinaire); (4) les incidents critiques (hémorragie post-opératoire, arrêt cardio-respiratoire ou choc circulatoire); (5) les escarres et (6) la satisfaction des patients. L'outil validé BERNCA a été utilisé pour mesurer le rationnement infirmier. Le BERNCA est divisé en

six niveaux (0; 0,5; 1; 1,5; 2,0 et $\geq 2,5$), où $\geq 2,5$ représente le niveau de raisonnement infirmier le plus élevé. L'étude conduite auprès de 1338 infirmières et 779 patients dans 118 unités de médecine, de chirurgie et de gynécologie de 8 hôpitaux en Suisse a confirmé l'hypothèse selon laquelle plus le raisonnement implicite infirmier est élevé, plus il est associé à une satisfaction des patients basse et à des rapports infirmiers plus fréquents concernant les erreurs de médication, les chutes, les infections nosocomiales, les incidents critiques et les escarres (Schubert et al., 2009).

La revue systématique effectuée par Jones, Hamilton et Murry (2015) à partir de 42 recherches quantitatives, 7 recherches qualitatives, 1 à méthode mixte et 4 revues systématiques vient confirmer les résultats des recherches ci-haut. Selon les auteurs, les activités de soins inachevées dans les hôpitaux de courte durée sont un problème international, puisque la majorité des infirmières de ces recherches (55-98 %), rapportent au moins une activité de soins inachevée, avec une moyenne variant entre 2 et 21 activités (Jones et al., 2015). Il a aussi été démontré que les activités de soins inachevées sont prédictives d'une diminution de la qualité des soins et de la satisfaction des patients ainsi que d'une augmentation des événements indésirables tels que les erreurs d'administration des médicaments, les chutes, les infections nosocomiales et les plaies de pression (Jones et al., 2015).

Les fonctions essentielles

Nathenson et al. (2007) ont travaillé à l'implantation d'un modèle de collaboration professionnelle de soins visant à augmenter le temps des infirmières à effectuer des fonctions essentielles dans un hôpital de réhabilitation aux États-Unis. Cette initiative prise en contexte de pénurie d'infirmières, visait à optimiser leur étendue de pratique en leur demandant d'effectuer uni-

quement ce qu'elles étaient les seules à pouvoir faire. Les chercheurs ont identifié huit fonctions essentielles telles que l'évaluation, la planification, l'enseignement aux patients et la coordination des soins avec les autres membres de l'équipe (Nathenson et al., 2007). Les activités jugées non essentielles à la pratique des infirmières étaient réalisées par les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires ou le personnel administratif. Le temps passé à l'accomplissement des fonctions jugées essentielles a été calculé en pré et post-implantation du modèle. Le temps passé à l'accomplissement d'activités jugées essentielles est passé de 38 % à 45 % ce qui représente une augmentation de 7% (Nathenson et al., 2007). Selon les chercheurs, une période d'adaptation de 6 à 12 mois est essentielle avant la mesure post implantation en raison de la confusion au niveau des rôles et des craintes qu'engendre la mise en place d'un nouveau fonctionnement (Nathenson et al., 2007). Les résultats de cette recherche sont intéressants puisqu'ils démontrent que d'un point de vue organisationnel, il est possible d'optimiser l'étendue de pratique des infirmières en modifiant le modèle d'organisation de soins.

Le corpus de recherche en lien avec l'étendue de pratique sous optimale s'est considérablement développé depuis la dernière décennie et démontre qu'il s'agit d'un problème répandu au niveau mondial qui est brouillé par les différentes terminologies employées. Cette multitude de terminologie et les différences dans les éléments qui les composent démontrent l'importance de définir les composantes essentielles de la pratique en soins infirmiers mais également la complexité de celle-ci. Les dimensions de la pratique des soins infirmiers telles qu'opérationnalisées dans le questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière de D'Amour et al. (2012), est à ce jour l'outil qui permet une mesure macroscopique de l'étendue de pratique des infirmières et qui couvre la majorité des éléments de la pratique des infirmières traités dans ces recherches.

En revanche, que ce soit les activités de soins infirmiers et les activités non infirmières (Al-Kandari et Thomas, 2009; West et al., 2005), les dimensions de l'étendue de pratique des infirmières (D'Amour et al., 2012; White et al., 2009), le concept de soins inachevés (Ball et al., 2013; Lucero et al., 2010; Sochalski, 2004), le rationnement implicite infirmier (Schubert et al., 2009) ou les activités essentielles (Nathenson et al., 2007) tous arrivent à la conclusion d'une étendue de pratique sous optimale avec des activités de soins inachevées comme la planification de soins (Lucero et al., 2010; Schubert et al., 2009), la mise à jour des connaissances (D'Amour et al., 2012), l'élaboration des plans de soins (Aiken et al., 2001; Ball et al., 2013), la coordination des soins (White et al., 2009), la documentation infirmière (Al-Kandari et Thomas, 2009) ainsi que l'enseignement aux patients (Aiken et al., 2001; Ball et al., 2013; Lucero et al., 2010; West et al., 2005) et la relation d'aide (Al-Kandari et Thomas, 2009; Ball et al., 2013; West et al., 2005).

Il a également été démontré que l'étendue de pratique sous optimale a des répercussions autant au niveau de la perception des infirmières sur la qualité des soins (Ball et al., 2013; Jones et al., 2015; Sochalski, 2004), que de la qualité des soins elle-même (Aiken et al., 2002; Jones et al., 2015; Schubert et al., 2009; Sochalski, 2004).

Le niveau de formation et la qualité des soins

La littérature concernant l'influence du niveau de formation sur la qualité des soins (Aiken et al., 2003; Blegen et al., 2013; Kalisch et al., 2009; O'Brien-Pallas et al., 2004; Tourangeau et al., 2006) est abondante. Plusieurs recherches effectuées dans différents milieux sont venues démontrer les résultats positifs des soins prodigués par des infirmières bachelières (Aiken et al., 2011; Blegen et al., 2013; Kendall-Gallagher et al., 2011; Kutney-Lee, Sloane et Aiken, 2013; Touran-

geau et al., 2006;). Puisqu'il est encore possible d'accéder à la profession infirmière de deux manières au Québec, soit par la formation collégiale ou universitaire, il s'avère donc pertinent de s'attarder aux résultats de ces recherches.

Le niveau de formation des infirmières et taux de mortalité

Au Canada, l'étude menée en 2006 auprès de 46 993 patients et 5980 infirmières est arrivée à la conclusion qu'un taux d'infirmières bachelières plus élevé de 10 % était associé à une diminution de 6 décès sur 1000 patients dans les 30 premiers jours d'hospitalisation (Tourangeau et al., 2006). La recherche d'Aiken et al. (2003), a aussi identifié une association entre le taux de mortalité des patients et le niveau de formation des infirmières. En effet, cette étude menée dans 168 hôpitaux de courte durée en Pennsylvanie qui a évalué les résultats de soins de 232 342 patients traités sur des unités de médecine, de chirurgie vasculaire et d'orthopédie a démontré qu'une augmentation de 10 % d'infirmières bachelière réduisait le taux de mortalité de 5 % (Aiken et al., 2003).

L'étude longitudinale d'une durée de 7 ans menée par Kutney-Lee et al. (2013) dans 134 hôpitaux de Pennsylvanie qui visait à examiner si le taux de mortalité des patients et d'échec au secours variait en fonction du nombre d'infirmières bachelières, est arrivée à une conclusion éloquent. Tout d'abord, ils considèrent le taux de mortalité comme l'ensemble des patients décédé dans les 30 premiers jours de leur admission et décrivent l'échec au secours comme étant un patient décédé des suites d'une complication qui aurait pu être évitée mais qui ne l'a pas été (Kutney-Lee et al., 2013). Ils arrivent à la conclusion que chaque augmentation de 10 % d'infirmières bachelières était associée à une baisse de 2,2 décès par 1000 patients et de 7,47 décès par 1000 patients pour le sous ensemble des échecs au secours. Ils ont estimé que si l'ensemble des 134

hôpitaux de l'étude avaient augmenté leur nombre d'infirmières bachelières de 10 % entre 1999 et 2006, ils auraient évité la mort de 500 patients, et ce uniquement, pour les unités de médecine, d'orthopédie et de chirurgie vasculaire (Kutney-Lee et al., 2013). Ils ont également affirmé «If all of the study hospitals had moved to a nursing workforce containing 80 percent of nurses with baccalaureates, more than 2,100 lives might have been saved which is equivalent to 60 percent of the observed deaths in 2006» (Kutney-Lee et al., 2013, p. 6). Les hypothèses avancées concernant le nombre de décès qui aurait pu être évités doivent toutefois être considérées avec un regard critique notamment au niveau statistique où les chercheurs ont présumé que le coefficient qui associait les décès à l'augmentation de 10 % d'infirmières bachelières était linéaire. Mise à part l'extrapolation des résultats avancée par les chercheurs concernant le nombre de morts ayant pu être évité, les résultats obtenus quant à l'augmentation du pourcentage d'infirmières bachelières sur la baisse du taux de mortalité des patients sont congruents avec les résultats d'études similaires (Aiken et al., 2003; Tourangeau et al., 2006; Yakusheva, Lindrooth et Weiss, 2014).

Bien que plusieurs recherches ont démontré que le niveau de formation des infirmières était relié à la diminution du taux de mortalité des patients et d'échecs au secours, certaines études ont obtenu des résultats équivoques comme le démontre la recherche menée par Sales et al., en 2008. Cette étude rétrospective évaluait si la composition des équipes et la dotation en soins infirmiers était associée au taux de mortalité dans 453 unités de soins (171 unités de soins intensifs coronariennes (USIC) et 282 non USIC) de 123 hôpitaux pour vétérans. Les chercheurs sont arrivés à la conclusion qu'il existait une association entre la dotation en infirmières bachelières et le taux de mortalité sur les unités de soins non intensifs mais aucune association significative n'a été notée dans les USIC (Sales et al., 2008). Des biais ont été identifiés par les chercheurs notamment en lien avec la collecte de données rétrospective qui ne permettait pas de lier le patient directement

à la quantité de soins infirmiers reçus. Ce type de collecte de données ne permet pas non plus de traiter les variables explicatives endogènes des soins reçus par les infirmières, par exemple, si les soins requis aux besoins du patient ont été donnés et comment ceux-ci ont été donnés.

Le niveau de formation des infirmières et les résultats de soins aux patients

Des recherches récentes ont établi un lien significatif entre le niveau de formation et les résultats de soins aux patients tels que les plaies de pressions, les infections, les infarctus et la durée moyenne de séjour. Une étude menée par Chang et Mark (2009) dans 146 hôpitaux des États-Unis a révélé que plus le nombre d'infirmières bachelières augmentait sur une unité, plus le nombre d'erreurs de médication diminuait et ce jusqu'à ce que le pourcentage d'infirmières bachelières atteigne 54 %. L'étude de Blengen et al. (2013) visait à déterminer si la formation des infirmières avait une influence sur les soins aux patients. Les chercheurs ont évalué si les résultats sensibles aux soins infirmiers étaient meilleurs dans les hôpitaux présentant un nombre plus élevé d'infirmières bachelières. Cette étude figure parmi les premières à avoir démontré des résultats bénéfiques pour les patients, autre que le taux de mortalité et d'échec au secours (Blengen et al., 2013). Il a été démontré qu'il existait un lien significatif entre le pourcentage d'infirmières bachelières et la baisse d'infarctus mortels, des plaies de pression et de la durée moyenne de séjour (Blengen et al., 2013).

L'analyse économique menée par Yakusheva et al. (2014) visait à évaluer la présence d'une amélioration au niveau des coûts et de la qualité des soins aux patients lorsque le taux d'infirmières bachelières est de 80 % et plus, tel que recommandé par l'Institute of medicine [IOM] (2010). La recherche rétrospective a été menée dans les dossiers électroniques de 8526 patients des unités de médecine et de chirurgie d'un centre hospitalier universitaire américain

entre juin et décembre 2011. En plus d'une diminution du taux de mortalité, les chercheurs ont observé une diminution du taux de réadmission dans les 30 premiers jours post congé de 18,7 % ainsi qu'une baisse de 1,9 % dans la durée moyenne de séjour, résultant en une baisse substantielle des coûts totaux d'hospitalisation.

Le niveau de formation et l'étendue de pratique

L'effet du niveau de formation des infirmières sur l'étendue de pratique est également reconnue (D'Amour et al., 2012; Déry et al., 2013; McHugh et Lake, 2010). Les chercheurs Aiken et al. (2003), qui ont établi un lien entre le taux de mortalité des patients et le niveau de formation des infirmières, ont émis l'hypothèse selon laquelle l'effet de la formation sur le taux de mortalité était en partie lié au fait que les infirmières bachelières avaient une meilleure pensée critique et un meilleur jugement clinique. Selon Goode et al. (2001), des différences dans la pratique des deux groupes d'infirmières ont été identifiées par 71 % des 43 directrices de soins infirmiers représentantes du consortium des directeurs des soins infirmiers du milieu universitaire des États-Unis. La plus grande différence perçue se situe au niveau de la pensée critique, qui serait plus grande chez les infirmières bachelières. Elles sont également moins orientées vers les tâches (Besner et al., 2005; Goode et al., 2001; White et al., 2008), portent plus attention à la continuité des soins et ont plus d'habiletés de communication et d'enseignement aux patients (Goode et al., 2001). Les directrices de soins infirmiers de cette étude préfèrent embaucher les infirmières bachelières pour ces raisons, mais aussi parce qu'elles adoptent un comportement plus professionnel et démontrent plus de leadership (Goode et al., 2001). Mêmes résultats pour l'étude menée en 2001 aux États-Unis par Blegen et al., qui visait à déterminer les relations entre la qualité des soins donnés aux patients, l'expérience et la formation des infirmières. Les résultats indiquent

une plus grande pensée critique, plus d'habilités communicationnelles et d'enseignement aux patients. Les infirmières bachelères sont également plus professionnelles, s'attardent davantage aux composantes psychosociales, démontrent plus de leadership et sont moins orientées vers les tâches (Blengen et al., 2001). Selon Friese, Lake, Aiken, Silber et Sochalski, (2008), les infirmières bachelères ont également une capacité accrue de reconnaître la détérioration de l'état des patients et rapportent moins de soins inachevés que leurs collègues infirmières (Kalisch et al., 2009).

La présente section démontre que les compétences telles que le jugement clinique, le leadership, le professionnalisme, les habilités communicationnelles et d'enseignement aux patients, sont plus développées chez les infirmières bachelères. Il est également démontré que l'étendue de pratique optimale est associée à de meilleurs résultats de soins aux patients dans les domaines de la médecine, de la chirurgie et des soins intensifs mais qu'en est-il dans le domaine de la santé mentale ?

L'étendue de pratique des infirmières en santé mentale

Cette section présente les études qui portent sur le déploiement de l'étendue de pratique des infirmières en santé mentale, le niveau de formation ainsi que les répercussions sur la qualité des soins.

Le déploiement non optimal de l'étendue de pratique des infirmières en santé mentale est une réalité qui a elle aussi été soulignée dans des études (Besner et al., 2005; Cleary, 2004; White et al., 2008). Estryng-Behar et al. (2006) ont mené une étude comparative auprès de 1281 infirmières de psychiatrie de quatre pays européens (France, Allemagne, Grande-Bretagne et Slovaquie). Cette étude qui visait à analyser et à comparer le contexte organisationnel et la situation des in-

firmières travaillant en psychiatrie entre les pays mais aussi avec les unités de médecine et des soins intensifs a conclu que 37,4% des infirmières en psychiatrie croient que leurs compétences ne sont pas utilisées à leur plein potentiel, principalement en raison des interruptions fréquentes dans le soin et de la lourdeur des tâches administratives. Toujours selon cette étude, les infirmières sont 48,9 % en France et 30,6 % en Grande-Bretagne à se dire insatisfaites de la qualité des soins qu'elles dispensent (Estryn-Behar al., 2006). Bien que les infirmières en psychiatrie de l'étude menée auprès de 167 infirmières par White et al. (2008), dans deux régions de l'Alberta (Calgary et Edmonton) et à Saskatoon en Saskatchewan, soient les plus enclines à dire pratiquer à leur pleine étendue de pratique, elles sont toutefois 73 % qui jugent ne pas toujours être utilisées à leur plein potentiel.

Ceci témoigne de l'écart qui existe entre la pratique désirée et effective des infirmières en santé mentale (Cleary, 2004 ; Seed, Tokelson et Alnatour, 2010 ; White et al., 2008). Selon Seed et al. (2010), les infirmières voudraient passer plus de temps auprès des patients, faire de l'enseignement et développer la relation d'aide. Ce qui est congruent avec les résultats obtenus par les infirmières œuvrant en santé mentale de l'étude de White et al. (2008), qui indiquent avoir une étendue de pratique optimisée lorsqu'elles font partie d'une équipe de suivi externe, puisqu'elles prodiguent des soins holistiques, font de l'enseignement aux patients et à la famille, de la relation d'aide, de la psychothérapie et s'impliquent dans l'atteinte des buts des patients.

La présence de facteurs comme le chevauchement d'activités entre les divers professionnels (Besner et al., 2005; White et al., 2008), les interruptions fréquentes dans les soins (Estryn-Behar et al. 2006; Furaker, 2009), ainsi que la lourdeur des tâches administratives et cléricales (Cleary, 2004; Estryn-Behar et al., 2006; Furaker, 2009) viennent influencer l'étendue de pratique effective des infirmières en santé mentale.

Les interruptions fréquentes, qui font partie du quotidien des infirmières œuvrant en santé mentale (Estryn-Behar et al., 2006; Furaker, 2009), ont été identifiées comme un des facteurs venant influencer l'insatisfaction ressentie en regard de l'utilisation de leurs compétences en plus d'alimenter leur perception négative de la qualité des soins (Estryn-Behar et al., 2006). Il y a 32,5 % des infirmières de la recherche menée par Estryn-Behar et al. (2006) qui considèrent ne pas avoir le temps de réaliser toutes leurs tâches. Toujours selon cette recherche, 40,9 % des interruptions sont causées par les autres patients ambulants, venant au-devant des infirmières déjà occupées (Estryn-Behar et al., 2006). Les interruptions fréquentes ont également été soulignées dans la recherche menée par Furaker (2009). Le chercheur a fait compléter un journal d'activités à 30 infirmières de quatre spécialités : chirurgie (n=11), gériatrie (n=6), médecine (n=8) et psychiatrie (n=5) dans 10 unités d'un hôpital de l'ouest de la Suède afin d'étudier le travail des infirmières et l'organisation de celui-ci dans les milieux de soins physiques et psychiatriques. Une différence a été notée dans l'organisation du travail en lien avec les multiples interruptions pour laisser entrer et sortir les patients en raison des portes verrouillées, des appels téléphoniques ou des conversations avec les patients, la famille ou les autres professionnels (Furaker, 2009).

Ce sont cependant les tâches administratives, définies comme la gestion des références et du matériel, la préparation avant et après les tournées médicales, les réunions, les fax et la récupération de spécimens qui occuperaient la plus grande partie de leur temps (Furaker, 2009). Ces résultats sont cohérents avec l'étude corrélationnelle de temps et mouvements menée auprès de 73 infirmières de trois hôpitaux du nord de la Californie par Seed et al. (2010). Les chercheurs qui visaient à décrire le rôle et les fonctions des infirmières des unités psychiatriques, ont élaboré un tableau de dix composantes de la pratique en soins infirmiers. Les soins aux patients, les admissions et les congés, la complétion de formulaires, la relation thérapeutique, l'enseignement sur la

médication, la communication avec le médecin et la gestion des symptômes figuraient parmi ces dix composantes (Seed et al., 2010). Il y a 65 infirmières sur 73, soit 75, 3 %, qui n'ont pas fait d'enseignement aux patients, que ce soit au niveau de la gestion de la médication ou des symptômes de la maladie. La communication avec le médecin est ressortie comme étant la seconde activité à laquelle les infirmières consacraient le moins de temps. Elles passaient par contre deux heures par jour à l'accomplissement de tâches cléricales (Seed et al., 2010) n'ayant aucune valeur ajoutée pour les patients.

Le déploiement non optimal de l'étendue de pratique des infirmières en santé mentale à le potentiel d'entraîner des conséquences sur la qualité des soins. La qualité des soins en psychiatrie a fait l'objet de plusieurs recherches que ce soit au niveau des erreurs d'administration des médicaments (Grasso, Genest, Jordan et Bates, 2003; Hanrahan et Aiken, 2008; Hanrahan, Kumar et Aiken, 2010) d'autres événements indésirables (Hanrahan et Aiken, 2008; Hanrahan et al., 2010) ou de la perception des infirmières sur la qualité des soins (Estryn-Behar et al., 2006; Hanrahan et Aiken, 2008; Seed et al., 2010).

Selon Estryn-Behar et al. (2006), les infirmières sont en moyenne 43, 7 % à être insatisfaites ou très insatisfaites de la qualité des soins en psychiatrie. Ces résultats sont similaires à ceux de Hanrahan et Aiken (2008), où elles sont 47,4 % à croire que la qualité des soins s'est détériorée dans l'année précédant la recherche. Cette étude descriptive et comparative visait à explorer la qualité des soins, la qualité de l'environnement et les événements indésirables pour les patients selon la perception des infirmières travaillant dans des unités de psychiatrie d'hôpitaux généraux et de comparer ces résultats avec les unités de soins physiques. Selon Hanrahan et Aiken (2008), la clientèle psychiatrique présente non seulement les mêmes événements indésirables concernant la qualité des soins que les patients des unités de médecine-chirurgie, mais ceux-ci sont même

plus fréquents. Il y a 63 % des 456 infirmières psychiatriques de cette recherche qui mentionnent avoir reçu des plaintes des patients/familles dans la dernière année. Elles sont 21,1 % à rapporter des erreurs d'administration de médicaments et 44 % des chutes avec blessures (Harahan et Aiken, 2008). Ces résultats sont similaires à l'étude transversale menée par Hanrahan et al. (2010) à partir de la base de données de 67 hôpitaux généraux comptant une unité de psychiatrie, ce qui représente 74 % de l'ensemble des hôpitaux avec une unité de psychiatrie en Pennsylvanie. Ce seraient les chutes avec blessures, les plaintes des patients/famille et les abus verbaux envers les infirmières qui sont le plus fréquemment cités comme événements indésirables par ces infirmières (Hanrahan et al., 2010).

Les résultats soulevés dans la littérature concernant le déploiement non optimal de l'étendue de pratique des infirmières en santé mentale ainsi que la présence d'événements indésirables pour les patients témoignent de la difficulté à maintenir une qualité des soins satisfaisante et constituent un enjeu important pour les administrateurs œuvrant dans cette spécialité.

Comme l'effet du niveau de formation des infirmières sur les résultats de soins aux patients et l'étendue de pratique plus grande ont fait l'objet de recherches pour la pratique en soins physiques (Besner et al., 2005; Goode et al., 2001; McHugh et Lake, 2010) une recension des écrits traitant de ces aspects au niveau de la santé mentale s'avère important.

Or, la revue de littérature, n'a permis l'identification d'aucune recherche ayant mesuré l'étendue effective de la pratique des infirmières en santé mentale de façon quantitative. Il devient donc impératif d'obtenir un portrait de l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale ainsi que l'influence du niveau de formation sur celle-ci.

La recension a permis de préciser le concept d'étendue de pratique. Elle a également démontré que les événements indésirables en santé mentale tels que les chutes, les plaies et les erreurs d'administration des médicaments, mesurés par certaines études, étaient les mêmes que pour les patients en santé physique. La recension a finalement relevé l'absence de recherche reliant le niveau de formation et la qualité des soins en santé mentale et d'étude ayant mesuré l'étendue de pratique effective des infirmières en santé mentale de façon quantitative. La prochaine section présente le cadre de référence qui sera utilisé dans la réalisation de cette étude.

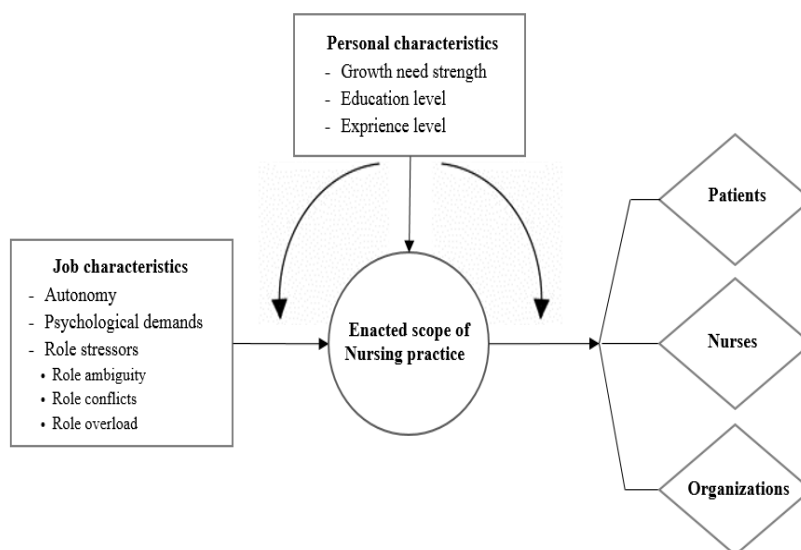
Cadre théorique

Cette étude prend assise sur le cadre de référence *SCOP* «Enacted scope of nursing practice» de Déry et al. (2015). Ce cadre permet d'orienter la recherche, de guider la collecte de données et de fournir une perspective pour l'interprétation des résultats (Dufour et Larivière, 2015) puisque les différents concepts reliés au présent projet de recherche s'y retrouvent.

Ce modèle fournit une perspective théorique qui s'appuie à la fois sur les travaux de Hackman et Oldham(1974), de Karasek (1985) et de Biddle (1979). À la théorie des caractéristiques de l'emploi telle que proposée par Hackman et Oldham (1974), qui stipule que certaines caractéristiques du travail sont essentielles au maintien de la satisfaction au travail, a été intégré le modèle tension-autonomie de Karasek (1985) portant sur les demandes psychologiques ainsi que l'autonomie en termes de latitude décisionnelle. Les travaux de Biddle (1979) viennent pour leur part définir les différents stressseurs associés au rôle de l'infirmière. Dans ce modèle, les travaux de D'Amour et al. (2012) ont aussi été mis à contribution pour intégrer les dimensions de l'étendue de pratique des infirmières telles que présentées précédemment.

La principale proposition du *SCOP Model* est à l'effet que les caractéristiques de l'emploi et les caractéristiques individuelles de l'infirmière ont une influence potentielle sur la capacité des infirmières à déployer leur étendue de pratique. Il suppose également que l'ÉEPI a le potentiel d'influencer à son tour la satisfaction professionnelle des infirmières, la qualité des soins aux patients ainsi que certains indicateurs de performance organisationnelle comme l'accessibilité, les durées moyennes de séjours et les coûts (Déry et al., 2013).

Figure 1. Illustration du *SCOP model* (Déry et al., 2013)



Les caractéristiques individuelles

Les caractéristiques individuelles dans le modèle réfèrent au niveau de formation des infirmières, à l'expérience et au besoin de croissance personnelle (Déry et al., 2013).

Le niveau de formation. La caractéristique individuelle du niveau de formation dans le *SCOP model* est une caractéristique identifiée dans la littérature comme venant influencer l'étendue de pratique des infirmières (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Déry et al., 2013; White et al., 2008) en plus d'être reconnue pour influencer la qualité des soins (Aiken et

al., 2003; Blegen et al., 2013; Kalisch et al., 2009; O'Brien-Pallas et al., 2004; Tourangeau et al., 2006) tel qu'il a été détaillé précédemment dans la recension des écrits. Il s'agit d'une des variables principales qui sera étudiée.

L'expérience. L'expérience est décrite comme la pratique de quelque chose (les soins infirmiers) dont découle un savoir et/ou une connaissance tirée de cette pratique (Larousse, 2015). Les connaissances acquises avec l'expérience, le sont suite à une démarche mentale, l'utilisation d'un jugement clinique et d'une intention décisionnelle au sujet d'un geste, qu'il soit affectif, relationnel, technique ou organisationnel (Phaneuf, 2011). Ces connaissances laissent des traces et s'enrichissent avec le temps et la multiplicité des situations vécues (Phaneuf, 2011). Cette expérience influence la pratique quotidienne de chaque infirmière.

Le besoin de croissance personnelle. Le besoin de croissance personnelle peut être décrit comme le besoin de développement personnel, comme la réalisation de ses aspirations et de ses rêves par exemple (Aubrey, 2000). Ce dernier étant associé au désir de se développer et est directement lié à la motivation intrinsèque de l'infirmière.

Les caractéristiques individuelles à l'instar des caractéristiques de l'emploi sont identifiées comme ayant une influence potentielle non seulement sur l'étendue effective de la pratique infirmière mais aussi sur le lien entre les caractéristiques du travail et l'ÉEPI ainsi que sur celui entre l'ÉEPI et les résultats possibles sur la qualité des soins aux patients, la satisfaction au travail des infirmières, l'accessibilité, les durées moyennes de séjours et les coûts (Déry et al., 2013).

Les caractéristiques de l'emploi

Les caractéristiques de l'emploi réfèrent à la latitude décisionnelle (autonomie), aux demandes psychologiques et aux stressseurs reliés au rôle dont l'ambiguïté, le conflit de rôle et la surcharge de rôle.

L'autonomie. L'autonomie désigne à la fois la capacité d'utiliser ses compétences et d'en développer de nouvelles, ainsi que la possibilité de décider comment faire son travail et participer aux décisions qui s'y rapportent (Karasek et Theorell, 1990).

Les demandes psychologiques. Les demandes psychologiques font référence aux contraintes organisationnelles comme la charge de travail (Sochalski, 2004; Besner et al., 2005), les interruptions dans les tâches (Estryn-Behar et al. 2006; Furaker, 2009) et la composition des équipes de soins (Kalisch, 2006; Oelke et al., 2008; White et al., 2008).

Les stressseurs reliés au rôle. Les stressseurs reliés au rôle font référence à l'ambiguïté, à la surcharge et au conflit de rôle ayant été identifiés dans la littérature comme des facteurs d'influences sur l'étendue de pratique des infirmières (Besner et al., 2005 ; White et al., 2008). La confusion liée au rôle, présente non seulement entre les infirmières mais aussi auprès des autres groupes professionnels, ferait en sorte de créer des différends, des doublons dans les tâches et laissant certaines activités propres aux soins infirmiers non accomplies (Besner et al., 2005). Les recherches suggèrent également que les infirmières ne passent pas assez de temps à effectuer des activités reliées à leur rôle professionnel (Besner et al., 2005; White et al., 2009; Déry et al., 2013) résultant en une disparité entre leur rôle attendu et le rôle actuel (D'Amour et al., 2012).

L'étendue effective de la pratique des infirmières (ÉEPI)

L'ÉEPI placée au centre du *SCOP model*, fait référence au niveau de déploiement des 26 activités spécifiques à la pratique des soins infirmiers, opérationnalisées sous les six dimensions et regroupées selon trois niveaux de complexité (figure 2) tel qu'opérationnalisés par D'Amour et al., (2012). Ces dimensions, qui vont bien au-delà du volet technique des soins infirmiers ainsi que les différents niveaux de complexité correspondent à la pratique attendue des infirmières œuvrant en santé mentale.

En résumé, le *SCOP model* indique que des caractéristiques individuelles telles que le niveau de formation et certaines caractéristiques de l'emploi peuvent déterminer l'ÉEPI. Le déploiement de cette étendue effective de pratique a le potentiel d'influencer à son tour la satisfaction professionnelle des infirmières, la qualité des soins aux patients ainsi que des résultats organisationnels comme l'accessibilité, les durées moyennes de séjours et les coûts (Déry et al., 2013).

L'ensemble des propositions que suggère le *SCOP model* n'a cependant pas été examiné dans le cadre de cette recherche. L'accent a été mis, ici, sur la partie du modèle qui concerne l'influence potentielle du niveau de formation sur l'ÉEPI.

C'est en raison de l'influence du niveau de formation sur l'ÉEPI en tant que caractéristique individuelle et de la définition de l'ÉEPI de D'Amour et al., (2012) utilisé qui fait du *SCOP model* (Déry et al., 2013) le cadre théorique de choix pour la présente étude. Son utilisation a permis de mesurer l'étendue de pratique des infirmières mais aussi de séparer les éléments de la pratique des infirmières de façon concrète selon les six dimensions et trois niveaux de complexité qui couvrent la pratique des infirmières en santé mentale. Il facilite également la comparaison de

l'ÉEPI selon leur niveau de formation dans son ensemble mais également pour chacune de ses dimensions.

Figure 2. Dimensions, activités de soins et niveaux de complexité du QÉPI

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

Chapitre III : Méthode

Ce troisième chapitre présente les éléments de la méthode choisie pour réaliser l'étude, dont le devis de recherche, le milieu, la population à l'étude, la stratégie de recrutement ainsi que les considérations éthiques. Il se poursuit avec la collecte et l'analyse des données.

Devis de recherche

Le devis utilisé est quantitatif de type descriptif corrélationnel. Le devis descriptif corrélationnel a comme objectif de dresser le portrait d'une population ou d'un phénomène et d'explorer les relations entre des variables, ce qui est le but de la recherche, qui vise à mesurer l'étendue de pratique effective des infirmières œuvrant au sein d'un institut en santé mentale. La présente étude vise également à explorer la présence d'une relation entre l'étendue de pratique et le niveau de formation.

Le milieu

L'étude a été effectuée auprès d'infirmières œuvrant au sein d'un Institut spécialisé en santé mentale de la grande région de Montréal. Comme l'établissement a le titre d'Institut universitaire en santé mentale en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ce dernier se doit d'offrir des services spécialisés et ultraspecialisés, de participer à l'enseignement, de procéder à l'évaluation des technologies de la santé et d'administrer un centre de recherche accrédité. Les divers milieux de soins et types de clientèle en fait un environnement idéal à la mesure de l'étendue effective de la pratique des infirmières puisque celles-ci évoluent dans des contextes très variés.

Population et échantillon

Toutes les infirmières travaillant au sein de l'Institut en santé mentale ciblée et répondant aux critères d'inclusion ont été invitées à participer à cette étude.

La taille de l'échantillon a été calculé dans le but de pouvoir répondre à la première question de recherche, qui est de mesurer l'étendue effective de la pratique des infirmières. Le calcul réalisé à l'aide du logiciel PASS version 14.0.5 a indiqué que 197 participants sont nécessaires pour que la largeur de l'intervalle de confiance à 95 % soit de 0,2. Par conséquent avec cet effectif, la précision au niveau de confiance à 95 % sera +/- 0,1 autour de la moyenne observée. Ce calcul suppose un E.T de l'étendue effective de la pratique de 0,71 tel que rapporté dans l'étude de Déry et al., 2013. Cet effectif devrait être suffisant pour étudier l'influence du niveau de formation sur l'ÉEPI. Puisque la taille d'effet est fonction de la répartition du niveau de formation et que cette répartition est inconnue ou difficile à évaluer a priori, aucun calcul formel n'a été fait pour établir la taille d'effet qu'on peut détecter au seuil de signification de 5 % avec une puissance de 80 %. Par ailleurs, généralement, cette taille d'échantillon est suffisante pour détecter des effets faibles Cohen (1988).

Critères de sélection

Les participants de l'étude ont été choisis selon les critères d'inclusions suivants : 1) être membre de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ); 2) exercer la profession d'infirmière depuis au moins 6 mois et 3) travailler sur la même unité depuis au moins six mois à temps complet ou partiel.

Définition des variables à l'étude

Les variables à l'étude sont regroupées en variables dépendantes et indépendantes.

La variable dépendante

L'étendue effective de pratique constitue la variable dépendante puisqu'elle est influencée par différents facteurs, dont les niveaux de formation. Comme mentionné précédemment, l'étendue de pratique tel qu'opérationnalisé par D'Amour et al. (2012) réfère au niveau de déploiement des 26 activités spécifiques à la pratique des soins infirmiers qui ont été regroupés selon six dimensions et trois niveaux de complexité (figure 2). L'étendue de pratique a été donc mesurée selon les 10 variables suivantes : l'étendue de pratique globale, les six dimensions : 1) l'évaluation et planification des soins, 2) l'enseignement à la clientèle et aux familles, 3) la communication et coordination des soins, 4) l'intégration et encadrement du personnel, 5) l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins, 6) la mise à jour et utilisation des connaissances, ainsi que les trois niveaux de complexité.

La variable indépendante

Le niveau de formation des infirmières constitue la variable indépendante dans la présente étude. L'influence du niveau de formation sur l'étendue de pratique des infirmières a été mesurée selon les catégories suivantes : 1) le diplôme d'étude collégial, 2) le baccalauréat en Sciences infirmières, 3) le certificat et la maîtrise en Sciences infirmières.

Collecte de données et déroulement de l'étude

Cette section présente les outils de collecte de données, le mode de recrutement, ainsi que les étapes du déroulement de l'étude.

Questionnaire sociodémographique

Afin de décrire le profil des répondantes, la première partie du questionnaire est composée de questions sociodémographiques. Ces informations concernent le niveau de formation, les années d'expérience dans la profession, le quart de travail (jour - soir - nuit), le poste occupé (infirmière ou infirmière clinicienne), le milieu de travail (unité interne, clinique externe, hôpital de jour) ainsi que le type de clientèle (adulte, gériatrique, troubles alimentaires, etc.) desservi. Seul le niveau de formation sera utilisé à la fois pour dresser le profil des répondantes et pour répondre à la deuxième question de recherche.

Questionnaire d'étendue de la pratique des infirmières (QÉPI)

Le questionnaire d'étendue de la pratique des infirmières (QÉPI) (D'Amour et al., 2012), est un outil validé permettant de mesurer l'ÉEPI. Le QÉPI est un questionnaire de type Likert à six choix de réponses (1. Jamais, 2. Très rarement, 3. Parfois, 4. Fréquemment, 5. Presque toujours, 6. Toujours.), qui comprend 26 items regroupés dans six dimensions de l'étendue de pratique: 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 ainsi que 6) mise à jour et utilisation des connaissances. Le tout est classé selon trois niveaux de complexité : le premier niveau représente le niveau de complexité minimal attendu des infirmières, incluant l'infirmière avec peu d'expérience, le niveau deux réfère à des interventions plus complexes pouvant être réalisées par des infirmières expérimentées et ce peu importe leur niveau de formation. Le troisième niveau, représente les activités de plus haute complexité, normalement réalisées par des infirmières cliniciennes d'expérience (D'Amour et al., 2012).

La consistance interne mesurée à l'aide des coefficients alpha de Cronbach est de 0,89 pour l'ensemble des 26 items du questionnaire. L'analyse en composantes principales a été utilisée pour mesurer la variance de chacune des dimensions et pour l'outil dans son ensemble. Le premier facteur explique 59 % de la variance globale. Les six dimensions sont bien représentées avec des saturations allant de 0,48 à 0,72. La mesure de l'adéquation de l'échantillonnage (KMO) est de 0,855, ce qui correspond à excellent, et le test de sphéricité de Bartlett est significatif ($p < 0,01$), ce qui signifie que les variables sont parfaitement indépendantes les unes des autres.

Mode de recrutement et collecte de données

Démarche de recrutement

Un processus d'échantillonnage de type non probabiliste et volontaire a été utilisé afin de sélectionner les participants.

La collecte de données

La collecte de données a été réalisée par questionnaire auto-administré d'une durée approximative de 10 minutes.

Les documents remis aux participants comprenaient une lettre d'information et de consentement (annexe 1), le questionnaire (annexe 2), une carte-réponse (annexe 3) et une enveloppe pour la carte-réponse.

Des portes documents pour le retour des questionnaires et des cartes-réponses (annexe 4) ont également été mis à la disposition de chacun des milieux cliniques de l'établissement. La carte-réponse complétée a servi de coupon de participation pour le tirage de l'iPad mini. Afin d'assurer la confidentialité des réponses au questionnaire même si l'identité des participants était

connue, ceux-ci devaient mettre la carte-réponse complétée dans l'enveloppe prévue à cet effet et déposer cette enveloppe scellée dans la grande enveloppe au dos du porte document.

Déroulement de l'étude

Le processus de collecte de données s'est déroulé sur une période de 4 semaines allant du 4 août 2015 au 28 août 2015. Les sept démarches suivantes ont été réalisées selon la démarche de Dillman (2000) :

1) Avant de débiter la collecte de données proprement dite, un courriel a été envoyé le 4 août 2015 par l'étudiante-chercheure à l'ensemble des chefs d'unités, des conseillers en soins infirmiers et des coordonnateurs afin de les informer de la nature de l'étude et son déroulement, afin qu'ils puissent, à leur tour, informer les infirmières de leur unité et les encourager à prendre connaissance du questionnaire et à participer à l'étude. Le choix du courriel a été privilégié puisque les réunions des gestionnaires et d'équipes sont suspendues en raison de la saison estivale. Suite à l'envoi du courriel quatre chefs d'unité, deux conseillers en soins infirmiers et deux coordonnateurs ont été rencontrés à leur demande pour plus de précisions concernant l'étude et son déroulement.

2) L'étudiante-chercheure a également rencontré trois coordonnateurs au début de leur quart de travail (5-6 et 7 août 2015) afin de solliciter leur aide pour informer les infirmières et exposer les affiches faisant la promotion de l'étude dans les postes infirmiers ainsi que dans différents endroits stratégiques de l'établissement.

3) Vendredi le 7 août 2015, un courriel a été adressé à l'ensemble des infirmières à partir du groupe courriel fourni par la direction des soins infirmiers. Ce courriel visait à les informer qu'elles étaient invitées à participer à une étude concernant l'étendue de pratique des infirmières

en santé mentale. Le soir même, l'ensemble de la documentation et le porte document pour le retour des questionnaires ont été distribués dans les 24 milieux de soins de l'établissement.

4) Des rencontres informelles entre les infirmières et l'étudiante-chercheuse ont eu lieu dans leur unité respective, tout au long de la période de collecte des données. Il y a également eu deux demandes d'informations complémentaires par téléphone et deux demandes de rencontres par des chefs d'unités. Cette mesure a permis de mieux les informer sur la nature de l'étude, d'insister sur les garanties de confidentialité et de répondre aux questions.

5) Une relance auprès des conseillers en soins infirmiers, des coordonnateurs et de la conseillère cadre en prévention des infections a été effectuée deux semaines après la distribution des questionnaires soit le 19 et 20 août 2015 pour qu'ils invitent de nouveau les infirmières à prendre connaissance du questionnaire et à participer à l'étude. L'étudiante-chercheuse a également remis des copies du document d'information-consentement et du questionnaire afin qu'ils puissent en distribuer aux infirmières. Un rappel a été fait à l'ensemble des infirmières par courriel et des lettres ont été déposées dans leur pigeonier par les agentes administratives de leur milieu.

6) Un dernier rappel a été effectué par les coordonnateurs (soir) et la conseillère cadre en prévention des infections (jour) lors de leurs tournées quotidiennes pendant la dernière semaine soit entre le 24 et le 28 août 2015.

7) Deux chefs d'unités ont remis les portes documents de leur unité à l'étudiante-chercheuse dans la journée du 28 août après avoir récupéré l'ensemble des questionnaires auprès des infirmières. L'agente administrative de la DSI a reçu 36 questionnaires et enveloppes de tirage via le courrier interne. Elles ont séparé les questionnaires et les enveloppes contenant les coupons de tirage dans deux boîtes avant de les remettre à l'étudiante-chercheuse. L'ensemble des question-

naires et des portes documents pour le retour des questionnaires restant ont été récupérés par l'étudiante-chercheure le 28 août 2015 à 17:00.

Analyse des données

Les données obtenues au moyen des questionnaires ont été saisies par l'étudiante-chercheure et colligées dans le logiciel SPSS® version 23 pour les calculs statistiques. La description de l'échantillon a été effectuée à l'aide de fréquences et de pourcentages pour les variables nominales telles que le niveau de scolarité, le type de poste occupé et le quart de travail. La moyenne et l'écart type ont été utilisés pour la description des variables continues, telles que le nombre d'années d'expérience, le résultat global du questionnaire de l'étendue de pratique des infirmières (QÉPI) ainsi que ses sous-échelles. Pour assurer la rigueur du processus d'analyse et de synthèse de cette section, l'ensemble de la syntaxe des données entrées dans SPSS® qui permet de retracer et vérifier l'analyse des données effectuées a été documenté dans un fichier de recherche. Tous les tests statistiques ont été effectués avec un seuil de signification de 0,05. Les prémisses à l'analyse de la variance (ANOVA) ont été validées. La normalité de la distribution a été vérifiée à l'aide d'histogrammes afin de voir si la distribution suit la courbe gaussienne. Le test de de Shapiro-Wilk a également été utilisé pour s'assurer de la normalité de la distribution. Le test non paramétrique de Kruskal-Wallis a été utilisé dans les cas où la normalité de la distribution était rejetée par le test de Shapiro-Wilk. Comme l'ANOVA est peu sensible aux écarts de normalité (Yergeau et Poirier, 2013), des ANOVA ont été réalisés pour fin de comparaison. Comme les conclusions étaient les mêmes, les ANOVA ont été rapportés.

Considérations éthiques

Confidentialité

Bien que l'identité des participants est connue en raison de la méthode de collecte de données sélectionnée et la participation au tirage de l'IPad mini, la confidentialité concernant le questionnaire est assurée puisqu'il est impossible de retracer qui a complété le questionnaire. Les informations nominatives des participants n'ont servi qu'au tirage de l'IPad mini. Elles ont été détruites dès que le gagnant a récupéré son prix. Les infirmières ont été informées que la participation à l'enquête est strictement volontaire et pouvait être interrompue à tout moment pendant le sondage. Aucune des questions ou des étapes du processus de collecte de données n'avait un potentiel de bouleverser les participants.

L'ensemble de la documentation sera conservé dans une armoire sous clé, où seule l'étudiante-chercheure et ses directrices auront accès aux données recueillies. Les données de recherche seront conservées 7 ans et seront détruites de façon confidentielle par la suite. Une attention particulière a été apportée lors de la présentation des résultats afin de s'assurer qu'aucune donnée ne permet l'identification des participants.

Consentement libre et éclairé

Le choix de procéder par la méthode de distribution et de collecte en personne dans l'établissement, soit la méthode « *Drop-off/Pick-Up (DOPU)* » laisse la liberté aux infirmières sollicitées de participer ou non à l'étude. La complétion et le retour du questionnaire à l'étudiante-chercheure fait foi de consentement. Les informations nécessaires à un consentement libre et éclairé telles que les avantages et inconvénients liés à la participation et les coordonnées des personnes contacts se trouvaient dans la lettre qui accompagnait le questionnaire. La durée

de l'étude qui consistait en la complétion d'un seul et unique questionnaire était également indiquée. Les participants pourront être informés des résultats de recherche s'ils le désirent.

Risques et bénéfices

Il n'y a pas d'avantages individuels pour les infirmières qui participent à l'étude. Les participants ont été informés qu'il n'y aura pas de conséquences en matière d'emploi, de rémunération ou des relations de travail associés à leur choix de participer ou non à la recherche ou en lien avec les réponses fournies au questionnaire.

Les avantages de participer à la recherche se trouvent au niveau du désir de soutenir le développement de la recherche en soins infirmiers par la mesure de l'étendue de leur pratique et de l'influence du niveau de formation sur celle-ci qui permettra de mieux comprendre celle-ci dans le but d'optimiser leur pratique et ainsi contribuer à la qualité des soins aux patients.

Il n'y a pas de risques connus à la complétion du questionnaire.

L'avantage pour l'Institut sera d'obtenir un portrait de l'étendue de pratique des infirmières ouvrant au sein de l'établissement. L'Institut pourra donc travailler à l'élaboration de stratégies qui favoriseront l'optimisation de la pratique de ses infirmières afin de favoriser la qualité des soins aux patients.

Compensation

Les participants à l'étude auront la chance de gagner un iPad mini.

Conflits d'intérêt

L'étudiante-chercheuse travaille à la direction des soins infirmiers de l'Institut mais ne se trouve pas en lien hiérarchique direct avec les infirmières.

Chapitre IV : Présentation des résultats

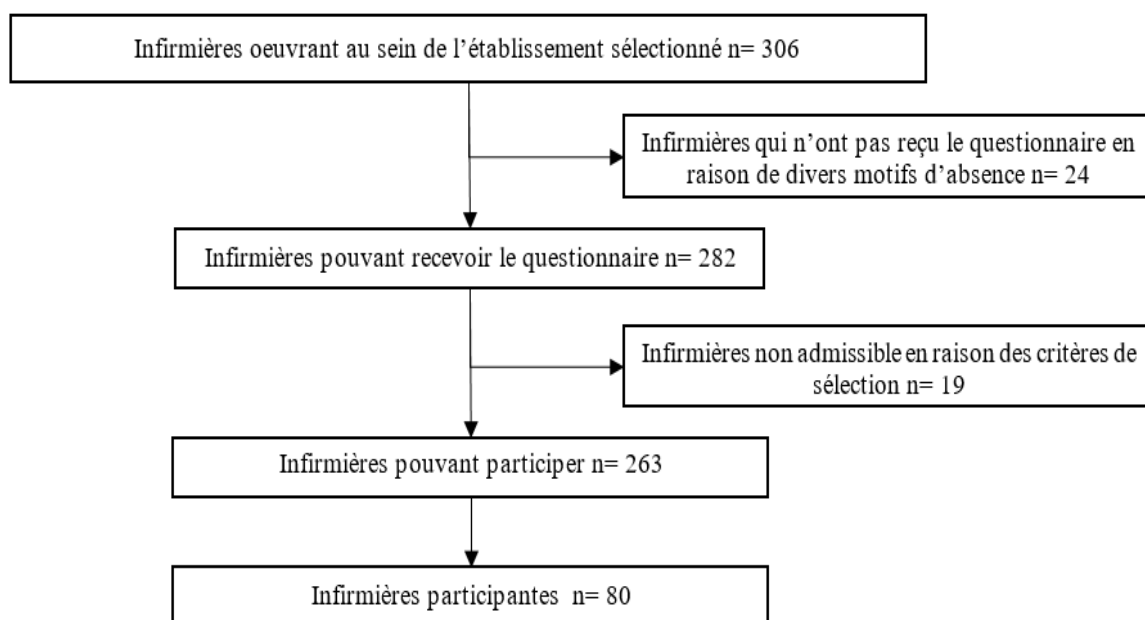
Ce chapitre présente les résultats de l'étude en quatre sections distinctes. La première section porte sur les résultats sociodémographiques de l'échantillon, suivie de la section concernant l'étendue de pratique avec ses dimensions et niveaux de complexité. La seconde section sera suivie des résultats qui visent à vérifier si l'étendue de pratique diffère selon les niveaux de formation. Ces résultats permettront de répondre aux questions de recherche :

1. Quelle est l'étendue effective de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale ?
2. Dans quelle mesure le niveau de formation des infirmières influence-t-il l'étendue effective de la pratique des infirmières œuvrant en santé mentale ?

Taille de l'échantillon

Le bassin potentiel pour cette étude était composé de 306 infirmières. De ce nombre, 263 étaient admissibles une fois les critères de sélection appliqués (figure 3). Un total de 80 questionnaires ont été complétés, ce qui représente un taux de réponse de 30 %.

Figure 3. Organigramme de la sélection des 80 participantes à l'étude



Profil des répondantes

La majorité des répondantes, soit 30 %, sont âgées entre 40 et 49 ans alors que 26,3 % d'entre elles ont entre 30 et 39 ans. Elles sont 41 à détenir un baccalauréat en sciences infirmières, ce qui représente 52,6 % des répondantes, alors qu'elles sont 22 à détenir une formation collégiale (28,2 %). Elles sont 57,7 % à occuper un poste d'infirmière clinicienne et 34,6 % un poste d'infirmière. Le nombre moyen d'années d'expérience en soins infirmiers est de 14 ans (Étendue: 0,5-39; Écart-Type : 11,47), avec une moyenne de 5,9 ans (Étendue 0,5-19 Écart-Type: 5,24) de pratique dans leur poste de travail actuel et une moyenne de 11,57 (Étendue : 0,5-40 ; Écart-Type: 10,57) années de services accumulées au sein de l'établissement à l'étude. Plus de 80 % des répondantes travaillent à temps complet. La très grande majorité exerce pendant le quart de jour (72,7 %) alors que 15,6 travaillent de soir (Tableau 1).

Valeurs obtenue au questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière

Les résultats obtenus au QÉPI sont exposés dans la présente section. Les moyennes, écarts-types et étendues de l'ÉEPI totale, de ses six dimensions ainsi que ses trois niveaux de complexité sont présentés.

L'étendue effective de pratique des infirmières

La moyenne globale de l'étendue de pratique des infirmières est de 4,24/6 avec un minimum de 2,38 et un maximum de 5,50. Les résultats pour l'étendue de pratique globale sont assez homogènes avec un écart-type de 0,63 (Tableau 2).

En ce qui concerne les dimensions prises une à une, l'évaluation et la planification des soins (4,54) et l'enseignement à la clientèle et aux familles (4,46) sont les dimensions les plus fréquemment réalisées suivi de près par la communication et la coordination des soins (4,43).

Tableau 1. Profil des 80 répondantes ayant participé à l'étude : âge, scolarité, poste occupé, quart de travail, statut d'emploi et expérience

Âge	Fréquence	Pourcentage
20-29 ans	14	17,5
30-39 ans	21	26,3
40-49 ans	24	30,0
50-59 ans	19	23,8
60 ans et plus	1	1,3
Total	79	98,8
Manquant	1	1,3
Total	80	100,0 %
Niveau de scolarité	Fréquence	Pourcentage
Diplôme d'étude collégial	22	28,2 %
Baccalauréat en sciences infirmières	41	52,6 %
Certificats	8	10,2 %
Maitrise en sciences infirmières	7	9,0 %
Manquant	2	---
Total	80	100,0 %
Poste occupé	Fréquence	Pourcentage
Infirmière	27	34,6 %
Infirmière clinicienne	45	57,7 %
Autres	6	7,7 %
Manquant	2	---
Total	80	100,0 %
Statut d'emploi	Fréquence	Pourcentage
Temps complet	63	80,8 %
Temps partiel	15	19,2 %
Manquant	2	---
Total	80	100,0 %
Quart de travail	Fréquence	Pourcentage
Jour	56	72,7 %
Soir	12	15,6 %
Nuit	4	5,2 %
Rotation	5	6,5 %
Manquant	3	---
Total	80	100,0 %
Moyenne		
Expérience en soins infirmiers	Moyenne de 14 ans (Écart-Type : 11,47)	
Années dans le poste actuel	Moyenne de 5,9 ans (Écart-Type: 5,24)	
Années dans l'établissement	Moyenne de 11,57 ans (Écart-Type : 10,57)	

La dimension mise à jour et utilisation des connaissances a obtenu un score de 4,27 sur une possibilité de 6. L'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins se place au cinquième rang avec un score se situant à 4,01 et l'encadrement et l'intégration du personnel obtient la moyenne la plus faible, soit 3,70 (Tableau 2).

Le niveau de complexité

En ce qui concerne les niveaux de complexité la moyenne est de 4,97/6 pour le niveau de complexité le plus bas (minimal attendu des infirmières, incluant l'infirmière avec peu d'expérience), ce qui correspond à presque toujours dans l'échelle de Likert. La moyenne est de 4,25 pour le niveau de complexité modéré et de 3,64 pour le niveau le plus complexe d'activité (Tableau 2).

Tableau 2. Étendue effective de la pratique des 80 infirmières ayant participé à l'étude selon le QÉPI

Variables	N	\bar{x}	E.T
Score global			
Étendue effective de la pratique	26	4,24	0,63
Dimensions			
Évaluation et planification des soins	5	4,54	0,78
Enseignement à la clientèle et aux familles	4	4,46	0,79
Communication et coordination des soins	5	4,43	0,90
Intégration et encadrement du personnel	4	3,70	1,00
Optimisation de la qualité et de la sécurité des soins	5	4,01	0,89
Mise à jour et utilisation des connaissances	3	4,27	0,94
Niveau de complexité de l'ÉEPI			
1	7	4,97	0,69
2	10	4,25	0,69
3	9	3,64	0,88

Nombre de répondants (n=80), N= nombre d'activité dans le QÉPI; \bar{x} = moyenne; E.T = Écart-type.

Comparaison de l'ÉEPI selon les niveaux de formation

L'analyse de variance à un facteur a été utilisée afin de comparer la moyenne de l'étendue de pratique entre les différents niveaux de formation, à la fois sur la base du score global de l'étendue de pratique mais également de ses six dimensions et trois niveaux de complexité.

Moyenne globale de l'étendue de pratique

La moyenne globale de l'étendue de pratique des infirmières est de 4,24/6; E.T.= 0,63, 95 % IC [4,09, 4,38]. Les infirmières ayant un diplôme d'études collégiales (DEC) obtiennent un score moyen de 4,22/6 comparativement à 4,23 pour les infirmières bachelières (B. Sc.), et 4,51 pour le groupe d'infirmières avec une maîtrise (M. Sc.). La différence entre les groupes n'est pas significative $F(3, 77) = 0,707, p = 0,551$.

Moyenne de l'étendue de pratique selon les dimensions

En ce qui concerne les dimensions prises de façon individuelle, l'analyse des données indique qu'il n'existe aucune différence significative entre les différents niveaux de formation et les dimensions prises individuellement (Tableau 3).

Moyenne de l'étendue de pratique selon les niveaux de complexité

Les analyses de variance effectuées pour comparer les moyennes des niveaux de complexité selon les différents niveaux de formation n'ont indiqué aucune différence significative et ce, pour les trois niveaux de complexité (Tableau 3).

Tableau 3. Moyenne de l'étendue effective de la pratique des 80 infirmières ayant participé à l'étude selon le niveau de formation

Variables	Total			DEC S. Inf.	B. Sc. Inf.	Certificat	M. Sc. Inf.	F	Valeur de p
Nombre de répondants	78			22	41	8	7		
	\bar{X}	E.T	95 % IC						
Étendue de pratique globale	4,24	0,63	[4,09, 4,38]	4,22	4,23	4,3	4,51	0,707	0,551
Dimensions									
Évaluation et planification des soins	4,54	0,78	[4,37, 4,72]	4,65	4,54	4,35	4,54	0,417	0,741
Enseignement à la clientèle et aux familles	4,46	0,79	[4,28, 4,64]	4,43	4,56	4,00	4,53	1,142	0,338
Communication et coordination des soins	4,42	0,90	[4,21, 4,62]	4,3	4,49	4,07	4,83	1,076	0,365
Intégration et encadrement du personnel	3,70	0,99	[3,47, 3,92]	3,51	3,71	3,84	4,04	0,578	0,631
Optimisation de la qualité et sécurité des soins	4,01	0,89	[3,76, 4,17]	3,98	3,86	3,93	4,57	1,275	0,289
Mise à jour et l'utilisation des connaissances	4,27	0,94	[4,06, 4,49]	4,44	4,18	3,92	4,71	1,275	0,289
Niveau de complexité									
1	4,97	0,69	[4,81, 5,13]	5,05	4,94	4,86	5,04	0,202	0,894
2	4,25	0,69	[4,10, 4,41]	4,29	4,20	4,05	4,69	1,244	0,300
3	3,64	0,88	[3,44, 3,84]	3,50	3,73	3,38	3,90	0,754	0,523

\bar{x} = Moyenne; E.T = Écart-type; IC = Intervalle de confiance.

Chapitre V : Discussion

Ce dernier chapitre présente la discussion des principaux résultats de l'étude avec les écrits scientifiques. Il présente également les retombées des résultats pour la recherche, la formation, la gestion et la pratique infirmière. Le chapitre se poursuit avec les limites de l'étude et se termine par la proposition de pistes de recherches ultérieures. La présente étude a été réalisée auprès de 80 infirmières (complétion d'un questionnaire) qui ont été recrutées selon la méthode d'échantillonnage non probabiliste volontaire.

L'étudiante-chercheuse s'est inspirée des travaux de Déry et al., (2013), soit du « *SCOP model* » comme toile de fond afin de guider la réalisation de l'étude. La revue de littérature effectuée n'a permis l'identification d'aucune recherche ayant mesuré l'étendue effective de la pratique des infirmières en santé mentale et l'influence du niveau de formation sur celle-ci. Or, c'est le but poursuivi par la présente recherche.

L'étendue de pratique des infirmières

Le score global

Les résultats démontrent un déploiement sous-optimal de l'étendue de la pratique des infirmières (4,24/6; E.T.= 0,63) lorsqu'elle est regardée dans sa globalité. Ces résultats sont congruents avec les recherches qui démontrent que les infirmières ne parviennent pas à mettre en œuvre l'ensemble des activités pour lesquelles elles détiennent la formation et l'expérience (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Déry et al., 2013; Oelke et al., 2008; White et al., 2009). Il s'agit toutefois de la moyenne d'étendue de pratique la plus élevée parmi celles mesurées à l'aide du QÉPI. Dans l'étude de D'Amour et al., (2012) la moyenne de l'étendue de pratique des infirmières de 22 unités de médecine/chirurgie du Québec est de 3,5/6 alors qu'elle est de 3,21/6 chez les infirmières de cinq secteurs d'activités d'un centre hospitalier pédiatrique universitaire

du Québec (Déry et al., 2013). Ces données sont aussi alignées avec l'étude menée au Canada par White et al., (2008) qui mentionne que les infirmières œuvrant en santé mentale étaient les plus enclines à dire pratiquer à leur pleine étendue de pratique, même si la majorité d'entre-elles (73 %) jugeaient ne pas toujours être utilisées à leur plein potentiel.

Ces résultats qui démontrent que les infirmières œuvrant en santé mentale semblent avoir une étendue de pratique plus grande que les infirmières pratiquant en médecine ou en pédiatrie soulèvent plusieurs questions quant aux raisons expliquant ces résultats.

L'hypothèse du niveau de formation des infirmières est une des hypothèses retenue puisqu'il a été démontré qu'il influençait l'étendue de pratique des infirmières (Déry et al, 2013). En effet, l'analyse des données sociodémographique indique que 52,6 % des infirmières de la présente étude détiennent un baccalauréat en soins infirmiers. Ce taux est non seulement plus élevé que le 35,4 % de l'effectif global recensé par l'OIIQ (2015) mais il est également plus élevé que le taux de 37,9 % observé dans l'étude de Déry et al., (2013) et représente un peu plus que le double du nombre d'infirmières bachelière de l'étude de D'Amour et al., (2012) qui en compte 24,3 %. Comme le suggère la littérature, les infirmières bachelières ont une meilleure pensée critique (Aiken et al., 20013; Goode et al., 2001), elles sont également moins orientées vers les tâches (Besner et al., 2005; Goode et al., 2001; White et al., 2008), portent plus attention à la continuité des soins et ont plus d'habilités de communication et d'enseignement aux patients (Goode et al., 2001). Les infirmières bachelières auraient également un comportement plus professionnel et démontreraient plus de *leadership* (Goode et al., 2001), ont également une capacité accrue pour reconnaître la détérioration de l'état des patients (Frieese et al., 2008) et rapporteraient moins de soins inachevés que leurs collègues infirmières (Kalisch et al., 2009).

L'ajout des infirmières titulaires d'une maîtrise dans le cadre de la présente étude peut également avoir contribué à l'obtention d'une étendue de pratique plus élevée que celle des autres milieux étudiés (pédiatrie et médecine-chirurgie), qui n'avaient pas inclus celles-ci dans leur recherche. En plus d'être la première étude à intégrer les infirmières de maîtrise dans une recherche mesurant l'étendue effective de la pratique des infirmières, le taux de 8,8 % de répondante ayant déclaré être titulaire de maîtrise est nettement plus élevé que le 3,6 % de l'effectif global recensé par l'OIIQ (2016). Cette différence observée peut s'expliquer par l'arrivée de la loi *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*, (2009) qui permet maintenant à l'infirmière qui détient une maîtrise spécialisée en santé mentale d'évaluer les troubles mentaux.

Les infirmières en pratique avancée du Canada ont la formation, l'expertise clinique, le leadership ainsi qu'une compréhension des organisations, des politiques de santé et des processus de la prise de décision leur permettant de jouer un rôle important dans les résultats pour les clients et le système de santé d'aujourd'hui et de demain (Association canadienne des infirmières et infirmiers, 2008, p. 7). La présence de ces infirmières de deuxième cycle vise également à favoriser le développement d'innovations et à soutenir la mise en œuvre des changements dans les pratiques dans leur milieu (Faculté des sciences infirmières, 2011).

Comme l'expérience est également identifiée dans la littérature comme une des caractéristiques ayant le potentiel d'influencer l'étendue de pratique des infirmières (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012), il est pertinent de s'y attarder. L'analyse du nombre d'années d'expérience nous indique que les répondantes ont en moyenne 14 ans d'expérience ce qui est comparable à la moyenne d'années d'expérience de 12,7 ans de l'étude de Déry et al., (2013) qui n'a pas identifié l'expérience comme étant un facteur influençant l'étendue de la pratique des

infirmières. De plus, une plus grande étendue de pratique effective a été observée chez les infirmières de moins de cinq ans d'expérience. (D'Amour et al., 2012).

Les dimensions

En comparant les sous-échelles de l'étendue de pratique des infirmières il peut être constaté que l'évaluation et la planification des soins est la dimension la plus souvent réalisée (4,54/6; E.T.= 0,78) suivi par la dimension de l'enseignement à la clientèle et aux familles (4,46/6; E.T.= 0,79). Ces résultats sont comparables aux résultats de recherche de D'Amour et al., (2012) en regard du fait qu'il s'agit des deux dimensions les plus souvent réalisées contrairement aux résultats de recherches de Ball et al., (2013), de Lucero et al., (2010) et de West et al., (2005) qui révélaient que ces activités étaient parmi celles les plus inachevées. Cette différence observée au niveau de l'évaluation et la planification des soins pourrait s'expliquer par la complétion obligatoire du plan thérapeutique infirmier, introduit par l'OIIQ en 2009, tel que suggéré par D'Amour et al., (2012). L'accent mis sur la pratique des soins infirmiers basée sur les forces et la vision de rétablissement mise de l'avant par l'établissement sont des caractéristiques organisationnelles qui peuvent expliquer pourquoi l'enseignement à la clientèle et aux familles est la seconde dimension la plus souvent réalisée. La formation plus approfondie dans les approches thérapeutiques (ex : psychoéducation, entretien motivationnel, l'approche cognitivo-comportementale etc.) telle que recommandée par l'OIIQ (2009) est également une caractéristique qui peut expliquer ce résultat.

La dimension concernant la communication et la coordination des soins (4,42/6; E.T.= 0,92) est presque aussi souvent réalisée que l'enseignement à la clientèle et aux familles. Bien que ce résultat soit supérieur à la moyenne de 3,43 obtenue par les infirmières de médecine de l'étude de D'Amour et al., (2012), il n'en demeure pas moins qu'elle n'est pas optimale. Puisque la

coordination des soins a été identifié comme une des activités qui différencie les infirmières (White et al., 2008) et que les activités regroupées sous cette dimension sont importantes pour assurer la continuité des soins (D'Amour et al., (2012), une attention particulière pour optimiser la pratique des infirmières dans cette dimension devrait être portée.

La mise à jour et l'utilisation des connaissances a obtenu un score de 4,27 (E.T.= 0,94) sur une possibilité de 6, ce qui est nettement supérieur à la moyenne de 3,09 de l'étude de D'Amour et al., (2012). Cette différence pourrait s'expliquer par la culture universitaire de l'établissement qui valorise la recherche, le transfert de connaissances ainsi que la certification universitaire. La présence de nombreux stagiaires de plusieurs professions, le nombre élevé d'infirmières de niveau universitaire ainsi que la mise sur pied de la formation continue obligatoire par l'OIIQ en 2012 sont autant de facteurs pouvant être à l'origine de cette différence entre les résultats de D'Amour et al., (2012) et cette recherche. Il n'en demeure pas moins que malgré la présence de tous ces facteurs, cette dimension intimement liée à la qualité des soins par l'intégration des données probantes dans la pratique et au développement de la profession (D'Amour et al., 2012; OIIQ, 2011) n'est pas optimale, et soulève un questionnement quant à l'influence des caractéristiques de l'emploi ou individuelles proposés dans le SCOP Model de Déry et al., (2013).

Bien que plus souvent réalisé que les infirmières de l'étude de D'Amour et al., (2012), 3,11 versus 4,01 (E.T.= 0,89), l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins se place dans les deux dernières dimensions les plus souvent réalisées. Somme toute élevée, une attention particulière quant à l'importance accordée aux infirmières dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins devrait ici faire l'objet d'une réflexion, ce qui permettrait d'évaluer les actions à mettre en place pour maximiser leur participation dans ces activités où les infirmières jouent un rôle essentiel.

L'encadrement et l'intégration du personnel obtient la moyenne la plus faible, soit 3,70 (E.T=1,00) sur une possibilité de 6, tout comme les infirmières (3,01) de l'étude de D'Amour et al., (2012). Cette dimension déployée de façon sous-optimale est pourtant importante au niveau de la rétention ainsi que pour la qualité des soins (Lee, Tzeng, Lin et Yeh, 2009). Il est important de préciser qu'il s'agit de la dimension ayant le plus grand écart-type, ce qui suggère que les répondantes ont donné des réponses relativement différentes à ce sujet. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que ce rôle est généralement confié aux infirmières cliniciennes. Cette variation dans les réponses s'explique également par le fait que ce rôle a été volontairement attribué à des infirmières ciblées par l'établissement pour agir à titre de préceptrice après avoir reçu une formation approfondie sur le sujet.

Les niveaux de complexité

En ce qui concerne les niveaux de complexité, les résultats sont similaires à ceux de D'Amour et al., (2012) et de Déry et al., (2013) en lien avec le fait que le niveau de complexité 1 est plus souvent réalisé que le niveau 2 qui est à son tour plus souvent réalisé que le niveau le plus complexe. La moyenne pour le premier niveau de complexité est 4,97 (E.T=0,69) pour les infirmières de santé mentale versus 4,39 pour l'étude de D'Amour et al., (2012) et de 4,24 dans l'étude de Déry et al., (2013). La moyenne pour le second niveau de complexité est respectivement de 4,25 (E.T=0,69) chez les infirmières œuvrant en santé mentale alors qu'elle est de 3,71 en médecine (D'Amour et al., (2013) et de 3,34 pour les infirmières de pédiatrie (Déry et al., 2013). Le troisième niveau de complexité est également pratiqué plus fréquemment chez les infirmières œuvrant en santé mentale avec une moyenne de 3,64 (E.T=0,88) versus 2,54 pour l'étude de (D'Amour et al., 2012) et de 2,26 pour les infirmières de l'étude de Déry et al., 2013).

Encore une fois, plusieurs questions sont soulevées quant aux résultats qui semblent démontrer que les infirmières en santé mentale pratiquent à un niveau de complexité plus élevé que celles en médecine et en pédiatrie. Tout comme pour le résultat global de l'étendue de pratique, la présence d'un nombre élevé d'infirmières bachelières peut expliquer ce résultat, tout comme la présence d'infirmières de maîtrise. La surreprésentation du nombre d'infirmière détentrice d'au moins un diplôme universitaire pourrait également expliquer ce résultat, puisqu'elles constituent 71,9 % des répondantes de l'étude.

Les caractéristiques de l'emploi, tels que l'organisation du travail, la composition des équipes et la surcharge de travail peuvent également expliquer ces résultats. Il est pertinent de se demander si le type de clientèle de cet établissement n'influence pas la nature même de leurs activités ainsi que l'organisation du travail des infirmières. Par exemple, l'évaluation de la condition physique et mentale fréquente et le suivi des problèmes de santé complexes (activités réservées aux infirmières) requis pour le type de clientèle desservi ainsi que le peu de techniques, limite la présence des infirmières auxiliaires au sein des équipes. L'absence des infirmières auxiliaires dans la composition des équipes de soins vient peut-être diminuer l'ambiguïté de rôle au sein de l'équipe de soins, puisque celle-ci est reconnue pour influencer l'étendue de la pratique des infirmières (Déry et al., 2013). L'absence d'assistantes infirmières-chef dans les équipes peut également contribuer à diminuer l'ambiguïté de rôle que peut occasionner la présence de plusieurs titres infirmiers (infirmière auxiliaire, infirmière, infirmière clinicienne, assistante infirmière chef, infirmière de liaison etc.) au sein de la même équipe.

Cette composition de l'équipe de soins influence également le modèle de dispensation de soin. Bien que cette relation n'ait pas été étudiée ici, il est possible que le modèle d'organisation de soins choisi par l'établissement puisse être un autre facteur qui explique l'étendue de pratique

plus élevée des infirmières en santé mentale de la présente recherche. En effet, selon Nathenson et al., (2007) un modèle d'organisation de soins centré sur le rôle professionnel des infirmières peut contribuer à augmenter leur étendue de pratique.

Niveau de formation et l'étendue de pratique des infirmières

L'analyse des données indique que les infirmières ayant un diplôme d'étude collégial ont une moyenne d'étendue effective de pratique de 4,22/6 comparativement à 4,23 pour les bachelières et 4,51 pour le groupe des infirmières avec maîtrise. La différence entre les groupes n'est pas significative $F(3, 77) = 0,707, p = 0,551$. La similitude observée entre l'étendue de pratique des infirmières et des infirmières bachelières soulève une multitude de questions et d'hypothèses quant aux raisons pouvant expliquer ce résultat, qui sont contraire aux résultats de l'étude de Déry et al., (2013) qui a observé une différence significative entre la pratique de ces deux groupes d'infirmières. Ils sont toutefois cohérents avec les résultats de l'étude de D'Amour et al., (2012) qui n'avait pas observé de différence significative entre les infirmières et les infirmières bachelières.

La première hypothèse concerne le manque de puissance statistique occasionné par le nombre de répondant insuffisant. Le calcul de la taille de l'échantillon effectué dans le but de pouvoir mesurer l'étendue effective de la pratique des infirmières pour que la largeur de l'intervalle de confiance à 95 % soit de 0,2, soit +/- 0,1 autour de la moyenne observée, avec un niveau de confiance de 95 % a indiqué qu'au moins 197 participantes seraient nécessaires pour diminuer les risques d'erreur de type I et de type II. Or, il y a eu 80 répondantes à l'étude, soit un taux de réponse de 30 % et ce malgré les stratégies mises en place pour maximiser le taux de réponse (période de collecte plus longue, l'envoi de lettres et de courriels et la possibilité de gagner un iPad

mini). Ces stratégies ont été mises en place dans le but de favoriser la participation en raison de la saison estivale et des fusions administratives en cours dans le réseau de la santé.

Le petit échantillon amène donc des problèmes au niveau de la puissance statistique des analyses effectuées. La puissance statistique représente la probabilité qu'une analyse produise des résultats statistiquement significatifs (Cohen, 1988, cité par Bourque, Blais et Larose 2009). Ainsi, selon Button et al., (2013) plus l'échantillon est petit, moins on a de chance d'obtenir un résultat significatif. Ainsi, la possibilité d'obtenir une erreur de type II ; soit de considérer que l'étendue de la pratique des infirmières ne diffère pas selon les niveaux de formation alors qu'une différence existe est présente (Loiselle, 2007).

Ainsi, il est difficile de tirer des conclusions quant à l'influence possible du niveau de formation sur l'étendue de pratique des infirmières à partir de la présente étude en raison du manque de puissance statistique. Des études subséquentes avec un nombre suffisant de répondantes seront nécessaires pour pouvoir répondre à cette question.

La seconde hypothèse qui peut expliquer ces résultats entre l'étendue de pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes pourrait s'expliquer par la volonté de la DSI de rehausser et de standardiser la pratique des infirmières en donnant beaucoup de formations continues. En effet, l'importance de la formation continue et du soutien offert par les organisations dans le développement professionnel de leur infirmières a été soulignée dans la littérature (Déry et al., 2013; Goudreau et al., 2013; Oelke et al., 2008).

Les données sociodémographiques indiquent que la majorité des infirmières de la présente étude (57,7 %) occupe un poste d'infirmière clinicienne contrairement aux infirmières de l'étude de Déry et al., (2013) qui n'étaient que 19,9 % à occuper un poste d'infirmière clinicienne alors que 37,9 % d'entre-elles détiennent un diplôme universitaire. Le nombre plus élevé d'infirmières

qui occupent un poste d'infirmière clinicienne pourrait expliquer l'étendue de pratique plus grande et correspondrait à l'hypothèse formulée par D'Amour et al., (2012) selon laquelle le fait d'occuper un poste qui précise les attentes quant à la pratique attendue pourrait avoir un impact plus grand sur l'étendue de pratique que le niveau de formation en soi.

Recommandation

Des recommandations pour la recherche, la formation, la gestion et la pratique infirmière sont proposées dans cette section.

Recherche en sciences infirmières

Plusieurs recherches ont démontré que les infirmières ne parviennent pas à mettre en œuvre l'ensemble des activités pour lesquelles elles détiennent la formation et l'expérience (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Oelke et al., 2008; White et al., 2009). Peu d'études se sont attardées à l'étendue de pratique des infirmières en santé mentale et aucune n'a mesuré de façon quantitative cette étendue de pratique. Ce mémoire a tenté de combler ce vide existant en mesurant l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale. Les résultats de cette étude suscitent la réflexion sur les différentes avenues que pourraient emprunter la recherche en sciences infirmières. Il serait premièrement intéressant de reproduire la présente étude dans d'autres milieux de santé mentale afin d'être en mesure de dresser un portrait plus juste de l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale.

Il semble également que l'influence du niveau de formation sur l'étendue de pratique des infirmières en santé mentale n'avait jamais fait l'objet d'une étude. Le niveau de formation est pourtant reconnu comme un des facteurs individuels ayant le potentiel d'influencer l'étendue de

pratique (Déry et al., 2013). Il devenait dès lors impératif de connaître l'influence que pouvait avoir le niveau de formation sur l'étendue de pratique de ces infirmières. Le manque de puissance occasionné par la petite taille de l'échantillon n'a pas permis de tirer des conclusions sur la question. Il serait peut-être pertinent de reprendre la présente étude au sein du même établissement en s'assurant d'obtenir un nombre suffisant de répondants afin d'obtenir une puissance suffisante qui permettrait d'évaluer si le niveau de formation influence l'étendue de la pratique. Il serait également pertinent d'effectuer cette recherche auprès d'autres milieux.

Des études plus poussées qui comprendraient l'ensemble des éléments présentés dans le *SCOP model* (Déry et al., 2013) permettraient de dresser un portrait complet de ce qui a le potentiel d'influencer l'étendue de la pratique effective des infirmières œuvrant en santé mentale ainsi que l'influence potentielle qu'à cette dernière sur la satisfaction professionnelle des infirmières, la qualité des soins aux patients ainsi que sur les facteurs organisationnels.

Formation

Somme toute élevés, les résultats de la présente recherche démontrent que les infirmières doivent s'approprier davantage leur rôle particulièrement en ce qui concerne les aspects reliés à la dimension concernant l'optimisation de la qualité et sécurité des soins.

À la lumière des présents résultats, il serait pertinent de suggérer que la notion d'étendue de pratique (dimensions et niveaux de complexité) soit introduite aux étudiants en soins infirmiers et ce dès le début de leur formation au même titre que le champ de pratique ou le code de déontologie. Cette connaissance permettrait non seulement de mieux s'approprier leur rôle en lien avec chacune des dimensions mais également de comprendre qu'elles ont le potentiel de venir in-

fluencer leur satisfaction au travail, la qualité des soins ainsi que les facteurs organisationnels comme l'accessibilité, les durées moyennes de séjours et les coûts (Déry et al., 2013). Ainsi, un étudiant qui apprend que l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins est une des dimensions de sa pratique, l'intégrera dans la conception qu'il se fait de son rôle. Il sera dès lors en mesure de comprendre l'importance qu'il joue en lien avec cette dimension ainsi que l'influence que pourrait avoir le sous déploiement de cette dimension sur la qualité des soins pour ses patients ou sur la durée moyenne de séjour par exemple.

La similitude des résultats de l'étendue de pratique des infirmières de niveau collégial et de niveau universitaire peut servir de base à une réflexion aux acteurs clés des établissements d'enseignement quant au contenu des corpus de formation ainsi qu'aux compétences initiales à développer lors de la formation initiale. Enfin, l'instauration d'une culture d'apprentissage dans les établissements de santé arrimée avec celle des milieux d'enseignement permettrait de contribuer au développement des compétences nécessaires au déploiement optimal de l'étendue de la pratique tel que le raisonnement clinique et le leadership infirmiers (Goudreau et al., 2013). Cette initiative ne peut cependant être réalisée qu'avec l'engagement et l'implication des décideurs des deux milieux.

Pratique clinique

Les résultats de cette recherche pourraient permettre aux infirmières œuvrant en santé mentale de mieux comprendre le concept de l'étendue de pratique. Une réflexion s'avère nécessaire sur les facteurs qui peuvent expliquer pourquoi l'étendue de pratique des infirmières de la présente étude est plus élevée que celle de D'Amour et al., (2012) et de Déry et al., (2013) mais également pourquoi certaines dimensions sont plus fréquemment réalisées que d'autres.

La similitude entre l'étendue de pratique des infirmières et des infirmières cliniciennes suggère que les infirmières ont la même étendue de pratique et ce qu'elles détiennent un diplôme universitaire ou non. Ces informations permettent également aux infirmières, de se questionner sur la pratique des soins infirmiers en santé mentale de façon générale mais également de s'interroger sur leur pratique individuelle. Cette réflexion permettrait aux infirmières de prendre conscience de l'étendue de leur pratique et ainsi voir comment elles peuvent travailler à l'optimiser.

Gestion

Les résultats de cette recherche permettent aux gestionnaires de l'établissement de mieux comprendre l'étendue de pratique des infirmières travaillant dans leur centre. Ils peuvent ainsi entamer une réflexion plus poussée sur les facteurs qui ont pu contribuer à obtenir une étendue de pratique plus élevée qu'ailleurs ou encore sur les raisons qui expliquent le déploiement sous optimal de certaines des dimensions. Ces informations peuvent contribuer aux décisions prises quant au maintien ou non de certaines des stratégies utilisées particulièrement dans le contexte actuel des fusions, où l'ensemble des façons de faire et les résultats qui y sont associées sont évalués. Par exemple, l'importance qu'occupe le rôle de l'infirmière dans la prochaine structure des équipes qualité pourrait par exemple être rehaussée en raison des résultats de l'étude qui a démontré que l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins était déployée de façon sous-optimale.

La similitude dans l'étendue de pratique des infirmières et infirmières cliniciennes est également un élément sur lequel les gestionnaires doivent se pencher, particulièrement en ce qui concerne les caractéristiques de l'emploi qui peuvent expliquer ces résultats.

Limites de l'étude

La présente étude comporte trois principales limites. La principale limite identifiée est certainement celle en lien avec le manque de puissance statistique en raison de la petite taille de l'échantillon. Ce manque de puissance statistique limite donc l'interprétation des analyses en ce qui attrait à l'influence du niveau de formation sur l'étendue de la pratique des infirmières puisque le risque d'erreur de type II (ne pas observer de différence significative alors qu'il y en a une) est trop grand. Une autre étude avec un nombre suffisant de répondants permettra d'obtenir une puissance statistique suffisante pour pouvoir répondre à la deuxième question de recherche : Dans quelle mesure le niveau de formation des infirmières influence-t-il l'étendue de pratique effective des infirmières œuvrant en santé mentale ?

Comme la collecte de données a été réalisée au sein d'un seul établissement, et que plusieurs caractéristiques de l'emploi et individuelles peuvent influencer l'étendue de la pratique des infirmières, les résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble des infirmières œuvrant dans le domaine de la santé mentale.

Bien que le taux de participation soit faible, il est possible qu'un biais de représentation soit présent puisque 71 % des répondantes détiennent un diplôme universitaire et que 70 % des personnes éligibles n'ont pas participé. Les hypothèses les plus plausibles justifiant la non-participation seraient : les personnes qui n'ont pas reçu le questionnaire en raison d'absence au travail, la période de vacances estivales, la crainte d'être identifiée et de vivre des représailles et le non intérêt à la recherche. Ce faible taux de participation pourrait avoir comme effet d'introduire un biais possible dans la sélection des sujets, qui ne seraient pas représentatifs de la population cible ainsi que sur la généralisation des résultats.

Conclusion

En conclusion, les résultats de la présente étude ouvrent la porte à des recherches plus approfondies sur l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale.

C'est ici, une occasion d'encourager les études qui mesureront l'étendue de la pratique des infirmières en santé mentale dans d'autres milieux et qui permettront enfin de dresser un portrait de la pratique de ces infirmières. Les recherches futures ont plusieurs avenues intéressantes à étudier en ce qui concerne les différents facteurs qui influencent l'étendue de pratique de ces infirmières.

Somme toute, cette étude a permis de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine trop peu étudié de l'étendue de la pratique des infirmières œuvrant en santé mentale.

Référence

- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., et Neff, D. F. (2011). The effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49(12), 1047.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., et Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1623. doi:10.1001/jama.290.12.1617
- 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. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.43
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J.A., et Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association* 288(16), 1987-1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. doi:10.1016/S0140-6736(13)626318

- Al-Kandari, F. et Thomas, D. (2009). Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 18(24), 3430–3440. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02795.x
- American Nurse Association. (2010). *Nursing administration: Scope and standards of practice*. (2^e édition). Silver Spring, Maryland: Nursesbooks.org
- Aubrey, B. (2000) *L'entreprise de soi*. Paris, France: Édition Flammarion.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *La pratique infirmière avancée, un cadre national*. Ottawa, Ontario : Auteur. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/anp_national_framework_f.pdf?la=fr
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., et Griffiths, P. (2013). ‘Care left undone’ during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ quality & safety*, 23(2):116–125. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767
- Baranek, P.M. (2005). *A review of scope of practice of health professions in Canada: A balancing act*. Toronto, Ontario: Canadian Health Council. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2007/hcc-ccs/H174-8-2005E.pdf
- Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., Giovanetti, P., Girard, F., Hill, W., ... Watson, L. (2005). *A systematic approach to maximizing nursing scopes of practice*. Ottawa, Ontario:

Canadian Health Services Research Foundation. Repéré à http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/besner_final.pdf

Biddle, B. J. (1979). *Role theory: Expectations, identities, and behaviors*. New York, NY: Academic Press.

Blegen, M. A., Goode, C. J., Park, S. H., Vaughn, T., et Spetz, J. (2013). Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 43(2), 89-94 doi: 10.1097/NNA.0b013e31827f2028

Blegen, M. A., Goode, C. J., Spetz, J., Vaughn, T., et Park, S. H. (2011). Nurse staffing effects on patient outcomes. Safety-net and non-safety net hospitals. *Medical Care*, 49(4), 406-414. doi: 10.1097/MLR.0b013e318202e129

Blegen, M. A., Vaughn, T. E., et Goode, C. J. (2001). Nurse experience and education: effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration*, 31(1), 33-39.

Bourque, J., Blais, J.G. et Larose, F. (2009). L'interprétation des tests d'hypothèses : p, la taille de l'effet et la puissance. *Revue des sciences de l'éducation*, 35(1), 211-226.

Button, K. S., Ioannidis, J. P., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S., et Munafò, M. R. (2013). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 14(5), 365-376. doi:10.1038/nrn3475

Chang, Y. K., et Mark, B. A. (2009). Antecedents of severe and non-severe medication errors.

Journal of Nursing Scholarship, 41(1), 70-78. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01253.x

Cleary, M. (2004). The realities of mental health nursing in acute inpatient environments.

Journal of Mental Health Nursing, 13(1), 53-60. doi: 10.1111/j.1447-0349.2004.00308.x

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science*. (2e édition). Hillsdale,

NJ: LEA.

College of Registered Nurses of British Columbia (2014). *Scope of practice for registered nurses: standards, limits, conditions*. (Publication No. 433). Vancouver, BC: Auteur. Repéré à

<https://www.crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/433ScopeforRegisteredNurses.pdf>

College of Registered Nurses of Manitoba, (2010). *Understanding Scope of Practice*. Winnipeg,

Manitoba : Auteur. Repéré à <https://www.crnmb.ca>

College of Registered Nurses of Nova Scotia, (2009). *A discussion paper on scope of nursing*

practice for registered nurses in Nova Scotia, Halifax. Nouvelle-Écosse : Auteur. Repéré à

<http://crnns.ca/wp-content/uploads/2015/02/Scope-of-Practice-Discussion-Paper-websiteNov2009.pdf>

D'Amour, D., Dubois C-A., Déry J., Clarke S., Tchouaket E., Blais R., Rivard M. (2012).

Measuring actual scope of hospital nursing practice: A new tool for nurse managers and researchers. *Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255. doi:10.1097/NNA.0b13e31824337f4

Déry, J., D'Amour, D., Blais, R., Clarke, S. (201) Influences on and outcomes of enacted scope of nursing practice: A new model. *Advances in Nursing Science* 38(2), 136–143. doi: 10.1097/ANS.0000000000000071

Dillman, D. A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method* (2e édition). New York, NY: Wiley.

Dufour, C., Larivière, V. (2015). SCI6060 –*Étapes de la phase conceptuelle: recension des écrits et cadre de référence*. EBSI. Université de Montréal. Repéré le 18 février 2016 à http://cours.ebsi.umontreal.ca/sci6060/cours/sci6060_c2_plan.pdf

Estryn-Behar, M., Duville, N., Menini, ML., Le Foll, S., Le Nézet, O., Bocher, R. (2006). Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois autres pays européens. *Annales Médico-psychologiques* 164(9), 732-48. doi: 10.1016/j.amp.2006.02.007

Faculté des sciences infirmières (2011). *Les compétences du programme de maîtrise en sciences infirmières*. Document de travail. Montréal, Québec: Université de Montréal

Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., et Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research*, 43(4) 1145-1163. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00825.x

Furaker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 269-277. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00832.x

Goode, C. J., Pinkerton, S., Mc Causland, M. P., Southard, P., Graham, R., et Krsek, C. (2001). Documenting chief nursing officers' preference for BSN-prepared nurses. *Journal of Nursing Administration*, 31(2), 55-59. 10.1097/00005110-200102000-00002

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).

Gouvernement du Québec (2014). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM

Grasso, B. C., Genest, R., Jordan, C. W., et Bates, D. W. (2003). Use of chart and record reviews to detect medication errors in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 54(5), 677-681. doi.org/10.1176/appi.ps.54.5.677

Hackman, J. R., et Oldham, G. R. (1974). The Job Diagnostic Survey: An instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects. Department of Administrative Sciences: Yale University. Repéré à <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED099580.pdf>

Hanrahan, N. P., et Aiken, L. H. (2008). Psychiatric nurse reports on the quality of Psychiatric care in general hospitals. *Quality Management in Health Care*, 17(3), 210-217. doi: 10.1097/01.QMH.0000326725.55460.af

Hanrahan, N. P., Kumar, A., et Aiken, L. (2010). Adverse events associated with organizational factors of general hospital inpatient psychiatric care environments. *Psychiatric Services*, 61(6), 569-574. doi: 10.1176/appi.ps.61.6.569

Institute of medicine. (2010). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: The National Academies Press.

International Council of Nurse (2013). *Position statement: scope of nursing practice*. Genève, Suisse. Repéré à http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statement/B07ScopeNsg_Practice.pdf

Jones, T. L., Hamilton, P., et Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing studies*, 52(6), 1121-1137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012

Kalisch, B. J., Landstrom, G., et Williams, R. A. (2009). Missed nursing care: errors of omission. *Nursing Outlook*, 57(1), 3-9. doi: 10.1016/j.outlook.2008.05.007

Kalisch, B. J., Tschannen, D., et Lee, K. H. (2011). Do staffing levels predict missed nursing care? *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3):302-8. doi: 10.1093/intqhc/mzr009

Kalisch, B. J., et Lee, K. H. (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing Outlook*, 60(5), e32-e39. doi: 10.1016/j.outlook.2012.04.006

Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., et Amick, B. (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. doi: 10.1037/1076-8998.3.4.322

Karasek RA, Theorell T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books.

Kendall-Gallagher, D., Aiken, L. H., Sloane, D., et Cimiotti, J. (2011). Nurse specialty certification, inpatient mortality, and failure to rescue in the adult surgical population. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 188-194. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01391.x

Kutney-Lee, A., et Aiken, L. H. (2008). Effect of nurse staffing and education on the outcomes of surgical patients with comorbid serious mental illness. *Psychiatric Services*, 59(12), 1466-1469. doi: 10.1176/appi.ps.59.12.1466

Kutney-Lee A, Sloane D. M., Aiken L. H., (2013). An increase in the number of nurses with baccalaureate degrees is linked to lower rates of post-surgery mortality. *Health Affairs*, 32(3): 579–86. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0504

Larousse, P. (2015). *Le petit Larousse illustré*. Paris, France: Larousse VUEF.

Lee T-Y, Tzeng W-C, Lin C-H et Yeh M-L (2009). Effects of a preceptorship program on turnover rate, cost, quality and professional development. *Journal of Clinical Nursing* 18(8), 1217-25. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02662.x

Lillibridge, J., Axford, R., Rowley, G. (2000). The contribution of nurses' perceptions and actions in defining scope and stabilizing professional boundaries of nursing practice. *Collegian*, 7(4), 35-39. doi:10.1016/S1322-7696(08)60389-3

Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, *L.Q. 2009, c. 28*.

Loiselle, C.G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*.

Approches quantitatives et qualitatives. Adaptation française de Polit et Beck. Montréal, Québec: ERPI.

Lucero, R. J., Lake, E. T., et Aiken, L. H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2185-2195. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03250.x.

Magennis, C., Slevin, C., Cunningham, J. (1999). Nurses attitudes to the extension and expansion of their clinical roles. *Nursing Standard*, 13(51): 32-36.

McHugh, M. D., et Lake, E. T. (2010). Understanding clinical expertise: nurse education, experience, and the hospital context. *Research in Nursing & Health*, 33(4): 276-287. doi: 10.1002/nur.20388

Ministère de la santé et des services sociaux (2013). *Rapport du président du groupe de travail sur la formation de la relève infirmière*. Québec, Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à http://www.fneeq.qc.ca/fneeq/opencms/fr/accueil/communiques/communiques_2014/cegep/Ref-comm001-Rapport-13-945-01W.pdf

Nathenson, P., Schafer, L., et Anderson J. (2007). Relationship of RN role responsibilities to job satisfaction. *Rehabilitation Nursing*. 32(1): 9-14. doi: 10.1002/j.2048-7940.2007.tb00143.x

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., et Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing

levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*. 346, 1715-1722. doi: 10.1056/NEJMsa012247

O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L., Pink, G., Kerr, M., Wang, S., ... Meyer, R. (2004). *Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance*. Ottawa, Ontario: Canadian Health Services Research Foundation. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/George_Pink/publication/228738285_Evidencebased_standards_for_measuring_nurse_staffing_and_performance/links/0912f50db2cd9eb590000000.pdf

Oelke, ND., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., et Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Leadership*.21(1):58-71. Repéré à <http://216.201.100.183/documents/File/pdf/NursingWorkforceUtilization.pdf>

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2007). *Mémoire : Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence !* Montréal, Québec: Auteur. Repéré à : https://www.oiiq.org/sites/default/files/233_doc_0.pdf

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2009). *La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider*. Montréal, Québec : Auteur.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2011). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière : Document d'orientation*. Montréal, Québec: Auteur. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/270GCO-Document-Orientation-Web.pdf>

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2012a). *Mémoire : La relève infirmière du Québec : une profession, une formation*. Montréal, Québec : Auteur. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/376MA_memoire-releve.pdf

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2012b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2010-2011*. Montréal, Québec : Auteur. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/292S-Rapport_statistique_2010-2011.pdf

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2013). *Le rehaussement de la formation de la relève infirmière : un levier de transformation du système de santé. Une analyse coûts / bénéfices*. Montréal, Québec : Auteur. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/3390_MemoireRehaussementFormation.pdf

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2014). Admission à la profession : la formation. Repéré le 20 mars, 2016 à <https://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession>

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (2016). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2014-2015*. Montréal, Québec : Auteur. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/rapport-statistique-2014-2015.pdf>

Phaneuf M. (2011). *Les savoirs d'expérience en soins infirmiers, une richesse à explorer : mentorat, pratiques exemplaires et benchmarking*. Repéré le 20 mars, 2016 à http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Savoirs_d_experience_en_soins_infirmiers_une_richesse_a_explorer_mentorat_pratiques_exemplaires_et_benchmarking-Phaneufdec2011.pdf

Registered Nurses Association of the Northwest Territories and Nunavut. (2010). *Scope of Practice for Registered Nurses*. Yellowknife, Canada: Auteur. Repéré à http://rnantnu.lamp.yk.com/wp-uploads/2013/05/Scope-of-Practice_Booklet_LR.pdf

Rochefort, M. et Clarke S.P. (2010) Nurses work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *Journal of Advanced Nursing* 66(10), 2213-24. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05376

Sales, AL., Sharp, N., Li, YF., Lowy, E., Greiner, G., Liu, CF., ...Needleman, J. (2008). The association between nursing factors and patient mortality in the veterans' health administration. *Medical Care* 46(9): 38-945. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181791a0a

Schubert, M., Clarke, S. P., Aiken, L. H., et De Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), 230-238. doi: 10.1093/intqhc/mzs009

- Schubert, M., Clarke, S. P., Glass, T. R., Schaffert-Witvliet, B., et De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse-and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 884-893. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008
- Seed, M. S., Torkelson, D. J., et Alnatour, R. (2010). The role of the inpatient psychiatric nurse and its effect on job satisfaction. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 160-170. doi: 10.3109/01612840903168729
- Sochalski, J. (2004). Is more better: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical care*, 42(2), 1167-73. doi: 10.1097/01.mlr.0000109127.76128.aa
- Tourangeau, A. E., Doran, D. M., McGillis Hall, L., O'Brien Pallas, L., Tu, J. V., et Cranley, L. A. (2006). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1): 32-44. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x
- Tucker, A., L., et Spear, SJ. (2006). Operational failures and interruptions in hospital nursing. *Health Research and Educational Trust*, 41(3): 643-662. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00502x
- West, E., Barron, D. N. and Reeves, R. (2005). Overcoming the barriers to patient-centered care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 435-443.

- White, D., Jackson, K., Besner, J., Suter, E., Doran, D., McGillis Hall, L., et Parent, K. (2009). *Enhancing Nursing Role Effectiveness through Job Redesign*. Calgary, Canada: Alberta health services. Repéré à http://www.clpna.com/wp-content/uploads/2013/02/doc_JobRedesignStudyFinalReport2009.pdf
- White, D., Oelke, N D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., et Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: descriptions and challenges. *Nursing Leadership*, 21(1):44-57. doi:10.12927/cjnl.2008.19690
- Yakusheva, O., Lindrooth, R., et Weiss, M. (2014). Economic evaluation of the 80% baccalaureate nurse workforce recommendation: a patient-level analysis. *Medical Care*, 52(10), 864-869. doi: 10.1097/MLR.000000000000189
- Yergeau, E. et Poirier, M. (2013). SPSS à l'UdeS. Repéré le 1 mars, 2016 à <http://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/pages/statistiques-inferentielles/analyse-devariance.php>

ANNEXE 1
Formulaire d'information et de consentement

Projet de recherche en soins infirmiers

L'étendue de pratique effective des infirmières œuvrant en santé mentale



Faculté des sciences infirmières

Formulaire d'information et de consentement

Titre et n° du projet

Mesure de l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale et le niveau de formation (projet n° 15/24).

Personnes responsables du projet

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières à l'université de Montréal dont l'étudiante-chercheuse est Martine Lafleur, M. Sc. Inf. (c), conseillère cadre en soins infirmiers.

Ce projet est sous la direction de Dre Danielle D'Amour, PhD, professeure titulaire à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ; affiliée au Centre de formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers (Centre FERASI), à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) ainsi qu'au Centre hospitalier universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, en Suisse.

Il est également sous la responsabilité d'une codirectrice, Dre Johanne Déry, PhD ; adjointe à la Directrice des soins infirmiers, volet recherche au CHU Sainte-Justine et professeure associée à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Préambule

Vous êtes invité à participer à ce projet de recherche en administration des soins infirmiers si vous êtes un (e) infirmier (ère) travaillant depuis au moins six (6) mois et travaillez sur la même unité à temps complet ou partiel depuis au moins six (6) mois.

Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. Veuillez lire attentivement ce formulaire d'information et de consentement.

Il est important de comprendre toutes les informations qu'il contient. N'hésitez pas à poser des questions, au chercheur responsable du projet de recherche s'il y a un mot ou une phrase que vous ne comprenez pas ou si l'information qu'il contient n'est pas claire.

Objectifs du projet

Cette recherche vise à comprendre l'étendue de la pratique effective des infirmières en santé mentale ainsi que l'influence du niveau de formation sur celle-ci. Pour mener à bien ce projet d'étude, nous devons recruter au moins 169 infirmières. C'est à ce titre que votre participation est sollicitée aujourd'hui.

Déroulement de l'étude

Votre participation à cette étude consiste à remplir un questionnaire papier d'une durée approximative de 10 minutes selon votre convenance et en fonction de vos disponibilités.

Vous trouverez avec la présente lettre d'information et de consentement, le questionnaire, une carte-réponse et une enveloppe pour la carte réponse.

Afin de respecter la confidentialité de vos réponses, votre questionnaire sera anonyme (c'est-à-dire qu'il ne contiendra aucune information nominative permettant de vous identifier) et devra être retourné en le déposant dans la boîte prévue à cet effet. Afin de participer au tirage de l'IPad mini, vous devrez déposer séparément la carte-réponse contenant vos coordonnées dans l'enveloppe prévue pour le retour des cartes-réponses.

Avantages associés au projet de recherche

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel pour votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus permettront de contribuer à l'avancement de la recherche en science infirmières et permettra de mieux comprendre l'étendue de pratique des infirmières en santé mentale et l'influence du niveau de formation sur celle-ci.

Risques et inconvénients associés au projet de recherche

Cette étude ne présente aucun risque connu mais plutôt un inconvénient relié au temps nécessaire à la complétion du questionnaire d'une durée d'environ 10 minutes.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Bien que votre aide soit essentielle à la réussite de l'étude, votre participation est volontaire et votre refus d'y participer n'entraînera aucune conséquence pour vous.

Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Votre participation ou votre refus de participer à l'étude n'aura pas de conséquence sur votre emploi puisque votre employeur n'en sera pas informé. Nous considérerons que vous avez consenti à participer à la recherche lorsque vous aurez déposé votre questionnaire répondu dans la boîte prévue à cet effet. Sachez qu'il ne sera pas possible de retirer votre consentement suite au dépôt de votre formulaire dans la boîte prévu à cet effet car les formulaires sont anonymes.

Le chercheur responsable du projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche de l'Institut peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Compensations financières

Votre participation vous donne la chance de gagner un iPad mini.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis pendant l'étude seront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les informations nominatives inscrites sur la carte-réponse ne servira qu'au tirage de l'iPad mini et seront détruites de façon confidentielle dès que le gagnant aura récupéré son prix.

Les données issues du questionnaire ne seront utilisées qu'à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Par ailleurs, afin de garantir la bonne gestion de la recherche, il est possible qu'un membre du comité d'éthique de la recherche de l'Institut consulte les données de recherche.

L'ensemble de la documentation sera conservé dans une armoire sous clé, où seule l'étudiante et ses directrices auront accès aux données recueillies. Les données de recherche seront conservées sept ans et seront détruites de façon confidentielle par la suite.

Aucune publication résultant de cette étude ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Communication des résultats

Vous pourrez communiquer avec la chercheuse afin d'obtenir à tout moment de l'information sur l'avancement des travaux ou les résultats généraux du projet de recherche.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche de l'Institut a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Personnes ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche vous pouvez communiquer avec les responsables du projet de recherche aux numéros suivants :

Martine Lafleur : (514) ou au :

Vous pouvez également contacter les superviseuses au : (514)

ou aux adresses suivantes :

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, communiquez avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services au : Si vous avez des questions, en tant que participante à cette étude, vous pouvez rejoindre le Comité d'éthique de la recherche au (514) ou à l'adresse suivante :

Déclaration de responsabilité de la chercheuse

Je, *Martine Lafleur*, chercheuse principale de l'étude, déclare que mes codirectrices et moi, sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document.

Signature de la chercheuse principale de l'étude

Martine Lafleur

ANNEXE 2
Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

1. Quel âge avez-vous ?

1. 20-29 ans 2. 30-39 ans 3. 40-49 ans 4. 50-59 ans

5. 60 ans et plus

2. Quel est votre niveau de scolarité le plus élevé en soins infirmiers ?

1. Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers
2. Baccalauréat en sciences infirmières
3. Certificats
4. Maîtrise en sciences infirmières

3. Combien d'années d'expérience avez-vous en tant qu'infirmière ?

Nombre d'années d'expérience : _____

4. Quel poste occupez-vous ?

1. Infirmière
2. Infirmière clinicienne
3. Conseillère en soins infirmiers
4. Autre

5. Sur quelle unité travaillez-vous ?

Unité ou clinique travaillé : _____

6. Travaillez-vous à temps plein ou à temps partiel ?

1. Temps plein
2. Temps partiel

7. Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?

Nombre d'années occupant ce poste: _____

8. Quel est votre quart de travail ?

1. Jour
2. Soirée
3. Nuit
4. Rotation

9. Depuis combien de temps travaillez-vous pour l'Institut ?

Nombre d'années au sein de l'Institut: _____

ANNEXE 3
Questionnaire d'évaluation de la pratique infirmière (QÉPI)

Questionnaire d'évaluation de la pratique infirmière (QÉPI)

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, **encercler le chiffre 1 signifiant «Jamais»**.

1 Jamais	2 Très rarement	3 Parfois	4 Fréquemment	5 Presque toujours	6 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).	1	2	3	4	5	6
3. Je participe au développement de la pratique infirmière (ex. : révision de protocoles de soins).	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, etc.)	1	2	3	4	5	6
9. Je participe à l'orientation et à l'encadrement des stagiaires ou 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 et 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 et 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, par écrit, 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.



ANNEXE 4
Carte-réponse

BILLET PASSAGER

Mesure de l'étendue de pratique des infirmières en santé mentale

À Gagner

Veuillez faire parvenir la carte-réponse à :

Martine Lafleur,
Direction des soins infirmiers,

- en la déposant dans l'enveloppe sur la boîte prévue à cet effet.




Retourner avant le 28 août à 17:00

BILLET PASSAGER

Carte-réponse

**Retourner avant le
28 août 2015 à 17 :00**



Coordonnées

Nom _____

Prénom _____

Unité _____

Téléphone _____

Courriel _____

Envoyé séparément du questionnaire de recherche

ANNEXE 5

Consigne sur l'enveloppe de retour

Mémo accompagnant les enveloppes aux infirmières hors de unités de soins

1. Consigne sur l'enveloppe de retour

Projet de recherche en soins infirmiers # 15/24

Mesure de l'étendue de pratique des infirmières en santé mentale

**Veillez déposer vos questionnaires dans cette enveloppe et
ainsi que les cartes-réponses scellées dans l'enveloppe brune
derrière SVP.**

Merci! 

ANNEXE 6
Lettre de remerciement / Rappel

Mesure de l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale

Août 2015,

Il y a deux semaines, vous avez été invité à participer à une étude qui vise à comprendre l'étendue de la pratique effective des infirmières en santé mentale en complétant le questionnaire prévu à cet effet. Si vous avez déjà complété et retourné le document, *veuillez accepter mes sincères remerciements*. Si non, s'il vous plaît, veuillez le compléter et/ou le retourner dès aujourd'hui. Il est important que le plus de questionnaires possible soient complétés et retournés afin d'être en mesure de dresser le portrait de l'étendue de pratique des infirmières en santé mentale le plus représentatif de la réalité. La réussite de cette étude ne peut être assurée qu'avec votre aide.

Si par inadvertance, vous n'avez pas reçu le questionnaire ou si vous l'avez égaré, veuillez me contacter au (514) et un questionnaire vous sera envoyé.

Merci pour votre participation et votre aide.

Sincèrement,

Martine Lafleur

ANNEXE 7

Affiche du projet de recherche

Projet de recherche en soins infirmiers # 15/24

Mesure de l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale

PROJET DE RECHERCHE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche en administration des soins infirmiers.

Cette recherche vise à comprendre l'étendue de la pratique effective des infirmières en santé mentale ainsi que l'influence du niveau de formation sur celle-ci.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- Vous êtes un infirmier ou une infirmière membre de l'OIIQ ?
 - Vous travaillez à l'Institut depuis au moins 6 mois ?
 - Vous travaillez à temps partiel ou à temps complet sur la même unité depuis 6 mois ?
- Votre participation à cette étude consiste à remplir un questionnaire papier d'une du

VOTRE IMPLICATION

Durée approximative de 10 minutes selon votre convenance et en fonction de vos disponibilités.

COMPENSATION

Votre participation vous donne la chance de gagner un iPad mini.

PERSONNE CONTACT ET COORDONÉES

Martine Lafleur : (514) ou au :

Merci! 

