

Université de Montréal

**La prescription infirmière : expériences d’infirmières
québécoises**

par

Andrée-Anne Desjardins

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté

en vue de l’obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M. Sc.)

en sciences infirmières

option administration des services infirmiers

Juillet 2018

© Andrée-Anne Desjardins, 2018

Résumé

Contexte et problématique : Le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (R.Q., c. M-9, r. 12.001), en vigueur au Québec depuis janvier 2016, donne l'autorisation aux infirmières de prescrire dans certaines situations cliniques. Cependant, le déploiement de la prescription infirmière au Québec est pour le moment en deçà des attentes initiales. Dû à l'implantation récente de la prescription infirmière au Québec, les expériences de l'infirmière prescriptrice québécoise n'ont pas été documentées dans les écrits jusqu'à maintenant. **But :** Cette étude qualitative exploratoire a pour but d'explorer les expériences d'infirmières québécoises au regard de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription afin d'identifier des stratégies pour optimiser le déploiement de ces activités. **Méthodologie :** Des entretiens de groupe ou individuels ont été conduits auprès de 17 infirmières. Une analyse de contenu des données recueillies a été réalisée selon la méthode de Miles et Huberman (2003). L'étude a été guidée par le cadre théorique de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada (AIIC, 2015). **Résultats :** L'analyse des données fait ressortir deux thèmes principaux: 1) les perceptions d'infirmières sur le rôle de l'infirmière prescriptrice et 2) le déploiement de la prescription infirmière. Les résultats suggèrent que les infirmières perçoivent le rôle de l'infirmière prescriptrice de façon positive. Toutefois, le manque de soutien et de formations spécifiques, l'incertitude face à ce rôle et le fait qu'aucune ligne directrice ne soit pour le moment instaurée dans les différents milieux ralentissent le déploiement de la prescription infirmière. **Conclusion :** À la lumière des résultats, il est possible de conclure que du soutien organisationnel et clinique, des formations pratiques spécifiques, une standardisation du processus de prescription et une meilleure promotion du rôle de l'infirmière prescriptrice auprès des équipes de soins pourraient favoriser un déploiement optimal de la prescription infirmière au Québec.

Mots-clés : prescription infirmière, infirmière québécoise, expérience, perception, soins de proximité, soins de première ligne, déploiement, accessibilité aux soins et services de santé, pratique clinique.

Abstract

Title: The nurse prescribing : Quebec nurses' experiences

Background: The *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (R.Q., c. M-9, r. 12.001), effective in Quebec since January 2016, gives nurses permission to prescribe in some clinical situations. However, the deployment of the nurse prescribing in Quebec is for the moment below the initial expectations. Due to its recent establishment, the experiences of the Quebec nurse prescribers have not been documented yet. **Aim:** This exploratory qualitative study aims to explore the Quebec nurses' experiences about their new professional prescribing activities in order to identify strategies to optimize the deployment of these activities. **Methodology:** Group or individual interviews were conducted with 17 nurses. A content analysis of the collected data was made using the method of Miles and Huberman (2003). The study was guided by the theoretical framework for registered nurse prescribing in Canada (CNA, 2015). **Results:** The analysis of the data highlights two main themes: 1) nurses' perceptions of the role of the nurse prescriber and 2) the deployment of the nurse prescribing. The results suggest that nurses perceive the role of the nurse prescriber positively. However, the lack of support and specific training, the uncertainty regarding this role and the fact that no guidelines are currently in place in the various environments slow down the deployment of the nurse prescribing. **Conclusion:** In light of the results, it can be concluded that organizational and clinical support, specific practical training, standardization of the prescribing process and better promotion of the nurse prescriber's role with care teams could promote optimal deployment of the nurse prescribing in Quebec.

Keywords: nurse prescribing, Quebec nurse, experience, perception, proximity care, first line care, deployment, accessibility to care and health services, clinical practice.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières	iii
Liste des tableaux	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des sigles et abréviations	viii
Remerciements	x
Chapitre 1 – Problématique.....	1
1.1. Le contexte et la problématique.....	1
1.2. Le but et les questions de recherche.....	6
Chapitre 2 – Recension des écrits.....	7
2.1. La prescription par les infirmières dans le monde.....	7
2.1.1. Les différents modèles de prescription par les infirmières.....	7
2.1.2. Les bénéfices du modèle de la prescription infirmière.....	9
2.1.3. Les enjeux liés au déploiement de la prescription infirmière	13
2.1.3.1. Les facteurs internes	13
2.1.3.2. Les facteurs externes.....	14
2.2. La prescription par les infirmières au Québec.....	18
2.2.1. Les différents modèles de prescription.....	18
2.2.1.1. Les domaines de pratique de la prescription infirmière au Québec	19
2.2.1.2. Les types d’attestations délivrés de la prescription infirmière au Québec	22
2.2.1.3. Les principes d’éthique professionnelle de la prescription infirmière au Québec	24
2.2.2. L’évaluation de l’implantation de la prescription infirmière au Québec	25
2.2.3. Les enjeux liés au déploiement de la prescription infirmière au Québec.....	26
2.3. Le cadre de référence	29
Chapitre 3 - Méthodologie	36

3.1. Le devis à l'étude.....	36
3.2. Le milieu de l'étude.....	36
3.3. Le contexte et le recrutement des participants.....	37
3.4. Les méthodes de collecte des données.....	38
3.4.1. Les groupes de discussion.....	40
3.4.2. Les entretiens individuels semi-dirigés.....	41
3.4.3. Le questionnaire sociodémographique.....	42
3.5. Les outils de collecte des données.....	42
3.6. L'analyse des données.....	42
3.7. Les considérations éthiques.....	45
3.8. Les critères de scientificité.....	47
Chapitre 4 - Résultats.....	49
4.1. Le profil sociodémographique des participantes.....	49
4.2. Les résultats des analyses qualitatives.....	51
4.2.1. Les perceptions d'infirmières sur le rôle de l'infirmière prescriptrice.....	51
4.2.1.1. La conception du rôle de l'infirmière prescriptrice.....	52
4.2.1.2. L'utilité de la prescription infirmière.....	57
4.2.2. Le déploiement de la prescription infirmière.....	60
4.2.2.1. L'utilisation de la prescription infirmière.....	60
4.2.2.2. Les facteurs limitant le déploiement de la prescription infirmière.....	63
4.2.2.3. Les facteurs favorisant le déploiement de la prescription infirmière.....	85
4.3. Synthèse des résultats.....	90
Chapitre 5 – Discussion.....	92
5.1. Les liens entre les résultats des analyses qualitatives, la littérature recensée et les éléments du cadre de référence.....	92
5.1.1. La Structure.....	94
5.1.2. La Compétence.....	97
5.1.3. La Pratique.....	98
5.2. Les forces et les limites de l'étude.....	101

5.3. Les recommandations pour la pratique clinique, la gestion, la recherche, la formation et la politique.....	103
5.3.1. La pratique clinique.....	103
5.3.2. La gestion.....	104
5.3.3. La recherche.....	105
5.3.4. La formation.....	106
5.3.5. La politique.....	107
Conclusion.....	109
Références.....	111
ANNEXE 1 - Lettre d'invitation de participation à l'étude.....	xii
ANNEXE 2 - Questionnaire sociodémographique.....	xiv
ANNEXE 3 - Guide d'entretien.....	xv
ANNEXE 4 - Liste des codes simples.....	xviii
ANNEXE 5 - Tableau synthèse des codifications.....	xxi
ANNEXE 6 - Tableau récapitulatif des thèmes obtenus suite à la codification et l'analyse.....	xxvi
ANNEXE 7 - Travail de synthèse réalisé sur les thèmes obtenus.....	xxviii
ANNEXE 8 - Tableau final des thèmes des résultats.....	xxix
ANNEXE 9 - Formulaire d'information et de consentement.....	xxx
ANNEXE 10 - Approbation écrite pour l'utilisation du cadre théorique de l'AIIC.....	xxxiv

Liste des tableaux

Tableau I.	Domaines de pratique de la prescription infirmière	21
Tableau II.	Les types d'attestation de prescription délivrés par l'OIIQ	23
Tableau III.	Le déroulement planifié et réalisé de la collecte de données	39
Tableau IV.	Profils sociodémographiques des infirmières participantes à l'étude	50
Tableau V.	Besoins de formation des infirmières participantes.....	73

Liste des figures

Figure 1.	<i>The Competency Framework for all Prescribers</i> (RPS, 2016).....	30
Figure 2.	<i>Prescribing Competencies Framework</i> (NPS, 2012).	31
Figure 3.	Le cadre théorique de l’infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada (AICC, 2015b).....	32
Figure 4.	La méthode d’analyse des données	43
Figure 5.	Les modalités de soutien souhaitées par les infirmières.....	88
Figure 6.	Synthèse des résultats intégrés aux dix domaines du cadre de référence.....	93

Liste des sigles et abréviations

AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ANF	<i>Australian Nursing Federation</i>
CNA	<i>Canadian Nurses Association</i>
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DEC	Diplôme d'études collégiales
DSI	Direction des soins infirmiers
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
FSI	Faculté des sciences infirmières
GMF	Groupe de médecine de famille
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NPC	<i>National Prescribing Centre</i>
NPI	Non prescription infirmière
NPS	<i>National Prescribing Service</i>
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PI	Prescription infirmière
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

RNAO	<i>Registered Nurses' Association of Ontario</i>
RCN	<i>Royal College of Nursing</i>
RPS	<i>Royal Pharmaceutical Society</i>
UdeM	Université de Montréal

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de recherche, Madame Isabelle Brault. Votre soutien, votre encadrement et votre confiance tout au long de mon cheminement m'ont permis de mener à terme mes études de deuxième cycle. Merci également de m'avoir offert de belles opportunités d'apprentissage qui ont contribué à mon développement professionnel. Ce fut très apprécié. Je tiens aussi à remercier ma co-directrice de recherche, Madame Johanne Goudreau. Le partage de vos expériences et vos précieux commentaires ont grandement facilité ma réussite. Je suis fière du travail accompli. Je souhaite remercier également Madame Roxane Borgès Da Silva et Madame Marjolaine Héon, les membres du jury, pour leurs commentaires constructifs.

Un grand merci à toute l'équipe de la direction des soins infirmiers du CIUSSS où j'ai réalisé mon étude d'avoir démontré de l'enthousiasme face à mon projet. Merci pour votre aide tout au long du processus de recherche. Merci également aux infirmières participantes d'avoir pris le temps de me rencontrer et de me partager vos expériences.

Ensuite, je souhaite aussi remercier mes collègues et amis de la maîtrise et du doctorat. Vous saurez vous reconnaître. Vos précieux conseils m'ont grandement aidée. Nos nombreuses discussions, nos soirées jeux de société et nos weekends au chalet ont su contribuer à calmer le stress. Merci. Sachez que je m'échapperais n'importe quand de n'importe où avec vous. Réussite à 100%, sauf s'il y a un cadenas.

Merci Émilie, Jolianne et Marie-Claude d'avoir été de si bonnes collègues de maîtrise. Vous avez su rendre les heures de cours et les réalisations de nos nombreux travaux d'équipe toujours agréables. On formait une bonne équipe. J'en garde de très bons souvenirs.

Un merci spécial à Jolianne, ma collègue, mon amie, ma coloc. Cette maîtrise fut une immense vague d'émotions et de défis, mais j'ai aimé la surfer à tes côtés. Merci pour ton soutien, ta compréhension, tes encouragements, ton écoute et tes nombreux synonymes. Ils rendent mon mémoire beaucoup plus agréable à lire. Merci d'avoir traversé tous les moments de cette aventure avec moi. On a réussi.

Mélissa, Roxanne et Annie-Pier, mes amies de toujours. Merci à vous aussi. Merci pour vos encouragements. Vous avez été des alliées précieuses dans ce long cheminement. Merci également à mes frères et à ma sœur qui, sans peut-être le savoir, ont contribué à ma réussite. Louis-Philippe, tu es un exemple pour moi et je t'admire énormément. Renaud, ta résilience et ton courage me démontre qu'il est toujours possible de réussir. Camille, ta force de caractère m'inspire beaucoup.

Enfin, le meilleur et le plus grand des mercis à mes parents, Louise et Jean-François. Malgré les doutes et les moments d'incertitude, vous ne cessez jamais de croire en moi et en ma réussite. Merci de me faire confiance et de m'encourager dans tous mes projets. Vos mots de fierté à mon égard me poussent à me dépasser chaque jour. Il est certain que je ne cesserai jamais de vouloir vous rendre fière. Merci pour tout.

Chapitre 1 – Problématique

1.1. Le contexte et la problématique

Depuis des décennies, les gouvernements à travers le monde cherchent à transformer leurs systèmes de santé en apportant des changements au sein des organisations de soins afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins offerts à la population (Aubin et Quesnel-Vallée, 2016; Desrosiers et Gaumer, 2004; Tourigny et al., 2010). Le Canada et le Québec ne font pas exception. En effet, les gouvernements canadiens et québécois cherchent aussi des opportunités de changements afin d'améliorer la performance de leurs systèmes de santé. Ils cherchent à contrer des lacunes concernant la planification, l'organisation, l'accessibilité aux soins de santé, le financement et la dispensation des services (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2015a; Pineault, Levesque, Roberge, Hamel, Lamarche et Haggerty, 2008; Tourigny et al., 2010). Parmi ces lacunes, on note, entre autres, la fragmentation des services, le manque de coordination des services dans tout le continuum de soins, le manque d'importance accordée à la promotion de la santé, l'utilisation inefficace des fournisseurs de soins et les déficits dans l'accès aux soins (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2000; Kirby et Lebreton, 2002). Dans le contexte actuel du vieillissement de la population, de la prévalence croissante des maladies chroniques et des pressions budgétaires, il est reconnu que les infirmières, par le déploiement optimal de leur champ d'exercice, l'utilisation efficace de leurs compétences et leur implication auprès des patients, ont un rôle déterminant à jouer dans l'atteinte des objectifs de ces changements (Brooten, Youngblut, Hannan et Guido-Sanz, 2012; D'Amour et al., 2012; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2014). Tirer profit du plein potentiel des infirmières peut être une des meilleures façons de transformer le système de santé (AIIC, 2013; Brooten et al, 2012; Laurant et al., 2005).

Pour favoriser un accès aux soins et garantir aux Québécois des soins sécuritaires et de qualité, plusieurs auteurs reconnaissent qu'il serait favorable d'optimiser la contribution et l'utilisation des ressources infirmières en s'appuyant sur leur expertise professionnelle afin

d'assurer l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé (D'Amour et al., 2012; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec [FIQ], 2015; Institute of Medecine, 2011; OIIQ, 2015a; Régis et Savard, 2010). Une grande majorité d'infirmières prodigue des soins directs aux patients tandis que d'autres membres de la profession infirmière sont des formateurs, des conseillers politiques, des chercheurs et des gestionnaires (AIIC, 2013). Les infirmières au Québec constituent donc un groupe de professionnels d'envergure dans le milieu de la santé (OIIQ, 2015b). En raison de leur nombre, de leur présence dans des milieux de soins diversifiés et de leurs compétences, il est entendu que les infirmières ont un rôle déterminant à jouer pour atteindre les objectifs du système de santé (OIIQ, 2015a). Une meilleure utilisation des compétences de ces infirmières peut avoir un rôle majeur dans l'amélioration de la réponse aux besoins de la population (Brooten et al., 2012; FIQ, 2015; Institute of Medecine, 2011; Laurant, Reeves, Hermens, Braspenning, Grol et Sibbald, 2005; OIIQ, 2014). Bien que des efforts aient été fournis pour améliorer le rendement global du système de santé, une sous-utilisation des infirmières est encore remarquée (Allard, Frego, Katz et Halas, 2010). En vertu du champ d'exercice qui lui est dévolu dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (Éditeur officiel du Québec, 2018a), la contribution des infirmières à l'atteinte des objectifs du réseau de la santé en termes d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des soins de santé et des services offerts est grande. Toutefois, il a été démontré que les infirmières ne parviennent pas à déployer de façon optimale leur étendue de pratique (Déry, 2013). Trop souvent, elles sont occupées à des tâches qui ne relèvent pas de leur responsabilité et cette mauvaise utilisation du temps infirmier influence l'accomplissement des activités propres aux soins infirmiers (Déry, 2013). L'ambiguïté du rôle et le manque d'autonomie des infirmières sont aussi des facteurs qui limitent significativement la mise en œuvre des activités professionnelles pour lesquelles les infirmières détiennent pourtant la formation et les compétences (Déry, D'Amour et Roy, 2016). Du côté de l'administration des services infirmiers, ces facteurs témoignent d'un problème d'organisation des soins auquel il est impératif d'apporter des solutions concrètes pour que la contribution des équipes de soins infirmiers améliore la performance du système de santé.

Des pays tels que la Suède, le Royaume-Uni, l'Irlande et les Pays-Bas ont déjà mis en place des modèles de soins qui permettent aux infirmières de contribuer activement au système

de santé en autorisant les infirmières à prescrire dans certaines situations cliniques (Ball, 2009; Kroezen, van Dijk, Groenewegen et Francke, 2011; Kroezen, Francke, Groenewegen et van Dijk, 2012; Kroezen, van Dijk, Groenewegen, de Rond, de Veer et Francke, 2014). De nombreux résultats positifs sont associés à la prescription infirmière dans ces pays, entre autres, un meilleur accès aux soins, une réduction des temps d'attente, une amélioration de la santé de la personne, une diminution des visites à l'urgence et des admissions dans les hôpitaux, une réduction des coûts liés à la prestation des soins de santé et une grande satisfaction de la population (Adams, Cuddy, Flynn, Lorenz et MacGabhann, 2010; Bradley et Nolan, 2007; Commission national d'experts, 2012; Courtenay, Carey, Stenner, Lawton et Peters, 2011; Kroezen et al., 2014; Latter, Smith, Blenkinsopp, Nicholls, Little et Chapman, 2012; Naughton et al., 2013; Wilkinson, Carryer et Adams, 2014). La prescription infirmière a donc le potentiel de répondre à plusieurs problèmes du système de santé et d'atteindre les objectifs du réseau concernant une meilleure accessibilité, continuité, qualité et sécurité des soins de santé et des services offerts à la population (Ball, 2009; Bradley et Nolan, 2007; OIIQ et CMQ, 2015; Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2012).

Au Québec, c'est en 2013 que l'OIIQ a amorcé des démarches auprès du Collège des médecins du Québec (CMQ) afin d'ajouter la prescription infirmière à la liste des activités professionnelles des infirmières. Depuis janvier 2016, le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (Éditeur officiel du Québec, 2018b) autorise les infirmières du Québec à prescrire des médicaments ou analyses de laboratoire dans certaines situations cliniques, par exemple dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique ou encore des problèmes de santé courants. Ce Règlement (R.Q., c. M-9, r. 12.001) permet aux infirmières prescriptrices de compléter leurs interventions nécessitant des prescriptions sans avoir recours à un médecin, d'éviter la fragmentation des soins, de réduire les temps d'attente concernant les soins et ainsi de réduire les conséquences et les impacts négatifs sur la santé de la personne (OIIQ, 2014). Au Québec, les activités de prescription concernent les infirmières cliniciennes, c'est-à-dire celles titulaires d'un diplôme de baccalauréat ou encore, selon des clauses transitoires, les infirmières ayant un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers (OIIQ, 2016). Selon l'OIIQ, environ 10 000 infirmières parmi les 74 000 infirmières au Québec pouvaient et allaient se prévaloir de ce nouveau droit

de prescrire. En novembre 2016, 2 928 infirmières s'étaient prévaluées de leur droit de prescrire et de ce nombre, 488 infirmières avaient rédigé au moins une prescription. Un nombre total de 4 690 prescriptions avait été fait par ces 488 infirmières, ce qui représente en moyenne 9,6 prescriptions pour chacune de ces infirmières (CMQ, 2016). En comparaison avec les attentes annoncées par l'OIIQ avant l'entrée en vigueur du Règlement permettant aux infirmières de prescrire, le CMQ trouve ces nombres trop peu élevés (CMQ, 2016). En date du 31 mars 2017, un peu plus d'un an après l'entrée en vigueur du Règlement, 3620 infirmières québécoises avaient suivi la formation nécessaire et reçu une attestation leur permettant d'exercer leurs nouvelles activités professionnelles de prescription (OIIQ, 2017a). Aujourd'hui, près de deux ans et demi après la mise en place du droit de prescrire, bien que la cible souhaitée n'ait toujours pas été atteinte, de plus en plus d'infirmières se prévalent de leur attestation de prescription. En effet, 6 265 infirmières possèdent maintenant leur attestation de prescription (OIIQ, 2018a).

L'état actuel des connaissances sur le droit de prescrire des infirmières met en lumière les différences de pratique entre les pays selon le type de prescription, le cadre législatif, le niveau d'éducation et les conditions organisationnelles (Ball, 2009; Bhanbhro, Drennan, Grant et Harris, 2011; Bradley et Nolan, 2007; Courtenay, Stenner et Carey, 2010; Jones, 2008; Jones, Edwards et While, 2011; Kroezen et al., 2011; Kroezen et al., 2014; O'Connell, Creedon, McCarthy et Lehane, 2009; Rana, Bradley et Nolan, 2009). En effet, une variété de règlements juridiques et législatifs concernant la prescription infirmière en tant qu'intervention infirmière peut être discernée. Dans certains pays, les infirmières partagent le plein droit de prescription avec le corps médical (prescription infirmière autonome pour certaines situations cliniques), alors que dans d'autres, les infirmières prescrivent dans une position subordonnée aux médecins (infirmière prescriptrice complémentaire ou protocoles de prescription préétablis). Cependant, dans la plupart des pays la prescription reste prédominée principalement par la profession médicale (Courtenay et Carey, 2008; Kooienga et Wilkinson, 2016; Kroezen et al., 2011). Que les infirmières prescrivent de façon autonome ou à l'aide de protocoles préétablis, plusieurs auteurs ont soulevé des bénéfices liés à la prescription par les infirmières. Toutefois, quelques défis et enjeux liés aux activités de prescription chez les infirmières ont également été mis de l'avant dans certaines études (Allard et al., 2010; Bradley et Nolan, 2007; Cousins et Donnell, 2012; Dobel-Ober, Brimblecombe et Bradley, 2010; Earle, Taylor, Peet et Grant, 2011; Kroezen

et al., 2012; Kroezen et al., 2014; Ross et Kettles, 2012; Stenner et Courtenay, 2008; Wilkinson et al., 2014). En effet, les résultats de ces études suggèrent que les infirmières prescriptrices peuvent améliorer significativement l'accès aux soins de santé (Bradley et Nolan, 2007; Jones et al., 2011). Cependant, certains auteurs soulèvent que des médecins mentionnent être inquiets avec le fait que les infirmières prescriptrices ne possèdent pas nécessairement les connaissances et les compétences pour assumer la responsabilité de la prescription autonome (Kroezen et al., 2014; Nolan, Haque, Badger, Dyke et Khan, 2001). Les membres de l'équipe doivent être bien préparés à l'impact que la prescription infirmière pourrait avoir sur le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire (Bradley et Nolan, 2007). En raison du chevauchement des rôles en termes de prescription, tous les professionnels doivent bien comprendre les limites de leur propre rôle et celles des autres afin que la prescription infirmière s'intègre de façon harmonieuse dans l'équipe de soins. Le soutien des autres professions est nécessaire pour que la prescription infirmière puisse se développer à son plein potentiel (Blanchflower, Greene et Thorp, 2013).

Dans les autres pays, certains auteurs ont exploré l'opinion qu'ont les infirmières, les autres professionnels de la santé et les patients du rôle de l'infirmière prescriptrice (Bradley, Campbell et Nolan, 2005; Bradley, Hynam et Nolan, 2007; Bradley et Nolan, 2007; Courtenay et al., 2011; Courtenay et al., 2010; Hobson, Scott et Sutton, 2010; Latter et al., 2012; Lockwood et Fealy, 2008). La majorité des groupes ont convenu que la prescription infirmière profite à la pratique quotidienne des infirmières et à la profession infirmière (Kroezen et al., 2014). En général, les patients ont confiance en l'infirmière prescriptrice et n'expriment aucune préférence pour les soins fournis soit par le médecin ou par l'infirmière (Berry, Courtenay et Bersellini, 2006; Tinelli, Blenkinsopp, Latter, Smith et Chapman, 2013). Pour leur part, les infirmières sont pleinement conscientes de leurs responsabilités et de leurs limites en tant qu'infirmières prescriptrices. Elles soutiennent que la connaissance et l'expérience sont essentielles pour la pratique de prescriptions sécuritaires (Bradley et al., 2007).

Les connaissances entourant la prescription infirmière nous proviennent principalement de l'Europe de l'Ouest et des pays Anglo-saxons, mais celles-ci ne peuvent être intégralement transférées au contexte québécois en raison des différences reliées à la législation encadrant les activités professionnelles de prescription. En effet, les domaines et les méthodes de prescription

diffèrent d'un pays à l'autre. Les infirmières européennes ont généralement un plus large éventail de possibilités que les infirmières du Québec. Ainsi en raison de leur plus grande autonomie, les perceptions de ces infirmières peuvent différer de celles des infirmières québécoises. De plus, il est dit qu'un des aspects clés d'une mise en œuvre réussie de la prescription infirmière est les perceptions des infirmières face à leur nouveau rôle d'infirmière prescriptrice (AIIC, 2015b). En effet, les perceptions des infirmières face à leurs activités professionnelles de prescription peuvent soit favoriser le déploiement de ces activités ou au contraire, les restreindre. À ce jour, il est possible de dire que le déploiement de la prescription infirmière au Québec n'a pas été facile. Le peu d'infirmières s'étant prévalu de leur droit de prescrire ainsi que le peu d'infirmières l'utilisant une fois l'avoir obtenu le démontre (CMQ, 2016). Il est donc important et essentiel d'explorer les perceptions des infirmières afin d'assurer un déploiement optimal de la prescription infirmière dans les différents milieux cliniques. De plus, à notre connaissance, aucune étude ne traite spécifiquement des expériences d'infirmières québécoises au regard des perceptions qu'elles accordent à leurs nouvelles activités professionnelles de prescription ainsi que des facteurs favorisant ou limitant le déploiement de ces activités. En effet, dû à l'implantation récente de la prescription infirmière au Québec, les expériences d'infirmières prescriptrices dans le contexte du système de santé québécois n'ont pas été explorées jusqu'à maintenant. Une meilleure connaissance de ces expériences pourrait orienter les décideurs et les gestionnaires des services infirmiers dans l'élaboration de stratégies pour soutenir un déploiement optimal de la prescription infirmière.

1.2. Le but et les questions de recherche

Cette étude vise à explorer les expériences d'infirmières québécoises au regard de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription afin d'être en mesure de répondre aux deux questions de recherche suivantes:

1. Quelles perceptions ces infirmières ont-elles de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription?
2. Quels sont les facteurs favorisant ou limitant le déploiement de ces nouvelles activités?

Chapitre 2 – Recension des écrits

Ce deuxième chapitre présente une synthèse des écrits recensés sur les thématiques liées à la prescription par les infirmières. La première section traite de la prescription par les infirmières dans le monde et les différents modèles de prescription utilisés. Ensuite, spécifiquement au modèle de la prescription infirmière, les bénéfices et les enjeux associés à son déploiement sont présentés. La deuxième section aborde la prescription par les infirmières au Québec. D’abord, les différents modèles de prescription par les infirmières québécoises sont exposés. Par la suite, il est question des domaines de pratique, des types d’attestations délivrés et des principes d’éthique professionnelle associés au modèle spécifique de la prescription infirmière au Québec. Une première évaluation de l’implantation de la prescription infirmière au Québec ainsi que certains enjeux reliés à son déploiement sont ensuite présentés. Finalement, le cadre de référence qui guide cette étude est expliqué.

2.1. La prescription par les infirmières dans le monde

Les conditions juridiques, pédagogiques et organisationnelles dans lesquelles les infirmières prescrivent des médicaments varient considérablement entre les pays. Ainsi, différents modèles de prescription par les infirmières ont été mis en place dans de nombreux pays. Depuis quelques années, les bénéfices de ces différents modèles de prescription par les infirmières ont été rapportés dans les écrits. Les données probantes ne suggèrent aucune différence majeure en termes de pertinence et de sécurité entre les prescriptions médicales et les prescriptions faites par une infirmière et ce peu importe le modèle de prescription utilisé (Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé de l’Ontario, 2015). Selon le modèle, l’éventail des activités de prescriptions sont plus ou moins restrictives et l’autonomie de pratique des infirmières varie (Kooienga et Wilkinson, 2016; Kroezen et al. 2011).

2.1.1. Les différents modèles de prescription par les infirmières

Différents modèles de prescription par les infirmières sont utilisés à travers le monde, dont trois qui ressortent en particulier. Le premier modèle est celui de l’infirmière prescriptrice

complémentaire (*Supplementary nurse prescriber*). Ce modèle permet à une infirmière clinicienne qui est autorisée à le faire, de prescrire des médicaments à partir d'un formulaire de médicaments préétabli et ce, seulement après que le diagnostic initial ait été fait par le médecin (RNAO, 2016). Dans ce modèle, un plan de gestion clinique spécifique à chaque patient est développé en collaboration entre l'infirmière et le médecin suite à l'évaluation de la situation de santé du patient. Ce plan de gestion clinique comprend alors la liste des médicaments que l'infirmière est autorisée à prescrire ou à ajuster (Bissell et al., 2008; Courtenay et al., 2007; Kooienga et Wilkinson, 2016; RCN, 2014). Ce type de pratique est fait sous la supervision directe d'un médecin agréé pour des patients précis dans des situations précises (Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé de l'Ontario, 2015; Kooienga et Wilkinson, 2016; RCN, 2014). Dans le même ordre d'idées, dans certains états américains, les infirmières peuvent également prescrire à titre complémentaire. Elles doivent avoir un accord écrit qui précise la portée de la pratique et des actes médicaux qui lui sont autorisés à faire (Kooienga et Wilkinson, 2016). Avec ce modèle de prescription, il n'y a aucune restriction légale en termes de conditions cliniques pour lesquelles l'infirmière n'est pas autorisée à prescrire. Ce modèle s'est avéré bénéfique pour les infirmières qui assuraient les suivis pour les patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète ou l'asthme (RCN, 2014).

Le deuxième modèle réfère à des protocoles de prescription préétablis (*protocol-based prescribing*) pour des groupes particuliers (Kooienga et Wilkinson, 2016). Dans ce modèle, l'infirmière peut fournir et administrer aux patients des médicaments selon des protocoles prédéterminés en fonction de leurs conditions de santé sans préalablement contacter un médecin (RNAO, 2016). Des équipes multidisciplinaires élaborent des lignes directrices et des recommandations qui permettent aux infirmières de prescrire et d'administrer des médicaments dans les termes du protocole prédéterminé (Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé de l'Ontario, 2015). Une infirmière qui utilise ce modèle de prescription est donc en mesure de prescrire des médicaments spécifiques dans des circonstances spécifiques seulement. Cette méthode est similaire à la façon dont une infirmière prescrirait un médicament ou traitement en fonction d'un ordre verbal d'un médecin (RNAO, 2016).

Le troisième modèle de prescription est le modèle de la prescription infirmière. Dans ce modèle, une infirmière peut prescrire de façon indépendante certains médicaments et traitements à partir dans un champ de pratique réglementé. L'infirmière est responsable de la première évaluation de l'état de santé du patient, de poser un diagnostic, de prescrire la médication nécessaire ainsi que d'assurer la surveillance de l'état de santé du patient (Kooienga et Wilkinson, 2016; RNAO, 2016). Pour qu'elle soit autorisée, la prescription infirmière doit être spécifiée pour une population précise dans un contexte déterminé, faire partie du champ d'exercice légal de l'infirmière et doit s'appuyer sur des outils cliniques de prise de décision ou des protocoles approuvés (AHC, 2015b). Les sous-sections suivantes traiteront seulement de ce modèle de la prescription infirmière.

2.1.2. Les bénéfices du modèle de la prescription infirmière

Au cours des deux dernières décennies, le nombre de pays où les infirmières sont légalement autorisées à prescrire de façon indépendante a considérablement augmenté (Kroezen et al., 2011). Plusieurs pays européens et anglo-saxons occidentaux ont élargi le champ d'exercice des infirmières et infirmiers en incluant la prescription infirmière indépendante dans leurs responsabilités professionnelles. C'est le cas de plusieurs pays d'Europe occidentale dont la Suède, le Royaume-Uni, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas. L'Australie et les États-Unis ont aussi déployé le rôle de l'infirmière prescriptrice (Kroezen et al., 2011). Quelques provinces canadiennes tels que la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et la province de Terre-Neuve-et-Labrador autorisent également les infirmières à prescrire de façon indépendante dans des situations cliniques spécifiques.

Alors que la prescription infirmière a été mise en place aux États-Unis dans les années 1960, elle est un phénomène relativement nouveau dans la plupart des autres pays (Kroezen et al., 2011). C'est entre autres en 1998 que les infirmières du Royaume-Uni ont obtenu pour la première fois un droit restreint de prescription de médicaments de façon indépendante (*Royal College of Nursing [RCN]*, 2014). Depuis la législation initiale permettant aux infirmières de prescrire, le nombre d'infirmières qualifiées pour prescrire de façon indépendante ne cesse de

croître (Courtenay, Carey et Burke, 2007). À ce jour, grâce à la législation en place, c'est le Royaume-Uni qui offrent le plus grand éventail de possibilités pour les infirmières afin qu'elles prescrivent de façon indépendante (Kooienga et Wilkinson, 2016). En effet, depuis 2012 les infirmières prescriptrices au Royaume-Uni sont en mesure de prescrire de façon indépendante tout médicament pour tout problème de santé qui s'inscrit dans leur domaine de pratique et qui relèvent du champ de leur compétence clinique (Kooienga et Wilkinson, 2016).

Une diversité de facteurs internes et externes a conduit à l'introduction de la prescription infirmière dans ces pays. L'objectif de créer une accessibilité aux soins plus rapide et plus efficace a influencé considérablement le processus d'introduction de la prescription infirmière, en particulier au Royaume-Uni et en Irlande (Kroezen et al. 2011). Un autre facteur important dans le processus a été le désir de mobiliser de manière plus efficace les compétences et les connaissances des infirmières et d'améliorer l'utilisation du temps des professionnels de la santé et des patients (Kroezen et al., 2011). Dans certains pays, les infirmières ont également obtenu le droit de prescrire afin de réduire la charge de travail des médecins et d'aider à contrer la pénurie de médecins (Kroezen et al., 2011). La prescription infirmière a été mise en place pour plusieurs raisons, toutefois l'introduction de la prescription infirmière a pour but et reste, initialement, une façon d'améliorer dans son ensemble les soins et services offerts aux populations (Bhanbhro et al., 2011; Kroezen et al., 2011).

De façon générale, les écrits soulèvent que la prescription infirmière permet aux infirmières d'offrir des soins de qualité et les patients en sont satisfaits. Selon la revue systématique des écrits de Bhanbhro et al. (2011) réalisée en fonction des dimensions de la qualité des soins soit, l'efficacité, l'efficience et l'accessibilité, la prescription infirmière favorise un meilleur accès aux médicaments et aux traitements et réduit les temps d'attente pour les patients. Il est également démontré que les soins prodigués grâce à la prescription infirmière sont d'un bon rapport coût-efficacité (*Australian Nursing Federation [ANF], 2009; Bhanbhro et al., 2011*).

Selon le rapport d'une étude de cas réalisée à l'échelle nationale en Angleterre au Royaume-Uni (Latter et al, 2011), l'intégration du droit de prescrire dans le champ d'exercice

des infirmières en soins de proximité est une réussite. En effet, les résultats de cette étude suggèrent que la prescription infirmière a amélioré la qualité des services déjà existants plutôt que de redéfinir ces services (Latter et al., 2011). Il est aussi démontré que les soins offerts dans les milieux de soins de proximité à l'étude étaient sécuritaires, cliniquement appropriés et que les patients étaient très satisfaits de leur rendez-vous avec l'infirmière prescriptrice (Latter et al., 2011). Des enquêtes qualitatives réalisées par questionnaires soulèvent aussi une attitude positive de la population à l'égard des infirmières prescriptrices (Adams et al., 2010; Berry et al., 2006; Stenner et al., 2011). Il est rapporté dans ces études que la grande majorité des gens ont confiance en la médication et les traitements prescrits par l'infirmière prescriptrice (Berry et al., 2006; Stenner et al., 2011). Les patients obtiennent de la part des infirmières prescriptrices des conseils et des informations claires sur leur maladie et leur médication ce qui augmente leur satisfaction et leur confiance en l'infirmière (Berry et al., 2006; Stenner et al., 2011). La revue systématique des écrits (35 études primaires) de Gielen, Dekker, Francke, Mistiaen et Kroezen (2014) montre aussi ces mêmes résultats. Les patients sont généralement plus satisfaits ou tout aussi satisfaits des soins fournis et des prescriptions faites par une infirmière par rapport aux soins traditionnels fournis par un médecin (Gielen et al., 2014).

La prescription infirmière permet aux infirmières de fournir des épisodes de soins plus holistiques et efficaces (Gielen et al., 2014). Ainsi, les infirmières peuvent répondre aux besoins des patients à l'intérieur d'un délai de temps plus opportun menant à des meilleurs résultats concernant l'état de santé des patients (Adams et al., 2010; Berry et al., 2006). De plus, les services offerts par les infirmières prescriptrices sont équivalents à ceux offerts par les médecins dans les situations cliniques visées (Gielen et al., 2014; Jones et al., 2011). En effet, selon les données tirées de la revue systématique des écrits de Gielen et al. (2014), les infirmières prescrivent de manière comparable aux médecins. Elles prescrivent généralement autant que les médecins et les résultats ne montrent aucune différence significative entre les prescriptions faites par les infirmières et celles faites par les médecins quant aux résultats pour la santé des patients (Gielen et al., 2014). Les paramètres cliniques des patients suite à la prescription faite par une infirmière sont les mêmes ou sont meilleurs que ceux observés à la suite d'une prescription faite par un médecin (Gielen et al., 2014).

Un autre bénéfice de la prescription infirmière est lié à la réduction du temps d'attente pour les patients. Effectivement, selon des rapports gouvernementaux, les infirmières prescriptrices assurent un meilleur accès aux médicaments et aux traitements en offrant aux patients une plus grande variété d'options pour obtenir leurs médicaments et leurs traitements répondant à leurs besoins (Carey et Stenner, 2011; Kwentoh et Reilly, 2009; National Prescribing Center, 2010). Les infirmières prescriptrices améliorent également l'efficacité du service en libérant les médecins pour qu'ils aient plus de temps pour voir les patients ayant des besoins plus complexes en matière de soins de santé (Kwentoh et Reilly, 2009). De plus, selon l'étude qualitative exploratoire de Courtenay et al. (2010), la prescription infirmière permet d'éviter les admissions inutiles aux urgences et à l'hôpital et améliore l'accès au traitement en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques. Il est démontré que les patients ont confiance en les infirmières prescriptrices et qu'ils sont moins portés à se rendre aux urgences pour certaines conditions cliniques, puisqu'ils savent qu'une infirmière pourra répondre à leurs problématiques de santé (Courtenay et al., 2010).

D'ordre plus personnel, les infirmières prescriptrices observent aussi certains bénéfices face à la prescription infirmière. L'étude qualitative de Bradley et Nolan (2007) indique que la prescription infirmière développe davantage les connaissances des infirmières au sujet des médicaments et traitements de soins et améliore leur confiance en elles. Les 31 infirmières qui ont participé aux entretiens dans cette étude mentionnent que l'amélioration de leur confiance personnelle grâce à la pratique de prescription les incite à prendre plus de décisions dans l'équipe multidisciplinaire (Bradley et Nolan, 2007). Elles sont donc plus autonomes et satisfaites au travail (Bradley et Nolan, 2007).

Les études sur la prescription infirmière ont mis en évidence plusieurs bénéfices pour les infirmières elles-mêmes et les systèmes de santé. Ainsi, en repensant les rôles et les responsabilités de chaque professionnel, en brisant les barrières pour favoriser une meilleure collaboration au sein de l'équipe de soins et en utilisant de manière optimale les compétences des infirmières, les patients peuvent avoir accès plus facilement aux médicaments et aux traitements nécessaires à leur condition de santé et la qualité des soins offerts est améliorée (Bhanbhro et al., 2011).

2.1.3. Les enjeux liés au déploiement de la prescription infirmière

Bien que la prescription infirmière possède plusieurs bénéfices et qu'elle ait le potentiel d'améliorer entre autres, l'accès aux soins pour les patients et la collaboration entre les professionnels, quelques facteurs peuvent ralentir ou limiter le déploiement de la prescription infirmière. Plusieurs études indiquent que ces principaux facteurs peuvent être examinés sous deux rubriques générales: les facteurs internes qui découlent des individus eux-mêmes et les facteurs externes qui sont imposés aux individus par d'autres personnes ou par leur environnement (Blanchflower, Green et Thorp, 2013; Bowskill, Timmons et James, 2013; Courtenay et al., 2007).

2.1.3.1. Les facteurs internes

La revue des écrits de Blanchflower et al. (2013) soulève que la confiance en soi des infirmières ainsi que les connaissances et habiletés des infirmières sont des facteurs internes qui peuvent limiter le déploiement de la prescription infirmière. L'infirmière doit avoir confiance en sa capacité de prescrire de façon sécuritaire (Blanchflower et al., 2013). Elle doit être en mesure de choisir les meilleurs médicaments et traitements et de gérer avec succès les situations de soins de leurs patients (Stewart et al., 2009). Il est primordial que l'infirmière prescriptrice connaisse ses limites quant à ses connaissances et son niveau d'expertise (Blanchflower et al., 2013). Elle doit aussi connaître les normes de pratique et les principes scientifiques liés aux activités professionnelles de prescription. Elle doit s'assurer de la mise à jour et du développement de ses compétences professionnelles en tout temps (Blanchflower et al., 2013). Ce sont tous des éléments essentiels à prendre en compte par l'infirmière pour augmenter sa confiance et assurer une pratique sécuritaire de prescription (Bradley et al., 2007).

Les connaissances et les habiletés de l'infirmière influencent aussi le déploiement de la prescription. En effet, les capacités d'évaluer adéquatement les patients afin de prodiguer des soins sécuritaires et de reconnaître une détérioration potentielle de la situation de santé des patients sont essentielles chez les infirmières prescriptrices. Comme l'indique la revue des écrits de Blanchflower et al. (2013), toute forme de prescription doit être élaborée de manière

responsable et sécuritaire (Blanchflower et al., 2013). Dans les différents pays où les infirmières sont autorisées à prescrire, seules les infirmières avec un certain niveau d'expérience et de formation sont jugées admissibles à l'obtention du droit de prescrire. La recherche qualitative exploratoire de Bradley et al. (2007) réalisée au Royaume-Uni stipule qu'une fois engagées dans l'initiative de la prescription, les infirmières possèdent un sentiment accru de responsabilité. Un tel sentiment, associé à l'absence d'une masse critique d'infirmières prescriptrices au sein des organisations, encourage les infirmières à faire preuve de prudence dans leur pratique de prescription (Bradley et Nolan, 2007; Bradley et al., 2007). Les infirmières prescriptrices sont donc conscientes de leurs limites de pratique dans leurs domaines d'expertise et gardent celles-ci à l'intérieur de leur champ de pratique (Bradley et al., 2007). En effet, les infirmières considèrent qu'elles agissent de façon sécuritaire lorsqu'elles sont expérimentées dans leurs domaines de spécialité et qu'elles ont établi de bonnes relations avec leurs patients (Bradley et al., 2007). Comme l'indique la revue systématique des écrits de Gielen et al. (2014), bien qu'un grand nombre d'infirmières se disent en confiance lors des pratiques de prescription, certaines mentionnent qu'une plus grande formation sur leur rôle d'infirmière prescriptrice serait nécessaire. Elles préféreraient passer plus de temps à se familiariser avec certains médicaments et leur rôle d'infirmière prescriptrice avant d'étendre leur pratique de prescription (Gielen et al., 2014). Des infirmières ont estimé qu'elles auraient besoin de recevoir une meilleure formation et acquérir plus d'expérience dans certains domaines de la pratique de prescription avant de se sentir compétentes à prescrire (Gielen et al., 2014).

2.1.3.2. Les facteurs externes

Quatre facteurs externes pouvant entraver le déploiement de la prescription infirmière ont été soulevés dans la littérature. Tout d'abord, la collaboration interprofessionnelle difficile associée à la méconnaissance des rôles professionnels peut influencer le déploiement de la prescription infirmière (Jones, 2008). En effet, certaines tensions sont parfois présentes dans les équipes de soins à l'égard des nouvelles activités professionnelles des infirmières prescriptrices (Jones, 2008; Jones et al., 2011; Rana et al., 2009). Selon plusieurs études qualitatives réalisées au Royaume-Uni de types enquête ou théorisation ancrée (Bradley et Nolan, 2007; Jones, 2008; Jones et al., 2011; Rana et al., 2009), les infirmières perçoivent des réticences de la part des

autres professionnels de l'équipe de soins face à leur droit de prescrire. En effet, les médecins sont traditionnellement considérés comme au sommet d'une hiérarchie et sont très protecteurs de leur pouvoir et de leur prestige (Kroezen et al, 2012) ce qui peut entraîner parfois des conflits au sein des équipes de soins. (Bradley et Nolan, 2007; Jones, 2008). Des informations à propos de la prescription infirmière devraient être fournies à tous les membres de l'équipe interdisciplinaire avant l'instauration de la prescription infirmière afin que tous les membres de l'équipe interprofessionnelle puissent bien comprendre le rôle de l'infirmière prescriptrice (Bradley et Nolan, 2007; Jones, 2008). L'information transmise doit inclure, entre autres, des détails sur la portée des rôles de prescription des infirmières permettant ainsi aux membres de l'équipe d'évaluer comment leurs rôles pourraient se développer en collaboration (Bradley et Nolan, 2007). Une vision commune et du soutien des autres professionnels de la santé sont nécessaires pour que la prescription infirmière soit utilisée de façon optimale dans les différents milieux de soins (Jones et al., 2011). Il est également important d'assurer une bonne communication entre l'infirmière prescriptrice, l'équipe de soins et le patient afin que le déploiement de la prescription infirmière soit efficace et optimal (Blanchflower et al., 2013). Une grande majorité des infirmières estiment que l'obtention de leur attestation de prescription les a incitées à discuter davantage des médicaments et des traitements avec les médecins et à les interroger sur la façon dont ils prennent leurs décisions de prescription (Bradley et al., 2007). Effectivement, la prescription infirmière améliore les connaissances des infirmières au sujet des médicaments et des traitements ce qui leur permet d'accroître leur confiance et de participer plus ouvertement à la prise de décision dans l'équipe de soins de santé (Bradley et Nolan, 2007). Ainsi, une meilleure collaboration interprofessionnelle est favorisée.

Un second facteur externe pouvant influencé le déploiement de la prescription infirmière est la confiance accordée par les autres professionnels de la santé et les patients à l'infirmière prescriptrice (Blanchflower et al., 2013). Comme mentionné dans la section précédente, une enquête qualitative révèle que les patients ont confiance en l'infirmière prescriptrice et qu'ils sont très susceptibles de prendre les médicaments prescrits et de se conformer aux traitements déterminés par cette dernière (Berry et al., 2006). Les patients ont une perception positive de l'expérience de leur visite avec l'infirmière prescriptrice. Selon les résultats d'une étude quantitative réalisée par une enquête transversale (Tinelli et al., 2013), les patients n'expriment

aucune préférence en matière de prescription. Ils sont confiants des prescriptions élaborées qu'elles soient fournies par un médecin ou par une infirmière (Tinelli et al., 2013). En effet, lorsqu'il y a comparaison entre les activités de prescription de l'infirmière et du médecin, la plupart des patients rapportent aucune différence dans leur expérience de soins, en ce qui concerne l'accès, le contrôle de l'état, le soutien à l'adhésion, la qualité et la sécurité des soins (Tinelli et al., 2013). Toutefois, quelques préoccupations sont identifiées autant par les patients que les médecins en lien avec les compétences des infirmières en termes de prescription. Selon une étude de cas réalisée au Royaume-Uni (Bowskill et al., 2013), plusieurs médecins se demandent si les infirmières prescriptrices possèdent les compétences suffisantes pour assumer la responsabilité de la prescription. Toutefois, il est noté que la confiance des médecins envers les infirmières prescriptrices est nécessaire pour assurer une bonne intégration du rôle de l'infirmière prescriptrice dans les milieux cliniques (Bowskill et al., 2013). Pour leur part, les patients accordent une importance particulière au fait que les infirmières doivent leur fournir des explications complètes sur les médicaments et les traitements avant de faire leur prescription (Berry et al., 2006). Des informations sur les effets secondaires des médicaments sont généralement celles les plus désirées par les patients (Berry et al., 2006).

Pour ce qui est du troisième facteur externe, il est question du soutien organisationnel offert aux infirmières prescriptrices. Comme mentionné précédemment, les infirmières prescriptrices doivent démontrer qu'elles possèdent les compétences pour prescrire de façon sécuritaire (Stewart et al., 2009). Les résultats d'une revue de littérature (Blanchflower et al., 2013) montrent que les infirmières prescriptrices doivent elles-mêmes, être motivées, enthousiastes et avoir une volonté de réussir. Elles doivent aussi vouloir réaliser les formations nécessaires à l'obtention de leur droit de prescrire et s'assurer de développer de façon continue leurs compétences professionnelles (Blanchflower et al., 2013). Toutefois, les besoins de développement professionnel continu des infirmières prescriptrices sont souvent insatisfaits en raison de leur horaire chargé et des difficultés logistiques à être libérées pendant leurs heures de travail pour suivre les formations nécessaires (Carey et Courtenay, 2010; Courtenay et al., 2007). Le succès de la prescription infirmière dépend donc directement du soutien organisationnel associé à une stratégie de développement continu pour toutes les infirmières prescriptrices (Bradley et al., 2005). Les employeurs et ordres professionnels doivent offrir des

formations ainsi que des infrastructures de soutien et d'exploitation des activités de prescription pour que le déploiement de la prescription infirmière soit efficace et optimal (Blanchflower et al. 2013).

Finalement, un quatrième facteur externe ayant une influence sur le déploiement de la prescription infirmière est la législation. Effectivement, d'un pays à l'autre une variété de règlements juridiques et normes législatives différentes encadre la prescription infirmière (Krozen et al., 2011). Donc, afin de faciliter la mise en œuvre et le déploiement de la prescription infirmière, des politiques impliquées à l'échelle nationale et locale doivent être en place dans les différents regroupements d'établissements de santé pour s'assurer que le rôle de l'infirmière prescriptrice soit bien encadré (Blanchflower et al., 2013). Des règles de soins et des plans de gestion clinique de la prescription infirmière doivent aussi être implantés. La législation mise en place doit également aborder la question de la responsabilité civile et professionnelle des infirmières. Il est rapporté dans la revue de littérature de Blanchflower et al. (2013) que dans le passé, certains établissements ont été lents pour implanter la prescription infirmière et certains n'ont pas modifié les politiques déjà en place pour favoriser le déploiement de la prescription infirmière (Blanchflower et al., 2013). Le déploiement du rôle de l'infirmière prescriptrice s'en est vu limité et ralenti.

Les infirmières prescriptrices mentionnent que malgré les quelques facteurs énumérés plus haut qui ralentissent le déploiement de la prescription infirmière, l'initiative des activités professionnelles de prescription infirmière se révèle être une pierre angulaire dans l'amélioration de la prestation des services pour les patients (Bradley et al., 2005). Avant l'intégration du droit de prescrire des infirmières dans plusieurs pays, la majorité des infirmières étaient déjà fortement impliquées dans la prescription en collaboration avec certains médecins. La mise en place légale de la prescription infirmière a simplement officialisé ce qu'elles faisaient déjà (Bradley et al., 2005). Ainsi, les infirmières considèrent que leur droit de prescrire n'est pas un ajout à leur rôle infirmier, mais bien un complément. Cela leur permet d'adopter une approche holistique des soins. Elles accompagnent les patients dans leurs parcours de soins du début à la fin offrant ainsi une meilleure continuité de soins (Bradley et Nolan, 2007). De plus, avec la prescription infirmière, les infirmières mentionnent qu'elles sont plus susceptibles d'impliquer

les patients dans la prise de décisions relatives à leurs soins (Bradley et Nolan, 2007). La prescription infirmière est ainsi perçue comme étant une façon d'optimiser les interventions infirmières auprès des personnes, d'éviter la fragmentation de l'offre de services, de réduire les délais dans la prestation de soins, de réduire le risque de conséquences négatives sur l'état de santé des personnes et de réduire les coûts liés aux soins de santé (Bhanbhro et al., 2011; Bradley et Nolan, 2007; Courtenay et al., 2010; O'Connell et al., 2009; OIIQ et CMQ, 2015).

2.2. La prescription par les infirmières au Québec

2.2.1. Les différents modèles de prescription

Le premier modèle de prescription par les infirmières québécoises est celui des ordonnances collectives. Il est en vigueur au Québec depuis 2002. Ce modèle permet aux infirmières de prescrire certains médicaments ou traitements en fonction d'ordonnances et de protocoles médicaux déjà établis.

En 2002, le projet de loi 90, soit la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Éditeur officiel du Québec, 2002), a reconnu l'expertise des infirmières dans les soins de santé et leur a permis, entre autres, d'appliquer des ordonnances collectives. L'ordonnance collective est définie comme étant: « une prescription donnée par un médecin, ou un groupe de médecins, à un professionnel ou à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles » (Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, R.Q., c. M-9, r. 25, art. 2). Ainsi, avec l'entrée en vigueur de la loi en 2002 et grâce aux ordonnances collectives, les infirmières peuvent initier et délivrer des traitements dans certaines situations cliniques sans que les patients aient à consulter un médecin préalablement (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2011).

Les ordonnances collectives mettent à contribution les compétences de plusieurs professionnels de la santé et permettent entre autres d'améliorer l'accès aux services de santé, de détecter et traiter efficacement des conditions de santé et de soutenir le travail interdisciplinaire (INSPQ, 2011). Malgré qu'elles ne soient pas une mesure obligatoire dans les établissements de santé, plusieurs ordonnances collectives ont été adoptées par les instances des différents services de santé (INSPQ, 2011). Ainsi, depuis quelques années, différentes ordonnances collectives ont été déployées dans les services de santé, notamment en soins de proximité, dans le domaine des soins de plaies, de la santé publique (contraception, infections transmissibles sexuellement et par le sang [ITSS], cessation tabagique, etc.) et dans le domaine des problèmes de santé courants (femmes enceintes, mères et bébés). Ce modèle des ordonnances collectives se réfère au modèle des protocoles préétablis de prescription présenté plus tôt.

Le deuxième modèle est celui de la prescription infirmière. Afin de favoriser l'accès aux soins pour la population québécoise, le Québec a déployé en janvier 2016 le modèle de la prescription infirmière. Depuis cette date, le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (Éditeur officiel du Québec, 2018b) permet aux infirmières québécoises de prescrire de façon indépendante dans certaines situations cliniques afin de mieux répondre aux besoins du patient notamment en soins de proximité (OIIQ et CMQ, 2015). Les activités professionnelles de prescription visées par ce Règlement contribuent à optimiser les interventions faites auprès des patients, à éviter la fragmentation de l'offre de services, à réduire les délais dans la prestation de soins et à réduire le risque de conséquences négatives sur l'état de santé des patients (OIIQ et CMQ, 2015). Ces nouvelles activités visent à favoriser l'accès aux soins et à améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé et des services offerts à la population québécoise. Les prochaines sections de ce chapitre détailleront davantage le modèle de la prescription infirmière au Québec.

2.2.1.1. Les domaines de pratique de la prescription infirmière au Québec

Les activités professionnelles de l'infirmière prescriptrice citées dans le Règlement se situent dans trois domaines de pratique distincts qui sont les soins de plaies, la santé publique et

les problèmes de santé courants. En effet, les infirmières prescriptrices peuvent prescrire des analyses de laboratoire, des produits, des médicaments et des pansements pour le traitement des plaies, des altérations de la peau et des téguments ainsi que des médicaments dans le domaine de la santé publique et pour certains problèmes de santé courants (OIIQ et CMQ, 2015).

Le premier domaine de pratique qui autorise les infirmières à prescrire est le domaine des soins de plaies. En effet, les infirmières prescriptrices sont autorisées à prescrire des analyses de laboratoire ainsi que des produits, médicaments et pansements reliés au traitement des plaies et aux altérations de la peau et des téguments. En raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques, on observe un accroissement significatif du nombre de plaies chroniques et complexes (OIIQ et CMQ, 2015). Ce type de plaies nécessite des interventions ciblées et un suivi infirmier à plus long terme. Les infirmières soignent donc des patients qui requièrent des soins préventifs et des soins de plaies de complexité variable (OIIQ et CMQ, 2015). C'est ainsi que le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (Éditeur officiel du Québec, 2018b) permet aux infirmières d'augmenter l'accès à des soins de plaies adaptés aux besoins des patients dans une visée d'assurer une santé et une qualité de vie aux personnes et à leurs familles. La prescription infirmière en soins de plaies peut aussi réduire considérablement les coûts déboursés par le système de santé associés aux hospitalisations et aux suivis par des professionnels spécialistes lorsqu'une plaie requérant des soins avancés n'a pas été traitée selon les meilleures pratiques et dans les meilleurs délais (OIIQ et CMQ, 2015).

Le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (Éditeur officiel du Québec, 2018b) permet également aux infirmières de prescrire certains médicaments dans le domaine de la santé publique. Les nouvelles activités des infirmières s'inscrivent dans la continuité de leurs activités réservées en ce qui a trait à l'évaluation de la condition physique et mentale, aux mesures diagnostiques à des fins de dépistages et à la vaccination dans le cadre d'un programme de santé publique (OIIQ et CMQ, 2015). Ainsi, l'infirmière est maintenant autorisée à prescrire la contraception hormonale, le stérilet et la contraception hormonale d'urgence. Toujours dans le domaine de la santé publique, il lui est également possible de prescrire un supplément vitaminique et l'acide folique en

périnatalité, un médicament pour le traitement de la pédiculose, un médicament pour la cessation tabagique à l'exception de la varenicline et du bupropion ou encore un médicament pour le traitement d'une infection gonococcique ou d'une infection à *chlamydia trachomatis* selon le protocole développé à partir du programme national de santé publique (OIIQ et CMQ, 2015).

Finalement, puisqu'elle joue un rôle de premier plan tout au long du continuum de soins en périnatalité, l'infirmière prescriptrice peut également, dans certaines situations cliniques reliées au troisième domaine de prescription soit celui des problèmes de santé courants, prescrire des médicaments pouvant éviter une détérioration de l'état de santé de la femme enceinte ou du bébé (OIIQ et CMQ, 2015). Elle peut prescrire un médicament pour le traitement des nausées et vomissements non incoercibles chez la femme enceinte ou un médicament topique pour le traitement de l'infection fongique de la peau ou des muqueuses chez le bébé et chez la mère qui allaite (OIIQ et CMQ, 2015). Le tableau I résume les différents domaines de pratique de la prescription infirmière. Ces domaines sont mis en lien avec les activités professionnelles autorisées visés au *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (Éditeur officiel du Québec, 2018b).

Tableau I. Domaines de pratique de la prescription infirmière

Domaines de prescription	Activités professionnelles autorisées
Soins de plaies	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrire les analyses de laboratoire suivantes: <ol style="list-style-type: none"> a) préalbumine et albumine b) culture de plaie • Prescrire les produits, les médicaments et les pansements reliés au traitement des plaies et aux altérations de la peau et des téguments suivants: <ol style="list-style-type: none"> a) les produits créant une barrière cutanée b) les médicaments topiques, sauf la sulfadiazine et ceux relatifs au traitement dermatologique ou oncologique c) les pansements
Santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrire la contraception hormonale, un stérilet ou la contraception orale d'urgence, selon le protocole national développé dans le cadre d'une activité qui découle du programme national de santé publique

	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrire un supplément vitaminique et l'acide folique en périnatalité • Prescrire un médicament pour le traitement de la pédiculose • Prescrire un médicament pour la cessation tabagique, sauf la varenicline et le bupropion • Prescrire un médicament pour le traitement d'une infection gonococcique ou d'une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> chez une personne asymptomatique ayant eu un résultat d'analyse positif au dépistage et prescrire les tests de contrôle, selon le protocole national développé dans le cadre d'une activité qui découle du programme national de santé publique • Prescrire un médicament pour le traitement d'une infection gonococcique ou d'une infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> chez une personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel d'une personne présentant l'une ou l'autre de ces infections et prescrire les tests de contrôle, selon le protocole national développé dans le cadre d'une activité qui découle du programme national de santé publique.
<p>Problèmes de santé courants</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrire un médicament pour le traitement des nausées et vomissements non incoercibles chez la femme enceinte • Prescrire un médicament topique pour le traitement de l'infection fongique (<i>candida</i>) de la peau et des muqueuses chez le bébé et la femme qui allaite.

2.2.1.2. Les types d'attestations délivrés de la prescription infirmière au Québec

La prescription infirmière est une activité professionnelle qui nécessite l'acquisition de connaissances et le développement de compétences de niveau universitaire (OIIQ et CMQ, 2015). Cette activité est réservée aux infirmières détentrices d'un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières. Toutefois, des dispositions transitoires ont été mises en place dans le but d'offrir aux infirmières détentrices d'un diplôme d'étude collégial (DEC) et d'une expérience de travail pertinente aux domaines autorisés de prescription, le droit d'exercer certaines activités

de prescription notamment dans le domaine des soins de plaies ou de la santé publique (OIIQ et CMQ, 2015).

En fonction de leur scolarité, les infirmières québécoises peuvent obtenir le droit de prescrire selon qu'elles font partie d'une des cinq catégories de prescripteurs. Le tableau II énumère les types d'attestation de prescription délivrés par l'OIIQ selon les cinq catégories de prescripteurs possibles. Les activités de prescription autorisées pour chacun des types d'attestation délivrés sont aussi énumérées dans le tableau.

Tableau II. Les types d'attestation de prescription délivrés par l'OIIQ

Type d'attestation délivré	Infirmières visées	Activités de prescription autorisées
PI-1	Infirmières détentrices d'un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières	Ensemble des activités visées au règlement dans les trois domaines admissibles au droit de prescription infirmière au Québec (soins de plaies, santé publique et problèmes de santé courant).
PI-2	Infirmières détentrices d'un DEC en soins infirmiers ayant une expérience ou formation supplémentaire dans le domaine des soins de plaies et répondant aux conditions du règlement dans ce domaine seulement.	Ensemble des activités visées au règlement dans le domaine des soins de plaies seulement.
PI-3	Infirmières détentrices d'un DEC en soins infirmiers ayant une expérience ou formation supplémentaire dans le domaine de la santé publique et répondant aux conditions du règlement dans ce domaine seulement.	Ensemble des activités visées par un protocole au règlement dans le domaine de la santé publique seulement.
PI-4	Infirmières détentrices d'un DEC en soins infirmiers ayant une expérience ou formation supplémentaire dans le domaine des soins de plaies et de la santé publique et répondant aux conditions du règlement dans ces domaines seulement.	Ensemble des activités visées au règlement dans le domaine des soins de plaies et celles visées par un protocole au règlement dans le domaine de la santé publique.

PI-5	Infirmières détentrices d'un diplôme de baccalauréat par cumul de certificats dont au moins deux en soins infirmiers, mais n'ayant pas de formation sur les soins plaies.	Ensemble des activités visées au règlement dans les domaines de la santé publique et des problèmes de santé courant.
------	---	--

2.2.1.3. Les principes d'éthique professionnelle de la prescription infirmière au Québec

Les activités de prescription visées par le nouveau Règlement s'inscrivent dans la continuité des activités réservées à l'infirmière en ce qui concerne l'évaluation de la condition physique et mentale, de la surveillance et du suivi de la situation clinique. Ces activités sont stipulées par la Loi sur les infirmières et les infirmiers et le Code de déontologie des infirmières et infirmiers (OIIQ et CMQ, 2015). Cela implique que l'infirmière doit adhérer à trois principes d'éthique professionnelle encadrant l'exercice de ses activités professionnelles visées par le Règlement.

Tout d'abord, elle doit « agir dans l'intérêt du patient en s'assurant que la prescription est celle qui répond le mieux à ses besoins et elle doit en assurer le suivi » (OIIQ et CMQ, 2015, p. 7). Ainsi, l'infirmière prescrit sur la base de ses activités professionnelles en s'assurant que la prescription est cliniquement nécessaire et en assurant la surveillance et le suivi requis par l'état de santé de la personne (OIIQ et CMQ, 2015). Ensuite, elle doit « favoriser la collaboration interprofessionnelle et l'échange d'information entre les professionnels de la santé » (OIIQ et CMQ, 2015, p.7). En effet, les activités de prescription des infirmières doivent être faites dans un esprit de collaboration interprofessionnelle s'adaptant aux différentes situations cliniques des patients. Ainsi, elles contribuent de manière efficiente et efficace au suivi des patients, et ce, en fonction de l'expertise de chaque professionnel (OIIQ et CMQ, 2015). Des communications soutenues entre l'infirmière, le médecin ou l'IPS et le pharmacien sont requises dans l'optique de favoriser une bonne continuité de soins et de pratiques collaboratives et d'éviter le travail en silo (OIIQ et CMQ, 2015). Finalement, le troisième principe est que l'infirmière prescriptrice « engage pleinement sa responsabilité professionnelle » (OIIQ et CMQ, 2015, p.7). Ce principe indique que les nouvelles activités de prescription ne modifient en rien la responsabilité civile

et les devoirs déontologiques que l’infirmière devait respecter avant l’élargissement de son champ d’exercices (OIIQ et CMQ, 2015). Elle doit toujours agir avec compétence, exercer l’évaluation clinique ainsi que la surveillance clinique et le suivi requis par l’état de santé des patients, en plus de prendre tous les moyens raisonnables et nécessaires pour assurer la continuité des soins et des traitements (OIIQ et CMQ, 2015). L’infirmière doit toujours fournir au patient toutes les informations et explications nécessaires à la compréhension des soins et traitements prodigués, en plus de toujours obtenir son consentement libre et éclairé (OIIQ et CMQ, 2015). Elle doit aussi en tout temps sauvegarder son indépendance professionnelle et exercer sa profession avec objectivité en faisant abstraction des interventions des tiers qui pourraient influencer l’exécution de ses obligations professionnelles (OIIQ et CMQ, 2015).

2.2.2. L’évaluation de l’implantation de la prescription infirmière au Québec

Selon des statistiques émises par l’OIIQ en mai 2018, 6 265 infirmières possédaient leur attestation de prescription (OIIQ, 2018a). Un nombre en deçà des attentes initiales de 2016 visées à 10 000 infirmières (OIIQ, 2016). Dû à son implantation récente, une seule étude a été réalisée jusqu’à maintenant pour évaluer l’implantation de la prescription infirmière au Québec.

Selon cette première étude descriptive de devis quantitatif qui s’appuie sur une vaste enquête auprès des infirmières du Québec réalisée en janvier 2017 (Borgès Da Silva, Brault, Dubois, Motulsky et Prud’homme, 2017), soit un an après l’entrée en vigueur du Règlement autorisant les infirmières à prescrire, 80,6 % des infirmières répondantes qui étaient autorisées à prescrire pouvait le faire dans les trois domaines de prescription. Ainsi, il est possible de constater que la majorité des infirmières prescriptrices peuvent accompagner des patients dans des situations cliniques qui ne nécessitent pas un diagnostic médical dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants. Il a également été soulevé que le nombre d’infirmières prescriptrices (62,9 %) est plus élevé dans le domaine des soins de santé de première ligne, par exemple chez les infirmières qui travaillent dans un centre local de services communautaires [CLSC] ou dans un groupe de médecine familiale [GMF] (Borgès Da

Silva et al., 2017). Toutefois, même si ce sont dans ces milieux qu'un plus grand nombre d'infirmières a obtenu leur droit de prescrire, il n'en reste pas moins que le nombre d'infirmières qui le possède est tout de même peu élevé. En effet, seulement 17,1 % des infirmières en CLSC possèdent leur attestation de prescription et ce pourcentage s'élève à 20 % pour les infirmières travaillant en GMF. L'enquête de Borgès Da Silva et al. (2017) a également montré que les infirmières qui ont réalisé au moins une prescription l'ont fait principalement dans les domaines des soins de plaies et de la santé publique en prescrivant des pansements et des produits pour le traitement des plaies ainsi que la contraception hormonale d'urgence et le stérilet. Toutefois, malgré le peu de prescriptions émises par les infirmières, la majorité des répondantes affirment qu'elles ont confiance en leurs compétences et qu'elles se sentent en mesure de déterminer et de prescrire les plans et les traitements nécessaires selon les conditions cliniques de leurs patients (Borgès Da Silva et al., 2017). Ensuite, il a aussi été déterminé que parmi les infirmières titulaires de leur droit de prescrire, 88,8% d'entre elles possèdent un diplôme de baccalauréat tandis que le pourcentage de celles possédant un DEC est de 6,5% (Borgès Da Silva et al., 2017). Les infirmières qui obtiennent leur droit de prescrire sont globalement plus jeunes (Borgès Da Silva et al., 2017). Finalement, il est aussi soulevé que 60% des infirmières ayant l'attestation de prescription déclarent avoir vécu au moins une fois une situation où elle aurait pu l'utiliser sans l'avoir fait (Borgès Da Silva et al., 2017). Ce pourcentage élevé s'explique par différents enjeux reliés à l'implantation de la prescription infirmière au Québec. Ces enjeux seront élaborés dans la section suivante.

2.2.3. Les enjeux reliés au déploiement de la prescription infirmière au Québec

Tout comme dans les études réalisées à l'international, des facteurs importants influençant le déploiement de la prescription infirmière au Québec ont également été soulevés par l'analyse des données de l'enquête réalisé par Borgès Da Silva et al. (2017).

De façon globale, pendant la première année du déploiement de la prescription infirmière au Québec, les infirmières ont affirmé ne pas avoir été fortement encouragées à demander

l'attestation de prescription (Borgès Da Silva et al., 2017; Brault, Desjardins, Borgès Da Silva, Dubois, Motulsky et Prud'homme, 2018). À l'aide de l'analyse de contenu des données qualitatives de cette même enquête, les infirmières ont mentionné qu'il serait important de sensibiliser les infirmières elles-mêmes et les autres professionnels de la santé à ce nouveau rôle pour en favoriser une meilleure connaissance (Brault et al., 2018). Une meilleure connaissance du rôle de l'infirmière prescriptrice par les infirmières, les différentes instances et les autres professionnels de la santé pourrait inciter et encourager davantage les infirmières à obtenir le droit de prescrire (Brault et al., 2018). Pour le moment, un manque d'information sur le rôle de l'infirmière prescriptrice persiste (Brault et al., 2018). Afin de combler ce manque d'information et d'encouragement, les infirmières ont démontré avoir besoin que les instances supérieures soutiennent la promotion du rôle de l'infirmière prescriptrice dans tous les milieux cliniques et domaines ciblés par le Règlement autorisant les infirmières à prescrire (Brault et al., 2018). Il est mentionné que les directions et gestionnaires pourraient offrir ce soutien en rencontrant les différentes équipes de soins (Brault et al., 2018). De plus, un tiers des infirmières répondantes craignent des tensions avec les médecins avant d'obtenir leur droit de prescrire (Borgès Da Silva et al., 2017). Toutefois, seulement 6 % des infirmières déclarent avoir réellement vécu une tension avec un médecin lors de l'obtention et de l'utilisation de leur droit de prescrire (Borgès Da Silva et al., 2017).

De plus, les gestionnaires pourraient offrir un soutien financier en payant les frais de la formation obligatoire aux infirmières qui désirent obtenir leur droit de prescrire (Borgès Da Silva et al., 2017; Brault et al., 2018). En effet, afin d'obtenir leur attestation de prescription, toutes les infirmières, peu importe leur catégorie de prescripteur, doivent suivre une formation payante au coût de 66,04\$ en ligne d'une durée de deux heures portant sur les considérations déontologiques et les démarches de prescription, tels que le processus décisionnel relié à la prescription, la rédaction de l'ordonnance, le suivi à effectuer auprès du médecin ou de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) et la tenue du dossier (OIIQ, 2017b). Elles doivent également obtenir la note de passage au test final de cette formation afin de pouvoir obtenir leur attestation de prescription (OIIQ et CMQ, 2015). Il a été soulevé que cette formation payante peut être un frein à l'obtention de l'attestation de prescription des infirmières (Borgès Da Silva

et al., 2017). En effet, chez les infirmières détentrices de leur attestation de prescription, 38,8% d'entre elles ont dit avoir reçu l'engagement d'au moins un acteur à se faire payer la formation en ligne obligatoire. Chez les infirmières non-détentrices de leur attestation, seulement 8,3% avaient reçu cet engagement. Ainsi, le fait qu'au moins un acteur se soit engagé à payer les frais de la formation en ligne obligatoire est associé à un plus grand nombre d'infirmières qui ont obtenu leur droit de prescrire. Un lien positif est donc perçu entre l'engagement d'être remboursée pour la formation obligatoire et l'obtention de l'attestation de prescription chez les infirmières (Borgès Da Silva et al., 2017).

La présence d'ordonnances collectives déjà en place dans différents milieux de pratique clinique qui permet aux infirmières de prescrire les mêmes médicaments, produits ou traitements que le Règlement qui autorise maintenant les infirmières à prescrire de façon autonome est aussi un enjeu au déploiement de la prescription infirmière au Québec. En effet, selon l'enquête de Borgès Da Silva et al. (2017), le fait que des ordonnances collectives dans les domaines ciblés par la prescription infirmière étaient déjà disponibles a freiné les infirmières à obtenir leur droit de prescrire. De plus, parmi les infirmières détentrices de leur attestation de prescription, 18% ont mentionné qu'elles utilisaient les ordonnances collectives pour réaliser des activités de prescription dans les domaines ciblés par leur droit de prescrire (Borgès Da Silva et al., 2017). L'utilisation du droit de prescrire par les infirmières a donc été affectée par la présence d'ordonnances collectives dans les trois domaines ciblés par la prescription infirmière. Afin de contrer cet enjeu et de favoriser le déploiement de la prescription infirmière partout au Québec, le CMQ a annoncé qu'avec le droit de prescrire accordé de manière autonome aux infirmières, il allait mettre un terme aux ordonnances collectives visées par les domaines de la prescription infirmière un an après l'entrée en vigueur du Règlement, soit en janvier 2017 (CMQ, 2016). Par contre, devant le peu d'infirmières s'étant prévaluées de leur droit de prescrire à cette date, le CMQ a décidé de reporter la date d'abolition des ordonnances collectives afin d'éviter une rupture de services dans les domaines de prescription. Cette date a été repoussée au 31 mars 2018. À cette date d'abolition, les infirmières qui souhaitaient continuer de prescrire les médicaments et traitements dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants, ne pouvaient plus le faire au moyen d'une ordonnance collective. Elles devaient se prévaloir de leur attestation de prescription pour être en mesure de prescrire

ces traitements elles-mêmes (CMQ, 2017). De ce fait, les ordonnances collectives en lien avec la prescription infirmière sont donc maintenant abolies et aucune infirmière n'est autorisée à les utiliser.

Finalement, du soutien clinique tel que des formations spécifiques aux trois domaines ciblés avec des simulations, la présence d'experts cliniques et de mentors dans les milieux de soins ainsi que des outils cliniques et des communautés de pratique pour créer un lieu de partage seraient aussi nécessaire pour répondre aux besoins des infirmières et pour assurer un plus grand nombre d'obtention et d'utilisation de l'attestation de prescription par les infirmières (Brault et al., 2018). Avec ce soutien clinique, les infirmières ont mentionné qu'elles se sentiraient plus aptes et en confiance pour prescrire adéquatement (Brault et al., 2018).

2.3. Le cadre de référence

En raison de l'implantation récente de la prescription infirmière partout dans le monde, peu de cadres ont été développés afin de fournir une orientation générale en vue des pratiques de prescription infirmière. À la suite de recherches documentaires, trois cadres théoriques pertinents en lien avec la prescription infirmière ont été soulevés. Afin de déterminer le cadre le plus pertinent pour guider cette étude, les trois ont été analysés.

Le premier cadre analysé est le *Competency Framework for all Prescribers* qui a été publié par le *National Prescribing Centre (NPC)/National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* du Royaume-Uni en 2012 et mis à jour en 2016 par la *Royal Pharmaceutical Society (RPS)*. Il a été élaboré à la suite de l'évaluation de la mise en place des activités professionnelles de prescription pour les infirmières et les pharmaciens au Royaume-Uni. Il a été reconnu que la sécurité des prescriptions était intimement liée aux habiletés des professionnels prescripteurs (Brown et Picton, 2012). Le Cadre de compétences pour tous les prescripteurs fournit un aperçu de ces habiletés communes qui doivent être développées et maintenues, afin d'aider les prescripteurs à être efficaces dans leurs activités professionnelles de prescription, peu importe leur domaine de pratique (Brown et Picton, 2012). Ce cadre peut aider

les professionnels de la santé à se préparer à prescrire. Il peut servir de référence pour la création d'un portfolio et ainsi démontrer les compétences nécessaires à la prescription (NPC/NICE, 2012). Il peut également être un point de repère aux programmes d'éducation et de développement continu pour les administrations (NPC/NICE, 2012). En effet, ce cadre peut soutenir le développement professionnel des habiletés en permettant aux individus d'identifier leurs forces et leurs faiblesses grâce à l'autoévaluation. Ainsi, ils peuvent améliorer continuellement leurs performances et travailler plus efficacement (RPS, 2016). Il peut également servir aux organisations professionnelles comme un guide de soutien au développement des niveaux d'habiletés en prescription. Par exemple, il peut aider afin d'être en mesure de savoir ce qui est attendu du prescripteur récemment qualifié et du prescripteur avancé (NPC/NICE, 2012). La figure 1 illustre la structure de la mise à jour du RPS (2016) du cadre du NPC/NICE (2012).

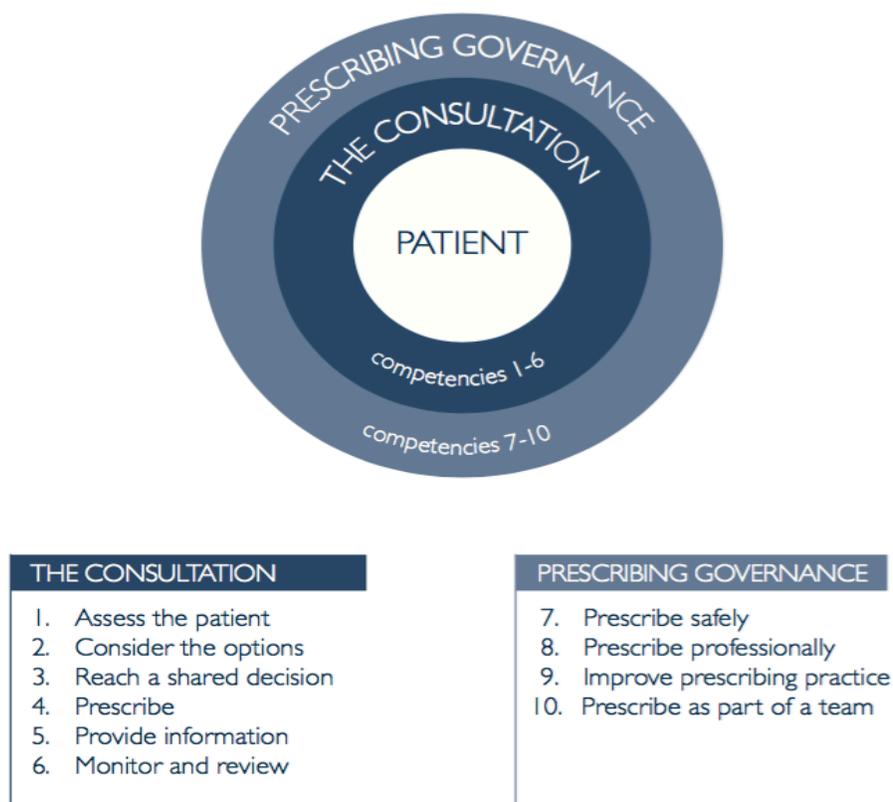


Figure 1. The Competency Framework for all Prescribers (RPS, 2016).

Le deuxième cadre analysé est celui du *National Prescribing Service : Better choices, Better Health (NPS)* d'Australie nommé le *Prescribing Competencies Framework* (NPS, 2012). Il a été élaboré en 2012 puisque le manque d'habiletés en matière de prescription en Australie était considéré comme une lacune importante. Le NPS a donc développé un ensemble d'habiletés pertinentes à développer pour tous les prescripteurs autonomes (NPS, 2012). Ce cadre de compétences vise à assurer la sécurité et la qualité des soins offerts aux populations par la mobilisation et le développement des habiletés requises pour prescrire des médicaments et des traitements de manière judicieuse, appropriée, sûre et efficace (NPS, 2012). Il comporte sept habiletés dont cinq spécifiques à la prescription et deux transversales. Toutes ses habiletés sont essentielles pour une pratique de prescription sécuritaire et optimale. La figure 2 illustre le cadre de compétences du NPS (2012).

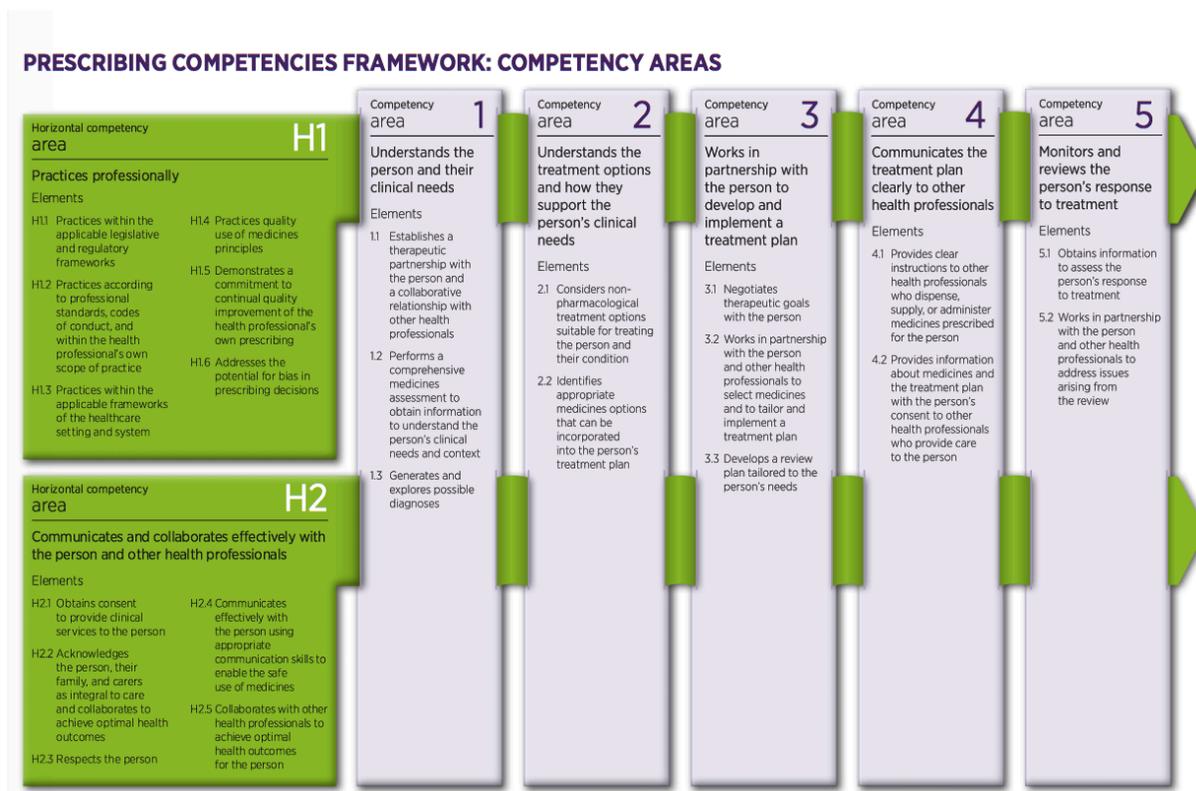


Figure 2. *Prescribing Competencies Framework* (NPS, 2012).

Le troisième cadre analysé est le Cadre de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada élaboré par l'AIIC en 2015. Il a été créé afin de mettre en œuvre et de déployer de

manière efficace les activités professionnelles de prescription infirmière partout au Canada. Comparativement au précédent, il offre une vision systémique de la prescription infirmière intégrant à la fois des éléments de la structure concernant le processus législatif et administratif, de la compétence regroupant les qualités nécessaires des infirmières prescriptrices et de la pratique englobant tous les aspects de la pratique et l'évaluation clinique. Il permet donc d'assurer une cohérence, une crédibilité, une participation publique et une uniformisation de la pratique reliée aux activités de prescription infirmière dans toutes les provinces canadiennes déployant le rôle de l'infirmière prescriptrice. Il est présenté à la figure 3 (AIIC, 2015b).

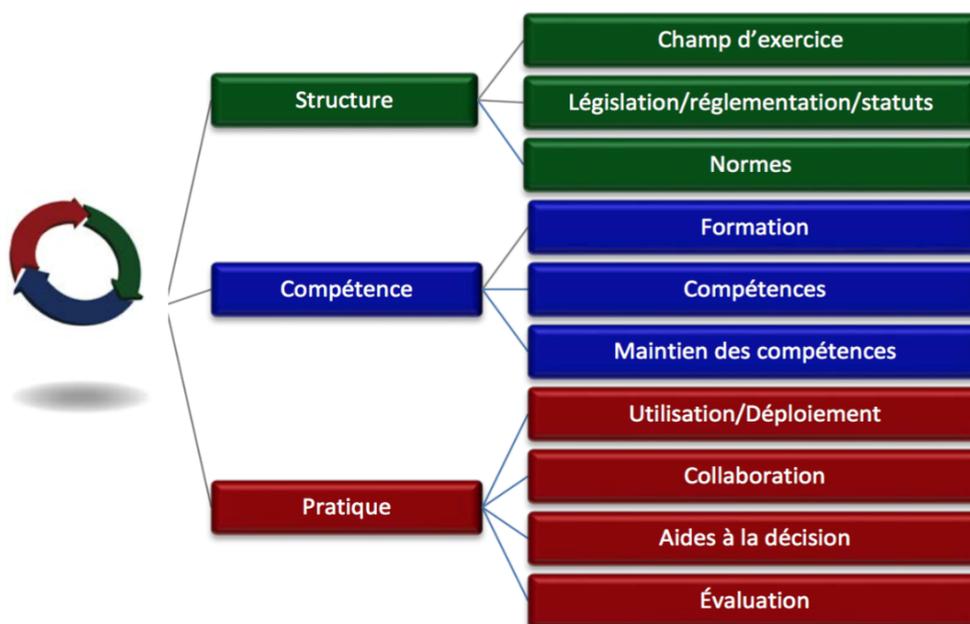


Figure 3. Le cadre théorique de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada (AIIC, 2015b)

La vision qui soutient ce cadre est d'offrir aux infirmières autorisées à le faire de prescrire des tests diagnostiques, des médicaments et des traitements dans des milieux et situations spécifiques à l'aide d'outils d'aide à la décision clinique fondés sur neuf principes décrivant la pratique des infirmières autorisées prescriptrices au Canada (AIIC, 2015b). Ces neuf principes sont la pertinence pour la santé et les besoins populationnels, la sécurité, la qualité

supérieure, l'accessibilité universelle, la transparence, le fondement sur des données probantes, la collaboration, l'approche axée sur les patients et la viabilité (AIIC, 2015b).

Ce cadre est aussi fondé sur trois éléments-clés fondamentaux et interdépendants: la structure, la compétence et la pratique. La structure fait référence aux différents facteurs définissant la pratique et les normes qui encadrent ce rôle. Il est question de ce qui délimite le pouvoir de prescrire des infirmières selon les cas et les domaines de pratique (AIIC, 2015b). Pour l'élément de la compétence, elle englobe les connaissances, les compétences, le jugement et les qualités nécessaires que doit absolument posséder l'infirmière prescriptrice afin de pratiquer de façon conforme, sécuritaire et optimale (AIIC, 2015b). Finalement, le troisième élément qui est la pratique concerne tous les aspects de la pratique clinique des infirmières prescriptrices. Il s'agit des activités et des milieux de pratique autorisés, des outils d'aide à la décision, des conditions d'emploi, de la gestion des risques, de la collaboration avec les autres professionnels de la santé ainsi que l'évaluation des résultats en lien avec la sécurité et la qualité des soins (AIIC, 2015b). En lien avec ces trois éléments-clés fondamentaux, dix domaines stratégiques connexes doivent être envisagés par toutes les provinces et tous les territoires avant d'intégrer la pratique des infirmières autorisées prescriptrices (AIIC, 2015b). Pour chaque domaine stratégique, des recommandations appuyées par des données probantes sont proposées. Ces recommandations suggèrent des tâches à accomplir pour faciliter la mise en œuvre du rôle de l'infirmière prescriptrice.

Malgré leurs pertinences au développement du rôle de l'infirmière prescriptrice, les deux premiers cadres analysés (*Competency Framework for all prescribers* [NPC/NICE, 2012]; *Prescribing Competencies Framework* [NPS, 2012]) n'ont pas été retenus pour la présente étude. En effet, puisque pour cette étude il est question d'explorer les expériences générales d'infirmières en lien avec l'implantation et le déploiement des nouvelles activités professionnelles de prescription infirmière, ces cadres étaient trop spécifiques. Ils présentent seulement les habiletés nécessaires que les infirmières doivent posséder pour être en mesure de prescrire de façon sécuritaire. D'autres éléments, telle que la structure organisationnelle,

doivent être explorés afin d'avoir une vision globale concernant le déploiement de la prescription infirmière.

Après l'analyse, le cadre choisi pour guider cette étude est le Cadre de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada (AIIC, 2015). Ce cadre couvre l'ensemble du rôle de l'infirmière prescriptrice au Canada (la Structure, la Compétence et la Pratique) et il a été un guide pertinent et efficace pour l'élaboration de cette étude. En effet, le Cadre théorique de l'infirmière et l'infirmier autorisé prescripteur a servi pour la création de l'outil de collecte de données. Ce cadre a permis de cibler les concepts importants à aborder afin d'être en mesure d'explorer les perceptions des infirmières en lien avec l'ensemble du rôle de l'infirmière prescriptrice. Ce cadre est approprié dans la mesure où chaque élément-clé et domaine stratégique est essentiel et préalable au bon fonctionnement du rôle de l'infirmière prescriptrice (AIIC, 2015b). Il est donc pertinent de guider l'étude en se basant sur ce cadre afin d'explorer la vision globale de la prescription infirmière et d'assurer un déploiement et une utilisation optimale du rôle de l'infirmière prescriptrice.

La prescription infirmière est une des solutions pour l'amélioration du système de santé. En utilisant de manière optimale les compétences des infirmières, les patients pourraient avoir accès plus facilement aux médicaments et traitements nécessaires à leurs conditions de santé. Suite au déploiement de la prescription infirmière au Québec, cette recherche vise à combler un écart de connaissances dans la littérature actuelle en lien avec les expériences d'infirmières québécoises au regard de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription. Plus spécifiquement, cette étude vise à mieux comprendre les perceptions des infirmières prescriptrices et les facteurs qui facilitent ou limitent le déploiement optimal de ces nouvelles activités. De plus, il est important d'explorer les expériences et les perceptions des infirmières elles-mêmes, car elles peuvent avoir une influence significative sur le déploiement de ce rôle dans les milieux de soins. Pour ce faire, une étude qualitative exploratoire a été réalisée. Le cadre théorique de l'infirmière et l'infirmier autorisé prescripteur au Canada (AIIC, 2015b) est utilisé pour guider cette étude, car il promeut la cohérence, la crédibilité, la participation publique, l'uniformisation et la mise en œuvre efficace de la pratique reliée au rôle de

l'infirmière prescriptrice à travers les différentes provinces canadiennes. En connaissant les réalités et les besoins des infirmières, il sera plus facile pour les gestionnaires de mettre en place le soutien nécessaire pour assurer un déploiement optimal du droit de prescrire des infirmières dans une optique d'amélioration de l'accessibilité, de la continuité, de la qualité et de la sécurité des soins de santé et des services offerts à la population. Le droit de prescrire des infirmières représente un avancement majeur pour la profession infirmière et le système de santé québécois. Un meilleur déploiement de la prescription infirmière pourrait enrichir la pratique clinique des infirmières de façon significative et assurer aux patients un accès à des soins de qualités.

Chapitre 3 - Méthodologie

Ce troisième chapitre présente les éléments méthodologiques de cette étude. Le devis, le milieu de l'étude et les méthodes d'échantillonnage et de collecte de données seront d'abord exposés. Ensuite, la méthode d'analyse de données et les considérations éthiques seront décrites. Finalement, les critères de qualité de l'étude seront détaillés.

3.1. Le devis à l'étude

Afin d'explorer les expériences d'infirmières québécoises au regard de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription, une étude qualitative exploratoire a été réalisée (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997). Selon Richards et Morse (2012), l'approche qualitative est privilégiée lorsque peu de connaissances ont été générées sur le sujet, lorsque le sujet de recherche est complexe et lorsque le but est de comprendre comment une situation est vécue par les participants dans un contexte particulier, comme c'est le cas pour cette étude. Le choix d'un devis qualitatif exploratoire s'appuie sur le fait qu'il y a, pour l'instant, peu de recherches québécoises explorant les expériences d'infirmières au regard de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription. De plus, l'étude qualitative engage à l'utilisation des résultats pour provoquer un changement et améliorer la pratique (LoBiondo-Wood et Haber, 2010). L'interprétation des résultats de façon concrète et réaliste permettra d'ajouter des savoirs pertinents à la profession infirmière, en plus de fournir des pistes d'amélioration afin d'optimiser l'implantation et le déploiement de la prescription infirmière dans le système de santé québécois.

3.2. Le milieu de l'étude

Cette étude a été réalisée dans un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la région de Montréal qui est issu du regroupement de Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ainsi que de plusieurs centres hospitaliers, centres de soins et de leurs installations (Gouvernement du Québec, 2016). Ce CIUSSS a été choisi puisque l'équipe

de la direction des soins infirmiers (DSI) exprimait un fort intérêt pour la prescription infirmière et une ouverture face au projet de recherche à la suite d'une rencontre avec l'étudiante-chercheuse. Plus précisément, 12 installations de ce CIUSSS ont été ciblées pour l'étude par la DSI et l'étudiante-chercheuse. Ces 12 installations ont été sélectionnées parce qu'elles correspondaient à un ou plusieurs des trois domaines de soins ciblés par les activités de prescription infirmière au Québec. De plus, ces installations regroupaient un nombre suffisant d'infirmières prescriptrices répondant aux critères d'inclusion pour participer à l'étude.

3.3. Le contexte et le recrutement des participants

La DSI du CIUSSS sélectionné a constitué pour l'étudiante-chercheuse la principale personne-ressource pour toute la durée du projet de recherche et de la réalisation de l'étude. En décembre 2016, le projet a obtenu l'aval d'un comité d'approbation scientifique de la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal (UdeM) composé des directrices de recherche et de deux professeures de la FSI. Une fois cette approbation obtenue, une rencontre en présentiel entre la DSI du CIUSSS et l'étudiante-chercheuse a eu lieu pour recueillir des commentaires et suggestions afin de faciliter le recrutement des infirmières. La DSI a ensuite présenté le projet au comité de direction et au comité de Coordination et d'intégration clinique du CIUSSS. De son côté, l'étudiante-chercheuse l'a présenté au comité de vigie responsable de la prescription infirmière dont les membres sont les conseillères en soins infirmiers des différents domaines de soins du CIUSSS. Un courriel d'information afin d'expliquer la nature, les objectifs précis et le déroulement du projet de recherche a également été transmis par la DSI à chacun des gestionnaires et chefs de services des 12 installations visées par le projet de recherche. Dans ce même courriel, la DSI avisait que les infirmières désirant participer pouvait prendre rendez-vous avec l'étudiante-chercheuse pour réaliser l'entretien pendant leur quart de travail.

Une lettre d'invitation (Annexe 1) à participer à l'étude a été transmise par courriel à toutes les infirmières des 12 installations choisies. Une personne n'étant pas membre de l'équipe de recherche a été mandatée pour transmettre ce courriel initial d'invitation. Aucune pression

indue n'a été exercée par la DSI et son équipe lors du recrutement des participantes. La liste des courriels des infirmières est restée confidentielle et l'étudiante-chercheuse n'a eu en aucun temps accès à cette liste. Le message courriel incluait des informations sur la nature de la participation au projet ainsi que les coordonnées de l'étudiante-chercheuse afin qu'elle réponde aux différentes questions des infirmières si tel était le cas. Les infirmières qui souhaitaient participer à l'étude ont contacté l'étudiante-chercheuse directement par courriel ou par téléphone. Par la suite, des rendez-vous ont été fixés avec l'étudiante-chercheuse et les infirmières intéressées à participer à l'étude pour la réalisation des groupes de discussion ou des entretiens individuels. Le recrutement des participantes s'est fait sur une période d'environ deux mois, soit du 7 mars 2017 au 11 mai 2017.

Ainsi, l'échantillon a été composé de participantes volontaires répondants aux critères d'inclusion suivants : 1) être une infirmière diplômée, 2) avoir obtenu son attestation de prescription ou être admissible à l'obtention de celle-ci, 3) parler, comprendre et lire le français. Aucun critère d'exclusion n'a été prévu puisqu'il était souhaité d'explorer autant les expériences et les perceptions d'infirmières ayant obtenu leur attestation de prescription (infirmières prescriptrices) que de celles ayant pris la décision de ne pas l'obtenir (infirmières non-prescriptrices)¹. La taille de l'échantillon obtenue est de 17 participantes : huit infirmières prescriptrices, six infirmières non-prescriptrices et trois conseillères en soins infirmiers qui sont elles aussi des infirmières prescriptrices.

3.4. Les méthodes de collecte des données

Au départ, deux méthodes de collecte de données étaient planifiées pour cette étude: 1) le groupe de discussion (*focus group*) et 2) le questionnaire sociodémographique. Toutefois, dû à des difficultés à planifier les groupes de discussion en fonction des horaires chargés et des différents lieux de travail des infirmières participantes, la méthode de l'entretien individuel semi-

¹ Afin d'alléger le texte, seulement les termes infirmières prescriptrices et non-prescriptrices pour référer aux différents groupes d'infirmières participantes seront utilisés tout au long du texte.

structuré a également été utilisée pour recueillir les données de cette étude. Le tableau III illustre le déroulement planifié de la collecte de données du projet de recherche et celui réel de l'étude. Il est possible d'y constater les modifications apportées en cours d'étude. Au total, quatre groupes de discussion de deux à trois participantes chacun ont été réalisés ainsi que sept entretiens individuels. Toutes les participantes de l'étude ont rempli le questionnaire sociodémographique en début d'entretien. Malgré les modifications apportées, toutes les méthodes de collecte de données utilisées étaient pertinentes à l'atteinte du but de l'étude qui consistait à explorer les expériences d'infirmières québécoises au regard de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription.

Tableau III. Le déroulement planifié et réalisé de la collecte de données

Déroulement de la collecte de données		
	Planifié	Réalisé
Groupe de discussion	4 groupes de discussion égaux : <ul style="list-style-type: none"> • 2 groupes d'infirmières prescriptrices • 2 groupes d'infirmières non-prescriptrices. ** 4 à 6 participantes par groupe (environ 24 participantes au total)	4 groupes de discussion : <ul style="list-style-type: none"> • 1 groupe de 3 infirmières conseillères en soins infirmiers détenteur d'une attestation de prescription • 1 groupe de 2 infirmières prescriptrices • 1 groupe de 2 infirmières non-prescriptrices • 1 groupe de 3 infirmières non-prescriptrices
Entretien individuel semi-dirigé	Aucun	7 entretiens individuels semi-dirigés : <ul style="list-style-type: none"> • 6 infirmières prescriptrices • 1 infirmière non-prescriptrice
Questionnaire sociodémographique	Rempli par toutes les participantes	Rempli par toutes les participantes

3.4.1. Les groupes de discussion

Le groupe de discussion est une technique d'entretien de « groupe d'expression et d'entretien dirigé », qui permet de recueillir des informations sur un sujet ciblé (Morgan, 2012). Cette technique permet d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements (Morgan, 2012). La dynamique de groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion (Morgan, 2012). L'objectif du groupe de discussion étant de faire émerger les différents points de vue des participants, chaque participant partage alors ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu, dans ce cas-ci, en lien avec la prescription infirmière (Morgan, 2012). Cette méthode de collecte de données favorise l'émergence de toutes les opinions. Elle ne poursuit pas la recherche du consensus. Considérant le fait que la prescription infirmière est un phénomène nouveau au Québec et que la pratique de ces nouvelles activités professionnelles de prescription est encore peu répandue, la méthode de collecte par groupes de discussion était appropriée pour cette étude. En effet, les groupes de discussion réalisés ont permis d'explorer le sujet plus en profondeur en permettant une co-construction d'idées de la part des infirmières participantes. L'étudiante-chercheuse a conduit les groupes de discussion.

Plusieurs auteurs apportent des précisions, parfois contradictoires quant à la constitution des groupes de discussion (Baribeau, 2009; Morgan, 1998). Ils mentionnent que le nombre de personnes par groupe devrait être entre six et dix participants (Baribeau, 2009; Morgan, 1998). Ce nombre de participants fournirait suffisamment d'opinions différentes pour stimuler une discussion sans que chaque participant se disputent le temps de parole (Morgan, 1998). Quant au nombre de groupes, aucune précision n'est donnée (Baribeau, 2009; Morgan, 1998). Les participants de chaque groupe doivent avoir des caractéristiques communes et homogènes en lien avec le thème abordé (Baribeau, 2009; Morgan, 1998). Pour l'étude, les participantes d'un même groupe devaient avoir le même statut en lien avec le fait de posséder ou non leur attestation de prescription et elles devaient travailler sensiblement dans le même domaine de soins. Cette division visait la constitution de groupes où aucun facteur ne venait entraver la prise de parole.

Comme mentionné plus tôt, en raison des horaires chargés et des différents lieux de travail des infirmières, la planification des groupes de discussion a été difficile. De ce fait, quatre groupes de discussion (n=4) ont été réalisés au total dans cette étude comprenant chacun deux ou trois infirmières : un groupe composé de trois infirmières conseillères en soins infirmiers détentrice d'une attestation de prescription, un deuxième groupe composé de deux infirmières prescriptrices et les troisième et quatrième groupes (deux participantes et trois participantes) composés d'infirmières non-prescriptrices. Chaque infirmière d'un même groupe répondait aux caractéristiques communes souhaitées, soit d'avoir le même statut en lien avec le fait de posséder ou non l'attestation de prescription et elles devaient travailler sensiblement dans le même domaine de soins. La discussion de groupe permettait à chaque participante de renchérir sur les propos de leurs collègues. La durée de chacun des groupes de discussion a été entre 45 minutes et 1h30 minutes.

3.4.2. Les entretiens individuels semi-dirigés

Les entretiens individuels semi-dirigés d'environ 30 à 60 minutes ont également été réalisés auprès d'infirmières œuvrant dans un des établissements du CIUSSS. Les entretiens semi-dirigés permettent d'offrir la flexibilité nécessaire pour recueillir les perceptions et les expériences des participants (Creswell, 2014). Ils permettent aussi d'obtenir des données détaillées sur le vécu personnel des participants (Creswell, 2014). Cette méthode de collecte de données était une alternative adéquate pour répondre au but de l'étude qui visait à explorer les expériences d'infirmières au regard de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription. Au total, sept entretiens individuels (n=7) ont été conduits auprès d'infirmières possédant ou non leur attestation de prescription. Ces entretiens ont été réalisés dans le bureau privé des infirmières ou un local privé réservé pour le projet afin de permettre l'expression libre des perceptions et opinions des participantes. Tout comme les groupes de discussion, les entretiens individuels ont eu lieu durant le quart de travail respectif des infirmières participantes et ont été conduits par l'étudiante-chercheuse.

3.4.3. Le questionnaire sociodémographique

Finalemment, un questionnaire sociodémographique individuel (Annexe 2) a été distribué et complété par chaque participante en début d'entretien. Il a permis d'obtenir de l'information sur le profil des infirmières participantes, notamment le sexe, l'âge, le nombre d'années d'expérience dans l'établissement de soins et dans le milieu de soins actuel, le niveau de scolarité complété et si tel était le cas, le moment de l'obtention de l'attestation de prescription.

3.5. Les outils de collecte des données

Un guide d'entretien a été réalisé par l'étudiante-chercheuse et révisé par les directrices de recherche (Annexe 3). Ce guide d'entretien est inspiré du Cadre théorique de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada (AIIC, 2015b). En effet, le cadre a permis de cibler les concepts importants à aborder pendant les entretiens. Tous les éléments-clés et domaines stratégiques du cadre ont été abordés par une ou plusieurs questions dans le guide d'entretien. Le même guide d'entretien a été utilisé tant pour les groupes de discussion que les entretiens individuels. Il comprend six questions ouvertes (Thibault, 2010) qui visaient à faciliter l'expression des infirmières participantes afin de recueillir une variété d'opinions et de perceptions sur le sujet de l'étude. Les questions planifiées dans le guide allaient du domaine le plus général au plus spécifique. Toutefois, les questions ont plutôt été abordées en fonction du fil conducteur que prenait la discussion. L'étudiante-chercheuse s'est assurée en fin d'entretien que l'ensemble des questions du guide d'entretien aient été répondues. À la fin des entretiens, une synthèse a aussi été réalisée avec le groupe ou la participante pour vérifier leur accord avec ce qui a été retenu. Avec le consentement des participantes, les entretiens ont été enregistrés sur bande audio et ont été transcrits mot par mot à des fins d'analyse. Aucune autre utilisation de ces enregistrements n'a été faite.

3.6. L'analyse des données

Pour débiter l'analyse des données, l'étudiante-chercheuse a transcrit intégralement le verbatim des groupes de discussion et des entretiens individuels (n=11). Cette transcription a

été réalisée de façon organisée dans un format commun (Logiciel Word) afin de faciliter la compréhension. Suite à la transcription du verbatim des enregistrements audio des groupes de discussion et des entretiens individuels, une analyse de contenu a été réalisée selon la méthode de Miles et Huberman (2003). Cette méthode consiste en un processus itératif comprenant la condensation des données, la présentation des données ainsi que l'élaboration et la vérification des conclusions. Cette méthode permet de relever tous les thèmes pertinents en lien avec le but de l'étude et les questions de recherche afin de mettre en évidence une représentation des similarités et des différences dans les données recueillies. La méthode d'analyse des données est illustrée par la figure 4 :

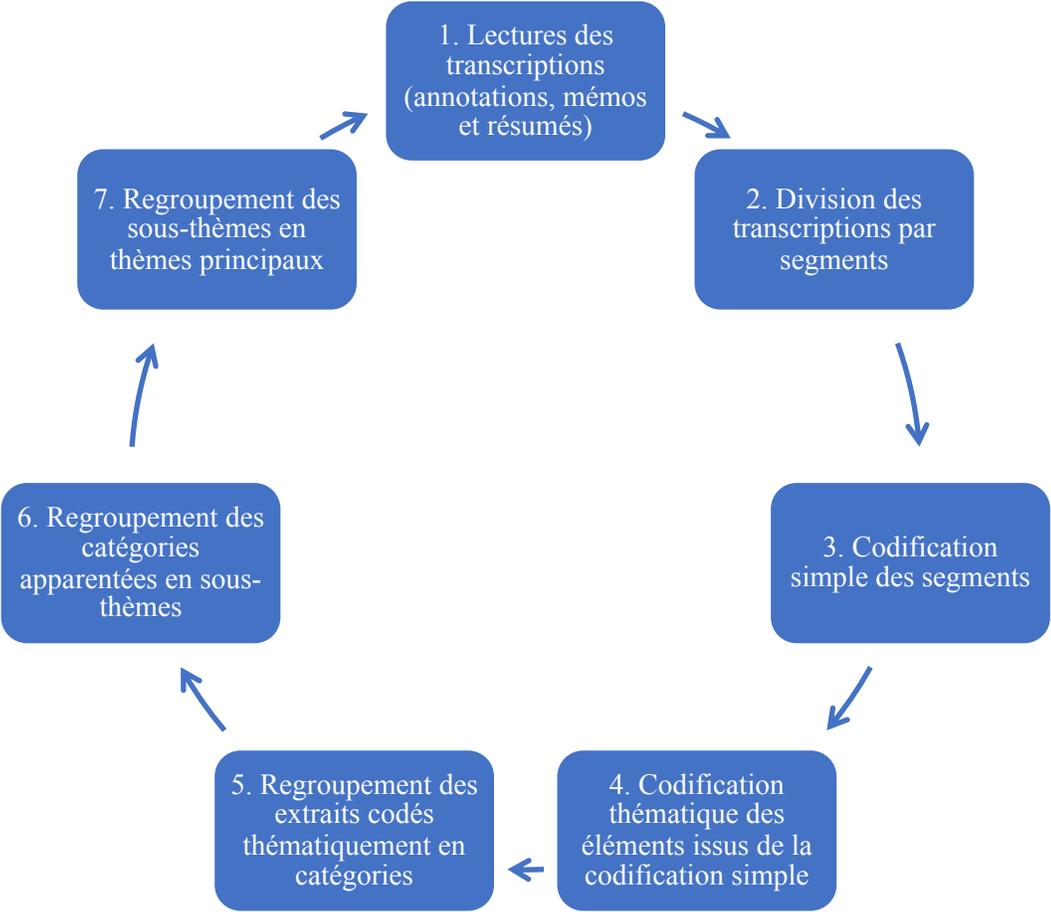


Figure 4. La méthode d'analyse des données

Tel que proposée par Miles et Huberman (2003), l'analyse a débuté par des lectures et des relectures des documents d'analyse imprimés pour tenter de bien saisir le premier message apparent et le sens de leur contenu, et de se familiariser avec les données. Cela a permis d'avoir une idée générale des différentes transcriptions. Lors des lectures, l'étudiante-chercheuse a écrit des mémos dans les marges, des annotations informelles et des résumés du contenu dans le but de faciliter l'attribution des codes aux différents segments des transcriptions. Les transcriptions ont été divisées en différents segments qui étaient parfois des phrases ou des paragraphes entiers. Cette division a été faite en fonction de l'intérêt du passage de la transcription pour les questions de recherche. La segmentation a été effectuée en séparant les passages par couleur pour tout ce qui traitait des perceptions en lien avec la prescription infirmières, pour les facteurs facilitant et pour les facteurs limitant le déploiement. C'est segment par segment, paragraphe par paragraphe et ligne par ligne que le travail de codification a été mené. L'étape de la condensation des données comporte deux phases, la codification simple et la codification thématique (Miles et Huberman, 2003). Avant de débiter la collecte de données auprès des infirmières, l'étudiante-chercheuse a élaboré une liste de codes inspirés du cadre de référence de l'étude soit, le Cadre théorique de l'infirmière et l'infirmier prescripteur au Canada, de la littérature recensée et des questions de recherche (Miles et Huberman, 2003). Cette liste comprenait au départ 57 codes. Selon Miles et Huberman (2003), « un code est une étiquette qui désignent des unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours d'une étude » (p. 112). La liste de codes a été bonifiée par de nouveaux codes pendant l'analyse des données. Ainsi, pour la codification simple, l'étudiante-chercheuse a attribué un code aux segments de texte qui faisaient référence à un même phénomène de façon à identifier, extraire, organiser et résumer l'information issue du travail sur le terrain (Miles et Huberman, 2003). Dix-sept codes supplémentaires ont émergé suite à l'analyse des données. Au total, la liste de codes pour l'analyse des données de la présente étude comporte 74 codes (Annexe 4).

Ensuite, l'étudiante-chercheuse a codifié les données par thème en regroupant les éléments issus de la codification simple en un nombre réduit d'unités d'analyse. Les codes thématiques sont explicatifs et permettent de mettre en lumière un thème, un modèle ou une explication qui se dégagent des propos des participants (Miles et Huberman, 2003). Suite à l'attribution des codes thématiques, l'étudiante-chercheuse a utilisé la méthode de comparaison

constante pour rassembler les différents extraits d'entretiens et les propos analysés. Elle les a regroupés en plusieurs catégories selon une logique inductive (Annexe 5). Les catégories obtenues ont été utilisées pour questionner de nouveau les différents matériaux de recherche. Cette opération a permis d'amorcer le regroupement des catégories apparentées et de formuler des sous-thèmes. Il s'agit d'un processus itératif d'analyse et d'interprétation que l'étudiante-chercheuse a effectué en relisant continuellement la liste de codes établie.

L'étape de présentation des données consiste à ordonner l'information de façon systématique dans un format qui facilite l'analyse en plus de rendre compte de sa progression (Miles et Huberman, 2003). Neuf sous-thèmes ont d'abord été établis et chacun a été défini et illustré avec des verbatim tirés des transcriptions d'entretiens. Les différents sous-thèmes ont aussi été regroupés en fonction de leurs similarités afin d'arriver à en soutirer deux thèmes principaux. Un tableau récapitulatif des thèmes (Annexe 6) a été utilisé à cette étape afin de générer une représentation visuelle des sous-thèmes issus des codifications et faciliter le travail d'analyse. Le format de présentation choisi à cette étape constitue un outil d'analyse important et contribue à élargir la compréhension du chercheur quant aux données recueillies en lui permettant de tirer et de vérifier les conclusions émises (Miles et Huberman, 2003). Afin d'éviter les répétitions et de favoriser une meilleure compréhension des résultats de l'étude, un travail de synthèse a été fait par l'étudiante-chercheuse et les directrices de recherche (Annexe 7). Au final, cinq sous-thèmes classés selon deux thèmes principaux ont émergés des analyses (Annexe 8).

3.7. Les considérations éthiques

En janvier 2017, le projet de recherche a été présenté aux comités d'éthique et de la recherche du CIUSSS et de l'UdeM. L'approbation éthique et l'autorisation de réaliser le projet ont été obtenues en février 2017.

En début d'entretien, en groupe ou individuellement, l'étudiante-chercheuse a présenté le résumé de l'étude, le formulaire d'information et de consentement, le guide d'entretien et le

questionnaire sociodémographique aux infirmières participantes afin qu'elles puissent poser des questions au besoin. Un consentement libre et éclairé a été obtenu par écrit via un formulaire d'informations et de consentement (Annexe 9) transmis par courriel aux infirmières désirant participer à l'étude. Chaque infirmière qui a accepté de participer à l'étude a signé ce formulaire avant le groupe de discussion ou l'entretien individuel. Ces formulaires de consentement ont été recueillis et seront conservés par l'étudiante-chercheuse avec les autres données de recherche pendant sept ans selon les règles en vigueur au bureau d'examen de la recherche du CIUSSS et de l'UdeM.

Chaque groupe de discussion ou entretien individuel a été enregistré sur bande audio après l'obtention du consentement des infirmières participantes. Deux entretiens n'ont pas été enregistrés intégralement à la demande des infirmières. Dans ces deux cas, la discussion s'est poursuivie pendant environ 15 minutes après l'arrêt de l'enregistrement audio. Les bandes audios sont conservées dans un fichier électronique sécurisé par un mot de passe sur l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse et ont été utilisées à des fins de retranscription des données seulement. Tous les renseignements recueillis demeurent strictement confidentiels. Toute information qui pouvait servir à identifier les participantes a été enlevée de la transcription des entretiens. Pour la publication des résultats, un code chiffré remplace le nom de chaque participante. L'utilisation d'un système de codification par l'étudiante-chercheuse préserve la confidentialité des informations et l'identification des participantes. Les noms du CIUSSS et des installations où s'est déroulé l'étude n'ont pas été précisés dans cette même optique de préserver l'identité des participantes.

Les données confidentielles contenues sur bandes audio, fichiers informatiques ou fichiers papier n'ont été consultées que par l'étudiante-chercheuse et les directrices de recherche. Les données de recherche n'ont pas été utilisées à d'autres fins qu'à la présente étude. Toutes les données seront conservées sur un ordinateur protégé par un mot de passe pendant sept ans, après quoi elles seront détruites. Toutes les copies des données numériques (enregistrements audios) seront effacées et les documents papiers seront déchiquetés.

La participation à l'étude ne comportait aucun risque. Le principal inconvénient pour l'infirmière participante était le temps consacré au groupe de discussion ou à l'entretien individuel. De plus, il se pouvait que durant l'entretien les participantes ressentent un inconfort ou de la gêne à s'exprimer. Si tel était le cas, les participantes conservaient le droit de se retirer de l'entretien à n'importe quel moment sans risque de préjudice et sans que cela affecte l'évaluation de leur performance au travail.

Outre la contribution à l'avancement des connaissances reliée aux nouvelles activités professionnelles de prescription au Québec, l'étude permettait aux infirmières participantes de partager leurs points de vue, leurs perceptions et préférences et de contribuer à l'émission de recommandations pour assurer un déploiement optimal des nouvelles activités professionnelles de prescription.

Finalement, une approbation écrite (Annexe 10) a été obtenue de la part de l'AIIC pour autoriser l'étudiante-chercheuse à utiliser le cadre théorique de l'infirmière et l'infirmier autorisé prescripteur au Canada comme cadre de référence pour cette étude.

3.8. Les critères de scientificité

Pour assurer une rigueur scientifique, cette étude a été réalisée en tenant compte des critères de scientificité de Lincoln et Guba (1985) soit la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la constance interne.

La crédibilité fait référence à la description exacte du phénomène par les participants et à l'authenticité des données et de leur interprétation (Lincoln et Guba, 1985). Dans cette étude, la crédibilité a été assurée premièrement par la retranscription intégrale des propos des participantes et deuxièmement par la tenue régulière de discussion et de réflexions avec les directrices de recherche. L'utilisation de diverses méthodes de collecte de données soit les groupes de discussion, les entretiens individuels semi-dirigés et le questionnaire sociodémographique a également renforcé ce critère.

Le concept de transférabilité correspond au potentiel de transfert des conclusions de l'étude dans d'autres contextes ou d'autres groupes (Lincoln et Guba, 1985). En assurant une description du milieu de travail des participantes, ce critère a été pris en considération par l'étudiante-chercheuse. De plus, la description exhaustive du rôle de l'infirmière prescriptrice au Québec permet aussi de déterminer si les résultats de l'étude sont transférables à d'autres contextes de soins.

Finalement, la fiabilité et la constance interne réfèrent à la justesse des résultats et l'objectivité de l'étudiante-chercheuse tout au long du processus de recherche. Ces critères ont été remplis par le respect des étapes de l'analyse des données décrites dans le présent chapitre. Bien que les conclusions d'une étude soient souvent pressenties dès le début de l'étude par le chercheur (Miles et Huberman, 2003), l'étudiante-chercheuse a conservé un esprit ouvert et critique tout au long du processus de collecte et d'analyse des données afin d'éviter de formuler des conclusions prématurées. Tout au long de l'étude, la validité des conclusions a été discutée et vérifiée auprès des directrices de recherche. Pour renforcer ces critères, tous les résultats décrits dans la présente étude sont également appuyés par des verbatim provenant des entretiens conduits avec les infirmières participantes.

Chapitre 4 - Résultats

Ce quatrième chapitre présente les résultats de l'étude et comporte deux sections. La première section présente la synthèse des profils sociodémographiques des participantes. La deuxième section expose les résultats selon 1) les perceptions d'infirmières sur le rôle de l'infirmière prescriptrice et 2) le processus de déploiement de la prescription infirmière.

4.1. Le profil sociodémographique des participantes

Un questionnaire sociodémographique a été complété par toutes les infirmières participantes lors des entrevues individuelles ou des groupes de discussion. En fonction des données compilées, cette section dresse le portrait des infirmières participantes à l'étude.

L'échantillon à l'étude était composé de dix-sept participantes (N=17) travaillant au sein de différents départements et établissements du CIUSSS choisi. Ces participantes se sont portées volontaires pour participer à un groupe de discussion ou à un entretien individuel. Plus spécifiquement, l'échantillon comprenait trois types d'infirmières, soit le type constitué de trois infirmières conseillères en soins infirmiers détenant leur attestation de prescription (n=3), celui constitué de huit infirmières prescriptrices (n=8) et celui constitué de six infirmières non-prescriptrices (n=6).

Les données révèlent que les infirmières interrogées ont, en moyenne, 41 ans et leur expérience professionnelle générale en tant qu'infirmière varie entre trois et 33 ans. Elles ont également entre trois et 33 ans d'expérience de pratique au sein du CIUSSS en question. Toutes les infirmières ont complété une formation universitaire en sciences infirmières. Quinze infirmières participantes détiennent un baccalauréat et deux possèdent une maîtrise. Trois participantes sont des infirmières conseillères en soins infirmiers, sept pratiquent en GMF, deux en clinique externe de soins, deux autres en CLSC et les trois dernières exercent soit comme chef d'activités dans un centre hospitalier, comme infirmière en soins à domicile ou comme infirmière en centre hospitalier. Leur expérience dans leur domaine actuel de travail varie entre huit mois et 19 ans. Seize infirmières participantes travaillent à temps complet tandis qu'une

travaille à temps partiel. Seize d'entre elles travaillent sur le quart de jour et une sur le quart de soir. Sur les 17 infirmières participantes, 11 ont obtenu leur attestation de prescription. Elles l'ont obtenue entre le mois de février 2016 et celui d'avril 2017. En date du 1 juin 2017, deux infirmières ont donc leur attestation de prescription et la possibilité de prescrire depuis maintenant 17 mois, une infirmière a cette possibilité depuis 12 mois, trois infirmières depuis sept mois, deux autres depuis six mois et une autre depuis cinq mois. Les deux dernières infirmières prescriptrices possèdent leur attestation depuis maintenant deux mois. Le tableau IV illustre les profils sociodémographiques des infirmières participantes. Pour les identifiants des participantes, la légende suivante a été utilisée. Le " C " réfère aux conseillères en soins infirmiers et le " Inf " aux infirmières qui ont participé à l'étude. Pour ce qui est des abréviations " PI " et " NPI ", elles veulent illustrer le fait que les infirmières possèdent ou non leur attestation de prescription.

Tableau IV. Profils sociodémographiques des infirmières participantes à l'étude

Identifiant du participant	Sexe	Nb d'années en tant qu'inf.	Domaine de travail	Nb d'années dans le domaine	Statut de travail	Dernier niveau d'étude complété	Obtention de l'attestation de prescription
1. C1-PI	F	20	Conseillère	4	Complet	Bac. Sc.inf	Oui, Avril 2017
2. C2-PI	F	33	Conseillère	10	Complet	Bac. Sc.inf	Oui, Février 2016
3. C3-PI	F	29	Conseillère	7	Complet	Bac. Sc.inf	Oui, Nov. 2016
4. Inf1-PI	F	17	Soins ambulatoires	4	Complet	Bac. Sc.inf	Oui, Janvier 2017
5. Inf2-PI	F	29	Soins ambulatoires	8 mois	Partiel	Bac. Sc.inf	Oui, Nov. 2016
6. Inf3-PI	F	3	Soins ambulatoires	2	Complet	Bac. Sc.inf	Oui, Juin 2016
7. Inf4-PI	F	31	Soins hospitaliers	11	Complet	Bac. Sc.inf	Oui, Février 2016
8. Inf5-PI	F	7	Soins ambulatoires	3	Complet	Bac. Sc.inf	Oui, Avril 2017
9. Inf6-PI	F	6	Soins ambulatoires	1 et demi	Complet	Bac. Sc.inf	Oui, Nov. 2016
10. Inf7-PI	F	30	Soins ambulatoires	6	Complet	Maîtrise Sc.inf	Oui, Déc. 2016
11. Inf8-PI	F	18	Soins ambulatoires	7 et demi	Complet	Bac. Sc.inf	Oui, Déc. 2016

12. Inf1-NPI	F	29	Soins ambulatoires	6	Complet	Bac. Sc.inf	Non
13. Inf2-NPI	F	8	Soins ambulatoires	2	Complet	Bac. Sc.inf	Non
14. Inf3-NPI	F	33	Soins ambulatoires	2	Complet	Bac. Sc.inf	Non
15. Inf4-NPI	F	13	Soins ambulatoires	9 mois	Complet	Bac. Sc.inf	Non
16. Inf5-NPI	F	9	Soins ambulatoires	1	Complet	Bac. Sc.inf	Non
17. Inf6-NPI	F	31	Soins hospitaliers	19	Complet	Maîtrise Sc.inf	Non

4.2. Les résultats des analyses qualitatives

Cette étude visait à explorer les expériences d'infirmières au regard de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription pour être en mesure de répondre à deux questions de recherche : 1) Quelles perceptions les infirmières ont-elles de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription? et 2) Quels sont les facteurs favorisant ou limitant le déploiement de ces nouvelles activités? Suite à l'analyse des données, cinq sous-thèmes ont été soulevés et ont pu être regroupés en deux thèmes principaux répondant chacun à une question de recherche. Ces deux thèmes principaux sont : 1) les perceptions d'infirmières sur le rôle de l'infirmière prescriptrice et 2) le déploiement de la prescription infirmière. Ces thèmes comprennent chacun respectivement deux et trois sous-thèmes. Les propos des infirmières prescriptrices, non-prescriptrices et des conseillères en soins infirmiers participantes ont été regroupés à l'intérieur des différents thèmes afin d'éviter les répétitions. Les résultats ont été organisés et présentés pour permettre une vue d'ensemble des expériences des infirmières participantes.

4.2.1. Les perceptions d'infirmières sur le rôle de l'infirmière prescriptrice

La première question de recherche était la suivante : Quelles perceptions ces infirmières ont-elles de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription? Ce premier thème réfère donc aux perceptions des infirmières au regard de la prescription infirmière au Québec. Ce

thème se décline en deux sous-thèmes : 1) la conception du rôle de l'infirmière prescriptrice et 2) l'utilité de la prescription infirmière.

4.2.1.1. La conception du rôle de l'infirmière prescriptrice

Le terme "conception" est utilisé ici, comme étant « l'opinion, la représentation ou l'idée que l'on se fait de quelque chose » (Larousse, 2016a). Les résultats montrent que la majorité des répondantes, autant les infirmières prescriptrices que les non-prescriptrices, ont une conception généralement positive du rôle de l'infirmière prescriptrice. Le terme "généralement positive" indique que les infirmières ont une opinion favorable du rôle de l'infirmière prescriptrice, mais qu'elles formulent aussi des critiques plus négatives à son égard. Les infirmières mentionnent que ces critiques ont un impact sur leur conception du rôle de l'infirmière prescriptrice. La conception des infirmières du rôle de l'infirmière prescriptrice sera présentée en deux sections : A) les aspects positifs du rôle de l'infirmière prescriptrice et B) les critiques formulées à l'égard de ce rôle.

A) Les aspects positifs du rôle de l'infirmière prescriptrice

De façon unanime, autant les infirmières prescriptrices, les non-prescriptrices ainsi que les conseillères en soins infirmiers s'entendent pour dire que le rôle de l'infirmière prescriptrice est un rôle intéressant qui offre aux infirmières la possibilité d'exercer de façon indépendante dans certaines situations cliniques. Elles mentionnent que le fait d'être en mesure de prescrire certains produits ou traitements de façon autonome et de ne plus avoir à consulter les médecins pour différentes prescriptions peut réduire considérablement les délais d'attente pour les patients. En effet, les traitements peuvent être initiés plus rapidement ce qui permet d'assurer une prise en charge optimale du patient. Toutes les infirmières, même si elles n'ont pas encore obtenu ou utilisé leur droit de prescrire, mentionnent être conscientes que ce droit de prescrire pourrait permettre d'assurer une meilleure continuité de soins et d'éviter une fragmentation des services offerts à la population. Une infirmière possédant son attestation de prescription explique sa conception de son nouveau rôle ainsi:

« Je trouve ça vraiment intéressant dans le sens que souvent ça permet de fermer la boucle. Moi en fait, j'ai beaucoup d'expérience en soins de plaies. Avant, je connaissais bien les produits, j'étais capable d'établir un plan de traitement sauf qu'il fallait toujours chercher à avoir l'approbation du médecin. Parfois, on écrivait même la prescription et on allait chercher le médecin pour qu'il la signe. Il avait déjà confiance en mon jugement et mes connaissances en soins de plaies. Alors là ça me permet d'être plus autonome, plus indépendante. Je vois aussi un avantage pour le patient parce que le plan de traitement est initié plus tôt alors ça permet de guérir plus rapidement la plaie parce qu'il a le bon plan de traitement dès le départ » (Inf1-PI).

Les infirmières non-prescriptrices perçoivent les bienfaits et les opportunités associées à ce nouveau rôle, mais ne se sentent pas encore prêtes pour ces nouvelles responsabilités. Des infirmières travaillant en GMF mentionnent: *« Il faut toujours aller chercher le médecin lorsque nous avons besoin d'une prescription, mais parfois ce n'est pas des choses compliquées. On serait capable de faire la prescription seule, alors la prescription infirmière peut nous donner de l'indépendance » (Inf2-NPI).* *« C'est sûr que je perçois cela comme un rôle intéressant où on élargit notre spectre de responsabilités au travail et cela peut nous donner plus d'autonomie dans nos tâches » (Inf5-NPI).*

Pour leur part, bien que le poste qu'elles occupent présentement ne leur permet pas de pratiquer directement auprès des patients et d'utiliser leur droit de prescrire, les trois infirmières conseillères en soins infirmiers participantes à cette étude ont tout de même obtenu leur attestation de prescription. Elles mentionnent trouver important de montrer l'exemple en obtenant leur attestation de prescription. Elles souhaitent appuyer cette avancée pour la profession infirmière. Voici leurs propos:

« C'est un acquis pour notre profession. C'est un outil de plus pour nos activités professionnelles. C'est une belle reconnaissance de l'expertise de l'infirmière et de l'évaluation que l'on peut faire. Aussi quand on voit les domaines qui sont ciblés actuellement par la prescription infirmière, ça suit un peu l'évolution où il y avait déjà des ordonnances collectives, donc il y avait déjà une avancée dans ces secteurs d'activités là, c'est donc la continuité. Je le vois d'une façon très positive » (C1-PI).

« C'est vraiment une très belle avancée pour la profession infirmière. C'est une place à prendre, c'est une belle opportunité. Ça se fait ailleurs. Ça se fait ailleurs »

au Canada. Ça se fait ailleurs mondialement. Donc, pourquoi pas chez nous? » (C2-PI).

Plusieurs autres infirmières interrogées indiquent qu'elles trouvent important d'obtenir leur attestation de prescription pour appuyer les efforts de l'OIIQ et pour promouvoir le mouvement de cette avancée pour la profession infirmière. Elles souhaitent être solidaires envers leur profession. Pour elles, obtenir leur attestation de prescription démontre leur volonté de faire valoir leurs habiletés auprès des autres professionnels de l'équipe de soins et ainsi démontrer leur valeur en tant que professionnel de la santé : *« Je suis une professionnelle de la santé, alors pourquoi m'appuyer sur quelqu'un d'autre. Je peux très bien prescrire dans certaines situations, seule et de façon sécuritaire » (Inf8-PI).*

Les infirmières prescriptrices affirment aussi que la possibilité de prescrire certains traitements et médicaments leur permet, dans quelques domaines, d'accompagner les patients de façon globale et d'offrir des soins plus holistiques et complets. Certaines disent se sentir beaucoup plus en contrôle de la situation et cela améliore la confiance qu'elles possèdent en leurs capacités. La relation de confiance avec leur patient s'en voit également améliorée. En effet, elles disent que le fait de ne pas toujours avoir besoin de demander l'approbation du médecin pour certaines prescriptions montre aux patients que les infirmières sont compétentes et capables de les accompagner dans leur situation de santé. Certaines infirmières mentionnent aussi que le rôle de l'infirmière prescriptrice peut leur permettre d'utiliser de façon plus efficace et approfondie leurs connaissances et de mettre à profit leur jugement clinique. En étant responsable de l'évaluation complète du patient, de l'identification du problème, de la prescription du médicament ou du traitement et du suivi requis, les infirmières prescriptrices disent utiliser leurs connaissances de façon plus optimale et complète. Les propos de deux infirmières prescriptrices vont en ce sens :

« Je trouve que c'est une bonne affaire. Ça augmente l'autonomie de l'infirmière. Ça la rend plus indépendante. Ça permet d'utiliser nos connaissances de façon plus autonome. Utiliser plus mon jugement clinique. Au lieu d'être dépendante du médecin, cela me permet d'aiguiser un peu plus mon jugement. Ça permet aussi l'augmentation d'une certaine forme de leadership au sein de mon équipe » (Inf3-PI).

« Pour ma part, je suis vraiment favorable à ce rôle. Cela élargit le champ d'activités de l'infirmière et nous donne l'opportunité d'utiliser nos compétences de manière plus complète. Ça nous donne plus d'autonomie. Ça donne plus de pouvoir. Comme par exemple en soins de plaies, cela facilite notre pratique » (Inf8-PI).

Les infirmières soutiennent aussi le fait qu'il est important d'offrir aux infirmières des opportunités d'exercer leur pleine étendue de pratique. Elles trouvent ce nouveau rôle gratifiant et le fait d'être en mesure de prescrire de façon autonome leur procure un sentiment de fierté. Elles espèrent que le rôle de l'infirmière prescriptrice se développera davantage et qu'elles pourront éventuellement prescrire dans un nombre plus élevé de domaines.

B) Les critiques formulées à l'égard du rôle de l'infirmière prescriptrice

Malgré le fait que les infirmières participantes considèrent le rôle de l'infirmière prescriptrice intéressant, plusieurs critiques ont été formulées à son égard. En effet, une conseillère en soins infirmiers mentionne que c'est une très belle opportunité pour les infirmières, mais que son équipe d'infirmières n'était pas prête pour ce nouveau rôle : *« C'est un super bel espoir pour les infirmières et je crois qu'elles sont satisfaites de cette avancée, mais au point de vue de vouloir sauter sur l'opportunité, je ne suis pas certaine que tout le monde était prêt pour cela » (C3-PI)*. En effet, les infirmières expriment des réticences face à ce nouveau rôle. Tout d'abord, elles considèrent que ce nouveau rôle peut entraîner une surcharge de travail ainsi que des tâches et des responsabilités professionnelles supplémentaires. Les infirmières prescriptrices mentionnent que le temps passé avec un patient est augmenté en raison de la complétion des dossiers et des documents nécessaires pour réaliser la prescription et la planification du suivi. Les infirmières qui utilisent leur droit de prescrire doivent donc s'attribuer plus de temps pour rencontrer leurs patients:

« J'ai dû ajuster ma pratique dans le sens que de faire une bonne évaluation globale, d'établir un plan de traitement, de faxer à la pharmacie et de faire les feuilles de suivi pour le médecin demande plus de temps alors maintenant je m'attribue plus de temps pour un seul patient » (Inf1-PI).

Les infirmières affirment avoir déjà des horaires très chargés. Certaines infirmières disent que la surcharge de travail occasionnée par les responsabilités liées à la prescription infirmière n'est pas nécessairement prise en considération dans l'élaboration de leur horaire et des objectifs de patients vus demandés par les gestionnaires :

« On fait l'évaluation initiale, après il faut faire la prescription. Il faut faxer à la pharmacie et écrire une note au médecin traitant comme quoi on a fait une prescription avec tel plan. Ça engendre une surcharge qu'on n'avait pas nécessairement auparavant, parce qu'on faisait juste écrire une fiche de liaison et on attendait que le médecin réponde » (Inf1-PI).

« Je devrai diminuer le nombre de patients vus en une journée afin de réaliser toutes les tâches connexes à la prescription à l'intérieur de mon quart de travail. Par contre, mes objectifs de patients que je dois voir ne changeront probablement pas. Je vais être prise à tout faire » (Inf3- NPI).

Aussi, des infirmières non-prescriptrices disent qu'elles ont peur que l'augmentation des tâches et des responsabilités associées à ce rôle de l'infirmière prescriptrice leur donne moins de temps pour assurer les surveillances et les suivis nécessaires pour tous leurs patients ce qui pourrait nuire à la qualité des soins offerts et à la sécurité des patients. Elles ne veulent pas être dans l'obligation de faire un choix entre soit prescrire un médicament ou un traitement et faire toutes les tâches associées ou soit faire une évaluation et un suivi adéquat avec un autre patient. Elles considèrent que si elles doivent accorder plus de temps à un patient pour faire une prescription cela sera au détriment d'un autre patient puisqu'elle devra être en mesure de respecter son horaire de rendez-vous. Pour certaines, la possibilité de diminuer le nombre de patients vus en une journée, n'est pas possible. De ces faits, ces infirmières ne veulent pas obtenir leur attestation de prescription et modifier leur routine quotidienne de travail par peur que la sécurité des patients soit compromise. Elles souhaitent continuer d'offrir la même qualité de soins et de suivi à leurs patients. Selon leur perception, elles ne seront plus en mesure de le faire en obtenant leur attestation de prescription malgré les bénéfices que cette attestation pourrait procurer.

Finalement, selon quelques infirmières prescriptrices et non-prescriptrices, l'obligation ou la recommandation fortement suggérée dans le Règlement de compléter chaque fois des

formulaire d'information et d'aviser les médecins traitants sur leurs activités de prescription renforce la hiérarchisation entre les deux professions : « *On est des professionnels de la santé. En tant qu'infirmière, c'est dur de valoriser nos points parce qu'on est toujours dans cette nébulosité de qu'est-ce que nous avons le droit de faire seule sans avoir toujours le médecin derrière* » (Inf6-PI). Elles trouvent que même si elles ont le droit de prescrire seules dans certaines situations cliniques, elles doivent tout de même se justifier et aviser les médecins. Elles disent avoir une certaine autonomie dans le moment présent, mais elles considèrent tout de même rester dépendantes du médecin.

Il est donc possible de constater que les conceptions des infirmières du rôle de l'infirmière prescriptrice sont généralement positives. Par contre certaines énumèrent aussi quelques éléments négatifs à l'égard de ce nouveau rôle. Elles considèrent que ces éléments devraient être améliorés afin qu'elles puissent avoir une conception totalement positive du rôle de l'infirmière prescriptrice.

4.2.1.2. L'utilité de la prescription infirmière

Plusieurs infirmières prescriptrices et non-prescriptrices soutiennent que les domaines ciblés par la prescription infirmière sont pour le moment trop restreints. En effet, pouvant prescrire des médicaments et traitements très spécifiques dans seulement trois domaines de pratique, certaines se questionnent sur l'utilité de la prescription infirmière dans leur milieu de travail. Certaines trouvent que ce rôle n'est pas utile pour leur pratique actuelle puisque les prescriptions autorisées pour le moment ne répondent pas aux besoins de leur clientèle même si leur domaine de travail est ciblé par la prescription infirmière :

« Peut-être qu'il y a des milieux où le droit de prescrire s'applique plus facilement, mais personnellement, même si je suis en clinique externe et que c'est un domaine ciblé dans le Règlement et notre règle de soins ici au CIUSSS, ce que nous avons le droit de prescrire ne s'applique pas à ma clientèle » (Inf5-PI).

Aussi, plusieurs infirmières non-prescriptrices ont pris la décision de ne pas obtenir leur attestation de prescription en partie parce qu'elles n'en voient pas la nécessité ou ne savent pas

à quoi ce nouveau droit de prescrire pourrait leur servir concrètement dans leur pratique quotidienne. Elles se questionnent sur la valeur ajoutée de ce droit de prescrire pour leur pratique clinique. Elles mentionnent que le fonctionnement actuel en termes de prescription, soit par la prescription médicale puisque les médecins sont facilement accessibles dans leur milieu de travail ou par l'ordonnance collective, leur convient pour le moment. Elles ne voient pas l'intérêt de faire les démarches et les formations nécessaires pour obtenir leur attestation de prescription. Elles préfèrent attendre avant d'obtenir leur droit de prescrire. Pour le moment, elles affirment que les différentes situations cliniques où il leur est permis de prescrire ne sont peut-être pas assez nombreuses pour leur permettre de prescrire régulièrement et d'exercer leur rôle d'infirmière prescriptrice à son plein potentiel. Toutefois, les infirmières se disent confiantes que le rôle de l'infirmière prescriptrice pourrait éventuellement leur offrir des situations où il leur serait possible de mobiliser leur plein potentiel et d'exercer d'une façon plus optimale pour en faire bénéficier la population.

Plusieurs répondantes, autant des infirmières prescriptrices que non prescriptrices, se questionnent face à l'utilité de la prescription dans certaines situations raison de la présence d'ordonnances collectives déjà en place dans leur milieu de travail. En effet, certaines ordonnances collectives leur permettent de prescrire exactement le même médicament ou traitement que leur attestation de prescription. Aussi, puisque l'utilisation des ordonnances collectives est facilitée par des protocoles et des directives détaillées, les infirmières disent qu'elles préfèrent utiliser les ordonnances collectives déjà en place dans le milieu. De plus, le fait que les ordonnances collectives sont approuvées par le médecin rassure les infirmières :

« Par exemple, pour la cessation tabagique, on vient tout juste d'obtenir une ordonnance collective pour ce genre de prescriptions pour assurer un établissement sans fumée. Elle est nouvelle et les infirmières viennent juste de s'adapter à cette ordonnance collective. Alors si l'infirmière a le choix entre l'ordonnance collective ou la prescription infirmière autonome, elle choisira l'ordonnance collective » (C2-PI).

« Bien franchement, pour les traitements pouvant être prescrits jusqu'à présent, je ne vois aucune différence entre la prescription infirmière et les ordonnances collectives. On est en mesure de prescrire avec les ordonnances collectives également. Les ordonnances collectives sont déjà approuvées par les médecins et

les établissements. Nous suivons le protocole, c'est beaucoup plus facile pour nous
» (Inf5-NPI).

« Pour le moment, il est plus compliqué pour moi d'utiliser mon droit de prescrire que d'utiliser les ordonnances collectives. Mon droit de prescrire me rajoutent des tâches et me causent même parfois des ennuis avec les pharmaciens et les laboratoires. Je préfère alors ne pas utiliser mon droit de prescrire » (Inf8-PI).

Certaines infirmières interrogées ne voient donc pas la nécessité de réaliser leur propre prescription et d'assumer les responsabilités qui l'entoure si l'ordonnance collective peut offrir le même traitement ou médicament à leurs patients. Elles disent qu'avec leur horaire de travail déjà très chargé, elles souhaitent se concentrer davantage sur d'autres tâches à la place de réaliser une prescription autonome. Toutefois, ces affirmations par les infirmières inquiètent un peu les conseillères en soins infirmiers qui appréhendent le moment où les ordonnances collectives seront retirées des milieux cliniques par le CMQ. Elles mentionnent que ce geste mettra une pression sur les infirmières qui se verront dans l'obligation d'obtenir leur attestation de prescription si elles veulent continuer à offrir les mêmes soins et suivis à leurs patients. Elles considèrent que cette pression créera un climat défavorable au changement et entraînera des difficultés supplémentaires au déploiement de la prescription infirmière.

De plus, certains produits que les infirmières peuvent prescrire se retrouvent également en vente libre dans les pharmacies. De ce fait, les infirmières ne se disent pas incitées à utiliser leur droit de prescrire pour ces différents produits. Une infirmière prescriptrice mentionne : « *Pourquoi assumer la pleine responsabilité de la prescription, d'assurer le suivi et d'exécuter toutes les tâches connexes reliées à une prescription si le patient peut se le procurer lui-même en pharmacie ?* » (Inf2-PI). Certaines infirmières ne voient pas donc la nécessité d'obtenir leur droit de prescrire.

D'un autre côté, quelques infirmières prescriptrices mentionnent que malgré la présence d'ordonnances collectives dans leur milieu de travail ou le fait que les produits se trouvent en vente libre dans les pharmacies, elles préfèrent tout de même utiliser leur attestation de prescription pour prescrire le traitement ou le médicament nécessaire à la situation de santé de leur patient. Deux infirmières, une travaillant au CLSC en soins à domicile et l'autre en clinique

externe, ont répondu ceci : « *J'utilise sans hésiter, ma prescription autonome. J'ai le droit de le faire. Je suis capable de le faire. Les infirmières, nous avons demandé ce droit, alors pourquoi ne pas le prendre ?* » (Inf5-PI). « *Je n'utilise plus les ordonnances collectives depuis que j'ai mon droit de prescrire. Les ordonnances collectives sont importantes pour les infirmières qui ne sont pas admissibles à l'obtention de leur attestation de prescription. Je préfère utiliser ma prescription infirmière* » (Inf1-PI). Elles se disent fières de pouvoir prescrire de façon autonome et désirent montrer qu'elles sont en mesure de le faire.

4.2.2. Le déploiement de la prescription infirmière

Ce deuxième thème réfère au processus de déploiement de la prescription infirmière au Québec et permet de répondre à la deuxième question de recherche: Quels sont les facteurs favorisant ou limitant le déploiement de ces nouvelles activités? Ce thème se décline en trois sous-thèmes: 1) l'utilisation de la prescription infirmière; 2) les facteurs limitant le déploiement de la prescription infirmière et 3) les facteurs favorisant le déploiement de la prescription infirmière.

4.2.2.1. L'utilisation de la prescription infirmière

L'utilisation de la prescription infirmière est définie ici par le nombre d'attestations délivrées et par le nombre de prescriptions faites par les infirmières ayant obtenu cette attestation. Dans le milieu étudié, peu d'infirmières ont pour le moment obtenu leur attestation et de ce nombre très peu l'utilisent. Sur les huit infirmières prescriptrices participantes à l'étude, seulement trois infirmières avaient utilisé leur droit de prescrire: une infirmière travaillant en CLSC aux soins à domicile, une infirmière travaillant en GMF et une infirmière exerçant en centre hospitalier. La première l'utilisait de façon régulière et les deux autres très rarement.

Pour l'infirmière qui exerce au domicile des patients, elle mentionne qu'elle utilise son droit de prescrire plusieurs fois par semaine, voire même presque tous les jours. Elle mentionne que son droit de prescrire a grandement facilité son travail et qu'il lui permet d'être beaucoup

plus autonome. Les plans de traitements pour les plaies par exemple, peuvent être initiés plus rapidement qu'auparavant ce qui est bénéfique pour les patients. Elle utilise également son attestation de prescription pour aider d'autres infirmières dans son équipe de soins qui ne peuvent pas prescrire en raison du fait qu'elles n'étaient pas admissibles à l'obtention de leur attestation de prescription:

« Souvent mes collègues vont me demander d'aller évaluer une plaie pour un de leurs patients. [...] S'il a un médecin de famille qui le suit déjà pour sa plaie, je ne vais pas changer le plan de traitement qui a été fait par le médecin parce qu'il y a déjà une ordonnance dans le dossier, alors je ferai des recommandations pour voir s'ils sont d'accord et si oui, je prescrirai un nouveau plan de traitement. Si c'est une nouvelle plaie ou que les patients n'étaient pas encore suivis pour ça, je vais donc initier tout de suite un plan de traitement et je vais communiquer par la suite l'information au médecin ». (Inf1-PI).

L'acquisition de l'attestation de prescription par cette infirmière est donc bénéfique pour elle-même, mais également pour ses collègues infirmières. Dans ce milieu, les tâches quotidiennes des infirmières sont facilitées par l'utilisation de la prescription infirmière.

En ce qui concerne les deux autres infirmières, elles utilisent très rarement leur attestation de prescription, car les opportunités de le faire sont assez rares dans leur milieu de travail. L'infirmière travaillant au GMF mentionne que les prescriptions de médicaments ou de traitements autorisés ne répondent pas aux besoins de sa clientèle. Pour le moment, elle a utilisé son droit de prescrire à seulement deux reprises pour une prescription de Diclectin, un médicament pour aider le traitement des nausées chez la femme enceinte. Elle n'a pas à faire régulièrement des prescriptions parce les patients qu'elle suit voient souvent leurs médecins. Les plans de traitements ou prescriptions de médicaments sont alors déjà faits par les médecins. Pour sa part, l'infirmière travaillant en centre hospitalier a utilisé son droit de prescrire à plusieurs reprises lors d'un remplacement dans une clinique de soins de plaies; toutefois dans son rôle actuel en centre hospitalier, elle ne l'utilise que très rarement étant donné qu'il lui serait impossible d'assurer le suivi obligatoire auprès des patients suite à une prescription. Lorsqu'elle voit les patients en centre hospitalier, c'est pour une consultation seulement. Le patient reverra son médecin traitant pour le suivi. Cette infirmière parle de ses expériences de prescription ainsi:

« Quand j'ai travaillé en clinique externe de soins de plaies, je l'utilisais au moins une fois par semaine, parce que je pouvais faire un bon suivi. C'était agréable parce que tu peux avoir un bon contrôle du début à la fin. Par contre, ici en centre hospitalier, je ne l'ai vraiment pas beaucoup utilisé. Je travaille toujours avec un médecin ici, alors il est disponible pour prescrire. Remarque que si j'étais dans un centre hospitalier où il n'y avait pas de résidents, peut-être que cela ferait une différence, parce qu'il y aurait moins de monde et les patrons ne seraient pas toujours là. Alors un patient qui aurait besoin rapidement d'une prescription pour son congé par exemple, il serait retardé de retourner à la maison à cause que le médecin n'est pas toujours là. Alors là, peut-être que je pourrais compenser à ce moment-là » (Inf4-PI).

Concernant les cinq autres infirmières prescriptrices, elles n'ont, pour le moment, pas encore utilisé leur attestation de prescription soit parce que leur domaine de travail ne le permet pas, soit par choix ou par manque de possibilités de le faire. Malgré le fait qu'elles aient le droit de prescrire et qu'elles possèdent leur attestation de prescription, certaines infirmières ne se sentent pas à l'aise de l'utiliser :

« Pour l'instant, je préfère ne pas utiliser mon droit de prescrire pour me protéger, car je ne sens pas avoir les outils pour l'utiliser. Il est certain que je préférerais utiliser mon droit de prescrire et avoir mon autonomie, mais pour le moment je ne peux pas choisir cela » (Inf7-PI).

Elles ne se considèrent pas assez confiantes pour assumer la responsabilité liée à la prescription de médicaments ou de traitements pour leurs patients. Un manque de connaissances spécifiques aux différents domaines de prescription serait à l'origine de ce problème de confiance chez les infirmières. Elles ne considèrent pas avoir les connaissances, les outils ou les habiletés pour utiliser de façon sécuritaire leur droit de prescrire. Elles souhaitent être accompagnées par un expert clinique qui pourrait leur montrer ce qu'elles doivent prescrire lors de situations spécifiques. Elles mentionnent qu'elles se sentiraient plus à l'aise de commencer à prescrire si elles étaient accompagnées. Ainsi, elles disent qu'elles gagneraient en confiance et seraient par la suite en mesure de prescrire seules :

« Pour le moment, même si je voulais prescrire, j'aurais besoin de collaborer avec un médecin parce que je ne suis pas 100% à l'aise avec les doses et les méthodes

de prescription. Pour le suivi après, je n'aurais pas de problème, on le fait déjà, mais pour écrire la prescription en soi, on est moins outillée pour ça. J'aimerais être accompagnée au départ et ensuite je serais capable de le faire seule » (Inf5-PI).

Pour d'autres, c'est le manque de possibilités de prescrire qui les empêche d'utiliser leur attestation de prescription. Comme mentionné dans la section précédente, malgré que leur domaine de travail compte parmi les domaines spécifiques visés par le Règlement autorisant les infirmières à prescrire, plusieurs infirmières soulèvent que les types de prescriptions autorisés ne répondent pas aux besoins de leur clientèle :

« Même si je travaille en GMF, mon domaine et ma clientèle ne me permettent pas de l'utiliser. Ça ne me sert à rien ici. Ce n'est pas tous les milieux visés par la prescription infirmière qui l'utilisent vraiment. Mes patients ici n'ont pas besoin de ce type de prescription-là. Ce qui me serait vraiment utile comme prescription, je n'ai pas le droit de les faire. Les besoins de mes patients ne sont pas comblés par les types de prescription pour lesquels je suis autorisée. Je n'ai pas la possibilité d'utiliser mon droit de prescrire même si j'ai mon attestation depuis 6 mois » (Inf2-PI).

Les expériences des infirmières prescriptrices en lien avec l'utilisation de leur attestation de prescription sont donc variables en fonction du milieu de travail, de l'équipe de soins, des besoins des clientèles et de la confiance personnelle de l'infirmière.

4.2.2.2. Les facteurs limitant le déploiement de la prescription infirmière

Au terme de cette étude, six facteurs limitant le déploiement de la prescription infirmière ont pu être identifiés: A) le manque d'informations et de clarté en lien avec le rôle de l'infirmière prescriptrice; B) le manque de confiance des infirmières; C) le manque de soutien clinique; D) les critères d'admissibilité au droit de prescrire; E) la formation en ligne obligatoire; F) les processus de gestion administratifs et organisationnels; et G) la collaboration difficile.

A. Le manque d'informations et de clarté en lien avec le rôle de l'infirmière prescriptrice

Bien que les infirmières aient une conception semblable du rôle de l'infirmière prescriptrice et que celui-ci a été défini par l'OIIQ et le CMQ dès sa mise en place, une clarification de ce rôle et de ses responsabilités associées auprès des infirmières reste à faire. Le terme "clarification" est utilisé ici de la manière suivante : « action de rendre clair, intelligible; fait de devenir compréhensible » (Larousse, 2016b). En effet, plus d'un an après la mise en place du nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice au Québec, plusieurs infirmières prescriptrices ou admissibles à l'obtention de leur attestation de prescription ont encore de nombreuses questions. Les infirmières désirent des clarifications sur trois sujets: 1) la procédure pour l'obtention de l'attestation de prescription; 2) les activités professionnelles de prescription autorisées et l'intégration de ces activités dans la pratique clinique; et 3) l'intégration de ce nouveau rôle dans l'équipe de soins.

1) La procédure pour l'obtention de l'attestation de prescription

Tout d'abord, plusieurs infirmières se questionnent sur les procédures et les démarches à réaliser pour obtenir leur attestation de prescription. Malgré les communications envoyées par l'OIIQ et le CIUSSS par courriel à toutes les infirmières et les informations se retrouvant sur le site internet de l'OIIQ, les conseillères en soins infirmiers mentionnent que quelques infirmières se questionnent toujours à savoir si elles sont admissibles ou non à l'obtention de leur droit de prescrire en fonction de leur niveau de formation et de leur expérience. Elles ont également de la difficulté à bien saisir les démarches à réaliser et les documents à fournir à l'OIIQ pour avoir le droit d'obtenir leur attestation de prescription :

« Les infirmières n'ont pas le temps de lire et de s'informer. Elles veulent qu'on leur explique. Je le vois beaucoup dans les rencontres qu'on fait. Ce n'est pas clair pour beaucoup d'infirmières. Elles ne comprennent pas encore le processus pour aller chercher leur droit de prescrire. Elles ne se rendent même pas à la première étape, soit d'aller chercher son attestation de prescription. Comment voulez-vous qu'elles se rendent à prescrire si les premières étapes ne sont pas claires ? » (C3-PI).

Plusieurs infirmières non-prescriptrices mentionnent ne pas avoir l'occasion ni le temps de se renseigner davantage sur le rôle de l'infirmière prescriptrice et les procédures d'obtention du droit de prescrire en lisant les différents documents explicatifs disponibles. Elles disent déjà manquer de temps dans leur journée de travail. Il leur est donc très difficile de trouver le temps nécessaire afin de se renseigner sur ce nouveau rôle:

« On est déjà très occupées. On a des responsabilités à part de notre travail aussi. Alors, c'est impossible de se renseigner pendant la journée de travail sur ce rôle, mais c'est impossible le soir chez moi aussi. Pour le moment, tout ce que je sais, c'est que j'ai entendu lors de petites discussions avec mes collègues. Je ne connais pas les procédures exactes » (Inf2-NPI).

Plus d'informations claires et précises sur les procédures d'obtention du droit de prescrire sont nécessaires pour inciter davantage les infirmières à aller chercher leur attestation de prescription.

2) Les activités professionnelles de prescription autorisées et l'intégration de ces activités dans la pratique clinique

Le rôle de l'infirmière prescriptrice et ses activités professionnelles de prescription autorisées ont été définis par l'OIIQ et le CMQ dans divers documents accessibles aux infirmières sur le site web de l'OIIQ. Dans le CIUSSS à l'étude, des rencontres informatives par le comité de vigie de la prescription infirmière ont également eu lieu dans plusieurs milieux cliniques pour expliquer ce nouveau rôle aux infirmières et les domaines de prescription ciblés. Toutefois, plusieurs infirmières, autant prescriptrices que non-prescriptrices, se questionnent toujours sur les différentes activités professionnelles de prescription autorisées et leurs responsabilités en tant qu'infirmière prescriptrice.

Certaines infirmières non-prescriptrices disent ne pas connaître les responsabilités de l'infirmière prescriptrice et ses activités professionnelles de prescription autorisées. En effet, ces infirmières se questionnent à savoir comment elles intégreront ce nouveau rôle à leur pratique lorsqu'elles obtiendront leur attestation de prescription. Quelles sont les étapes à suivre

pour la réalisation d'une prescription? Pourront-elles prescrire pour des patients qui ne sont pas les leurs afin d'aider des collègues qui n'ont pas leur droit de prescrire? Deviendront-elles les références en matière de prescription dans leur milieu de travail? Si elles sont les seules infirmières prescriptrices dans leur milieu de travail, devront-elles assumer la responsabilité des prescriptions pour tous les patients? Voilà un bon nombre de questions que les infirmières se posent et qui les rendent indécises à savoir si elles désirent obtenir leur attestation de prescription. Trois infirmières participantes à l'étude ont mentionné qu'aucune rencontre d'information n'avait eu lieu dans leur milieu de travail à ce sujet. La rencontre d'information avait été planifiée, mais annulée et ce, à plusieurs reprises. Elles n'ont pas reçu d'informations verbales précises du comité de vigie sur la prescription infirmière :

« Nous n'avons pas eu de rencontre ici. Personne n'est venu nous présenter le rôle. Avec ce manque d'informations, c'est difficile de tout saisir. Oui, on nous propose de prescrire, mais hormis ce que moi j'ai lu en ligne sur le site de l'OIIQ et des conversations avec des collègues, il y a un grand flou qui reste. On ne nous a pas vraiment parlé de ce rôle » (Inf5-NPI).

D'autres infirmières soulèvent que le guide explicatif conjoint sur la prescription infirmière (OIIQ et CMQ, 2015), bien qu'il ait été élaboré afin d'expliquer la portée des nouvelles activités professionnelles et le cadre entourant leur pratique d'infirmière prescriptrice, est très général et n'explique pas de façon claire toutes leurs responsabilités en tant qu'infirmière prescriptrice. Les conseillères en soins infirmiers ont mentionné qu'elles recevaient beaucoup de questions de la part des infirmières prescriptrices qui ne comprenaient pas comment bien utiliser leur droit de prescrire dans leur pratique clinique :

« Il faut des lignes directrices claires, autant pour celles qui veulent prescrire que celles qui sont autour pour faciliter tout ça. Pour certaines personnes, c'est très clair, mais pour d'autres non. Et on ne veut pas que tout le monde se mette à faire n'importe quoi. Il faut des paramètres à suivre. Autant pour les aspects positifs que pour les aspects à corriger. Parfois, des gens font des choses qu'ils ne sont pas autorisés à faire, mais c'est simplement parce qu'ils ne savent pas et non pas par mauvaise volonté. Alors l'encadrement, ce n'est pas nécessairement pour limiter, mais pour donner des balises claires et pour s'assurer que le tout est fait de façon sécuritaire » (C1-PI).

Les infirmières utilisent le terme " lignes directrices " en référence à un document administratif qui appuie les lois et règlements. Les lignes directrices (ou directives) établissent comment un groupe autorisé applique ces lois et règlements. Elles fournissent la transparence dans la prise de décision et complètent quelques fois les détails qui manquent dû à la stricte nature légale des lois et règlements (Gouvernement du Canada, 2010). Ainsi, les conseillères en soins infirmiers et les infirmières mentionnent que des lignes directrices ayant pour but de guider l'infirmière prescriptrice dans l'application du nouveau Règlement dans sa pratique clinique seraient nécessaires pour assurer un déploiement optimal de la prescription infirmière dans différents milieux de soins. Les conseillères en soins infirmiers affirment qu'il est bien de promouvoir la prescription infirmière dans les milieux ciblés par celle-ci, mais que des lignes directrices et des encadrements spécifiques pour s'assurer que chaque infirmière pratique de façon optimale devraient être élaborés.

Selon les conseillères, les infirmières disent avoir besoin de points de repère. Elles souhaitent avoir des directives claires entourant l'utilisation de leur droit de prescrire : « *Je trouve qu'il manque de directives. Les documents associés à la prescriptrice infirmière de l'OIIQ et du CIUSSS sont pertinents, mais j'aimerais avoir des lignes directrices pour me guider dans ma pratique de mon rôle d'infirmière prescriptrice* » (Inf1-PI). Pour les milieux à l'étude, les participantes mentionnent qu'aucune ligne directrice en lien avec chaque activité professionnelle de prescription autorisée n'est présentement en place. Une fois leur attestation de prescription obtenue, les infirmières prescriptrices disent se sentir dépourvues et ne pas savoir comment bien utiliser leur nouveau droit de prescrire. Certaines infirmières non-prescriptrices vont même jusqu'à dire qu'elles refusent d'obtenir leur attestation de prescription car il n'y a pas de lignes directrices présentement pour les guider dans l'utilisation de ce droit.

3) L'intégration de ce nouveau rôle dans l'équipe de soins

Pour le moment, l'information reçue et la compréhension du rôle de l'infirmière prescriptrice s'avèrent différentes d'une infirmière à l'autre et d'un milieu clinique à l'autre, ce qui peut parfois occasionner une confusion au sein des équipes. En effet, des milieux cliniques semblables où les mêmes domaines de prescription sont mis de l'avant n'ont, pour le moment,

pas les mêmes procédures d'intégration du rôle de l'infirmière prescriptrice en raison du fait que les styles de gestion des gestionnaires de chaque milieu sont différents :

« Lorsque j'ai fait les démarches au départ pour obtenir mon droit de prescrire, je travaillais dans un autre milieu clinique. Notre gestionnaire voulait que toutes les infirmières admissibles fassent la formation et que l'on prenne notre droit de prescrire. Je trouvais cela correct et équitable. Je me disais que c'était bon pour la profession et tout ça. Notre gestionnaire nous disait aussi que ça allait être utile parce que je prescrivais des produits avec les ordonnances collectives que l'on aurait le droit de prescrire de façon autonome, alors je voyais la prescription infirmière comme un outil de travail qui allait probablement me simplifier les choses. J'ai maintenant mon nouveau poste dans un milieu qui est aussi ciblé par les domaines de prescription, mais je suis la seule avec mon droit de prescrire et notre gestionnaire ne pousse pas pour que les autres infirmières l'obtiennent. Je ne l'utilise pas depuis que je suis ici » (In2-PI).

Afin d'appuyer les propos de l'infirmière citée ci-dessus, les conseillères en soins infirmiers remarquent qu'il faudrait aussi encourager davantage les gestionnaires des différents milieux à favoriser l'obtention des attestations de prescription chez leurs infirmières : *« Les gestionnaires qui sont vraiment en faveur du droit de prescrire des infirmières, c'est merveilleux. Ils font une différence pour leur équipe. Ils ont vraiment un impact. C'est grâce à eux que les infirmières obtiennent leur attestation de prescription » (C3-PI).* En effet, une promotion plus grande de la valeur ajoutée du rôle de l'infirmière prescriptrice au sein des équipes de soins par tous les gestionnaires favoriserait l'obtention de l'attestation de prescription chez les infirmières.

Afin d'éviter la confusion et les questionnements et pour faciliter l'intégration de ce rôle dans l'équipe de soins, les infirmières mentionnent qu'elles souhaiteraient que la DSI standardise les procédures d'intégration entourant la prescription infirmière dans les différents milieux cliniques. Elles désirent que les procédures soient les mêmes dans tous les milieux cliniques et pour toutes les infirmières pour éviter la confusion et les questionnements tant par les infirmières que par les autres professionnels de l'équipe de soins. Ainsi, les infirmières mentionnent que toutes les infirmières admissibles au droit de prescrire devraient obtenir leur attestation de prescription pour s'assurer d'une intégration uniforme de ce rôle au sein du milieu de travail :

« Chaque milieu et chaque infirmière est différent, mais il faudrait tout de même être sur la même page. Si ce n'est pas toutes les infirmières qui obtiennent leur droit de prescrire et ce même si elles sont admissibles, les médecins et toute l'équipe de soins ne sauront peut-être pas qui a le droit de prescrire versus qui n'a pas le droit. Et pourquoi, dans un même milieu, deux infirmières admissibles pourraient choisir d'obtenir ou non son droit de prescrire? Pourquoi une infirmière devrait avoir cette grande responsabilité de prescrire et pas l'autre? Comment les médecins vont savoir? » (Inf3-NPI).

De plus, toutes les infirmières participantes mentionnent que le rôle de l'infirmière prescriptrice devrait être clarifié auprès des différents professionnels de la santé de l'équipe de soins. Tous les membres de l'équipe doivent connaître et comprendre les activités professionnelles de prescription autorisées pour les infirmières détenant leur droit de prescrire. Ainsi, les membres de l'équipe peuvent évaluer comment bien intégrer le rôle de l'infirmière prescriptrice dans leur pratique et comment leurs rôles pourraient se développer en collaboration :

« Il faut bien définir le rôle de l'infirmière prescriptrice et s'assurer que tout le monde le comprend. Tout comme maintenant, il y a des choses que chaque professionnel peut faire, mais ces choses sont définies. Les médecins peuvent faire des signes vitaux, mais ça n'enlève pas le fait que moi je peux faire des signes vitaux et ça n'enlève pas le fait que l'infirmière praticienne peut le faire aussi. Donc pour la prescription, je ne crois pas que ça va enlever des choses nécessairement à l'autre, mais il faudrait que tout le monde soit sur la même page pour que l'on comprenne comment chaque rôle peut travailler ensemble, même si l'on fait tous des prescriptions maintenant. Il faut que ça soit clair et standardisé dans tous les milieux pour qu'il n'y ait pas de confusion, parce que je peux voir présentement une confusion, si par exemple une infirmière peut prescrire et une autre non » (Inf5-NPI).

« Je crois qu'on aurait beaucoup de résistance au sein de notre établissement. C'est un changement d'idée, de structure. Les médecins veulent savoir et bien comprendre le rôle de l'infirmière prescriptrice. Ils veulent comprendre quelles sont exactement nos activités professionnelles en tant qu'infirmière prescriptrice. Ils ne sont pas tous au courant. Je pense aussi que dans notre équipe, on devra être tous être sur la même page avant de débiter à utiliser la prescription infirmière » (Inf3-NPI).

Les conseillères suggèrent aussi qu'il est important de clarifier le rôle de l'infirmière prescriptrice pour assurer une bonne intégration de ce rôle dans les milieux cliniques et pour éviter des résistances qui ne sont pas justifiées. Une conseillère assure que la collaboration interprofessionnelle est de mise pour viser l'amélioration de la pratique clinique et l'optimisation de la prestation des soins de santé et ce, grâce à la coordination des rôles et à l'expertise des différents professionnels :

« Il y a un peu de réticence dans quelques milieux. Des médecins veulent conserver leurs activités de prescription. Je le comprends, mais le champ d'activités parallèles si c'est bien utilisé, chaque rôle et profession a sa place à avoir. Il y a assez de travail et de besoins dans le système de santé pour qu'on arrive à travailler en collaboration et en interdisciplinarité pour que chaque rôle soit mis de l'avant de façon optimale » (C2-PI).

Finalement, toutes les infirmières participantes s'entendent pour dire que le droit de prescrire des infirmières est une nouveauté qui va au-delà des normes habituelles de pratique selon lesquelles les professionnels de la santé sont habitués. Elles mentionnent qu'il faut s'assurer que les équipes de soins comprennent bien qu'il est possible de combiner la prescription médicale et celle infirmière.

B. Le manque de confiance des infirmières

Le manque de confiance des infirmières est le deuxième facteur limitant le déploiement de la prescription infirmière. Tout d'abord, quelques infirmières mentionnent que la prescription infirmière est une nouvelle source de stress et d'angoisse pour elles. Elles disent être conscientes qu'elles sont imputables de leurs actes en tout temps. La pleine responsabilité des différents traitements de leurs patients lors de la réalisation d'une prescription leur engendre un stress supplémentaire. Certaines ne se sentent pas assez en confiance pour accomplir cette responsabilité par crainte de faire des erreurs. Certains traitements peuvent avoir des répercussions importantes sur la santé des patients et quelques infirmières ne sont pas prêtes à prendre le risque de prescrire elles-mêmes ces traitements : *« C'est la confiance. On ne se sent pas assez en sécurité et en confiance pour avoir la pleine responsabilité de la prescription du médicament ou du traitement. C'est stressant et angoissant » (Inf4-NPI).* Une autre infirmière

mentionne également le manque d'assurance pour elle et ses collègues comme facteur qui les empêche d'obtenir leur droit de prescrire :

« Souvent, c'est la confiance. On n'est pas assez sûre et confiante pour prescrire des médicaments ou des traitements. Des collègues m'ont aussi dit " non non je ne suis pas confortable, ce n'est pas mon rôle, c'est le médecin qui fait ça, je ne veux pas de cette responsabilité". On ne voit pas toujours l'autre côté de cette possibilité. Celle par rapport à l'indépendance et l'autonomie que pourrait nous procurer notre droit de prescrire. On manque de confiance en nous et on n'ose pas faire le pas en avant » (Inf2-NPI).

Les conseillères en soins ont aussi remarqué que plusieurs infirmières de leur équipe de soins ont manifesté des craintes et des réticences à obtenir ou à utiliser leur attestation de prescription. Voici leurs propos:

« Il y a des craintes, des inquiétudes de la part des infirmières. C'est une nouvelle responsabilité. J'ai entendu des propos d'infirmières qui disaient " Bon, encore une autre chose à faire. Dans un système de santé qui est difficile avec déjà beaucoup de changements en cours, l'instabilité et tout, c'est difficile". Alors je ne dis pas qu'on ne réussira pas à avoir plus d'infirmières prescriptrices et une utilisation optimale de la prescription infirmière, mais je pense que cela viendra à petites miettes » (C3-PI).

« Les infirmières ont peur. Oui, elles ont peur de prescrire. C'est beaucoup de responsabilités. Avec l'ordonnance collective, tu as déjà un formulaire établi, c'est plus facile. Tout est déjà inscrit. La prescription autonome c'est différent. Elles ne se sentent pas outillées suffisamment ou assez soutenues dans ce processus » (C2-PI).

En effet, plusieurs des infirmières ont mentionné ne pas se sentir à l'aise et en confiance de prescrire même si elles répondaient aux critères d'admissibilité, qu'elles ont fait la formation obligatoire et qu'elles ont obtenu leur droit de prescrire selon l'un des cinq profils de prescripteur en fonction de leur scolarité et de leurs expériences de travail. Ainsi, bien que leur profil de prescripteur attribué ne les limite pas qu'à un seul domaine de prescription, plusieurs infirmières disent qu'elles se limiteront elle-même par manque de connaissances ou d'assurance en leurs habiletés. Par exemple, une infirmière prescriptrice de la catégorie P1 (admissible à

prescrire dans les trois domaines autorisés) affirme que même si elle peut prescrire dans tous les domaines, elle ne le fait pas :

« Légalement, je ne serais pas limitée, mais je me limite moi-même à ce que je connais. J'utilise mon droit de prescrire qu'en soins de plaies. Déjà que dans le domaine des soins de plaies, c'est très large, j'ai encore des apprentissages à faire concernant les différentes prescriptions infirmières autorisées dans ce domaine. C'est des choses qu'on voit dans nos cours, mais on a besoin d'un peu plus de formation puisqu'on n'utilise pas tout ce que nous avons appris tous les jours. Ça fait des années que je fais des soins de plaies, alors je m'autorise à prescrire dans ce domaine, mais pour les autres domaines de prescription, je n'utilise pas mon droit » (Inf4-PI).

La totalité des infirmières participantes à cette étude mentionnent qu'elles n'utilisaient pas ou n'utiliseraient pas leur droit de prescrire si elles ne considéraient pas avoir les habiletés, les connaissances ou la confiance pour le faire. Elles expriment être conscientes de leurs limites. Un aspect considéré rassurant pour les conseillères en soins infirmiers:

« J'ai envie de dire que c'est presque une bonne nouvelle, parce que si elles ne prescrivent pas, c'est qu'elles ne se sentent pas à l'aise, assez solides, assez certaines et c'est ce qu'on me dit " D'accord oui j'ai mon attestation, mais je fais quoi avec maintenant. Je ne me sens pas prête, je ne me sens pas assez formée et blablabla". Alors, je suis rassurée. J'avais plus peur de l'inverse, que les infirmières prescrivent, qu'elles partent en cowboy dans le sens que puisque j'ai le droit de prescrire, j'y vais peu importe. Je vois ça comme de la prudence » (C2-PI)

En ce sens, la formation des infirmières est un élément essentiel au déploiement optimal de la prescription infirmière. Les infirmières prescriptrices doivent être habilitées convenablement afin de prescrire de façon sécuritaire. Suite aux entretiens réalisés dans le cadre de cette étude, toutes les infirmières, autant celles prescriptrices que celles non-prescriptrices ont mentionné qu'elles souhaiteraient avoir des formations supplémentaires pour être en mesure d'utiliser de façon optimale leur droit de prescrire. Une formation plus approfondie et spécifique aux différents domaines autorisés de prescription permettrait de contrer le manque d'assurance des infirmières et influencerait davantage les infirmières à obtenir leur attestation de prescription pour celles ne l'ayant pas encore obtenue. Ces formations spécifiques aideraient aussi les

infirmières détentrices de leur droit de prescrire à gagner en confiance et à utiliser plus régulièrement leur attestation de prescription.

Bien que certaines de ces infirmières possèdent déjà leur droit de prescrire, toutes les infirmières rencontrées pendant cette étude mentionnent avoir des besoins de formations supplémentaires dans les différents domaines de prescription. Le tableau V indique les différents besoins de formation rapportés par les infirmières participantes de l'étude en fonction des domaines de prescription ciblés par le règlement autorisant les infirmières à prescrire.

Tableau V. Besoins de formation des infirmières participantes

Domaines de prescription	Besoins de formation des infirmières
Soins de plaies	<ul style="list-style-type: none"> • Une formation avancée sur l'évaluation des plaies. • Une formation avancée sur les types des plaies. • Un atelier d'interprétation des résultats des analyses de laboratoire autorisées pour la prescription infirmière. • Un atelier donné par un microbiologiste afin de bien comprendre le processus d'infection au niveau des plaies et ainsi pouvoir les traiter adéquatement. • Une formation spécifique et approfondie sur les différents traitements et pansements possibles pour les plaies. • Une formation sur les nouveaux produits par les compagnies pharmaceutiques. • Connaître les listes des codes des produits couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).
Santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Informations supplémentaires sur les suppléments vitaminiques et l'acide folique en périnatalité (interactions, enseignements à la patiente, contre-indications, etc.). • Information sur les meilleurs traitements à prescrire pour la cessation tabagique en fonction de l'évaluation de la situation du patient et sur la posologie à respecter de ces traitements.
Problèmes de santé courants	Aucun besoin spécifique de formation pour ce domaine de prescription n'a été mentionné par les infirmières participantes.
Formation générale	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers sur comment rédiger une prescription.

	<ul style="list-style-type: none"> • Formation sur le processus de suivi et de la documentation à remplir suite à une prescription. • Intégration dans la pratique des aspects théoriques de la prescription infirmière. • Connaissances de base en lien avec l'évaluation physique et mentale complète d'un patient.
--	--

Le tableau ci-dessus montre que les besoins de formation des infirmières se situent principalement dans le domaine des soins de plaies. Plusieurs infirmières mentionnent que le domaine des soins de plaies est un domaine de pratique avec un très large éventail de possibilités de prescription. Les soins de plaies sont un domaine qui demande beaucoup de connaissances spécifiques tant au niveau de l'évaluation des types de plaie que des pansements, des produits et des traitements à prescrire. De plus, ce domaine est également en pleine expansion. De nouveaux produits et pansements pour le traitement des plaies sont souvent mis sur le marché par les compagnies pharmaceutiques. Il est donc de la responsabilité de l'infirmière d'être à l'affût des nouveaux produits et de s'assurer que les traitements et pansements qu'elle prescrit soient les plus adéquats pour la situation de santé de chaque patient.

C. Le manque de soutien clinique

Le manque de soutien clinique offert aux infirmières qui ont obtenu leur attestation de prescription et qui débutent dans leur rôle d'infirmière prescriptrice est également un facteur limitant le déploiement de la prescription infirmière. Selon l'interprétation par l'étudiante-chercheuse des verbatim obtenus, le soutien clinique désiré par les infirmières participantes est similaire à celui de la définition donnée par la Direction générale du personnel réseau et ministériel (2008) : « le soutien clinique consiste en un ensemble de mesures d'accompagnement mises en place par les établissements et visant le développement des compétences et le perfectionnement du personnel des équipes de soins. [...]. Le soutien clinique se concrétise par un accompagnement individuel ou de groupe fourni par une personne-ressource dédiée à ce rôle, dans un ou des domaines particuliers, afin de répondre aux besoins liés à l'intégration professionnelle et à l'acquisition de nouvelles connaissances ». Pour le

moment, les infirmières trouvent que les ressources de soutien clinique disponibles pour les accompagner une fois leur attestation obtenue sont manquantes dans les différents milieux de soins. Les infirmières mentionnent avoir peu de soutien de la part des instances supérieures et des autres membres de l'équipe de soins pour les aider à déployer leur rôle d'infirmière prescriptrice à sa pleine étendue. Elles se sentent laissées à elles-mêmes face à une situation qui leur est inconnue.

Outre la règle de soins sur la prescription infirmière déployée au sein du CIUSSS, les infirmières mentionnent n'avoir pas d'autres ressources de soutien clinique dans les différents milieux de soins pour les aider à utiliser leur attestation de prescription. De ce fait, les infirmières ne se sentent pas à l'aise ni outillées pour pouvoir prescrire de façon optimale. Elles aimeraient avoir du soutien clinique dans leurs milieux de travail :

« Je crois que l'infirmière clinicienne a tout ce qu'il faut pour être capable de prescrire ce qui est autorisé, mais c'est juste que ça doit devenir plus clair. Il faut uniformiser la pratique. Il faut donner au groupe d'infirmières plus de confiance. Au début surtout, il nous faut plus de soutien. Au fil du temps, il va avoir de plus en plus d'infirmières prescriptrices alors on va pouvoir se parler entre nous, mais pour le moment je me sens vraiment toute seule là-dedans et je n'ai personne avec qui je peux discuter de ça dans mon équipe. J'ai besoin d'accompagnement au début pour que je sache si ce que je fais est bien » (Inf3-PI).

Comme mentionné précédemment, les infirmières disent ne pas se sentir en confiance d'utiliser leur attestation de prescription lorsqu'elles l'obtiennent. Une infirmière prescriptrice mentionne qu'elle a eu quelques difficultés au départ et qu'elle n'était pas tout à fait à l'aise de prescrire même si elle répondait aux critères d'admissibilité et avait suivi la formation obligatoire à l'obtention de son attestation de prescription :

« C'est venu avec le temps. Non, je ne pourrais pas te dire que j'étais à l'aise au départ. Quand on fait la formation en ligne, il n'explique pas toute la démarche et comment remplir un formulaire de prescription, alors j'ai vraiment appris sur le tas comme on dit. Je ne me suis pas sentie soutenue en tant que tel. Oui, il y avait ma conseillère en soins à laquelle je pouvais me référer, mais ce rôle-là est nouveau pour tout le monde. Des fois par exemple, lorsque j'avais des questions plus pointues et plus ambiguës, je devais appeler des collègues de travail d'ailleurs pour

m'aider un peu avec comment écrire mes prescriptions avec les différents produits et les codes. C'est difficile de tout savoir au départ » (Inf1-PI).

En effet, comme le signale l'infirmière prescriptrice citée ci-dessus, un groupe de conseillères en soins infirmiers de différents milieux a été formé afin d'être disponible pour offrir le soutien clinique aux infirmières en répondant à leurs questions. Toutefois, les conseillères en soins infirmiers elles-mêmes trouvent qu'elles n'ont pas les moyens pour soutenir adéquatement les infirmières dans leur nouveau rôle de prescriptrice :

« Les infirmières ont besoin de soutien directement sur le terrain, mais c'est qui qui donne ce soutien terrain que les infirmières ont besoin? Oui, nous sommes des conseillères en soins sur le comité de la prescription infirmière, mais nous ne sommes pas expertes dans tous les domaines non plus. J'ai mon expertise dans un domaine, mais aller donner un soutien terrain à titre d'experte dans un autre domaine, c'est difficile. Alors, honnêtement il faudrait une conseillère en première ligne pour appuyer ces équipes-là, mais il n'y en a pas pour le moment. Alors, pour l'instant, des gens comme moi ont été mandatés pour soutenir les infirmières sur le terrain, mais ce n'est pas mon expertise, alors je me sens un peu comme un imposteur d'outiller ces infirmières quand même moi je ne suis pas à l'aise de le faire » (C3-PI).

Malgré leur rôle dit d'experte, les conseillères en soins infirmiers ne sentent pas avoir les habiletés en termes de prescription dans les domaines ciblés afin d'offrir un soutien optimal aux infirmières prescriptrices. Elles se disent apte à fournir aux infirmières des réponses pour leurs questionnements d'ordre technique en lien avec le processus d'obtention de leur attestation, mais ne se sentent pas à l'aise avec des questions très spécifiques d'ordre clinique sur les différents domaines de prescription. Une conseillère en soins infirmiers mentionne qu'il serait important de créer un réseau de soutien de ressources expertes pour les infirmières prescriptrices :

« On a besoin de déterminer un algorithme de personnes ressources. Ça prend des experts qui sont à un niveau supérieur dans les différents domaines. Ça pourrait être des stomothérapeutes ou des IPS ou des médecins. Il faut travailler en collaboration. Mais c'est à développer, la collaboration n'est pas encore là. Les infirmières ont besoin du support terrain de ces experts » (C1-PI).

Étant donné la nouveauté du rôle et les ressources de soutien restreintes pour le moment, les infirmières prescriptrices mentionnent se sentir peu soutenues et ne sont pas portées à utiliser leur attestation de prescription même lorsque la possibilité de l'utiliser se présente. Le déploiement de la prescription infirmière s'en voit affecté.

D. Les critères d'admissibilité au droit de prescrire

Le troisième facteur limitant le déploiement de la prescription infirmière se rattache aux critères d'admissibilité au droit de prescrire. Ce facteur est identifié en termes d'habiletés et connaissances à avoir pour être en mesure de prescrire de façon optimale et sécuritaire.

Tout d'abord, certaines infirmières mentionnent que les critères d'admissibilité à l'obtention de l'attestation de prescription sont trop stricts tandis que d'autres les trouvent trop accomodants. Même si le droit de prescrire est accessible à toutes les infirmières cliniciennes, ce ne sont pas toutes ces infirmières qui sont, selon les répondantes, aptes à prescrire. En effet, une infirmière affirme qu'elle est un peu craintive face au fait que toutes les infirmières détenant un baccalauréat, peu importe leur expérience clinique, soient admissibles à l'obtention de l'attestation de prescription :

« En fait, j'ai un petit côté de moi qui a peur. Quand je regarde mes collègues de travail qui n'ont pas nécessairement beaucoup d'expérience en soins de plaies par exemple, mais puisqu'elles sont infirmières bachelières, elles ont fait la formation pour avoir le droit de prescrire et ça honnêtement, je suis très craintive. Pour ma part, j'ai beaucoup d'expérience en soins de plaies et lorsque je discute avec mes collègues pour différents traitements et pansements, je ne suis pas certaine qu'elles aient les connaissances pour initier certains traitements donc ce côté-là, ça me fait peur. C'est un peu tout le monde qui ont leur baccalauréat qui peuvent suivre la formation obligatoire. Oui, il est dit qu'il faut respecter et qu'il faut avoir les compétences et les connaissances pour le faire, mais souvent quand tu questionnes les gens, eux ils croient qu'ils ont les compétences et les connaissances, mais quand tu as un peu plus d'expérience, là tu te rends comptes qu'ils ne les ont pas nécessairement et ça fait un peu peur. Je ne voudrais pas voir notre droit de prescrire retiré à cause d'erreurs commises ». (Inf1-PI).

D'un autre côté, une infirmière occupant le poste de chef d'activités dans un centre hospitalier considère que plusieurs infirmières techniciennes travaillant au sein de son équipe qui ne répondent pas aux critères d'admissibilité en termes d'heures travaillées ou d'heures de formation possèdent tout de même l'expérience et les connaissances nécessaires pour faire les prescriptions dans certains domaines autorisés. Elle affirme que les formations et les heures exigées pour être admissible à l'obtention du droit de prescrire sont parfois trop strictes :

« Plusieurs infirmières sont très compétentes, mais n'ont pas la chance d'obtenir leur attestation de prescription en raison des critères d'admissibilité très stricts. De plus, ces infirmières n'ont eu aucune chance en raison des délais serrés de la clause grand-père qui pouvait permettre à des infirmières possédant un DEC d'obtenir leur attestation de prescription » (Inf6-NPI).

Plusieurs infirmières interrogées pour cette étude affirment que leurs collègues possédant un DEC en soins infirmiers et beaucoup d'expérience clinique seraient en mesure de prescrire de façon sécuritaire. Ces infirmières n'ayant pas la possibilité d'obtenir leur attestation de prescription, malgré leurs compétences, mentionnent qu'elles se sentent mises à l'écart et considèrent que les critères sont trop stricts. Elles aimeraient avoir la possibilité de démontrer leurs compétences et d'être en mesure d'obtenir leur attestation de prescription dans leur domaine de travail malgré qu'elles ne répondent pas aux critères d'admissibilité élaborés au départ par l'OIIQ et le CMQ.

E) La formation en ligne obligatoire

Un autre facteur limitant le déploiement de la prescription infirmière concerne la formation en ligne obligatoire que les infirmières admissibles doivent réaliser pour obtenir leur attestation de prescription. Les infirmières considèrent que cette formation en ligne d'environ deux heures qui explique de façon générale les domaines de prescription et les directives qui se rattachent aux aspects déontologiques de ce nouveau rôle est intéressante mais incomplète. Selon les infirmières qui ont fait la formation, l'information émise dans cette formation obligatoire est la même que celle pouvant être retrouvée dans des documents écrits accessibles à toutes les infirmières sur le site web de l'OIIQ. De plus, elles trouvent cette formation trop

facile et trop générale. Suite à cette formation obligatoire et après avoir obtenu leur attestation de prescription, les infirmières mentionnent qu'elles ne se sentent pas à l'aise de prescrire malgré le fait qu'elles ont rempli toutes les exigences requises. Elles aimeraient avoir des formations avancées spécifiques à chacun des domaines de prescription pour lesquels elles ont obtenu leur attestation de prescription. Elles mentionnent qu'en obtenant leur attestation de prescription, elles ont plus de responsabilités et qu'elles ont donc besoin de savoir spécifiquement les modalités d'activités autorisées pour chacun des domaines de prescription.

Toujours concernant la formation obligatoire en ligne, les infirmières soulèvent le fait qu'elles préféreraient avoir cette formation en présentiel afin d'être en mesure de poser leurs questions et d'obtenir des réponses immédiatement. Elles veulent pouvoir discuter avec une personne ressource, poser des questions claires et directes et aussi se faire poser des questions pour les rassurer et savoir si elles sont prêtes à prescrire. Elles pensent également qu'elles devraient pouvoir suivre cette formation sur leurs heures de travail. Elles souhaitent que les infirmières admissibles soient libérées pendant leur quart de travail pour faire cette formation obligatoire. Plusieurs n'ont pas le temps ou ne désirent pas prendre le temps de faire cette formation à l'extérieur de leurs heures de travail :

« Premièrement, moi je pense que cette formation devrait être incluse dans le temps de travail. Après notre 9h à 17h au travail, on a aussi un 18h à minuit à la maison. Donc, trouver un deux heures après les heures de travail pour faire ça, c'est un défi et surtout que ça fait partie de notre cadre de travail. Donc je ne vois pourquoi on ne pourrait pas l'inclure dans le temps de travail, c'est comme quand on va dans un séminaire ou autres formations où il y a des présentations en personne. Qu'on le veuille ou non pendant ces formations, on ne peut pas être physiquement au travail, pourtant on le droit et on prend le temps pour ça. Alors je ne vois pas pourquoi ça ne pourrait pas être fait de la même façon pour cette formation de la prescription infirmière » (Inf5-NPI).

Certaines infirmières trouvent aussi décourageant de devoir déboursier les frais associés à la formation obligatoire pour l'obtention de leur attestation : *« C'est quelque chose qu'on utilise dans notre travail, alors de payer de notre poche pour des formations qu'on utilise juste au travail, je trouve cela inadéquat. Je sais que ce n'est pas cher, mais c'est le principe » (Inf1-NPI).* *« J'ai aussi beaucoup d'autres responsabilités dans ma vie personnelle, alors dépenser*

notre argent pour quelque chose comme ça, ce n'est pas toujours une priorité » (Inf2-NPI). Ces aspects liés à la formation obligatoire sont des facteurs qui limitent le déploiement de la prescription infirmière pour quelques infirmières dans certains milieux. Par contre, certaines infirmières ont mentionné que la formation obligatoire pour l'obtention de leur attestation de prescription leur avait été remboursée par leur employeur ou que celui-ci avait autorisé qu'elles suivent la formation sur leur temps de travail. Les infirmières mentionnent que cela les a grandement encouragées à obtenir leur attestation de prescription. D'autres infirmières ont pour leur part dit qu'elles n'avaient pas été informées qu'un remboursement des coûts reliés à cette formation était possible. Elles aimeraient donc avoir des informations claires concernant les démarches à suivre afin d'obtenir ce remboursement.

F) Les processus de gestion administratifs et organisationnels

Le prochain facteur limitant le déploiement de la prescription infirmière concerne les processus de gestion administratifs et organisationnels mis en place au sein du CIUSSS à l'étude et également à plus grande échelle dans le système de santé au Québec.

Selon les infirmières participantes, le moment d'entrée en vigueur du Règlement qui permettait aux infirmières admissibles de prescrire était peut-être inapproprié à cause des différents changements déjà mis de l'avant dans le système de santé au Québec et dans les différents milieux de soins. En effet, en avril 2015, la loi 10, loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionale (Éditeur officiel du Québec, 2015), a été adoptée par le gouvernement du Québec. Cette loi a modifié l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques (Éditeur officiel du Québec, 2015). Cette loi a entraîné la fusion des différents établissements publics d'une même région pour former les 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les neuf CIUSSS. Cette fusion a entraîné beaucoup de changements au niveau des instances directionnelles des CISSS ou CIUSSS. Aussi, des postes de conseillères-cadres, postes clés dans le déploiement d'une pratique comme celle de la prescription infirmière, ont été abolis

rendant ainsi plus difficile de déployer les ressources nécessaires pour la mise en place de la prescription infirmière dans les différents milieux. Selon les conseillères en soins infirmiers, ceci a beaucoup ralenti le processus de déploiement de la prescription infirmière au sein des différents milieux :

« J'ai certaines réserves par rapport au timing ou la prescription infirmière a été mise en place étant donné les transformations dans le système. L'intégration des CIUSSS et des CISSS, j'ai l'impression que ç'a ralenti la mise en place et peut-être la logistique autour du déploiement de la prescription infirmière. Nous avons des difficultés avec la grandeur CIUSSS et je pense que ce n'est pas propre à la prescription infirmière, c'est un peu tous les dossiers à différents niveaux. Il y a un ralentissement dans l'avancée des choses dû aux nombreux changements depuis quelques mois. C'est très difficile parce qu'il y a des niveaux où on était plus avancé et là on semble même reculer, alors naturellement la prescription infirmière a subi un peu cet impact-là » (C1-PI).

« Il y a encore beaucoup de changements en cours. Il y a encore du monde qui part et qui arrive à différents niveaux de la direction, alors c'est sûr que sur le terrain, on a plein de postes vacants. Il y a beaucoup de mouvements, mais quand il y a un changement au niveau de la direction, ça remet les processus à zéro, parce que chaque personne a sa propre vision et veut mettre ça à sa vision. C'est normal, mais pour les intervenants terrains qui sont en dessous, ils voient ça comme un recommencement. Même parfois au niveau de ce qui avait déjà été fait. Il y a aussi eu des changements et des ajustements au niveau des postes administratifs des unités et les nouveaux gestionnaires ne vont pas nécessairement dans la direction de la promotion prescription infirmière » (C2-PI).

En effet, la loi 10 a entraîné plusieurs changements au niveau de la gestion des différents milieux de soins. Plusieurs postes de gestionnaires ont été abolis. De nouveaux gestionnaires sont également entrés en poste. Les méthodes de gestion ont donc été modifiées dans plusieurs milieux entraînant assurément des modifications dans la pratique clinique des infirmières. Plusieurs gestionnaires n'étaient pas nécessairement favorables ou ne faisaient pas la promotion du rôle de l'infirmière prescriptrice au sein de leur équipe. Dans ces cas, les infirmières ne se sentaient pas interpellées à obtenir leur attestation de prescription puisqu'elles n'avaient pas le soutien de leurs gestionnaires et supérieurs immédiats. Des infirmières non-prescriptrices mentionnent qu'elles ont pris connaissance à quelques reprises des communications rendues disponibles par l'OIIQ en lien avec le dossier de la prescription infirmière, mais aucune

rencontre n'a été faite dans leur milieu clinique pour les encourager à obtenir leur attestation de prescription :

« Nous avons suivi l'annonce de l'OIIQ depuis deux ans environ, mais aucune présentation ou quelque chose de spécial n'a été mis en place sur notre département pour nous expliquer le processus. Depuis un an environ, nous demandons que quelqu'un vienne nous présenter les détails de ce que signifie d'obtenir notre attestation de prescription, mais c'est toujours annulé. Donc, ça nous donne l'impression que ce n'est pas très important parce qu'ils ont annulé toutes les rencontres qui étaient planifiées pour nous parler de la prescription infirmière » (Inf1-NPI).

Ensuite, en plus des changements dans les équipes de direction, plusieurs milieux cliniques avaient aussi des changements de pratique déjà en cours (dossiers électroniques, nouveaux protocoles ou ordonnances collectives, présence de médecins résidents, nouveaux établissements, nouveaux médecins, etc.) lors du déploiement de la prescription infirmière. Les infirmières de ces milieux mentionnent qu'elles se sentent surchargées et ne désirent pas obtenir leur attestation de prescription immédiatement. Elles ne veulent pas avoir de nouvelles responsabilités en plus de se familiariser avec les nouveaux changements dans leur milieu clinique :

« Il y a beaucoup de changements qui viennent en même temps présentement. Il y a les dossiers électroniques et il y a aussi beaucoup de changements au niveau de l'équipe. Les ressources infirmières ne sont pas stables du tout. On manque toujours de deux à trois infirmières. Ce n'est donc peut-être pas le bon moment d'installer la prescription infirmière. Il y a aussi les médecins résidents sur le département. Alors, il faut expliquer à tout le monde le fonctionnement du département et réaliser des orientations avec le nouveau personnel, alors ce n'est pas vraiment le bon moment pour incorporer la prescription infirmière et augmenter nos tâches. On est déjà trop occupées » (Inf1-NPI).

« On est surchargées parce qu'on manque de ressources et on doit s'adapter à tous les changements. À chaque jour, les infirmières, nous avons à peine le temps de faire notre travail pour la journée, alors c'est difficile de rajouter des nouvelles tâches en plus » (Inf2-NPI).

« Il y a beaucoup de changements présentement à la clinique. La clinique s'agrandit. Il y a beaucoup de nouveaux médecins et ça ne fait que quelques mois que nous sommes ici. Alors, ça prend beaucoup de temps pour s'adapter et bien

établir les rôles de chacun. Chaque nouvelle personne arrive avec leurs idées. La prescription infirmière, c'est donc une chose de plus encore et on n'a pas le temps pour cela pour le moment » (Inf4-NPI).

De plus, les infirmières mentionnent que le déploiement de la prescription infirmière est affecté par le fait qu'aucune reconnaissance (financière ou autre) de ce nouveau droit de prescrire n'a été mise en place. Aucune rémunération supplémentaire n'est offerte aux infirmières prescriptrices. Les infirmières trouvent injuste qu'elles augmentent leurs tâches et responsabilités en prescrivant certains traitements et médicaments, mais qu'elles n'obtiennent pas de bénéfices en retour comme les médecins. Pour une même prescription, les médecins reçoivent une rémunération supplémentaire tandis qu'une infirmière n'a pas ce genre de bénéfices :

« Si nous avons plus de responsabilités et qu'il faut payer pour faire la formation, il serait naturel de nous payer plus pour réaliser nos prescriptions infirmières. C'est une tâche de plus pour nous et ça possède des bénéfices pour tout le système. Pourquoi personne ne parle de ça? Tout le monde nous donne toujours et toujours plus de responsabilités, mais ils ne nous donnent rien pour justifier qu'on les accomplisse. Si je n'obtiens pas mon attestation, j'ai le même salaire que quelqu'un qui l'obtient et qui a maintenant plus de responsabilités avec son droit de prescrire. Alors pourquoi, je ferais la formation pour obtenir mon droit de prescrire ? » (Inf3-NPI).

Finalement, dans certains milieux cliniques, l'utilisation de l'attestation de prescription engendre également des problématiques administratives supplémentaires pour les infirmières. Par exemple, des problèmes administratifs avec les laboratoires ou les pharmacies peuvent entraîner des délais accrus dans la réception des résultats d'examen. Les infirmières mentionnent qu'en ce sens la qualité des soins offerts et la sécurité des patients peuvent même être compromises:

« Dans mon milieu de travail, on prend des ordonnances verbales du médecin que j'envoie au laboratoire de mon CIUSSS. J'inscris donc une ordonnance verbale comme nous sommes habituées de le faire en indiquant le nom du médecin et son numéro de prescripteur et je signe le tout avec mon titre d'infirmière. Mais depuis que j'ai mon attestation de prescription et que mon numéro de prescriptrice est inscrit dans le système informatique de mon CIUSSS, toutes les prescriptions que j'envoie se retrouvent faites à mon nom, même si ce sont des ordonnances verbales

des médecins pour des prescriptions qui ne me sont pas autorisées par mon attestation. Cela cause beaucoup de problèmes puisque c'est toujours moi qui reçois les résultats de laboratoire demandés et non le médecin requérant. Ça complique les choses, ça nuit à mon travail. C'est irritant. Ça ajoute des délais et ça peut ne pas être sécuritaire pour la clientèle. Ça me fait réfléchir à peut-être annuler mon droit de prescrire puisque ça nuit à mon travail » (Inf2-PI).

Ce type de problématiques pourrait mener à des délais de lecture des résultats de laboratoire par les médecins par exemple et compromettre la sécurité des patients en retardant les suivis et les prescriptions à faire en fonction de ces résultats. Les infirmières mentionnent alors qu'elles préfèrent ne pas utiliser leur droit de prescrire, même si les occasions de le faire sont présentes pour éviter ces problématiques et assurer la sécurité des patients. Les infirmières disent aussi qu'elles trouvent déplaisant de devoir gérer ces différentes problématiques tout en continuant de réaliser leurs tâches habituelles. Cela surcharge davantage leur horaire de travail.

G) La collaboration difficile

La collaboration et le soutien des autres membres de l'équipe interprofessionnelle ont également un impact significatif sur le déploiement de la prescription infirmière dans les différents milieux de soins. Les infirmières mentionnent que dans certains milieux le soutien de la part des médecins face aux infirmières prescriptrices est parfois limité et la collaboration difficile. La plupart des infirmières ont affirmé que les médecins sont indécis face au nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice. Elles disent que certains ne sont pas intéressés à comprendre les nouvelles responsabilités de l'infirmière prescriptrice et qu'ils sont souvent réticents à l'idée que les infirmières puissent leur apporter de l'aide au niveau des prescriptions pour certains patients. Deux infirmières mentionnent que certains médecins dans leur milieu de travail ont démontré peu d'enthousiasme face au nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice :

« Je ne te dirais pas qu'il y a eu de la réticence, mais il n'y a pas eu une grande excitation non plus mettons. C'était " Ah ok, tant mieux pour toi". Et même quand j'ai élaboré sur les domaines dans lesquels on pouvait prescrire, on m'a répondu "Ah mais ça ne s'applique pas à nous", mais personnellement, je crois qu'il y a des choses qui pourraient nous servir ici dans notre milieu. Par exemple, lorsqu'on a des patientes plus jeunes, la pilule contraceptive, ça pourrait arriver qu'on puisse la prescrire et ça serait bien de le faire. Donc, ça serait bien que les médecins

gardent en tête que c'est quelque chose que je pourrais faire. Je n'ai pas trouvé qu'ils ont embarqué là-dedans. Ce que j'ai suggéré de faire, c'est que lorsqu'ils voient des patients qui ont des besoins qui pourraient entrer dans les catégories de prescription, ils pourraient me les référer et moi je pourrais les rencontrer. Alors, je ne crois pas qu'il y avait une fermeture totale, mais il n'y avait pas non plus de l'enthousiasme dans le genre "on embarque avec toi, on va te soutenir là-dedans" » (Inf5-PI).

« Certains étaient assez ouverts, mais comme dans n'importe quel domaine, il y a toujours deux mentalités. Il y a ceux qui sont plus "vieux" et qui croient que les médecins ont tous les droits et il y a ceux de la nouvelle génération qui sont plus portés à collaborer de manière interprofessionnelle. Leur formation a aussi été basée sur ce que les autres professionnels font et ils comprennent qu'ils doivent travailler avec ces personnes-là pour le bien du patient. Il y a certains médecins qui étaient contents de cette idée que je pourrai faire moi-même des prescriptions pour certaines choses. Donc, je ne pourrais pas dire qu'il y a eu de la réticence en soi, mais certains sont un peu moins excités à l'idée » (Inf6-PI)

Toutefois, quelques infirmières affirment que certains médecins sont très ouverts à l'idée que les infirmières détentrices de leur attestation de prescription puissent prescrire. Ils offrent même aux infirmières leur aide et leur soutien dans le déploiement de leurs nouvelles pratiques. Dans deux milieux cliniques, des infirmières mentionnent que les médecins ont apprécié le nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice lorsque celui-ci leur a été présenté lors d'un midi-conférence. Selon les infirmières rencontrées, certains médecins ont aussi mentionné que c'était une belle avancée pour la profession infirmière et qu'ils étaient là pour aider et accompagner les infirmières ainsi que pour répondre à leur questionnement. Une collaboration entre les médecins et les infirmières prescriptrices est nécessaire pour assurer un déploiement optimal de la prescription infirmière dans les milieux cliniques.

4.2.2.3. Les facteurs favorisant le déploiement de la prescription infirmière

Plusieurs facteurs limitant le déploiement de la prescription infirmière ont été énumérés dans les sections précédentes. Toutefois, selon les participantes, quelques facteurs favorisant ou qui favoriseraient éventuellement le déploiement de la prescription infirmière peuvent aussi être soulevés. Ces facteurs ont été classés en deux catégories : A) la promotion du rôle de l'infirmière prescriptrice et B) le soutien clinique souhaité.

A. La promotion du rôle de l'infirmière prescriptrice

La première catégorie de facteurs favorisant le déploiement de la prescription infirmière est la promotion du rôle de l'infirmière prescriptrice. Tout d'abord, des affiches publicitaires sur le nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice ont été installées dans tous les établissements de santé du CIUSSS pour faire connaître ce rôle auprès de la population et attirer l'attention des infirmières sur la possibilité d'obtenir leur attestation de prescription. Ensuite, un comité de vigie sur la prescription infirmière formé de conseillères en soins infirmiers a été mis en place au sein du CIUSSS afin d'établir un plan de promotion et de déploiement de la prescription infirmière dans les différents milieux cliniques visés par le Règlement autorisant les infirmières à prescrire. Ce comité a tenu plusieurs rencontres visant à organiser des séances d'information et des présentations dans les milieux ciblés. Ces présentations portaient autant sur le rôle de l'infirmière prescriptrice et ses responsabilités que sur les modalités administratives à réaliser pour obtenir l'attestation de prescription. Ces présentations avaient pour but de promouvoir le nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice auprès des infirmières admissibles et travaillant dans les domaines ciblés et de les encourager à faire les démarches afin d'obtenir leur attestation de prescription. Au départ, les infirmières conseillères en soins infirmiers appréhendaient la réponse des différentes équipes de soins face à l'arrivée du nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice, mais en général elles mentionnent que la réponse fût positive :

« Nous, les conseillères avons fait des rencontres dans toutes les équipes pour aller informer les infirmières du droit de prescrire et les informer de la procédure à suivre pour obtenir leur droit. On les a également fortement encouragées à obtenir leur attestation de prescription. Avant de débiter, on était un peu craintives face au fait qu'on serait mal reçues dans les équipes, mais j'ai été surprise de voir que la réponse a été majoritairement assez positive dans les équipes. En bout de ligne, c'était bien reçu. Alors je me demande pourquoi on n'a pas beaucoup d'infirmières avec le droit de prescrire? Je crois qu'on devra retourner dans les différentes équipes et comprendre les besoins en premier lieu » (C3-PI).

En effet, ces rencontres ont été bien reçues par les infirmières et les équipes de soins. Pour certaines ce fut le point tournant pour décider d'entamer les démarches afin d'obtenir leur attestation de prescription, par contre plusieurs ont également mentionné que ces rencontres d'information ne répondaient pas nécessairement à leur besoin :

« Il y a eu une rencontre avec une infirmière conseillère pour nous encourager à obtenir notre attestation. C'est à ce moment-là que j'ai réalisé que je devais faire ma demande d'attestation. Mais encore là, j'avais une question au niveau de la contraception, je lui ai demandé, et d'un ça pris beaucoup de temps à avoir une réponse et deux, elle m'a référée à une référence documentaire. Alors maintenant, je sais que je dois me référer seulement qu'aux références écrites. Il serait le fun d'avoir une personne centrale à appeler en cas d'urgence afin d'éviter les délais de réponse. En fait, je pourrais dire qu'il n'y a pas eu beaucoup de facteurs facilitant. Ce fut ardu comme processus et c'est encore ardu aujourd'hui » (Inf3-PI).

« Le comité de la prescription infirmière a quand même fait beaucoup de promotion pour promouvoir le rôle de l'infirmière prescriptrice. Ils ont fait des présentations dans certaines équipes. Ça a aidé quelques infirmières qui étaient tout près de faire le saut à aller chercher leur droit de prescrire. Mais, le déploiement de la prescription infirmière est arrivé rapidement et ce n'était pas toujours clair » (Inf4-PI).

Ces verbatim illustrent que les infirmières ont apprécié les rencontres d'information, mais qu'elles avaient encore beaucoup de questionnements en lien avec leur nouveau rôle après la rencontre. Donc, selon quelques infirmières, les séances d'informations et les différentes communications pour promouvoir le rôle de l'infirmière prescriptrice faites par le comité de vigie ont été un facteur favorisant le déploiement de la prescription infirmière. Toutefois, les infirmières mentionnent que du travail reste encore à réaliser afin de promouvoir davantage le rôle de l'infirmière prescriptrice et favoriser son déploiement au sein de tous les milieux cliniques ciblés. En effet, les infirmières auraient aimé être consultées avant le déploiement de la prescription infirmière dans leur milieu de pratique afin de sonder dès le départ leurs besoins et ainsi mettre en place des ressources de soutien spécifiques pour les accompagner dans ce nouveau rôle. De cette façon, elles pensent que les milieux auraient été mieux préparés pour le déploiement de la prescription infirmière. Les infirmières mentionnent aussi que cela les aurait incitées davantage à obtenir leur attestation de prescription en sachant qu'elles pourraient compter sur de l'aide au besoin.

B. Le soutien clinique souhaité

La deuxième catégorie de facteurs favorisant le déploiement de la prescription infirmière est le soutien clinique souhaité. Pour contrer leur manque d'assurance et le soutien clinique

présentement disponible, les infirmières participantes ont évoqué différentes modalités de soutien clinique qu'elles souhaiteraient pour les aider dans le déploiement de leur nouveau droit de prescrire. Avec ces modalités de soutien qui seraient disponibles pour les aider, les infirmières non-prescriptrices mentionnent qu'elles se sentiraient plus à l'aise d'obtenir leur attestation de prescription. De plus, selon les infirmières prescriptrices participantes, les différentes suggestions de soutien clinique indiquées à la figure 5 leur permettraient d'approfondir leurs connaissances et leurs habiletés afin d'utiliser davantage leur droit de prescrire.

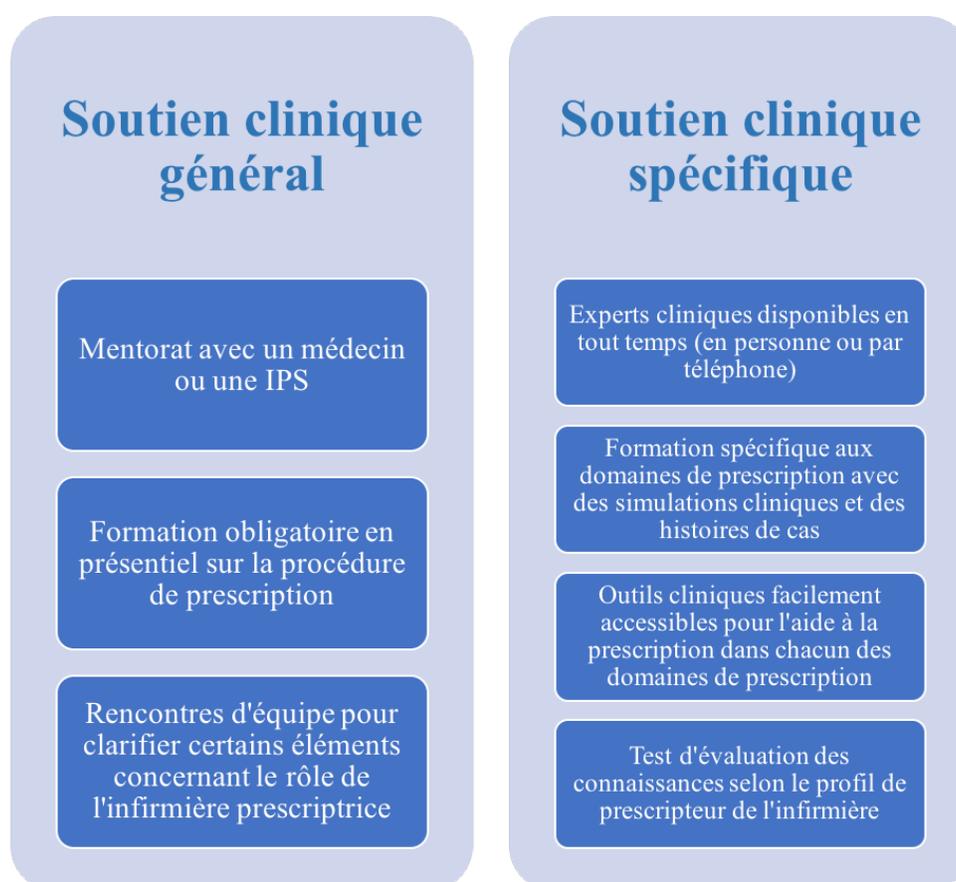


Figure 5. Les modalités de soutien souhaitées par les infirmières

Concernant le soutien clinique d'ordre général, selon les infirmières, la possibilité de pouvoir bénéficier d'une période de mentorat avec un médecin ou une IPS pour les aider à bien saisir le processus d'élaboration d'une prescription serait un élément qui faciliterait un

déploiement plus efficace de la prescription infirmière. La formation obligatoire offerte en présentiel afin de permettre aux infirmières de poser directement leurs questions en lien avec leur nouveau rôle ou encore l'organisation de rencontres d'équipe pour discuter de ce nouveau rôle seraient aussi, selon les infirmières interrogées, des éléments qui pourraient favoriser le déploiement de la prescription infirmière dans les différents milieux de soins.

Pour le soutien clinique spécifique aux trois domaines de prescription, en unanimité, les infirmières souhaitent des formations spécifiques aux trois domaines de prescription. Les infirmières mentionnent aussi qu'elles aimeraient que ces formations spécifiques soient offertes en présentiel et qu'elles comprennent des volets théoriques et des volets pratiques. Elles aimeraient avoir la possibilité de faire des simulations cliniques de prescription selon des histoires de cas élaborées par des experts cliniques. Elles veulent être en mesure de mettre en pratique leurs connaissances en lien avec le droit de prescrire dans un environnement d'apprentissage avant de l'utiliser avec des patients dans leur pratique clinique. Les infirmières proposent même de faire des tests d'évaluation des connaissances en fin de formation afin d'évaluer leurs compétences. Elles mentionnent que cela les rassurerait de savoir qu'elles possèdent réellement les connaissances spécifiques à leur profil de prescripteur. Une infirmière prescriptrice pratiquant en CLSC mentionne ceci :

« Pour le moment, on n'est pas outillé concernant les différentes interactions entre les médicaments par exemple puisqu'on est pas habituées de prescrire et nous n'avons eu aucune formation sur cela. Avec mes horaires chargés, je n'ai pas nécessairement le temps de faire ces recherches par moi-même. On doit nous aider. On a été lancé dans ce nouveau rôle sans rien d'autre. On a eu une formation d'éthique qui a été très décevante selon moi, car ce que l'on a vraiment besoin, c'est des formations et du soutien au niveau clinique, sur le terrain. Ceci nous permettrait de voir les prescriptions vraiment nécessaires à notre domaine et notre milieu de pratique. En règle générale, dans nos formations de base, on n'apprend pas tout ce qui touche à la prescription. Il faudrait avoir des formations spécifiques pour chacun des domaines précis de prescription et avoir ces formations en fonction de notre milieu de pratique. On n'a pas d'outils concrets à notre disposition

pour remettre aux patients par exemple reliés aux médicaments, à l'enseignement au patient, la posologie, etc. » (Inf7-PI).

En effet, les infirmières soulèvent également que des outils cliniques, tel que des capsules-vidéos sur la complétion des formulaires de prescription, des fiches aide-mémoire pour les aider dans l'évaluation de la situation de santé ou des documents de référence pour les différents traitements dans les trois domaines de prescription pourraient les aider dans la rédaction de leur prescription et l'utilisation de leur droit de prescrire à son plein potentiel. La possibilité de trouver facilement sur le site web intranet du CIUSSS ces outils cliniques seraient, selon les infirmières, un facteur facilitant au déploiement et à l'utilisation de la prescription. Par le fait même, elles disent que d'avoir accès à cette boîte à outils en tout temps augmenterait la possibilité qu'un plus grand nombre d'infirmières obtiennent leur attestation de prescription.

Pour terminer, selon les infirmières participantes, une dernière modalité de soutien qui pourrait favoriser le déploiement de la prescription infirmière dans les différents milieux serait la possibilité pour les infirmières prescriptrices de rejoindre en tout temps des experts cliniques qui sont capables de répondre rapidement à leurs questions afin d'éviter des délais de prescription.

4.3. Synthèse des résultats

Suite à leur analyse, les données obtenues ont été regroupées en deux grands thèmes: les perceptions d'infirmières sur le rôle de l'infirmière prescriptrice et le déploiement de la prescription infirmière. Dans le premier thème, les résultats indiquent qu'avec ou sans attestation de prescription, les infirmières conçoivent le rôle de l'infirmière prescriptrice de façon généralement positive. En effet, les participantes rencontrées considèrent que le nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice est important pour l'évolution de la profession infirmière et pour favoriser leur autonomie dans les différents milieux cliniques. Toutefois, elles ont encore plusieurs questions sur leur nouveau rôle et les responsabilités associées à l'obtention de leur attestation de prescription. Elles se questionnent sur la procédure pour obtenir leur attestation

de prescription, les activités professionnelles de prescription et l'intégration de ces pratiques dans la pratique clinique et dans l'équipe de soins. La compréhension de l'utilité de la prescription infirmière et du rôle de l'infirmière prescriptrice diffère également d'une infirmière à l'autre. Plusieurs clarifications restent à faire auprès des instances supérieures et des équipes de soins afin d'assurer une compréhension uniformisée de la valeur ajoutée du rôle de l'infirmière prescriptrice et de ses responsabilités associées.

Concernant le déploiement de la prescription infirmière, il a été suggéré par les résultats de l'étude que peu d'infirmières avaient obtenu leur droit de prescrire et que les infirmières l'ayant obtenu l'utilisaient très peu. De ce fait, des facteurs limitant et favorisant le déploiement de la prescription infirmière ont été déterminés. Le manque d'information et de clarté en lien avec le rôle de l'infirmière prescriptrice, le manque de confiance et le stress que la responsabilité de prescrire occasionne, les critères d'admissibilité à l'obtention du droit de prescrire, la formation en ligne obligatoire, certains aspects administratifs et organisationnels ainsi que le manque de soutien clinique et la collaboration difficile avec quelques médecins font en sorte que les infirmières sont réticentes à obtenir ou à utiliser leur droit de prescrire. Toutefois, les infirmières ont mentionné que la promotion du rôle de l'infirmière prescriptrice faite par le comité de vigie de la prescription infirmière du CIUSSS a été un facteur facilitant le déploiement de la prescription infirmière. De façon générale, les infirmières mentionnent aussi qu'elles souhaitent obtenir du soutien clinique et des outils facilement accessibles pour les aider dans leur évaluation des différentes situations de santé des patients et dans la rédaction de leur prescription. Une plus grande promotion de la valeur ajoutée de ce nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice serait un élément qui favoriserait un déploiement plus optimal de la prescription infirmière. En effet, lorsque les gestionnaires des milieux de soins sont optimistes et favorables à la prescription infirmière, le nombre d'infirmières prescriptrices dans ces milieux est augmenté.

Chapitre 5 – Discussion

Ce cinquième chapitre est séparé en trois parties. La première partie met en parallèle les résultats des analyses qualitatives de cette étude, les éléments du cadre de référence et la littérature recensée. Ensuite, dans la deuxième partie les forces et les limites de l'étude sont présentées. Finalement, la troisième partie propose des recommandations issues de l'analyse des résultats sur les plans de la pratique clinique, de la gestion, de la recherche en sciences infirmières, de la formation et de la politique.

5.1. Les liens entre les résultats des analyses qualitatives, la littérature recensée et les éléments du cadre de référence

L'analyse élaborée dans cette discussion se veut une réflexion sur les expériences actuelles d'infirmières québécoises au regard de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription. Cette réflexion sera approfondie en s'appuyant sur les différents éléments-clés fondamentaux (la Structure, la Compétence et la Pratique) du cadre théorique de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada (AIIC, 2015b) qui constitue le cadre de référence de cette étude. La figure ci-dessous (figure 6) illustre les différents résultats en fonction des trois éléments-clés et des dix domaines stratégiques du cadre de référence. Une réflexion entre la littérature recensée et les résultats de cette étude sera également présentée dans les sections suivantes.



Figure 6. Synthèse des résultats intégrés aux dix domaines du cadre de référence

5.1.1. La Structure

La Structure, le premier élément-clé du cadre théorique de l'AIC (2015b), fait référence aux facteurs définissant la pratique des infirmières face à la prescription infirmière. Il permet de bien définir le rôle et le champ d'exercice de l'infirmière prescriptrice en établissant les qualifications requises par cette dernière pour pratiquer de façon sécuritaire et efficace. La structure établit aussi les normes, la législation et la réglementation encadrant le rôle de l'infirmière prescriptrice. Les résultats de la présente étude ont révélé plusieurs faits importants concernant la Structure entourant le rôle de l'infirmière prescriptrice au Québec

Tout d'abord, les infirmières participantes à la présente étude disent que le rôle de l'infirmière prescriptrice permet de favoriser leur autonomie lors de différentes situations cliniques ce qui peut faciliter l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins de santé et des services offerts à la population. Toutefois, elles mentionnent que pour le moment leur champ d'exercice comme infirmière prescriptrice est trop restreint. Elles estiment que les domaines dans lesquels elles peuvent prescrire ne répondent pas entièrement aux besoins réels des patients dans leur milieu de travail. La structure encadrant le rôle de l'infirmière prescriptrice au Québec pourrait donc être améliorée afin de mieux cibler les médicaments et les traitements pouvant être prescrits par des infirmières. Ainsi, les infirmières pourraient mieux répondre aux besoins réels des patients dans les trois domaines ciblés par le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (Éditeur officiel du Québec, 2018b). Ces résultats corroborent avec ceux des études de Ball (2009), Bradley et Nolan (2007) et Courtenay et Carey (2008) qui démontrent que le rôle d'infirmière prescriptrice a permis aux patients de réduire leur temps d'attente pour avoir accès à différents médicaments et traitements. Une meilleure accessibilité et continuité des soins offerts ont été remarquées dans ces études. De plus, comme le témoignent plusieurs études et rapports gouvernementaux (D'Amour et al., 2012; FIQ, 2015, Institute of Medicine, 2011; OIIQ, 2015a; Régis et Savard, 2010), le fait d'améliorer la contribution des infirmières en leur permettant d'utiliser de façon optimale leur étendue de pratique pourrait être favorable pour le système de santé. L'intégration du rôle de l'infirmière prescriptrice qui permet de répondre aux

besoins des patients dans plusieurs milieux semble être une façon d'utiliser les ressources infirmières à leur plein potentiel.

Bien que le Règlement qui autorise les infirmières à prescrire et le Guide explicatif conjoint de l'OIIQ et du CMQ (2015) aient été élaborés pour définir le rôle et le champ d'exercice des infirmières prescriptrices au Québec, les résultats de la présente étude suggèrent que différents questionnements en lien avec le rôle de l'infirmière prescriptrice restent sans réponse chez les infirmières et les équipes interprofessionnelles des milieux ciblés par ce Règlement. De plus, quelques membres des équipes interprofessionnelles ne connaissent pas l'existence du rôle de l'infirmière prescriptrice ou l'étendue de ses activités autorisées. Des clarifications sont encore nécessaires en termes des droits de l'infirmière prescriptrice, de l'intégration de ce nouveau rôle au sein des différentes équipes de soins et de l'utilité de la prescription infirmière. Pour le moment, outre la règle de soins écrite par le CIUSSS en début de déploiement de la prescription infirmière et dont certaines infirmières participantes n'ont pas consultée, aucune ligne directrice concernant le droit de prescrire des infirmières n'est en place dans les différents milieux cliniques. En collaboration avec une chargée de projet et un groupe de travail attiré au déploiement de la prescription infirmière, la DSI du CIUSSS est présentement en train de reformuler et revoir les documents de références afin de clarifier les questionnements émis par les gestionnaires et les équipes de soins. Cette barrière au déploiement de la prescription infirmière s'estompera donc dans les mois à venir lors de la mise en place des nouveaux documents de référence. Il est également important d'encourager les infirmières et les équipes de soins à consulter les différents documents explicatifs sur le site web de l'OIIQ. Ces documents explicatifs peuvent certainement aider à clarifier des questionnements et éviter des incompréhensions. En effet, ces propos rejoignent ceux de Blanchflower et al. (2013) qui stipulent qu'une législation claire, des plans de gestion et des politiques doivent être implantés dans les milieux cliniques afin d'assurer une compréhension uniforme d'un nouveau rôle comme celui de l'infirmière prescriptrice.

De plus, comme le suggère Bradley et Nolan (2007), des informations précises devraient être fournies aux infirmières et à tous les membres de l'équipe interprofessionnelle avant l'instauration de la prescription infirmière dans leur milieu afin d'éviter la réticence et les

conflits. Ainsi, selon les propos des infirmières participantes de l'étude actuelle, des progrès doivent être faits pour favoriser une meilleure compréhension du rôle de l'infirmière prescriptrice autant auprès des infirmières elles-mêmes qu'auprès des autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Une meilleure promotion de la valeur ajoutée du rôle de l'infirmière prescriptrice doit être faite. Les infirmières affirment que si leurs gestionnaires étaient plus favorables à la prescription infirmière et qu'ils croyaient personnellement à sa valeur ajoutée, la promotion de ce rôle auprès de l'équipe de soins s'en verrait faciliter. Ces résultats corroborent ceux de Jones et al. (2011) et de Bradley et al. (2005) qui témoignent qu'une vision et une compréhension communes du nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice aident à son intégration dans l'équipe de soins et que le succès du déploiement de la prescription infirmière dépend directement du soutien organisationnel offert par l'équipe.

La promotion de la valeur ajoutée du rôle de l'infirmière prescriptrice pourrait également clarifier la confusion qui existe entre les ordonnances collectives et la prescription infirmière. Dans le même sens que les résultats de l'étude de Borgès Da Silva et al. (2017), les résultats de cette étude énoncent que les ordonnances collectives qui peuvent être utilisées dans les mêmes domaines que la prescription infirmière sont un des facteurs limitant son déploiement. En effet, certaines infirmières prescriptrices ou non prescriptrices mentionnent qu'elles préfèrent prescrire avec les ordonnances collectives en raison de leur facilité d'utilisation. Les ordonnances collectives semblent être en concurrence avec la prescription infirmière. Il serait donc important de clarifier avec les infirmières les conditions d'applications de ces deux types d'activités. D'une manière plus drastique, afin d'inciter les infirmières à utiliser davantage leur droit de prescrire, le CMQ a décidé d'abolir les ordonnances collectives en lien avec les domaines visés par le droit de prescrire (CMQ, 2017). Ainsi, depuis le 31 mars 2018, dans tous les établissements de santé, les ordonnances collectives dans le domaine des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants sont abolies et les infirmières ne peuvent plus les utiliser (CMQ, 2017). Une décision qui inquiétait les conseillères en soins infirmiers rencontrées dans cette étude par peur que les infirmières utilisent leur droit de prescrire même si elles ne sentaient pas prêtes à le faire afin d'éviter une coupure de services pour la population. Une évaluation de l'impact de l'abolition des ordonnances collectives dans ces trois domaines serait intéressante à réaliser.

5.1.2. La Compétence

L'élément de la Compétence concerne les connaissances, les compétences, le jugement et les qualités que doivent posséder toutes les infirmières prescriptrices pour s'assurer de pratiquer et d'utiliser la prescription infirmière de façon sécuritaire et conforme.

Comme vu précédemment, bien qu'elles aient des perceptions généralement positives de la prescription infirmière, les résultats de la présente étude mettent en évidence que plusieurs infirmières rencontrées, malgré qu'elles répondent aux critères d'admissibilité en termes de formation, ne se sentent pas prêtes ou en confiance pour utiliser leur droit de prescrire. Suite au programme de formation de base au baccalauréat, certaines infirmières rencontrées dans cette étude ne se sentent pas aptes à prescrire et à prendre la responsabilité d'une telle tâche puisqu'elles ne considèrent pas avoir les connaissances nécessaires pour prescrire adéquatement dans les domaines autorisés. Elles aimeraient avoir plus de formations spécifiques aux différents domaines de prescription autorisés en plus d'un soutien clinique lorsqu'elles débutent l'utilisation de leur droit de prescrire. Certaines infirmières ont estimé qu'elles auraient besoin d'acquérir plus d'expériences dans certains domaines de la pratique de prescription avant de se sentir compétentes à prescrire dans ce domaine. Les infirmières sont pleinement conscientes de leurs responsabilités et de leurs limites en tant qu'infirmière prescriptrice. Elles désirent gagner en confiance à l'aide d'un soutien offert par des experts cliniques et des formations mettant en place des simulations cliniques qui se rapprochent de leur réalité de pratique. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Gielen et al.(2014) qui disent que les infirmières souhaitent une plus grande formation sur leur rôle d'infirmière prescriptrice et qu'elles préfèrent passer plus de temps à se familiariser avec certains médicaments et traitements dans un contexte d'apprentissage avant d'utiliser leur droit de prescrire dans leur pratique clinique. Les résultats de la présente étude renforcent aussi ceux de Bradley et al. (2007) qui soutiennent que la connaissance et l'expérience sont essentielles pour la pratique sécuritaire en lien avec les prescriptions de médicaments ou de traitements. Toutefois, les résultats de l'étude actuelle vont à l'encontre de ceux soulevés par l'étude de Borgès Da Silva et al. (2017) qui stipulent que malgré le fait que peu d'infirmières prescrivent pour le moment, la majorité de celles-ci

affirment avoir confiance en leurs compétences pour déterminer et prescrire les plans et les traitements nécessaires selon les conditions cliniques de leurs patients.

D'un autre côté, les résultats de l'étude actuelle témoignent que certaines infirmières considèrent les critères d'admissibilité au droit de prescrire trop stricts. Certaines infirmières détentrices d'un DEC et ne répondant pas aux critères d'admissibilité pour obtenir leur droit de prescrire, mentionnent qu'elles se sentent tout de même en confiance et confortable pour prescrire les différents médicaments et traitements autorisés. À cet effet, le CMQ et l'OIIQ ont travaillé en collaboration afin de modifier le Règlement (Éditeur officiel du Québec, 2018b) autorisant les infirmières à prescrire pour offrir l'opportunité aux infirmières détentrices d'un DEC et prescrivant déjà à l'aide des ordonnances collectives d'obtenir leur droit de prescrire. Ainsi, à partir du 12 juillet 2018, les infirmières titulaires d'un DEC qui utilisaient les ordonnances collectives en lien avec les domaines de prescription autorisés et qui ont suivi la formation en ligne obligatoire pourront obtenir leur droit de prescrire (Éditeur officiel du Québec, 2018c).

5.1.3. La Pratique

La Pratique est le troisième élément du cadre théorique de référence (AIIC, 2015b). Cet élément réfère à l'uniformisation du processus de déploiement pour assurer le bon fonctionnement de la prescription infirmière dans les différents milieux de soins. Il réfère également au soutien des autres membres de l'équipe face au rôle de l'infirmière prescriptrice et aux outils mis en place par les milieux pour aider les infirmières prescriptrices dans leurs prises de décisions en lien avec les prescriptions. Finalement, la Pratique réfère aussi aux éléments mis en place dans les milieux de pratique pour favoriser le contrôle, la vérification et l'évaluation des pratiques des infirmières prescriptrices.

D'un côté, il est suggéré dans plusieurs études (Berry et al., 2006; Bradley et Nolan, 2007; Gielen et al., 2014; Latter et al., 2011) que la prescription infirmière a le potentiel d'améliorer l'accès aux soins pour les patients, toutefois comme le soulève les résultats de l'étude

actuelle, plusieurs facteurs limitent le déploiement de la prescription infirmière dans les différents milieux cliniques. L'augmentation des responsabilités, le manque de confiance en ses capacités, le fait qu'aucune ligne directrice ne soit pour le moment instaurée dans les différents milieux, le manque de soutien ou encore une faible promotion de la valeur ajoutée du rôle de l'infirmière prescriptrice nuisent au déploiement optimal de la prescription infirmière au Québec. Ces facteurs vont rejoindre ceux énumérés par Blanchflower et al. (2013) et Courtenay et al. (2007) dans leurs études. Ces études démontrent que les facteurs pouvant ralentir ou limiter le déploiement de la prescription infirmière sont sous deux rubriques générales : les facteurs internes (découlant des individus eux-mêmes) et les facteurs externes (représentant les facteurs imposés aux individus par d'autres personnes ou leur environnement). Ces deux types de facteurs ralentissent effectivement le déploiement de la prescription infirmière dans les différents milieux cliniques au Québec.

D'un autre côté, certaines infirmières rencontrées pour cette étude mentionnent que le rôle de l'infirmière prescriptrice peut leur permettre d'utiliser de façon plus efficace et approfondie leurs connaissances et d'améliorer leur pratique clinique. Avec leur attestation de prescription, elles peuvent mettre davantage à profit leur jugement clinique. En étant responsables de l'évaluation complète et de la prise en charge globale du patient, les infirmières prescriptrices disent utiliser leurs connaissances de façon plus optimale et complète. Ces résultats reflètent ceux de l'étude de Bradley et Nolan (2007) qui mentionnent que les infirmières adoptent une approche plus holistique des soins lorsqu'elles utilisent leur attestation de prescription. Elles accompagnent les patients dans leur parcours de soins du début à la fin leur offrant ainsi une bonne continuité de soins. Toutefois, les résultats de la présente étude montrent que les infirmières considèrent que ce nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice entraîne une surcharge de travail ainsi que des tâches et des responsabilités professionnelles supplémentaires. Elles croient que leur droit de prescrire occasionne des ajouts à leur horaire de travail déjà chargé et elles se questionnent à savoir si ce nouveau droit est vraiment nécessaire. Ces résultats diffèrent de ceux de Bradley et Nolan (2007) qui révèlent que les infirmières considèrent que leur droit de prescrire n'est pas un ajout à leur rôle infirmier, mais bien un complément. En effet, les infirmières de l'étude de Bradley et Nolan (2007) contrairement à celles participantes de l'étude actuelle voient leur droit de prescrire comme un

levier et un facteur facilitant leurs tâches quotidiennes puisqu'elles sont plus autonomes et qu'elles n'ont pas à référer leurs patients à des médecins chaque fois qu'une prescription doit être émise.

Ensuite, de façon générale, dans la présente étude, les infirmières souhaitent obtenir plus de soutien autant avant qu'après l'obtention de leur droit de prescrire. En effet, plusieurs infirmières ne se sentent pas soutenues par les instances directionnelles, les gestionnaires ou l'équipe de soins et cette perception a un impact sur leur motivation à acquérir leur attestation de prescription et à l'utiliser. Les résultats de l'étude de Borgès Da Silva et al. (2017) vont aussi dans ce sens. Ces résultats mentionnent que de façon globale les infirmières ont affirmé ne pas avoir été fortement encouragées à demander l'attestation de prescription ce qui ne les incitait pas à faire les démarches pour obtenir leur droit de prescrire. Il est donc important de favoriser un meilleur soutien pour les infirmières qui souhaitent obtenir leur attestation de prescription, mais aussi pour celles qui l'ont déjà obtenue. En effet, les infirmières utilisent peu leur droit de prescrire après son obtention puisqu'elles ne se sentent pas soutenues par les gestionnaires et les autres professionnelles de leur équipe de soins. Une meilleure collaboration interprofessionnelle et un meilleur soutien de l'équipe, comme démontré dans l'étude de Bradley et Nolan (2007), favorisent davantage l'intégration du rôle de l'infirmière prescriptrice dans les milieux cliniques. Dans une optique d'améliorer la confiance et les compétences des infirmières prescriptrices, il est indispensable de mettre de l'avant ces deux éléments.

Finalement, les résultats de la présente étude indiquent que les infirmières souhaitent aussi avoir des outils pour les aider dans leur évaluation clinique des différentes situations de santé des patients et dans la rédaction de leur prescription. Ces propos vont dans le même sens que ceux énoncés dans le document professionnel de l'AIIIC (2015b) qui mentionnent qu'il est important de fournir des outils d'aide à la décision aux infirmières prescriptrices afin de les guider avec leur évaluation clinique, leur diagnostic et leur prescription de traitements et de médicaments. Ces outils doivent être fournis pour chacun des domaines de prescription autorisés afin de soutenir et d'orienter les infirmières prescriptrices quant aux divers états de santé. De tels outils cliniques sont déjà à la disposition des infirmières sur le site web de l'OIIQ. En effet, trois directives cliniques découlant de recommandations d'experts qui ont pour but de guider les

infirmières prescriptrices dans leurs activités de prescription sont disponibles pour consultation par les infirmières. Toutefois, les résultats de l'étude actuelle démontrent que les infirmières ne connaissent pas l'existence de ces outils.

La prescription infirmière a des retombées positives autant pour les systèmes de soins de santé et la profession infirmière que pour les patients. Elle est un outil supplémentaire qui vient enrichir la pratique des infirmières afin de favoriser leur autonomie professionnelle et d'assurer une meilleure prise en charge des patients. Des questionnements sur le rôle de l'infirmière prescriptrice restent à clarifier auprès des équipes de soins afin de promouvoir de manière optimale la valeur ajoutée de ce nouveau rôle, mais la perception qu'ont les infirmières de ce rôle est tout de même généralement positive. Il est évident qu'une implication de la DSI et des gestionnaires des différents secteurs est nécessaire pour améliorer le déploiement des nouvelles activités professionnelles de prescription des infirmières. Le soutien organisationnel et clinique est également essentiel pour aider les infirmières à se familiariser avec leur nouveau rôle et responsabilités professionnelles et assurer un déploiement optimal de la prescription infirmière. Un déploiement optimal de la prescription infirmière pourrait avoir des retombées significatives qui favoriseraient l'atteinte des objectifs du système de santé québécois dans le meilleur intérêt des patients.

5.2. Les forces et les limites de l'étude

Cette étude comporte certaines forces et quelques limites. Tout d'abord, une première force est le fait que des infirmières prescriptrices et des infirmières non-prescriptrices ont été rencontrées pour cette étude. Ceci a permis de soutirer des expériences variées au regard des nouvelles activités professionnelles de prescription des infirmières. La diversité des profils sociodémographiques des participantes a aussi fait en sorte que les opinions recueillies sont autant positives que négatives. Les facteurs limitant et favorisant le déploiement de la prescription infirmière ont ainsi pu être déterminés. Ensuite, le fait que plusieurs résultats concordent avec les écrits recensés et consultés souligne la crédibilité des résultats obtenus dans cette étude. Finalement, la formulation de recommandations concrètes pour la pratique clinique,

la gestion, la recherche, la formation et la politique soulève les contributions de la présente étude.

En ce qui concerne les limites de l'étude, le recrutement des infirmières s'est avéré difficile en raison de la faible participation des infirmières lors du premier appel de participation à l'étude. Des rencontres d'explication du projet avec l'étudiante-chercheuse et les conseillères en soins infirmiers des différents milieux ont été effectuées pour promouvoir le projet auprès des équipes de soins et faciliter le recrutement. Il y a eu un plus haut de taux de participation lors du deuxième appel. Finalement, 17 participantes ont été recrutées pour cette étude. De plus, étant donné que le recrutement était planifié dans 12 installations éloignées, la formation des groupes de discussion pour les entretiens a été difficile. En raison du plus faible taux de participation, des horaires chargés et des lieux de travail différents des infirmières participantes, les groupes de discussion de six participantes chacun n'ont pas pu être formés comme souhaité au départ. Plusieurs entretiens individuels ont donc dû être réalisés. Toutefois, malgré le fait que les groupes de discussion ne comptaient pas le nombre de participantes recommandé dans la littérature, une co-construction d'idées a tout de même été remarquée. En effet, les réponses des infirmières qui ont participé aux groupes de discussion étaient plus élaborées que celles des infirmières qui ont participé aux entretiens individuels. Ainsi, lors des entretiens individuels, la dynamique de groupe qui permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion n'a pas pu être atteinte. Ensuite, puisque les entretiens étaient réalisés pendant les quarts de travail des infirmières, certains appels ou demandes pendant les entretiens ont interrompu les discussions. De ce fait, certains aspects des expériences des participantes n'ont pas été approfondis comme souhaité. Finalement, le fait que les activités professionnelles de prescription infirmière étaient récentes et encore peu utilisées par les infirmières dans les milieux cliniques, les données collectées pour l'étude sont majoritairement des réflexions sur le sujet plutôt que des faits concrets. En effet, certaines perceptions et réflexions des infirmières participantes peuvent alors être différentes de la réalité.

5.3. Les recommandations pour la pratique clinique, la gestion, la recherche, la formation et la politique

À la lumière des résultats de cette étude, des recommandations sur les plans de la pratique clinique, de la gestion, de la recherche en sciences infirmières, de la formation et de la politique peuvent être formulées.

5.3.1. La pratique clinique

Tout d'abord, les résultats de l'étude suggèrent que les infirmières considèrent le nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice comme une avancée pour leur profession. Il s'agit d'un rôle qui pourrait les aider à développer un niveau d'autonomie plus élevé dans leur pratique clinique quotidienne. Les infirmières de l'étude actuelle et la littérature recensée affirment que la prescription infirmière pourrait être bénéfique pour l'accessibilité et la continuité des soins offerts aux patients. Malgré cela, certaines infirmières sont craintives à l'idée d'obtenir leur attestation de prescription. Elles sont inquiètes face aux nouvelles responsabilités professionnelles associées au rôle de l'infirmière prescriptrice. Il est important d'encourager et de soutenir les infirmières dans leur appropriation de ce nouveau rôle, même si cela peut prendre du temps. Les infirmières doivent s'adapter à l'évolution de leur profession. Bien qu'il soit de la responsabilité des infirmières de réaliser les démarches pour suivre cette évolution, il est important que les gestionnaires et les milieux cliniques les soutiennent dans cette adaptation. L'implication active des infirmières dans un projet visant le rehaussement des pratiques en termes de prescription infirmière favoriserait certainement un déploiement optimal de la prescription infirmière dans les différents milieux cliniques. Cette implication permettrait l'élaboration d'un plan d'action répondant spécifiquement à leurs besoins en termes de soutien clinique et de collaboration interdisciplinaire.

Ensuite, afin que plus d'infirmières désirent obtenir leur attestation de prescription, il serait souhaitable d'assurer une standardisation de la pratique de l'infirmière prescriptrice. Ainsi, une compréhension uniforme de ce nouveau rôle et une cohérence entre tous les milieux

seraient observées. Le déploiement de la prescription infirmière devrait se faire de la même façon pour tous les milieux cliniques afin d'éviter la confusion.

5.3.2. La gestion

Cette étude a permis d'identifier les facteurs limitant et favorisant le déploiement de la prescription infirmière dans les différents milieux cliniques du CIUSSS choisi. Les résultats de l'étude renseignent donc les gestionnaires et les infirmières sur les différents facteurs qui influencent les infirmières à obtenir et à utiliser leur attestation de prescription. On constate que ces facteurs sont identiques, peu importe les secteurs de pratique des infirmières rencontrées dans le cadre de cette étude. Il est également possible de constater que ces facteurs peuvent être facilement modifiables. De ces faits, il s'avère important que les gestionnaires des milieux cliniques s'engagent dans la création d'environnements favorables au déploiement optimal de la prescription infirmière.

À la lumière des résultats, le soutien offert aux infirmières est essentiel pour soutenir le déploiement de la prescription infirmière dans les milieux de soins. Les infirmières participantes expliquent que l'organisation et les gestionnaires en soins infirmiers ont la responsabilité de soutenir les infirmières dans les changements apportés à leur pratique clinique. Les résultats de cette étude pourraient donc constituer une première étape dans l'élaboration de stratégies de soutien visant à favoriser une utilisation optimale des nouvelles pratiques de prescription infirmière. Afin de soutenir les infirmières dans l'actualisation de leur pratique en obtenant leur attestation de prescription, les gestionnaires en soins infirmiers seraient responsables de reconnaître et promouvoir auprès de leur équipe de soins la valeur ajoutée de la prescription infirmière, notamment en termes d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des soins de santé et des services offerts à la population. Pour ce faire, les gestionnaires doivent avoir une vision claire et des attentes bien définies concernant le rôle et les responsabilités de l'infirmière prescriptrice. Il serait pertinent que cette vision soit promue et diffusée auprès de tous les membres de l'équipe interprofessionnelle. Dans une gestion efficiente, il est essentiel de mettre à contribution les connaissances de chacun et d'offrir aux infirmières détentrices ou non de

l'attestation de prescription le soutien administratif, clinique et collaboratif nécessaire afin d'en faire bénéficier le milieu clinique et les patients. Les gestionnaires et la direction des soins infirmiers pourraient utiliser leur pouvoir d'influence pour favoriser une culture de collaboration dans les différents milieux de soins. Une excellente collaboration avec les autres professionnels de l'équipe de soins favorise l'accompagnement des infirmières dans leurs nouveaux rôles d'infirmières prescriptrices (Bradley et Nolan, 2007; Jones et al., 2011).

5.3.3. La recherche

Bien que ces résultats permettent de comprendre les expériences générales d'infirmières québécoises en lien avec le processus complet de mise en œuvre des nouvelles activités professionnelles de prescription infirmière et d'identifier les facteurs ayant une influence sur le déploiement de ces nouvelles activités, ils ne permettent pas de comprendre la pratique réelle d'une infirmière prescriptrice. Il serait donc intéressant de poursuivre les recherches sur le sujet afin de mieux comprendre les défis que les infirmières prescriptrices relèvent dans leur pratique quotidienne.

De plus, des études internationales (Berry et al., 2006; Bradley et Nolan, 2007; Gielen et al., 2014; Latter et al., 2011) ont démontré des résultats positifs face à la prescription infirmière autant pour la profession infirmière que le système de soins de santé et pour les patients. Il serait donc intéressant d'évaluer l'impact du rôle de l'infirmière prescriptrice sur l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins offerts à la population dans le système de santé québécois. Des études sur le sujet pourraient donc être mises de l'avant.

Finalement, les résultats de l'étude suggèrent que les habiletés et la formation des infirmières prescriptrices sont des aspects essentiels à un déploiement optimal de la prescription infirmière. Il serait donc intéressant d'utiliser le *Competency Framework for all Prescribers* (NPC/NICE, 2012) ou le *Prescribing Competencies Framework* (NPS, 2012), présentés au chapitre 2 pour conduire une étude sur le développement des habiletés des infirmières prescriptrices. En effet, ces cadres peuvent servir pour la création d'un portfolio et démontrer

les habiletés nécessaires à la prescription (NPC/NICE, 2012; NPS, 2012). Ils peuvent aussi soutenir le développement professionnel des habiletés en permettant aux infirmières d'identifier leurs forces et leurs faiblesses grâce à l'autoévaluation pour ainsi améliorer continuellement leurs performances et leur permettre de travailler plus efficacement (RPS, 2016). Une étude démontrant les habiletés requises dans les domaines de prescription autorisés pour les infirmières prescriptrices québécoises pourrait être un point de repère pour la mise à jour des programmes de formation universitaire et de formation continue.

5.3.4. La formation

Pour ce qui est de la formation, la présente étude a contribué à cerner certains aspects des compétences des infirmières qui doivent être améliorés relativement aux activités professionnelles de prescription, notamment la clarification du rôle de l'infirmière prescriptrice, le processus de rédaction d'une prescription, l'évaluation des situations nécessitant une prescription ainsi que la documentation et la communication des données recueillies pour s'assurer du suivi auprès des médecins ou IPS. Les infirmières pourraient, en collaboration avec les infirmières conseillères en soins infirmiers, s'impliquer activement dans l'identification de leurs besoins de formation. Pour leur part, la DSI et les gestionnaires des milieux auraient comme mandat de s'assurer que ces besoins soient répondus et de soutenir les infirmières dans leur développement professionnel. Toutefois, comme mentionné plus tôt, les infirmières devraient aussi prendre l'initiative personnelle de développer leurs compétences à l'égard de la prescription infirmière. En effet, depuis 2012, les infirmières ont la responsabilité professionnelle de maintenir leurs connaissances à jour dans une perspective de protection du public et d'amélioration de la qualité (OIIQ, 2018b)

De plus, les infirmières souhaiteraient bénéficier des conseils et des expériences d'expertes cliniques. Ainsi, les infirmières qui détiennent une expertise spécifique sur un des domaines de prescription pourraient transmettre cette expertise à leurs collègues en s'impliquant dans des activités de formation continue et de transfert des connaissances telles que des simulations cliniques, des études de cas et des séances de partages de réflexion. Aussi, la

formation de groupes de codéveloppement avec des infirmières des différents milieux cliniques pourrait stimuler le partage de connaissances et une pratique de prescription infirmière optimale. De plus, la formation d'infirmières « expertes » travaillant au sein du milieu pourrait s'avérer une stratégie intéressante pour offrir un soutien clinique aux infirmières dans ce changement de pratique. Des outils cliniques sont également déjà disponibles pour soutenir les infirmières dans la complétion de leur prescription. Toutefois, ces outils sont peu utilisés. Une campagne d'information sur les différents outils cliniques disponibles pourrait être lancée afin de promouvoir ces outils et inciter les infirmières à les consulter et les utiliser.

Finalement, puisque toutes les infirmières détentrices d'un BAC sont admissibles à l'obtention de leur droit de prescrire, il serait intéressant d'évaluer la possibilité d'intégrer dans le contenu des programmes de formation universitaire, des activités en lien avec les nouvelles activités de prescription. La formation obligatoire de deux heures pourrait même être suivie durant la dernière session du baccalauréat et ainsi lors de l'obtention de leur diplôme universitaire, les infirmières cliniciennes graduées obtiendraient par le fait même leur droit de prescrire. Des simulations ou des examens pourraient être aussi développés dans les milieux cliniques afin de s'assurer que l'infirmière soit apte à prescrire de façon sécuritaire lors de son entrée sur le marché du travail.

5.3.5. La politique

Dans le contexte actuel du vieillissement de la population, de la prévalence croissante des maladies chroniques et des pressions budgétaires occasionnant un manque de ressources dans les milieux cliniques, il est reconnu que les infirmières, par le déploiement optimal de leur champ d'exercice, l'utilisation efficace de leurs compétences et leur implication auprès des patients, ont un rôle déterminant à jouer dans l'atteinte des objectifs des réformes ministérielles (Brooten et al., 2012; D'Amour et al., 2012; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006; OIIQ, 2014). Ainsi, en obtenant leur attestation de prescription, les infirmières pourraient davantage mettre à contribution leurs différentes compétences. Il est toutefois primordial de leur offrir la possibilité de déployer ce rôle de l'infirmière prescriptrice

de façon optimale en promouvant la valeur ajoutée et la pertinence de ce rôle au sein des équipes interprofessionnelles, mais également au sein de la population. Il faut offrir aux infirmières les outils et le soutien nécessaire pour qu'elles puissent avec leur attestation de prescription amener les milieux de soins vers une pratique plus efficiente et ainsi augmenter l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins.

Conclusion

Cette étude explore les expériences générales d'infirmières québécoises en lien avec le déploiement de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription. Elle a permis de mieux comprendre les expériences d'infirmières québécoises au regard de la perception accordée à leurs nouvelles activités professionnelles de prescription et de cibler les facteurs facilitant ou limitant le déploiement de ces nouvelles activités. En effet, les résultats suggèrent que la perception du rôle de l'infirmière prescriptrice par les infirmières elles-mêmes est positive, mais que des questionnements restent à clarifier malgré l'adoption du *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (Éditeur officiel du Québec, 2018b) et du guide explicatif conjoint de l'OIIQ et du CMQ (2015) expliquant le rôle de l'infirmière prescriptrice et de ses responsabilités associées. Aussi, les résultats de l'étude démontrent que plusieurs facteurs influencent le déploiement de la prescription infirmière dans les milieux de soins. Les facteurs limitant identifiés dans cette étude devraient être vus non pas négativement, mais plutôt comme étant des cibles de stratégies et d'interventions à mettre en place dans le processus de déploiement de la prescription infirmière. Un facteur relativement important pour les infirmières est le soutien offert par les instances supérieures et leur milieu clinique. Ainsi, c'est dans une optique de fournir aux différentes organisations et milieux cliniques des pistes de réflexion pour élaborer des stratégies afin de favoriser une utilisation optimale des nouvelles pratiques de prescription infirmière que des recommandations ont été émises. Les pistes de recommandations émises dans cette étude sont directement inspirées des idées exprimées par les infirmières participantes. Un soutien adapté aux besoins et aux préoccupations des infirmières ne peut être que facilitant dans un déploiement optimal de la prescription infirmière. Il est donc à souhaiter que cette étude contribue à sensibiliser les milieux cliniques à l'importance du soutien offert aux infirmières face à l'intégration de leurs nouvelles activités professionnelles de prescription dans leur pratique quotidienne.

La prescription infirmière est une excellente initiative qui possède des retombées positives autant pour la profession infirmière que pour le système de soins de santé et les

patients. Toutefois, afin de favoriser un déploiement optimal de la prescription infirmière, il est important de mettre en place des stratégies pour promouvoir auprès des équipes interprofessionnelles et de la population la valeur ajoutée de ce nouveau rôle de l'infirmière prescriptrice. Finalement, il est aussi primordial d'offrir aux infirmières les ressources de soutien et les outils qu'elles ont besoin pour utiliser leur droit de prescrire à son plein potentiel.

Références

- Aubin, É. L. et Quesnel-Vallée, A. (2016). Augmenter l'accessibilité et la qualité des services de santé de première ligne avec les groupes de médecine de famille. *Health Reform Observer—Observatoire des Réformes de Santé*, 4(1), 1-10. <https://doi.org/10.13162/hro-ors.v4i1.2689>
- Adams, E., Cuddy, A., Flynn, M., Lorenz, R. et MacGabhann, C. (2010). Prescribing in Ireland: The national implementation framework. *Nurse Prescribing*, 8(4), 182-189. <https://doi.org/10.12968/npre.2010.8.4.47413>
- Allard, A., Frego, A., Katz, A. et Halas, G. (2010). Exploring the role of RNs in family practice residency training programs. *Canadian Nurse*, 106(3), 20-24. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20364785>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2013). *Infirmières et infirmiers autorisés, acteurs de la transformation des soins de santé*. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/registered_nurses_stepping_up_to_transform_health_care_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015a). *Un appel à l'action infirmière : La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé*. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/nec_report_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015b). *Cadre de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada*. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/fr/formation-continue/cadre-de-linfirmiere-et-infirmier-autorise-prescripteur>
- Australian Nursing Federation. (2009). *Primary health care in Australia: A nursing and midwifery consensus view*. Repéré à http://anmf.org.au/documents/reports/PHC_Australia.pdf
- Ball, J. (2009). *Implementing nurse prescribing: An updated review of current practice internationally*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*, 28(1), 133-148. Repéré à <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Berry, D., Courtenay, M. et Bersellini, E. (2006). Attitudes towards and information needs in relation to supplementary Nurse Prescribing in the UK: An empirical study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 22-28. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01258.x>
- Bhanbhro, S., Drennan, V. M., Grant, R. et Harris, R. (2011). Assessing the contribution of

- prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: A systematic review of literature. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-330>
- Bisaillon, A., Beaudet, N., Sauvé, M. S., Boisvert, N., Richard, L. et Gendron, S. (2010). L'approche populationnelle au quotidien : Responsabilité populationnelle, promotion de la santé et prévention de la maladie, comment ces concepts se traduisent-ils dans la pratique infirmière? *Perspective infirmière*, 7(1), 58-62.
- Bissell, P., Cooper, R., Guillaume, L., Anderson, C., Avery, A., Hutchinson, A., ... Woolsey, I. (2008). *An evaluation of supplementary prescribing in nursing and pharmacy: Final report for the department of health*. Repéré à https://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.43225!/file/Supplementary_prescribing.pdf
- Blanchflower, J., Greene, L. et Thorp, C. (2013). Breaking Down the Barriers to Nurse Prescribing. *Nurse Prescribing*, 11(1), 44-47. <https://10.12968/npre.2013.11.1.44>
- Borgès Da Silva, R., Brault, I., Dubois, C.-A., Motulsky, A. et Prud'homme, A. (2017). Évaluation de l'implantation de la prescription infirmière au Québec. *Perspective infirmière*, 14(5), 53-57.
- Bowskill, D., Timmons, S. et James, V. (2013). How do nurse prescribers integrate prescribing in practice: case studies in primary and secondary care. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13-14), 2077-2086. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04338.x>
- Bradley, E., Campbell, P. et Nolan, P. (2005). Nurse prescribers: Who are they and how do they perceive their role? *Journal of Advanced Nursing*, 51(5), 439-448. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2205.03527.x>
- Bradley, E., Hynam, B. et Nolan, P. (2007). Nurse prescribing: Reflections on safety in practice. *Social Science & Medicine*, 65(3), 599-609. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.051>
- Bradley, E. et Nolan, P. (2007). Impact of nurse prescribing: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 59(2), 120-128. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04295.x>
- Brault, I., Desjardins, A.-A., Borgès Da Silva, R., Dubois, C.-A., Motulsky, A. et Prud'homme, A. (2018). Soutenir le déploiement de la prescription infirmière dans les milieux cliniques. *Perspective infirmière*, 15(1), 46-50.
- Brooten, D., Youngblut, J. M., Hannan, J. et Guido-Sanz, F. (2012). The impact of interprofessional collaboration on the effectiveness, significance, and future of advanced practice registered nurses. *Nursing Clinics of North America*, 47(2), 283-294. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2012.02.005>

- Brown, J. et Picton, C. (2012). Competency framework to meet the needs of all prescribers. *Clinical Pharmacist*, 4(6), 157-158. Repéré à <https://www.pharmaceutical-journal.com/download?ac=1066059>
- Carey, N. et Courtenay, M. (2010) An exploration of the continuing professional development needs of nurse independent prescribers and nurse supplementary prescribers who prescribe medicines for patients with diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 208-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02943>
- Carey, N. et Stenner, K. (2011). Does non-medical prescribing make a difference to patients? *Nursing Times*, 107(26), 14-16. Repéré à <https://www.nursingtimes.net/does-non-medical-prescribing-make-a-difference-to-patients/5032082.article>
- Collège des médecins du Québec. (2016). *Droit de prescrire des infirmières : devant le peu d'intérêt des infirmières à prescrire de manière autonome, le Collège doit prolonger le délai pour éviter un risque de rupture de services*. Repéré à <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/droit-de-prescrire-des-infirmieres.aspx>
- Collège des médecins du Québec. (2017). *30 juin 2017 : date de fin des ordonnances collectives pour les activités visées par le droit de prescrire des infirmières*. Repéré à <http://www.cmq.org/nouvelle/fr/30-juin-2017-fin-ordonnances-collectives-activites-visees-droit-prescrire-infirmieres.aspx>
- Commission nationale d'experts. (2012). *Un appel à l'action infirmière : la santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé*. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~/_media/cna/files/fr/nec_report_f.pdf
- Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé de l'Ontario. (2015). *Registered nurse prescribing referral: A preliminary literature review on registered nurse prescribing*. Repéré à <http://www.hprac.org/en/resources/PLR-on-Registered-Nurse-Prescribing-2015-12-07.pdf>
- Cousins, R. et Donnell, C. (2012). Nurse prescribing in general practice: A qualitative study of job satisfaction and work-related stress. *Family Practice*, 29(2), 223-227. <https://doi.org/10.1093/fam-pra/cmr077>
- Courtenay, M. et Carey, N. (2008). Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice: national survey. *Journal of Advanced Nursing*, 61(3), 291-299. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04512>
- Courtenay, M., Carey, N. et Burke, J. (2007). Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: A national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1093-1101. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.04.005>

- Courtenay, M., Carey, N., Stenner, K., Lawton, S. et Peters, J. (2011). Patients' views of nurse prescribing: Effects on care, concordance and medicine taking. *British Journal of Dermatology*, 164(2), 396-401. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.10119.x>
- Courtenay, M., Stenner, K. et Carey, N. (2010). The views of patients with diabetes about nurse prescribing. *Diabetic Medicine*, 27(9), 1049-1054. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.03051.x>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- D'Amour, D., Dubois, C. A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R. et Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: A new tool for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255. doi :10.1097/NNA.0b013e31824337f4
- Déry, J. (2013). *L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle* (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/10843/Dery_Johanne_2013_these.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière : une contribution essentielle à la performance du système de santé. *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55.
- Desrosiers, G. et Gaumer, B. (2004). Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain : une histoire tourmentée. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 8-20. Repéré à http://www.medsp.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup101_008.pdf
- Direction générale du personnel réseau et ministériel. (2008). *Programme national de soutien clinique : Volet préceptorat - Cadre de référence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-526-01.pdf>
- Dobel-Ober, D., Brimblecombe, N. et Bradley, E. (2010). Nurse prescribing in mental health: National survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(6), 487-493. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01541.x>
- Earle, E. A., Taylor, J., Peet, M. et Grant, G. (2011). Nurse prescribing in specialist mental health (Part 1): The views and experiences of practising and non-practising nurse prescribers and service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(3), 189-197. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01672.x>

- Éditeur officiel du Québec. (2002, 14 juin). *Projet de loi no 90 : loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-90-36-2.html>
- Éditeur officiel du Québec. (2015, 1 avril). *Projet de loi no 10 : loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-10-41-1.html>
- Éditeur officiel du Québec. (2018a, 1 avril). *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/I-8.pdf>
- Éditeur officiel du Québec. (2018b, 1, mars). *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2012.001>
- Éditeur officiel du Québec. (2018c, 27 mai). *Décret 764-2018 approuvant le Règlement modifiant le Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière ou un infirmier*. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=13&file=1826-F.PDF>
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2015). *Les professionnelles en soins: la solution pour des soins accessibles et sécuritaires pour tous les Québécois et les Québécoises*. Repéré à <http://www.fiqsante.qc.ca/fr/contents/documents/projet-de-loi-20-les-professionnelles-en-soins-la-solution-pour-des-soins-accessibles-et-securitaires-pour-tous-les-quebecois-et-les-quebecoises.html>
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Le travail en équipe dans les services de santé : promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada*. Repéré à http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/teamwork-synthesis-report_f.pdf
- Gielen, S. C., Dekker, J., Francke, A. L., Mistiaen, P. et Kroezen, M. (2014). The effects of nurse prescribing: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1048-1061. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003>
- Gouvernement du Canada. (2010). *Lignes directrices de Santé Canada*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/legislation-lignes-directrices/lignes-directrices.html>
- Gouvernement du Québec. (2016). *Par soucis de confidentialité, cette référence ne sera pas nommée*.

- Hobson, R. J., Scott, J. et Sutton, J. (2010). Pharmacists and nurses as independent prescribers: Exploring the patient's perspective. *Family Practice*, 27(1), 110-120. <https://doi.org/10.1093/famora/cmp070>
- Institut national de santé publique du Québec. (2011). *Les ordonnances collectives : s'outiller autrement*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/les-ordonnances-collectives-s-outiller-autrement>
- Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. Washington, DC: National Academies Press.
- Jones, A. (2008). Exploring independent nurse prescribing for mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 109-117. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01216.x>
- Jones, K., Edwards, M. et While, A. (2011). Nurse prescribing roles in acute care: An evaluative case study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 117-126. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05490.x>
- Kirby, M. J. L. et LeBreton, M. (2002). *La santé des Canadiens - Le rôle du Gouvernement fédéral. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*. Repéré à <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoct02vol6-f.html>
- Kooienga, S. et Wilkinson, J. (2016). RN prescribing: An expanded role for nursing. *Nursing Forum*, 0(0), 1-9. <https://doi.org/10.1111/nuf.12159>
- Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P. et Francke, A. L. (2011). Nurse prescribing of medicines in western european and anglo-saxon countries: A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1-17. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141384/pdf/1472-6963-11-127.pdf>
- Kroezen, M., Francke, A. L., Groenewegen, P. P. et van Dijk, L. (2012). Nurse prescribing of medicines in western european and anglo-saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 1002-1012. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.002>
- Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., de Rond, M., de Veer, A. J. et Francke, A. L. (2014). Neutral to positive views on the consequences of nurse prescribing: Results of a national survey among registered nurses, nurse specialists and physicians. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 539-548. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.002>
- Kwentoh, M.-L. et Reilly, J. (2009). Non-medical prescribing: The story so far. *The Psychiatrist* 33(1), 4-7. <https://doi.org/10.1192/pb.bp107.019075>

- Larousse. (2016a). *Conception*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conception/17878?q=conception#177752>
- Larousse. (2016a). *Clarification*. Repéré à <https://larousse.fr/dictionnaires/francais/clarification/16387?q=clarification#16257>
- Latter, S., Blenkinsopp, A., Smith, A., Chapman, S., Tinelli, M., Gerard, K., ... Dorer, G. (2011). *Evaluation of nurse and pharmacist independent prescribing*. Repéré à <https://eprints.soton.ac.uk/184777/3/ENPIPfullreport.pdf>
- Latter, S., Smith, A., Blenkinsopp, A., Nicholls, P., Little, P. et Chapman, S. (2012). Are nurse and pharmacist independent prescribers making clinically appropriate prescribing decisions? An analysis of consultations. *Journal of Health Services Research & Policy*, 17(3), 149-156. <https://doi.org/10.1258/JHSRP.2012.011090>
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R. et Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), 1-43. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub2.
- Lincoln, Y. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: SAGE.
- LoBiondo-Wood, G. et Haber, J. (2010). *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. (7^e éd.). St.Louis: Mosby Elsevier.
- Lockwood, E. B. et Fealy, G. M. (2008). Nurse prescribing as an aspect of future role expansion: The views of Irish clinical nurse specialists. *Journal of Nursing Management*, 16(7), 813-820. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2008.00853.x>
- Miles, M. B. et Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2^e éd.; traduit par M. Hlady Rispal). Paris, France: De Boeck.
- Ministère de la santé et services sociaux. (2000). *Les solutions émergentes- Rapport et recommandations (Rapport Clair)* (Publication n° 00-109-02F). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>
- Morgan, D. L. (1998). *Planning focus group: Focus group kit 2*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Morgan, D. L. (2012). Focus groups and social interaction. Dans J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti et K. D. McKinney, (dir.), *The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft* (2^e éd.) (p. 161-177). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- National Prescribing Centre. (2010). *Non-medical prescribing by nurses, optometrists, pharmacists, physiotherapists, podiatrists and radiographers: A quick guide for commissioners*. Repéré à https://static1.squarespace.com/static/515ab73de4b01cd3b024edd0/t/51eefaf8e4b0de4b8d276d80/1374616312229/NMP_QuickGuide.pdf

- National Prescribing Centre / National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012). *A single competency framework for all prescribers*. Repéré à https://www.associationforprescribers.org.uk/images/Single_Competency_Framework.pdf.
- Naughton, C., Drennan, J., Hyde, A., Allen, D., O'Boyle, K., Felle, P. et Butler, M. (2013). An evaluation of the appropriateness and safety of nurse and midwife prescribing in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1478-1488. <https://doi.org/10.1111/jan.12004>
- Nolan, P., Haque, M. S., Badger, F., Dyke, R. et Khan, I. (2001). Mental health nurses' perceptions of nurse prescribing. *Journal of Advance Nursing*, 36(4), 527-534. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02005.x>
- O'Connell, E., Creedon, R., McCarthy, G. et Lehane, B. (2009). An evaluation of nurse prescribing part 2: A literature review. *British Journal of Nursing*, 18(22), 1398-1402. <https://doi.org/10.12968/bjon.18.22.45570>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2014). *Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts*. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/3417-memoire-commission-revision-programmes.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015a). *Les solutions infirmières : Le contexte global*. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/1_ordre/dossiers_strategiques/droit_de_prescrire/oiiq_fiche_contexte_global.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015b). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2014-2015*. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/portrait-sommaire-2014-2015.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Prescription infirmière : où en sommes-nous?* Repéré à http://www.infoiiq.org/actualites/prescription-infirmiere-ou-en-sommes-nous/2016?gtmooiid=undefined&_ga=1.226984863.362488267.1443365646
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017a). *Prescription infirmière : suivi du déploiement*. Document inédit.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017b). *Prescription infirmière : 10 choses à savoir*. Repéré à <https://www.oiiq.org/prescription-infirmiere-pour-tout-savoir>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018a). *Prescription infirmière : suivi du déploiement*. Document inédit.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018b). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec*. Repéré à <https://www.oiiq.org/formation/norme-de-formation-continue>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec. (2015). *Guide explicatif conjoint : prescription infirmière. Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, pris en application de la Loi médicale*. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/guide-explicatif-prescription-infirmiere-final-web.pdf>
- Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P. et Haggerty, J. (2008). *L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec : rapport de recherche*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/777_ServicesPremLignes.pdf
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L. H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, QC: Gaëtan Morin.
- Rana, T., Bradley, E. et Nolan, P. (2009). Survey of psychiatrists' views of nurse prescribing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 257-262. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01351.x>
- Régis, C. et Savard, A.-M. (2010). L'accès aux soins et aux médicaments au Québec : entre l'idéal et la réalité. *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 40(1-2), 269-303. Repéré à https://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_40/Regissavard.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Primary solutions for primary care: Maximizing and expanding the role of the primary care nurse in Ontario*. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Primary__Care_Report_2012_0.pdf
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2016). *Models of RN prescribing matrix*. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RN_Prescribing_Model_Matrix_Revised_3.pdf
- Richards, L. et Morse, J. N. (2012). *Readme first for a user's guide to qualitative methods* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Royal College of Nursing. (2014). *RCN fact sheet: Nurse prescribing in the UK*. Repéré à https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0004/462370/15.12_NursePrescribing_in_the_UK_RCN_Factsheet.pdf
- Royal Pharmaceutical Society. (2016). *A competency framework for all prescribers*. Repéré à <http://www.rpharms.com/support-pdfs/prescribing-competency-framework.pdf>

- Ross, J. D. et Kettles, A. M. (2012). Mental health nurse independent prescribing: What are nurse prescribers' views of the barriers to implementation? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(10), 916-932. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01872.x>
- Stenner, K. et Courtenay, M. (2008). The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3), 276-283. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04707.x>
- Stenner, K., Courtenay, M. et Carey, N. (2011). Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: A qualitative study of patients views. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 37-46. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.06.006>
- Stewart, D. C., George, J., Diack, H. L., Bond, C. M., McCaig, D. J., Cunningham, I. S., ... Pflieger, D. (2009). Cross sectional survey of the Scottish general public's awareness of views on and attitudes toward nonmedical prescribing. *Annals of Pharmacotherapy*, 43(6), 1115-1121. <https://doi.org/10.1345/aph.1L609>
- Thibault, E.-N. (2010). *À propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisé*. Repéré à <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?articles58>
- Tinelli, M., Blenkinsopp, A., Latter, S., Smith, A. et Chapman, S. R. (2013). Survey of patients' experiences and perceptions of care provided by nurse and pharmacist independent prescribers in primary care. *An international Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 18(5), 1241-1255. <https://doi.org/10.1111/hex.12099>
- Tourigny, A., Aubin, M., Haggerty, J., Bonin, L., Morin, D., Reinharz, D., ... Benounissa, Z. (2010). Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform family medicine groups in Quebec. *Canadian Family Physician*, 56(7), e273-282. Repéré à <http://www.cfp.ca/content/cfp/56/7/e273.full.pdf>
- Wilkinson, J., Carryer, J. et Adams, J. (2014). Evaluation of a diabetes nurse specialist prescribing project. *Journal of Clinical Nursing*, 23(15-16), 2355-2366. <https://doi.org/10.1111/jocn.12517>

ANNEXE 1 - Lettre d'invitation de participation à l'étude

Bonjour,

Mon nom est Andrée-Anne Desjardins et je suis étudiante à la maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Je réalise un projet de recherche ayant pour titre « Les expériences d'infirmières quant à leurs nouvelles activités professionnelles de prescription ».

Je vous écris aujourd'hui pour vous inviter à faire partie de cette étude. Le but est d'en savoir plus sur vos expériences en lien avec les nouvelles activités professionnelles de prescription infirmière en vigueur depuis janvier 2016. Je souhaite mieux comprendre la signification que vous accordez à ces nouvelles activités professionnelles de prescription infirmière et les facteurs qui favorisent ou limitent le déploiement de ces nouvelles activités.

Je cherche à recruter environ 32 infirmières. 16 infirmières ayant obtenu leur attestation de prescription et 16 infirmières admissibles au droit de prescrire, mais ne l'ayant pas obtenu. Les critères d'inclusion à l'étude sont 1) être une infirmière diplômée, 2) avoir obtenu le droit de prescrire ou être admissible à l'obtention de celui-ci, 3) parler, comprendre et lire le français. Aucun critère d'exclusion n'est prévu puisqu'il est souhaité d'explorer autant les expériences d'infirmières ayant obtenu leur droit de prescription que celles ayant pris la décision de ne pas l'obtenir.

Je sollicite donc votre participation pour un entretien de groupe d'environ 1h30 minutes qui se réalisera à un moment que nous aurons convenu ensemble. Vous serez libéré de vos fonctions respectives pour réaliser l'entretien de groupe pendant votre temps de travail. Nos propos seront enregistrés audio et les informations resteront confidentielles. Si vous acceptez de participer à l'étude, je vous ferai parvenir le guide d'entretien qui vous permettra de connaître à l'avance les questions posées lors de cet entretien de groupe.

Il est important de noter que votre participation ou non n'aura aucune influence sur l'évaluation de votre performance au travail. En aucun temps, votre employeur immédiat ou les personnes ressources du CIUSSS n'aura accès aux données de ce projet de recherche.

Soyez assuré que la présente étude a été évaluée positivement par le Comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal (CÉRES) et celui du CIUSSS.

Pour plus d'informations ou pour toute question sur ce projet de recherche, vous pouvez me contacter au XXX-XXX-XXXX ou m'écrire un courriel à
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Je vous remercie de l'attention que vous portez à ma demande et de votre collaboration précieuse pour ce projet de recherche.

Très respectueusement,

Andrée-Anne Desjardins, Inf. B.Sc., Étudiante M.Sc.

Université de Montréal

Courriel |

ANNEXE 2 - Questionnaire sociodémographique

1. Sexe : Féminin Masculin

2. Âge : _____

3. Le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière :

4. Le nombre d'années d'expérience de travail au sein du CIUSSS

5. Actuellement, dans quel milieu clinique travaillez-vous ?

6. Le nombre d'années d'expérience dans ce milieu clinique :

7. Statut de travail: Temps complet Temps partiel

8. Le dernier niveau d'étude complété ou diplôme obtenu :

9. Si applicable, la date de l'obtention de votre droit/permis de prescription :

En mon nom personnel, je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

ANNEXE 3 - Guide d'entretien

Outil de collecte de données

Guide d'entretien des groupes de discussion ou des entretiens individuels

Bonjour, je m'appelle Andrée-Anne Desjardins et je vais animer l'entretien de groupe aujourd'hui.

L'entretien porte sur vos expériences quant aux nouvelles activités professionnelles de prescription infirmière en vigueur depuis janvier 2016 au Québec.

Je vous remercie de prendre le temps de participer à cet entretien de groupe.

L'entretien durera environ 1 heure 30 minutes. Voici notre mode de fonctionnement : la discussion est entre vous, pas avec moi. Je vais intervenir le moins possible, simplement afin que nous puissions garder le fil du sujet de notre discussion.

Je vous rappelle également que vos propos sont confidentiels, c'est-à-dire, qu'ils seront seulement communiqués à l'équipe responsable du projet sans y attacher votre nom. Tout ce qui sera dit ici sera transcrit pour faciliter l'analyse. Toute information qui pourrait servir à vous identifier sera enlevée de la transcription.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Avez-vous des questions avant de commencer? Avant de débiter, je vous demanderais de vous présenter par votre prénom, s'il-vous-plait, afin de faciliter la discussion ?

1. Pour débiter, j'aimerais savoir ce que vous pensez du rôle de l'infirmière prescriptrice et de ses nouvelles activités professionnelles de prescription?

Probes :

- Parlez-moi de votre compréhension de la législation/réglementation/normes qui encadrent vos nouvelles activités professionnelles de prescription.

- Quelles différences faites-vous entre la prescription infirmière et les ordonnances collectives?

2. Qu'est-ce que cela représente pour vous d'avoir le droit de prescrire de façon indépendante dans certaines situations cliniques?

Probes pour les infirmières ayant leur droit de prescrire:

- Quelles sont les raisons et les motivations qui vous ont menés à l'obtention de votre attestation de prescription?

Probes pour les infirmières n'ayant pas leur droit de prescrire:

- Pour quelles raisons n'avez-vous pas obtenu votre attestation de prescription?
- Désirez-vous obtenir éventuellement votre attestation de prescription? Pourquoi?

3. Parlez-moi des compétences, qui selon vous, sont nécessaires pour qu'une infirmière soit en mesure de prescrire de façon sécuritaire et optimale.

Probes :

- Parlez-moi de la formation en ligne à suivre afin d'obtenir le droit de prescrire. Qu'en pensez-vous?
- Selon vous, de quelles façons doit-on assurer le maintien des compétences des infirmières en matière de prescription au fil du temps?

4. Nous allons maintenant aborder la pratique des infirmières prescriptrices. Pensez-vous que le fait de prescrire amène à collaborer davantage avec les autres professionnelles dans l'équipe interdisciplinaire? Pourquoi?

Probes pour les infirmières ayant leur droit de prescrire:

- Parlez-moi de votre expérience de mise en pratique de vos nouvelles activités professionnelles de prescription infirmière.
- Racontez-moi comment les activités de prescription se déroulent pour vous (le contexte, le nombre de prescription, la fréquence d'utilisation, soutien, outils d'aide à la décision clinique, etc.)

- Parlez-moi des défis rencontrés lors du déploiement de ces nouvelles pratiques.
- Parlez-moi des facteurs facilitants le déploiement de ces nouvelles pratiques.
- De quelles façons rendez-vous compte des détails (nombre et type de prescriptions, effets des prescriptions, résultats, etc.) en lien avec votre pratique d'infirmière prescriptrice?

Probes pour les infirmières n'ayant pas leur droit de prescrire:

- Quels sont les facteurs qui influencent la décision des infirmières de ne pas prendre leur droit de prescrire?
- Considérez-vous pertinent le droit de prescrire pour les infirmières? Pourquoi?

5. Pour les infirmières ayant leur droit de prescrire: Quels changements avez-vous apportés à votre pratique à la suite de l'obtention de votre attestation de prescription?

5. Pour les infirmières n'ayant pas leur droit de prescrire: Si vous aviez votre attestation de prescription, quels changements cela apporterait dans votre pratique quotidienne?

6. Dans ce qui a été discuté aujourd'hui, quel est, selon vous, le message le plus important que je devrais retenir?

Mot de la fin

Pour terminer, aimeriez-vous rajouter quelque chose sur votre perception/expérience face aux nouvelles activités professionnelles de prescription infirmières que vous n'avez pas eu l'occasion de dire lors de l'entretien de groupe ?

En mon nom personnel, je vous remercie de votre participation à cet entretien.

ANNEXE 4 - Liste des codes simples²

<p>1. Autonomie 2. Acquisition de nouvelles connaissances 3. Favorise l'utilisation des connaissances acquises 4. Amélioration des connaissances en lien avec les traitements et la médication 5. Exercer sa pleine étendue de pratique 6. Fierté</p>
<p>7. Réduit les temps d'attente pour les patients 8. Meilleur accès aux soins de santé 9. Assure une meilleure continuité de soins 10. Évite la fragmentation des soins et des services offerts 11. Permet de mieux répondre aux besoins des patients 12. Soins plus holistiques 13. Relation de confiance avec les patients augmentée</p>
<p>14. Reconnaissance de la profession infirmière 15. Avancement de la profession 16. Soutenir les efforts de l'OIIQ pour le développement de la profession** 17. Donner l'exemple aux autres infirmières**</p>
<p>18. Renforcement de la hiérarchisation entre les médecins et les infirmières 19. Pas de valorisation /reconnaissance du rôle de l'infirmière prescriptrice 20. Aucune rémunération supplémentaire 21. Augmente le stress face à leur imputabilité</p>
<p>22. Incertitude par rapport aux bienfaits de ce nouveau rôle 23. Outil de travail pertinent** 24. Simplifie certaines tâches/la pratique infirmière** 25. Augmentation des responsabilités et des tâches 26. Préfère utiliser les OC** : (Ordonnances collectives ou protocoles déjà en vigueur qui permettent la même chose que la prescription infirmière) 27. Produits disponibles en vente libre. Non pertinent de prescrire 28. Accessibilité facile à un médecin, un pharmacien ou une IPS pour faire la prescription (La démarche est plus facile et moins longue</p>
<p>29. Peu de domaines ciblés par la prescription infirmière 30. Besoins de la population ne sont pas répondus par ces domaines de prescription** 31. Nouvelles catégories de prescriptions sont nécessaires</p>
<p>32. Formations spécifiques sur les domaines de prescriptions insuffisantes 33. Connaissances à approfondir sur les domaines de prescription autorisé 34. Critères d'admissibilité trop strictes 35. Critères d'admissibilité trop accommodants 36. Formation obligatoire en ligne incomplète** 37. Confiance de l'infirmière en ses capacités (positive/ négative)</p>

² Les codes finissant par deux astérisques (**) sont des codes qui ont émergés pendant l'analyse des données.

<p>38. Confiance des médecins en l'infirmière prescriptrice</p> <p>39. Craintes face à leur future pratique d'infirmière prescriptrice</p> <p>40. Ne considère pas avoir les connaissances ou compétences requises pour prescrire de façon sécuritaire</p> <p>41. Ne se sentirais pas à l'aise de prescrire</p>
<p>42. Uniformisation de la pratique**</p> <p>43. Pratique différentes dans chaque milieu**</p> <p>44. Aucune ligne directrice dans les milieux de soins</p> <p>45. Uniformisation de l'information transmise afin d'assurer une cohérence entre tous les milieux</p> <p>46. Problématiques administratives et avec les laboratoires et les pharmacie en lien avec le droit de prescrire des infirmières</p>
<p>47. Manque d'informations sur la prescription infirmière et le rôle de l'infirmière</p> <p>48. Séances d'informations et publicités sur la prescription infirmière nécessaires</p> <p>49. Manque de temps pour approfondir les recherches sur la prescription et les critères d'admissibilité</p> <p>50. Manque d'informations sur les procédures à suivre pour la formation en ligne, la demande d'attestation et l'approbation de l'attestation par le milieu de soins.</p> <p>51. Démarche complexe pour la demande de l'attestation</p> <p>52. Manque de temps pour faire la formation obligatoire en ligne autant sur leur temps de travail qu'à l'extérieur</p> <p>53. Pas de libération pour faire la formation sur le temps de travail</p> <p>54. Les coûts pour la formation</p> <p>55. Gestionnaires croyant à la prescription (encourage ces infirmières)</p> <p>56. Les gestionnaires immédiats ne valorisent pas ces nouvelles activités professionnelles</p> <p>57. Le milieu de travail ne permet pas la prescription infirmière</p> <p>58. Le rôle de l'infirmière prescriptrice n'est pas bien déployer dans le milieu de soins</p> <p>59. Impossible de respecter les conditions de suivi associé à une prescription</p>
<p>60. Des formations supplémentaires pour les domaines spécifiques de prescription devraient être offertes</p> <p>61. Rencontres d'équipe**</p> <p>62. Mentorat**</p> <p>63. Simulations cliniques**</p> <p>64. Avoir la possibilité de rejoindre des experts cliniques en tout temps**</p>
<p>65. Refus des médecins ou des pharmaciens</p> <p>66. Réticence des médecins ou des pharmaciens</p> <p>67. Manque de soutien de la part des médecins</p> <p>68. Comité de vigie de la prescription infirmière en place</p> <p>69. Collaboration (positive/négative)</p> <p>70. Communication (positive/négative)</p>
<p>71. Moment de la mise en place mal choisi**</p> <p>72. Réalité des infirmières n'est pas prise en compte</p> <p>73. Consultation pré-déploiement nécessaire**</p>

(Sondage ou un comité consultatif auprès des infirmières et de leurs besoins de prescription avant le début de l'implantation de la prescription infirmière)

74. La réforme liée à la Loi 10**

ANNEXE 5 - Tableau synthèse des codifications

Codes simples	Codes thématiques	Catégories
1. Autonomie 2. Acquisition de nouvelles connaissances 3. Favorise l'utilisation des connaissances acquises 4. Amélioration des connaissances en lien avec les traitements et la médication 5. Exercer sa pleine étendue de pratique 6. Fierté	Avantages professionnel pour l'infirmière prescriptrice	Avantages de la prescription infirmière selon les infirmières participantes (prescriptrices et non-prescriptrices)
7. Réduit les temps d'attente pour les patients 8. Meilleur accès aux soins de santé 9. Assure une meilleure continuité de soins 10. Évite la fragmentation des soins et des services offerts 11. Permet de mieux répondre aux besoins des patients 12. Soins plus holistiques 13. Relation de confiance avec les patients augmentée	Avantages pour le patient	
14. Reconnaissance de la profession infirmière 15. Avancement de la profession 16. Soutenir les efforts de l'OIIQ pour le développement de la profession* 17. Donner l'exemple aux autres infirmières*	Avantages d'ordre politique	
18. Renforcement de la hiérarchisation entre les médecins et les infirmières	Désavantages de la prescription infirmière	Critiques reliées au rôle de l'infirmière prescriptrice.

<p>19. Pas de valorisation /reconnaissance du rôle de l'infirmière prescriptrice</p> <p>20. Aucune rémunération supplémentaire</p> <p>21. Augmente le stress face à leur imputabilité</p>		
<p>22. Incertitude par rapport aux bienfaits de ce nouveau rôle</p> <p>23. Outil de travail pertinent*</p> <p>24. Simplifie certaines tâches/la pratique infirmière*</p> <p>25. Augmentation des responsabilités et des tâches</p> <p>26. Préfère utiliser les ordonnances collectives* (Ordonnances collectives ou protocoles déjà en vigueur qui permettent la même chose que la prescription infirmière)</p> <p>27. Produits disponibles en vente libre. Non pertinent de prescrire</p> <p>28. Accessibilité facile à un médecin, un pharmacien ou une IPS pour faire la prescription (La démarche est plus facile et moins longue</p>	<p>Valeur ajoutée de la prescription infirmière pour la pratique infirmière</p>	<p>Utilité de la prescription infirmière (différence entre la prescription infirmière et les autres méthodes de prescription)</p>
<p>29. Peu de domaines ciblés par la prescription infirmière</p> <p>30. Besoins de la population ne sont pas répondus par ces domaines de prescription*</p> <p>31. Nouvelles catégories de prescriptions sont nécessaires</p>	<p>Domaines restreints de prescription</p>	
<p>32. Formations spécifiques sur les domaines de prescriptions insuffisantes</p> <p>33. Connaissances à approfondir sur les domaines de prescription autorisé</p>	<p>Formations nécessaires pour l'obtention de l'attestation de prescription</p>	<p>Compétences requises de la part de l'infirmière prescriptrice.</p>

<p>34. Critères d'admissibilité trop strictes</p> <p>35. Critères d'admissibilité trop accommodants</p> <p>36. Formation obligatoire en ligne incomplète*</p> <p>37. Confiance de l'infirmière en ses capacités (positive/négative)</p> <p>38. Confiance des médecins en l'infirmière prescriptrice</p> <p>39. Craintes face à leur future pratique d'infirmière prescriptrice</p> <p>40. Ne considère pas avoir les connaissances ou compétences requises pour prescrire de façon sécuritaire</p> <p>41. Ne se sentirais pas à l'aise de prescrire</p>		
<p>42. Uniformisation de la pratique*</p> <p>43. Pratique différentes dans chaque milieu*</p> <p>44. Aucune ligne directrice dans les milieux de soins</p> <p>45. Uniformisation de l'information transmise afin d'assurer une cohérence entre tous les milieux</p> <p>46. Problématiques administratives et avec les laboratoires et les pharmacie en lien avec le droit de prescrire des infirmières</p>	<p>Standardisation nécessaire de la pratique pour chaque milieu ciblé par la prescription infirmière</p>	<p>Clarification du rôle et de la pratique de l'infirmière prescriptrice</p>
<p>47. Manque d'informations sur la prescription infirmière et le rôle de l'infirmière</p> <p>48. Séances d'informations et publicités sur la prescription infirmière nécessaires</p> <p>49. Manque de temps pour approfondir les recherches</p>	<p>Soutien administratif de la part du milieu de travail</p>	<p>Soutien</p>

<p>sur la prescription et les critères d'admissibilité</p> <p>50. Manque d'informations sur les procédures à suivre pour la formation en ligne, la demande d'attestation et l'approbation de l'attestation par le milieu de soins.</p> <p>51. Démarche complexe pour la demande de l'attestation</p> <p>52. Manque de temps pour faire la formation obligatoire en ligne autant sur leur temps de travail qu'à l'extérieur</p> <p>53. Pas de libération pour faire la formation sur le temps de travail</p> <p>54. Les coûts pour la formation</p> <p>55. Gestionnaires croyant à la prescription (encourage ces infirmières)</p> <p>56. Les gestionnaires immédiats ne valorisent pas ces nouvelles activités professionnelles</p> <p>57. Le milieu de travail ne permet pas la prescription infirmière</p> <p>58. Le rôle de l'infirmière prescriptrice n'est pas bien déployer dans le milieu de soins</p> <p>59. Impossible de respecter les conditions de suivi associé à une prescription*</p>		
<p>60. Des formations supplémentaires pour les domaines spécifiques de prescription devraient être offertes</p> <p>61. Rencontres d'équipe*</p> <p>62. Mentorat*</p> <p>63. Simulations cliniques*</p>	<p>Soutien clinique</p>	

64. Avoir la possibilité de rejoindre des experts cliniques en tout temps*		
65. Refus des médecins ou des pharmaciens 66. Réticence des médecins ou des pharmaciens 67. Manque de soutien de la part des médecins 68. Comité de vigie de la prescription infirmière en place 69. Collaboration (positive/négative) 70. Communication (positive/négative)	Soutien collaboratif	
71. Moment de la mise en place mal choisi* 72. Réalité des infirmières n'est pas prise en compte 73. Consultation pré-déploiement nécessaire* (Sondage ou un comité consultatif auprès des infirmières et de leurs besoins de prescription avant le début de l'implantation de la prescription infirmière) 74. La réforme liée à la Loi 10*	Processus de gestion administrative et organisationnelle	Déploiement organisationnel de la prescription infirmière

ANNEXE 6 - Tableau récapitulatif des thèmes obtenus suite à la codification et l'analyse

Thèmes	Sous-thèmes	Catégories
<i>Les perceptions d'infirmières sur le rôle de l'infirmière prescriptrice</i>	La conception du rôle de l'infirmière prescriptrice	
	La compréhension du rôle de l'infirmière prescriptrice et ses responsabilités associées	Quatre catégories de questionnements: 1) leurs droits en tant qu'infirmière prescriptrice 2) le fonctionnement de ce nouveau rôle dans l'équipe de soins 3) les ressources de soutien disponibles 4) l'utilité de la prescription infirmière
	Les compétences et connaissances de l'infirmière prescriptrice	
	La différence entre les ordonnances collectives et la prescription infirmière selon les infirmières.	
<i>Le processus de déploiement de la prescription infirmière</i>	Le processus administratif de mise en place de la prescription	
	L'utilisation de la prescription infirmière	
	La standardisation du rôle de l'infirmière prescriptrice	
	Les facteurs limitant le déploiement de la prescription infirmière	

	Les facteurs favorisant le déploiement de la prescription infirmière	
--	--	--

ANNEXE 7 - Travail de synthèse réalisé sur les thèmes obtenus

Thèmes	Sous-thèmes	Catégories
<i>Les perceptions d'infirmières sur le rôle de l'infirmière prescriptrice</i> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px 0;">Déplacer dans les facteurs limitant le déploiement</div>	La conception du rôle de l'infirmière prescriptrice	<ul style="list-style-type: none"> • Les aspects positifs • Les critiques
	La compréhension (clarification) du rôle de l'infirmière prescriptrice et ses responsabilités associées	Quatre catégories de questionnements: 1) leurs droits en tant qu'infirmière prescriptrice 2) le fonctionnement de ce nouveau rôle dans l'équipe de soins 3) les ressources de soutien disponibles 4) l'utilité de la prescription infirmière
	Les compétences et connaissances de l'infirmière prescriptrice	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Se rattache aux facteurs limitant le déploiement</div>
	La différence entre les ordonnances collectives et la prescription infirmière selon les infirmières.	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Intégrer dans la catégorie de l'utilité de la prescription infirmière</div>
	Le processus administratif de mise en place de la prescription	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Se rattache aux facteurs limitant le déploiement</div>
<i>Le processus de déploiement de la prescription infirmière</i>	L'utilisation de la prescription infirmière	
	La standardisation du rôle de l'infirmière prescriptrice	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Déplacer dans la clarification du rôle</div>
	Les facteurs limitant le déploiement de la prescription infirmière	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Diviser en plusieurs catégories</div>
	Les facteurs favorisant le déploiement de la prescription infirmière	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">Diviser en plusieurs catégories</div>

ANNEXE 8 - Tableau final des thèmes des résultats

Thèmes	Sous-thèmes	Catégories
Les perceptions d'infirmières sur le rôle de l'infirmière prescriptrice	La conception du rôle de l'infirmière prescriptrice	<ul style="list-style-type: none"> • Les aspects positifs • Les critiques
	L'utilité de la prescription infirmière	
Le déploiement de la prescription infirmière	L'utilisation de la prescription infirmière	
	Les facteurs limitant le déploiement de la prescription infirmière	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque d'informations et de clarté en lien avec le rôle de l'infirmière prescriptrice • Le manque de confiance des infirmières • Le manque de soutien clinique • Les critères d'admissibilité au droit de prescrire • La formation en ligne obligatoire • Les processus administratifs et organisationnels • La collaboration difficile
	Les facteurs favorisant le déploiement de la prescription infirmière	<ul style="list-style-type: none"> • La promotion du rôle de l'infirmière prescriptrice • Le soutien clinique souhaité

ANNEXE 9 - Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE : LES EXPERIENCES D'INFIRMIERES QUANT AUX NOUVELLES ACTIVITES PROFESSIONNELLES DE PRESCRIPTION.

Étudiante-
Chercheuse

Andrée-Anne Desjardins

Étudiante à la maîtrise

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Directrice de
maîtrise

Isabelle Brault

Professeure adjointe

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Co-directrice de
maîtrise et
chercheuse
principal du projet

Johanne Goudreau

Professeure titulaire

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Chercheuse locale

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Description de la recherche

Cette étude vise à explorer les expériences d'infirmières du Centre intégré universitaire de santé et de services face aux nouvelles activités professionnelles de prescription afin de mieux comprendre les significations accordées par les infirmières à leurs nouvelles activités professionnelles de prescription et les facteurs qui favorisent ou limitent le déploiement de ces nouvelles activités.

Je sollicite votre participation pour un entretien de groupe. Il est important de noter que votre participation ou non n'aura aucune influence sur l'évaluation de votre performance au travail. En aucun temps, votre employeur immédiat ou les personnes ressources du n'aura accès aux données de ce projet de recherche.

Nature, durée et conditions de la participation

Si vous acceptez de participer, votre participation consistera à prendre part à un (1) entretien de groupe d'une durée de 1h30 minutes en français avec l'étudiante-chercheuse. Cet entretien aura lieu en février ou mars 2017 et à un moment convenu entre vous et l'étudiante-chercheuse.

Le guide de l'entretien comprenant les questions vous sera transmis avant cet entretien. Les questions du guide permettront de vous exprimer sur différents aspects en lien avec les nouvelles activités professionnelles de prescription des infirmières. Un questionnaire sociodémographique vous sera également transmis afin d'obtenir de l'information sur le sexe, l'âge, le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière et le nombre d'années d'expérience de travail au sein du CIUSSS de le milieu actuel de travail, le statut de travail, le dernier niveau d'étude complété ou diplôme obtenu et si applicable la date de l'obtention du droit de prescrire.

L'entretien sera enregistré audio et transcrit verbatim pour fin d'analyse seulement. Toutes vos réponses sont confidentielles et toute information pouvant vous identifier sera retirée de la transcription.

Risques et inconvénients :

Durant l'entretien, il se peut que vous ressentiez un inconfort ou de la gêne à vous exprimer. Si tel est le cas, vous pouvez ne pas répondre à une question ou simplement arrêter l'entretien à n'importe quel moment sans risque de préjudice et sans que cela affecte l'évaluation de votre performance au travail. La personne qui vous accompagne dans les rencontres est formée pour stimuler votre réflexion et non pour vous évaluer.

Les inconvénients reliés à la participation à cette étude sont le temps que vous y consacrerez. Le temps de participation est estimé à 1h30 minutes au total. La personne qui vous accompagne dans les rencontres est formée pour stimuler votre réflexion et non pour vous évaluer.

Avantages et bénéfiques :

Outre la contribution à l'avancement des connaissances reliée aux nouvelles activités professionnelles de prescription au Québec, l'étude vous permettra de donner votre point de vue, vos préférences et aider à l'émission de recommandations pour assurer un déploiement optimal des nouvelles activités professionnelles de prescription. Si vous le souhaitez, nous pouvons vous transmettre toute communication ou publication qui pourrait comporter les résultats globaux de cette recherche. Donc, si vous souhaitez recevoir des publications en lien avec ce projet veuillez l'indiquer ci-bas et nous fournir une adresse courriel à laquelle la publication pourra vous être acheminée.

Je souhaite recevoir toute publication reliée à cette étude: _____ OUI _____ NON.

Adresse courriel pour recevoir les publications :

Compensation :

Vous ne recevrez aucune compensation à titre de participante à cette recherche.

Confidentialité, protection et conservation des données :

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Ils seront communiqués seulement à l'équipe responsable du projet sans y attacher le nom des participantes et seule cette équipe aura accès à ces données. Toute information qui pourrait servir à identifier les participants sera enlevée de la transcription des entretiens.

Lors de la publication des résultats de recherche, si besoin est, un pseudonyme remplacera le nom de chaque participant. L'utilisation de pseudonymes préservera la confidentialité des informations et aucun résultat ne pourra être utilisé pour identifier les participants. Les données de recherche ne serviront pas à d'autres fins qu'à la présente étude. Les données seront conservées sur un ordinateur protégé par un mot de passe. Les données seront conservées pendant 5 ans selon les règles en vigueur au bureau d'examen de la recherche du Centre [redacted] après quoi elles seront détruites. Toutes les copies des données numériques (enregistrements) seront également effacées et les documents papier seront déchetés.

Participation volontaire et droit de retrait :

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser l'étudiante-chercheuse et ce, par simple avis verbal ou courriel.

Responsabilité de l'équipe de recherche :

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

Personnes-ressources :

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche, vous pouvez contacter l'étudiante-chercheuse: Andrée-Anne Desjardins, étudiante à la maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal par téléphone au [redacted] par courriel à l'adresse [redacted]

Si vous désirez parler avec une personne qui n'est pas membre de l'équipe de recherche au sujet de vos droits en tant que participant, ou si vous avez des plaintes à propos du projet, veuillez communiquer avec :

Commissariat aux plaintes et à la qualité des services



Consentement

Déclaration du participant :

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

Je comprends que je peux me retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche intitulé «Les expériences d'infirmières quant aux nouvelles activités professionnelles de prescription».

Prénom et nom du participant
(caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Prénom et nom du chercheur
(caractères d'imprimerie)

Signature du chercheur

Date :

ANNEXE 10 - Approbation écrite pour l'utilisation du cadre théorique de l'AIIC

The national voice of registered nurses Porte-parole national des infirmières et infirmiers

CANADIAN NURSES ASSOCIATION  **ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA**

June 11, 2018

Andrée-Anne Desjardins, Inf. B.Sc,
Étudiante M. Sc.

[Redacted]

Dear Andrée-Anne,

Your request for permission to reproduce figure 2, page 4 including the URL of the “Values” part of CNA’s Code of ethics for registered nurses (2008), has been approved, provided the following terms and conditions are met:

Permission is granted to Andrée-Anne Desjardins on a one-time-only, 10-year limited term, non-exclusive basis for reproduction in print and electronic formats in *Mémoire de maîtrise*, Author: Andrée-Anne Desjardins, Title : *La prescription infirmière : expériences d’infirmières québécoises*, date of publication : July 2018, circulation « 1 ».

1. Material may not be used in any subsequent editions, or in any other publications.
2. The source of the original material, along with the following credit line, must be included:
© Canadian Nurses Association. Reprinted with permission. Further reproduction prohibited.”

If you have any questions, contact our managing editor, Suzanne Pregent, [Redacted]

[Redacted]

Thank you for your interest in redistributing materials from the Canadian Nurses Association.

[Redacted]

Donna Dewar
Chief, Innovation and Engagement

50 DRIVEWAY OTTAWA ONTARIO K2P 1E2 CANADA
TEL/TÉL 613-237-2133 • 1-800-361-8404 • FAX/TÉLÉC 613-237-3520

cna-aiic.ca