

Université de Montréal

Mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation  
mécanique : une étude de cas multiples

*Par*

Lysane Paquette inf., M. Sc., Ph. D. (candidate)

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade *Philosophiae Doctor* en sciences infirmières,  
option soins et santé

Mai 2022

© Lysane Paquette, 2022



Université de Montréal  
Faculté des sciences infirmières

---

*Cette thèse intitulée*

**Mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation  
mécanique : une étude de cas multiples**

*Présenté par*

**Lysane Paquette, inf., MSc., Ph. D. (candidate)**

*A été évaluée par un jury composé des personnes suivantes*

**Caroline Arbour, inf., Ph. D.**  
Présidente-rapporteuse

**Kelley Kilpatrick, inf., Ph. D.**  
Directrice de recherche

**Marlène Karam, Inf., Ph. D.**  
Membre du jury

**Émilie Gosselin, Inf., Ph. D.**  
Examinatrice externe

## Résumé

**Titre :** Mise en œuvre du rôle d’infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples

**Problématique :** Le recours à la ventilation mécanique (VM) de façon prolongée est délétère, d’où la nécessité de la sevrer rapidement. Le sevrage de la ventilation mécanique (SVM) nécessite un travail concerté avec différents professionnels dont les champs d’exercice se juxtaposent. Ce chevauchement modifie les frontières professionnelles et influence le déploiement du rôle de chacun des membres de l’équipe. Les infirmières en soins intensifs (USI) ont un rôle clé dans le processus du SVM. En l’exerçant pleinement au sein des équipes, elles peuvent réduire la durée de la VM. La façon dont les infirmières mettent en œuvre leur rôle (MOR) en présence d’autres professionnels lors du SVM demeure peu explorée.

**But de l’étude :** Comprendre comment les infirmières en USI déploient leur rôle lors du SVM.

**Méthodologie :** Une étude de cas multiples avec une collecte de données mixtes et concurrentes a été complétée dans deux USI suite à une étude pilote. Chaque cas est défini autour du processus de la MOR des infirmières lors du SVM. Le cadre conceptuel de la mise en œuvre des rôles, les frontières interprofessionnelles et les perceptions d’efficacité des équipes de soins a soutenu le projet. **Collecte de données :** Des données ont été collectées entre avril 2019 et janvier 2020. Deux questionnaires validés ont été distribués aux infirmières, inhalothérapeutes et intensivistes ( $n_{\text{total}} = 102$ ) pour décrire les rôles, les responsabilités et l’autonomie décisionnel du personnel impliqué dans le SVM et mesurer des processus d’équipe qui influence la MOR (Alpha de Cronbach  $[\alpha]$  : 0,72 à 0,90). Des observations des interactions lors du SVM ( $n_{\text{total}} = 16$  heures) et des entrevues ( $n_{\text{total}} = 49$ ), d’une durée de 30-90 minutes ont été réalisées. **Analyses :** L’analyse de contenu pour les entrevues et des statistiques descriptives ont été réalisées. **Résultats :** Les questionnaires et les observations démontrent que les infirmières sont peu impliquées, ont une faible autonomie et peu d’influence sur les décisions lors du SVM. Alors qu’en entrevue, plusieurs activités sont décrites pour favoriser le SVM (p. ex., activités de surveillances, gestion de l’éveil, connaissance approfondie du patient) et une contribution majeure des infirmières aux processus d’équipe (p. ex. coordination) est notée. Un fonctionnement modéré de l’équipe (Cas 1 : Mdn 4,52, ÉT = 0,52, Cas



2 : Mdn 4,43, ÉT = 0,52), des caractéristiques liées à l'USI (p. ex., protocoles) et aux infirmières (p. ex., engagement dans des soins centrés sur le patient) permettent de comprendre ce qui influence la MOR infirmier lors du SVM. Les infirmières négocient leur rôle en créant un espace de discussion et en reconnaissant l'expertise des membres de l'équipe. **Conclusion :** La MOR des infirmières lors du SVM est sous optimale. L'utilisation d'un protocole, les réunions d'équipe, la formation sur la VM et la connaissance approfondie du patient semblent faciliter la MOR des infirmières lors du SVM. L'utilisation de ces stratégies peut optimiser la contribution des infirmières lors du SVM et est susceptible de mener au sevrage plus efficace des patients nécessitant la VM.

**Mots clés :** champ d'exercice, équipe interprofessionnelle, étude de cas, infirmière, mise en œuvre du rôle, responsabilités, rôle, sevrage, soins intensifs, ventilation mécanique.

## Abstract

**Title:** Role enactment of intensive care nurses during weaning from mechanical ventilation: a multiple case study.

**Background:** Mechanical ventilation (MV) is a common treatment in the intensive care unit (ICU). However, its prolonged application can cause additional harm to patients, hence the need to wean it promptly. Weaning from MV requires that different healthcare professionals, whose scopes of practice overlap, work together. This overlap changes how work is divided, professional boundaries and influences the contributions of each healthcare professional. Nurses play a key role in weaning from MV and optimal use of their role reduce the duration of MV for patients. How nurses enact their role in the presence of other professionals during weaning from MV remains under explored. **Study Aim:** To understand how ICU nurses enact their role during weaning from MV, **Methods:** A multiple case study with mixed and concurrent data collection was completed in two ICUs following a pilot study. Each case is defined around the process of nurses enacting their role during weaning from MV. The conceptual framework of role enactment, interprofessional boundaries, and perceptions of team effectiveness supported the project. **Data Collection:** Data were collected between April 2019 and January 2020. Two validated questionnaires were distributed to nurses, respiratory therapists, and intensivists ( $n_{\text{total}} = 102$ ) to examine the roles, responsibilities, and decision making autonomy, and measure processes in the healthcare team that influence role enactment (Cronbach alpha: 0.72 to 0.90) Observations of interactions during weaning from MV ( $n_{\text{total}} = 16$  hours) and interviews ( $n_{\text{total}} = 49$ ) lasting 30 to 90 minutes were conducted. **Analysis:** Content analysis for the interviews and descriptive statistics for the quantitative data were used. **Results:** Questionnaires and observations showed that nurses have little involvement in, autonomy and influence on decisions during the weaning from MV. Whereas in the interviews, participants described several activities completed by nurses to promote weaning from MV (e.g., monitoring activities, managing sedation, in-depth knowledge of the patient) and important contributions to team processes were noted (e.g., coordination). Moderate scores for team functioning (Case 1: median = 4,52, SD = 0.52, Case 2: median = 4,43, SD = 0.52), ICU-related characteristics (e.g., protocols), and nurses (e.g., being committed to patient-centered care) provide insight into what influences 'nurses' role enactment during weaning from MV. Nurses

negotiate their role by creating space for discussion and acknowledging the expertise of other team members. **Conclusion:** Nurses' role enactment during weaning from MV is suboptimal. The use of a protocol, team meetings, educational offerings related to MV, and in-depth knowledge of the patient appear to facilitate the nurses' role enactment when weaning from MV. These strategies may optimize the use of nurses' roles when weaning MV and are likely to lead to more effective weaning of patients requiring MV.

**Keywords:** case study, critical care, inter-professional team, mechanical ventilation, nurse, role enactment, responsibilities, role, scope of nursing practice, weaning.

# Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>5</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>7</b>
<b>Liste des tableaux .....</b>	<b>16</b>
<b>Liste des figures .....</b>	<b>17</b>
<b>Liste des sigles et abréviations.....</b>	<b>18</b>
<b>Dédicace.....</b>	<b>19</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>20</b>
<b>Chapitre 1 — La problématique de recherche.....</b>	<b>23</b>
<b>Chapitre 2 — La recension.....</b>	<b>31</b>
Les unités de soins intensifs .....	31
La ventilation mécanique et son sevrage.....	33
Le fonctionnement de l'équipe dans les unités de soins intensifs.....	34
La mise en œuvre du rôle des infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique.....	38
Le champ d'exercice et la mise en œuvre du rôle des infirmières .....	38
Les rôles et responsabilités des infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique.....	42
La mise en œuvre du rôle des infirmières dans les ensembles d'interventions liés à la ventilation mécanique .....	47
L'ensemble d'interventions ABCDEF .....	48
Les ensembles d'interventions adressées aux infirmières pour le SVM.....	50
Les interventions liées à la modification des paramètres du respirateur.....	51

Les interventions pour prévenir les complications chez les patients ventilés mécaniquement .....	52
Les interventions infirmières ciblées lors du sevrage de la ventilation mécanique .....	54
La gestion de l'état d'éveil .....	54
La mobilisation précoce .....	57
Les soins buccodentaires .....	58
Le sommeil .....	59
Le statut nutritionnel adéquat .....	59
La connaissance approfondie du patient .....	60
La synthèse de la recension .....	61
<b>Chapitre 3 — Le cadre conceptuel .....</b>	<b>63</b>
<b>Chapitre 4 — La méthodologie .....</b>	<b>73</b>
Le devis de recherche .....	74
La description du Cas .....	76
La sélection des Cas .....	76
Le Cas 1 .....	77
Le Cas 2 .....	79
Les participants .....	79
Les sources de données .....	81
Les sources de données quantitatives .....	81
Les questionnaires .....	81
Questionnaire 1 « Ventilation et sevrage de la ventilation mécanique : tâches, compétences et responsabilités du personnel infirmier des soins intensifs » .....	82
Questionnaire 2 : « Le questionnaire sur le fonctionnement des équipes » .....	84
Les observations des interactions .....	85
La grille d'observation .....	85

Les sources de données qualitatives.....	86
Les entrevues semi-dirigées .....	86
Le guide d’entrevue.....	87
Les notes de terrain .....	88
Le déroulement.....	89
L’étude pilote .....	89
L’étude principale .....	92
L’analyse des données.....	93
L’analyse de l’étude pilote .....	93
Les analyses intracas .....	94
Les analyses quantitatives .....	95
Les analyses qualitatives .....	96
L’intégration des sources de données.....	97
L’analyse intercas.....	97
Les considérations éthiques.....	98
Les critères de rigueur .....	100
<b>Chapitre 5 — Les résultats.....</b>	<b>103</b>
Cas 1 : La description du cas.....	104
Les analyses intracas .....	107
Décrire la mise en œuvre du rôle d’infirmières lors du sevrage de la ventilation mécanique .....	107
Les activités quotidiennes de surveillances.....	107
Les activités quotidiennes pour favoriser le SVM .....	112
Les activités quotidiennes pour la gestion de l’état d’éveil .....	113
La connaissance approfondie du patient .....	115

Les facteurs qui influencent la mise en œuvre du rôle infirmier lors du sevrage de la ventilation mécanique.....	116
Les structures.....	116
La présence de protocoles .....	116
Les caractéristiques des infirmières .....	117
Les caractéristiques des patients .....	118
Le fonctionnement de l'équipe.....	118
La communication.....	119
La prise de décision.....	120
La cohésion .....	120
La résolution de problème.....	121
La coordination .....	121
Les facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe .....	121
Les rencontres d'équipe .....	122
La présence constante au chevet .....	122
La clarté de rôle.....	123
La confiance .....	124
L'emphase mise sur le patient.....	124
Comment les infirmières négocient leur rôle .....	125
La création d'un espace d'échange .....	125
La reconnaissance de l'expertise des autres membres de l'équipe .....	126
Les objets de frontières .....	127
Cas 2 : La description du cas.....	127
Les analyses intracas .....	131
Décrire la mise en œuvre du rôle d'infirmières lors du sevrage de la ventilation mécanique .....	131

Les activités quotidiennes de surveillances.....	131
Les activités quotidiennes pour favoriser le sevrage de la ventilation mécanique.....	137
Les activités quotidiennes pour la gestion de l'état d'éveil .....	137
La connaissance approfondie du patient .....	138
Les facteurs qui influencent la mise en œuvre du rôle infirmier lors du sevrage de la ventilation mécanique.....	139
Les structures.....	139
La présence de protocoles .....	139
Les caractéristiques des infirmières .....	140
Les caractéristiques des patients .....	141
Le fonctionnement de l'équipe.....	141
La communication.....	142
La prise de décision.....	144
La cohésion .....	145
La résolution de problème.....	145
La coordination .....	146
Les facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe .....	147
Les rencontres d'équipe .....	147
La présence constante au chevet .....	148
La clarté de rôle.....	148
La confiance .....	149
<i>L'emphase mise sur le patient</i> .....	150
Comment les infirmières négocient leur rôle .....	151
La création d'un espace d'échange .....	151
La reconnaissance de l'expertise des autres membres de l'équipe .....	152



Les objets de frontières .....	153
L'analyse intercas.....	153
Décrire la mise en œuvre du rôle des infirmières lors du sevrage de la ventilation mécanique .....	154
Les activités quotidiennes de surveillances.....	154
Les activités pour favoriser le sevrage de la ventilation mécanique .....	156
Les activités quotidiennes de gestion de l'état d'éveil.....	157
La connaissance approfondie du patient .....	157
Les facteurs qui influencent la mise en œuvre du rôle des infirmières lors du servage de la ventilation mécanique .....	157
Les structures.....	157
La présence de protocole.....	157
Les caractéristiques des infirmières .....	158
Les caractéristiques des patients .....	158
Le fonctionnement de l'équipe.....	159
La communication.....	159
La prise de décision.....	159
La cohésion .....	160
La résolution de problème.....	160
La coordination .....	160
Les facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe .....	161
Les rencontres d'équipe .....	161
La présence constante au chevet .....	162
La clarté de rôle.....	162
La confiance .....	162
L'emphase mise sur le patient.....	163

Comment les infirmières négocient leur rôle .....	163
La création d'un espace d'échange .....	163
La reconnaissance de l'expertise des autres membres de l'équipe .....	164
Les objets de frontières .....	164
<b>Chapitre 6 — La discussion.....</b>	<b>165</b>
La mise en œuvre du rôle infirmier lors du sevrage de la ventilation mécanique.....	167
Le développement sous-optimal du champ d'exercice et une faible autonomie.....	167
La clarté de rôle.....	170
Les conséquences d'une MOR peu déployée.....	172
Les frontières des rôles professionnels.....	174
La création d'un espace de discussion et la reconnaissance de l'expertise des autres professionnels.....	175
Les objets de frontières .....	178
Le fonctionnement des équipes .....	179
Le fonctionnement non optimal des équipes.....	180
La contribution des infirmières au fonctionnement de l'équipe .....	182
Les stratégies pour améliorer la mise en œuvre du rôle des infirmières et le fonctionnement de l'équipe.....	185
Les rencontres d'équipes.....	185
Les outils d'aide à la décision .....	186
La connaissance approfondie du patient .....	187
Les caractéristiques liées aux infirmières.....	188
Les caractéristiques liées à l'unité de soins intensifs .....	189
Le soutien du gestionnaire.....	190
Les propositions de modifications au cadre conceptuel.....	191
Les structures.....	191

Les caractéristiques liées à l'unité de soins intensifs .....	191
Les caractéristiques liées aux infirmières.....	193
Les caractéristiques liées aux patients.....	193
Les concepts centraux .....	194
La mise en œuvre du rôle .....	194
Le fonctionnement de l'équipe.....	194
Les processus d'équipe.....	194
Le travail d'articulation.....	194
L'interdépendance.....	195
La négociation du rôle.....	195
La création d'un espace de discussion .....	195
La reconnaissance de l'expertise.....	196
Les objets de frontières .....	196
La relation entre les concepts .....	196
Les forces .....	197
Les limites .....	199
Les implications selon les domaines en sciences-infirmières .....	200
Les implications pour la pratique .....	200
Les implications pour la gestion.....	203
Les implications pour la formation infirmière .....	206
Les implications pour la recherche.....	207
<b>Chapitre 7 — La conclusion.....</b>	<b>211</b>
<b>Références .....</b>	<b>210</b>
<b>Annexes .....</b>	<b>251</b>
Annexe A : Exemple de stratégie de recherche.....	251

Annexe B : Autorisation pour l'utilisation du questionnaire « survey of mechanical ventilation and weaning role responsabilites ».....	253
Annexe C : Propositions des modifications et commentaires pour le Questionnaire 1 .....	254
Annexe D : Questionnaire 1 « Ventilation et sevrage de ventilation: tâches, compétences et responsabilités du personnel infirmier des soins intensifs » .....	255
Annexe E : Questionnaire 2 : Le fonctionnement de l'équipe .....	263
Annexe F : Items reliés au processus d'équipe .....	269
Annexe G : Grilles d'observation.....	271
Annexe H : Entente de confidentialité .....	273
Annexe I : Guide d'entrevue : Professionnels.....	274
Annexe J : Guide d'entrevue : Gestionnaires.....	276
Annexe K : Profil sociodémographique des professionne .....	278
Annexe L : Courriel et annonce pour recrutement.....	280
Annexe M : Modes et fréquences de recrutement.....	281
Annexe N : Considérations éthiques .....	282
Annexe O : Formulaire de consentement .....	302
Annexe P : Consentement au questionnaire en ligne .....	318
Annexe Q : Affiche à l'entrée de l'USI pour la collecte.....	319
Annexe R : Caractéristiques des répondants du Cas 1 aux entrevues.....	320
Annexe S : Thèmes des entrevues Cas 1 .....	321
Annexe T : Caractéristiques des répondants du Cas 2 aux entrevues .....	322
Annexe U : Thèmes des entrevues Cas 2 .....	323
Annexe V : Intercas.....	324

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1.</b> – <i>Adaptations proposées au cadre conceptuel et définition des codes</i> .....	68
<b>Tableau 2.</b> – <i>Description des concepts pour le codage</i> .....	70
<b>Tableau 3.</b> – <i>Caractéristiques des répondants aux questionnaires pour le Cas 1</i> .....	106
<b>Tableau 4.</b> – <i>Les tâches, compétences et responsabilités du personnel des soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique</i> .....	108
<b>Tableau 5.</b> – <i>Fréquence à laquelle le personnel infirmier prend et applique des décisions reliées au sevrage de la ventilation mécanique</i> .....	109
<b>Tableau 6.</b> – <i>Total des interactions initiées et reçues par groupes professionnels</i> .....	110
<b>Tableau 7.</b> – <i>Interactions initiées et reçues par les infirmières</i> .....	111
<b>Tableau 8.</b> – <i>Processus et facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe</i> .....	119
<b>Tableau 9.</b> – <i>Caractéristiques des répondants aux questionnaires du Cas 2</i> .....	130
<b>Tableau 10.</b> – <i>Tâches, compétences et responsabilités du personnel des soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique</i> .....	132
<b>Tableau 11.</b> – <i>Fréquence à laquelle le personnel infirmier prend et applique des décisions reliées au sevrage de la ventilation mécanique</i> .....	133
<b>Tableau 12.</b> – <i>Total des interactions initiées et reçues par groupes professionnels</i> .....	134
<b>Tableau 13.</b> – <i>Interactions initiées et reçues par les infirmières</i> .....	135
<b>Tableau 14.</b> – <i>Processus et facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe</i> .....	142
<b>Tableau 15.</b> – <i>Caractéristiques des répondants du Cas 1 aux entrevues</i> .....	320
<b>Tableau 16.</b> – <i>Thèmes des entrevues Cas 1</i> .....	321
<b>Tableau 17.</b> – <i>Caractéristiques des répondants du Cas 2 aux entrevues</i> .....	322
<b>Tableau 18.</b> – <i>Thèmes des entrevues Cas 2</i> .....	323

## Liste des figures

<b>Figure 1.</b> – <i>Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness</i> .....	65
<b>Figure 2.</b> – <i>Déroulement de l'étude</i> .....	91
<b>Figure 3.</b> – <i>Proposition d'un cadre conceptuel illustrant la mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique.</i> .....	192

## Liste des sigles et abréviations

AI : Aide inspiratoire  
AIC : Assistance-infirmière-cheffe  
CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et services sociaux  
ÉT : Écart-type  
FiO<sub>2</sub> : Fraction d'oxygène inspirée  
GEST : Gestionnaire  
INH : Inhalothérapeute  
INF : Infirmière  
M : Moyenne  
Mdn : Médiane  
MED : Médecin intensiviste  
MEI : Membre de l'équipe interprofessionnelle  
MOR : Mise en œuvre du rôle  
O<sub>2</sub> : Oxygène  
PAB : Préposés aux bénéficiaires  
PAVM : Pneumonie acquise sous ventilation mécanique  
PEEP : Pression expiratoire positive  
RASS : Richmond agitation sedation scale  
RC : Rapport de cotes  
SVM : Sevrage de la ventilation mécanique  
TES : Tentative d'éveil spontané  
TRS : Tentative de respiration spontanée  
USI : Unités de soins intensifs  
VM : Ventilation mécanique

## **Dédicace**

*À ma gagne la plus proche et celle qui navigue autour de moi. Vous m'avez soutenue, guidée, relevée, accompagnée. Chacun à votre manière, vous avez contribué à la force du mouvement qui m'a permis d'arriver à destination.*



## Remerciements

On m'a dit du doctorat que moi seule comprendrai et saisirai l'ampleur du chemin parcourue et de là viendra ma fierté. Quand je me retourne, je vois que la vie a déboulé laissant derrière elle des défis, des étapes traversées, des peines, des départs (mon oncle Guy, ma tante Claire, Jeannine et Witchy), des événements qui ont parsemé et influencé mon cheminement. Tout au long de ce parcours, certaines personnes ont fait une différence. Il y a celles qui sont là depuis le début, celles qui se sont ajoutées, celles qui sont là au loin, et qui sans le savoir m'ont encouragée. Je tiens à offrir toute ma gratitude à ces personnes qui m'ont vue cheminer, qui ont été témoins au quotidien de l'ouvrage, des compromis, des contingences, des rebondissements qui ont influencé mon parcours doctoral.

Entre autres, je tiens à exprimer toute ma gratitude à ma directrice Professeure Kelley Kilpatrick, professeure associée à l'Université de Montréal Elle m'a introduite au monde de la recherche, m'a soutenue avec dévouement dans mes apprentissages, tout en respectant mon rythme. Elle a su me guider, sans dicter en m'amenant subtilement à prendre le bon chemin. Je veux surtout la remercier pour ce qu'elle est comme personne. Kelley est avant tout, humaine, à l'écoute, généreuse, compréhensive, calme et avec un pragmatisme à toute épreuve. J'ai été privilégiée et honorée d'être accompagnée par elle.

Je remercie les membres du jury, Professeure Caroline Arbour, Professeure Marlène Karam, Professeure Émilie Gosselin, et la représentante de la doyenne pour leur intérêt à contribuer à ce projet doctoral.

J'offre toute ma reconnaissance à Mira Jabbour, pour son calme et sa zénitude. Merci de m'avoir si souvent apaisée. Merci pour ton accompagnement, ta générosité et la grande patience dont tu as fait preuve en marchant à mes côtés dans le monde d'Excel, SPSS, Lyme Survey, les tableaux, etc. Je tiens aussi à souligner que tu as été mon meilleur public lors de mes moments de loquacité!

Je remercie les équipes qui ont participé à ce projet de recherche. Vous m'avez fait confiance, ouvert vos milieux, partagé vos expériences et avez été généreux avec moi. Sans vous, ce projet n'aurait pas eu la même saveur.

Mes collègues au doctorat, dont Housseem, qui a toujours été présent pour me répondre et m'encourager. C'est un privilège de te connaître. Un merci spécial à toute l'équipe « #TeamLys », toujours là! Votre présence à elle seule m'a transportée plus d'une fois. Savoir que l'on peut compter sur quelqu'un, ça n'a pas de prix! En espérant à mon tour faire partie de vos équipes respectives! Une pensée pour Sandy, pour les coursettes, les rires, le chialage, les nages et les rappels à l'ordre.

Stéphanie... Je te retourne le commentaire... merci d'avoir continué tes études! Mine de rien, nous avons traversé nos deux parcours ensemble, partagé ces montagnes russes d'émotions et de défis. Merci à *Croquette* pour ses beaux sourires et à ta gaine, car ils m'ont laissé leur voler de ton temps et de ton énergie pour m'aider dans tout ce périple. Ensemble, on pourra se dire qu'on a réussi! Sans toi, je ne pense pas que j'y serai arrivée dans un état d'esprit aussi sain.

Mes parents... qui m'ont appris la ténacité et la persévérance nécessaires à ce parcours doctoral. Papa... merci d'être resté droit, solide jusqu'au bout. Les dernières semaines n'ont pas été faciles et j'ai eu peur de te perdre. Même si le doctorat est fini, j'ai encore besoin de quelques années avec toi. Maman, merci pour ce que tu es, ton soutien dans mon quotidien, ton écoute, ta curiosité. Suzanne, pour qui je n'ai pu être présente comme je l'aurais souhaité. Malgré ta mémoire défaillante, tu demeures cette source d'énergie, de courage et de générosité incommensurable dont j'ai eu besoin. Gi, Mike, vous avez plus d'une fois fait la différence dans ma vie, merci d'être des grands et des beaux-parents aussi exceptionnels.

Enfin, il y a ces trois précieux hommes dans ma vie qui m'ont aidée à maintenir un équilibre. Ils en sont les assises.



## **Chapitre 1 — La problématique de recherche**

La ventilation mécanique (VM) est la pierre angulaire du soutien à la respiration dans les unités de soins intensifs (USI). Au Canada, près de 33 % des patients hospitalisés dans les USI ont bénéficié de cette assistance à la respiration (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2016). Ce pourcentage représente une hausse de 28 % comparativement aux données issues de 2007 à 2008 (ICIS, 2016). Une surveillance inadéquate et un processus de sevrage de la VM (SVM) sous optimal sont associés à des complications qui prolongent l'hospitalisation dans les USI, augmentent le taux de mortalité et les coûts d'hospitalisation (Bellani et al., 2016; He et al., 2021; MacIntyre et al., 2021).

Ainsi, il importe d'effectuer les surveillances requises et d'instaurer promptement des interventions pour faciliter le SVM (Klompas et al., 2015; Ouellette et al., 2017). Il s'agit d'une période cruciale du séjour à l'USI, car il correspond à près de 40 % de la durée de la VM (Esteban et al., 2008; McConville et Kress, 2012). La réussite du SVM consiste donc en plusieurs étapes et requiert le travail concerté d'une équipe constituée de différents professionnels (Balas et al., 2019; Chahoud et al., 2015).

Les infirmières<sup>1</sup> dans les USI ont un rôle de premier plan dans cette équipe étant donné leur présence assidue auprès du patient et de leur surveillance continue (Haugdahl et al., 2014; Paquette et Kilpatrick, 2020; Starnes et al., 2019). Elles ont une influence positive sur la durée de la VM et sur la durée de séjour dans les USI lorsqu'elles sont impliquées dans le processus du SVM (Gunther et al., 2021; Hirzallah et al., 2019; Starnes et al., 2019). Conséquemment, elles doivent être en mesure d'exercer pleinement leur rôle au sein des équipes interprofessionnelles. Pourtant, dans les écrits empiriques portant sur les meilleures pratiques du SVM, mais également dans certaines USI, le rôle des infirmières est peu décrit et apparaît sous-optimal dans l'équipe lors du SVM (Blackwood et al., 2014; Burns et al., 2018; Rose et al., 2014). Conséquemment, cela signifie que des soins de qualité ne sont pas donnés (International Council of Nurses [ICN], 2013) et qu'il peut en résulter des conséquences sur le SVM des patients.

---

<sup>1</sup> Dans un souci d'alléger le texte, seul le féminin sera utilisé puisqu'il représente la majorité de la population infirmière.

D'après une recherche observationnelle multicentrique et internationale (Burns et al., 2021), il existe d'importantes variations d'un pays et d'une région à l'autre sur les rôles joués par les différents professionnels impliqués dans le SVM, les directives écrites pour guider les soins, le dépistage quotidien, les techniques de tentative de respiration spontanée et la sélection des modes de ventilation.

De plus, l'exercice du rôle infirmier dans les équipes des USI, diffère selon le modèle de distribution de soins (Burns et al., 2021; Gunther et al., 2021; Rose, Blackwood, Burns, et al., 2011). En Amérique du Nord, la prise en charge de la VM relève généralement des inhalothérapeutes qui travaillent en collaboration avec les médecins (ICIS, 2016; Rose et al., 2015). Dans d'autres juridictions comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande, où il n'y a pas d'inhalothérapeutes, le partage des responsabilités s'effectue entre les infirmières et les médecins. Ceci influence l'exercice quotidien ou la mise en œuvre du rôle (MOR) des infirmières lors du SVM.

Des résultats issus de recherches portant sur l'implantation d'ensembles d'interventions multidisciplinaires en regard au SVM offrent une description limitée du rôle des infirmières dans le processus de SVM. Dans ces ensembles, la coordination des soins et la gestion de l'analgésie-sédation sont les activités attribuées aux infirmières (Balas et al., 2012; Barr et al., 2020; Boehm et al., 2020). Par contre, une myriade de soins et de surveillances pour laquelle elles ont les compétences est également attendues en lien avec le SVM dans une pratique quotidienne, n'est pas explicitement attribuée aux infirmières dans ces recherches (Elliott et Morrell-Scott, 2017; Rose, 2015; Ward et Fulbrook, 2016). Certains auteurs exposent que, dans ces conjonctures, les infirmières perçoivent que les activités liées au SVM sont exclues de leur champ d'exercice lorsque les inhalothérapeutes sont présents (Burns, 2009; Jordan et al., 2016; Rose, Blackwood, Burns, et al., 2011). Toutefois, les inhalothérapeutes n'étant pas en permanence au chevet du patient, il est attendu que les infirmières, en cohérence avec leur champ d'exercice, assurent les surveillances nécessaires et s'impliquent davantage lorsque nécessaire (Burns et al., 2009; Durand et al., 2016).

Selon Paquette et Kilpatrick (2020), la contribution des infirmières lors du SVM se situe tout au long du processus de sevrage, soit de la reconnaissance que le patient est prêt jusqu'à 48 heures

post-extubation. Dans ce déroulement, elles doivent assurer la diminution de l'analgésie-sédation et la tentative d'éveil spontanée (TES), coordonner des soins avec l'inhalothérapeute pour la tentative de respiration spontanée (TRS) et effectuer une surveillance continue pour évaluer la réaction du patient. Plusieurs activités incluses dans le rôle infirmier s'insèrent en marge du SVM pour en favoriser la réussite. Parmi ceux-ci, on note l'élévation de la tête du lit, les soins buccodentaires, la mobilisation et les activités de prévention et d'évaluation du délirium (Elliott et Morrell-Scott, 2017; Ward et Fulbrook, 2016). Les infirmières ont également une part importante de leur rôle qui touche spécifiquement l'amélioration de l'expérience vécue par le patient sous VM (Danielis et al., 2020). Considérant l'étendue des activités à accomplir, des rôles sous déployés en situation de SVM peuvent avoir des répercussions négatives sur les résultats de soins des patients (Starnes et al., 2019).

En ce qui concerne les inhalothérapeutes, selon les milieux de soins où ils travaillent, ils peuvent évaluer la condition cardiorespiratoire du patient, gérer le respirateur, administrer l'analgésie-sédation, et effectuer des prélèvements sanguins (Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec [OPIQ], 2022). Les inhalothérapeutes ont peu d'activités autonomes et plusieurs de leurs activités sont guidées par les directives médicales (OPIQ, 2022). On note que leur champ d'exercice se superpose à celui des infirmières pour tout ce qui relève de la VM (Durand et al., 2016).

Le champ d'exercice des professionnels inclut le cadre législatif qui encadrent les rôles, les fonctions et les activités que les professionnels sont autorisés à exercer et pour lesquels, ils ont la formation, les connaissances et les compétences requises (Almost, 2021). Le champ d'exercice peut varier dans son application (Davis et al., 2021; Feringa et al., 2018). La mise en œuvre du rôle (MOR) représente le travail effectué au quotidien par les intervenants et tient compte d'un ensemble de facteurs qui influencent comment les rôles sont mis en place. Les professionnels peuvent exercer selon un champ d'exercice optimal qui consiste à déployer efficacement son rôle tout en tenant compte des compétences des autres professionnels de l'équipe de soins (Almost, 2021; Nelson et al., 2014). Tandis qu'exercer « en deçà » du cadre législatif ou selon un déploiement sous-optimale, signifie un écart entre les attentes liées au rôle et au champ d'exercice (Déry et al., 2021; Ganz et al., 2016). On note également différents niveaux d'autonomie dans le champ d'exercice où certaines activités sont pratiquées de façon

autonome et d'autres sous prescriptions. Par exemple, les médecins dans les USI ont un champ d'exercice autonome lors du SVM. Par contre, ils doivent partager (p. ex., l'évaluation respiratoire) ou prescrire (p. ex., prise de sang artériel) l'exécution de certaines activités complétées par les infirmières et les inhalothérapeutes (p. ex., la modification des paramètres) (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2018).

Ce chevauchement des activités entre ces professionnels peut entraîner une confusion et une négociation des rôles qui déplacent les frontières interprofessionnelles et influencent la MOR des infirmières au sein des équipes interprofessionnelles (Feringa et al., 2018; Kilpatrick et al., 2013). Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe et Doran (2012) ont identifié que la MOR et le changement des frontières entre les professionnels s'opérationnalisait au niveau de l'équipe de soins. Une compréhension claire des rôles de chaque membre de l'équipe est nécessaire pour un déploiement optimal du champ d'exercice de chacun, d'un travail d'équipe efficace et d'une offre de soins de qualité aux patients (Kilpatrick et al., 2021).

Tel que noté plus haut, les infirmières ont un champ d'exercice qui leur est propre et qui varie selon le pays où elles exercent (ICN, 2013). Idéalement, elles doivent exercer selon une pleine étendue de leur champ d'exercice pour offrir des soins de qualité et jouer leur rôle clé dans le système de santé (Davis et al., 2021; Feringa et al., 2018). Néanmoins, dans la pratique, il s'avère qu'elles exercent soit sous ou au-delà de leur champ d'exercice et exercer en deçà de son cadre législatif peut entraîner une perte des compétences (Feringa et al., 2018).

Selon une revue intégrative de Birks et al. (2016), plusieurs écrits dénoncent une difficulté à appliquer les cadres législatifs de l'exercice en milieu clinique en raison des différentes politiques locales qui limitent l'application. Certains auteurs dénoncent des règles implicites misant sur la fonctionnalité plutôt que sur la qualité des soins (p. ex., soins standardisés plutôt qu'individualisés, résistance aux changements) auxquelles les infirmières se plient, en dépit de leurs connaissances et leurs compétences (Birks et al., 2016; Maben et al., 2006).

Des constats semblables ont été relevés lors d'une enquête transversale menée par Déry et al. (2017) auprès de 301 infirmières exerçant dans un centre hospitalier au Québec dont l'USI pédiatrique et néonatale. Différents facteurs ont été identifiés comme influençant le déploiement du champ d'exercice, soit, les caractéristiques personnelles (p. ex., la scolarité) et celles liées au



travail (p. ex., manque de clarté de rôles) pourraient expliquer en partie que les infirmières ne déploient pas de façon optimale leur rôle. Le manque de soutien des gestionnaires et des caractéristiques organisationnelles (p. ex., mission universitaire) sont susceptibles d'influencer la MOR des infirmières (Déry et al., 2016; Déry et al., 2021; Guilhermino et al., 2018; Jackson et al., 2014). Dans les USI, des barrières au déploiement optimal du champ d'exercice tel qu'un manque de connaissances, d'expérience et de confiance sont évoqués (Ganz et al., 2016; Guilhermino et al., 2018). Également, le fonctionnement de l'équipe et les différents processus qui le sous-tendent (p. ex., communication, coordination) vont influencer la MOR des rôles (Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe, Doran, et al., 2012; Kilpatrick et al., 2013). Il s'avère que les équipes de soins dans les USI ne fonctionnent pas efficacement (Alexanian et al., 2015; Reeves et al., 2015).

Le fonctionnement de l'équipe est notamment influencé par la clarté de rôle (Brault et al., 2014; Kilpatrick et al., 2021). Pour contribuer au fonctionnement de l'équipe lors du SVM, les infirmières doivent donc avoir une perception claire de leur rôle dans ce contexte. Toutefois, peu d'informations quant aux limites législatives du rôle des infirmières lors du SVM se retrouvent dans les écrits normatifs du Québec (Durand et al., 2016). Un exercice d'adaptation pour chacune des activités est nécessaire. Tandis que des attentes sont davantage explicitées quant aux composantes de leur rôle lors du SVM dans le plan directeur de l'examen de certification des infirmières en USI au Canada (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2017). Il y est mentionné que l'infirmière : « choisit des interventions infirmières appropriées éclairées par des données probantes afin de promouvoir le retour à la ventilation spontanée (p. ex., nutrition, tentative de réveil spontané, essai de respiration spontanée, mobilisation précoce) » (AIIC, 2017).

L'INESSS (2018), dans une revue systématique, relate qu'il existe beaucoup de variations dans la formation et les exigences d'embauches dans les USI, et ce, particulièrement au Québec. Comparativement au reste du Canada et à l'échelle internationale, une double porte d'entrée dans la profession existe, soit : le programme collégial ou universitaire de premier et deuxième cycle (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2022a). Les compétences et connaissances de soins critiques sont abordées seulement à l'université et ne sont pas évaluées lors de l'examen d'obtention du permis de pratique (OIIQ, 2022b). Conséquemment, les

infirmières qui sont intégrées dans les USI y débutent avec des niveaux d'éducation et de connaissances différents, ce qui peut influencer la MOR.

Somme toute, les articles scientifiques portant sur la MOR des infirmières lors du SVM proviennent de pays où elles partagent les responsabilités avec les médecins. Alors que dans les pays où la responsabilité de la VM est partagée avec des inhalothérapeutes en collaboration avec les médecins, le rôle des infirmières est peu décrit et apparaît sous-optimal en regard de leur champ d'exercice (Burns et al., 2018; Burns et al., 2021; Rose, Blackwood, Burns, et al., 2011; Rose et al., 2015). À notre connaissance, la façon dont les infirmières mettent en œuvre leur rôle, comment elles négocient les frontières de leur rôle en présence d'autres professionnels et comment la MOR influence le fonctionnement de l'équipe de soins lors du SVM demeurent peu explorés, principalement lorsque des inhalothérapeutes sont impliqués dans l'équipe de soins. Il est important de mieux comprendre ces processus car le déploiement sous optimal des rôles au sein des équipes de soins nuit à la qualité des soins et à la sécurité des patients (Feringa et al., 2018).

Le Cadre conceptuel de la mise en œuvre du rôle a été adapté pour mieux explorer le phénomène d'intérêt (Kilpatrick et al., 2013). Il permet d'expliquer comment les rôles sont actualisés au sein des équipes interprofessionnelles dans une pratique quotidienne et ainsi, déterminer le niveau de mise en œuvre des rôles au sein de l'équipe. Ce cadre permet d'explorer spécifiquement le travail de frontières et les processus dans l'équipe qui influencent la MOR des infirmières. Dans ce projet doctoral, il offrira des pistes de réflexion pour comprendre comment les infirmières dans les USI négocient les frontières de leurs rôles avec les médecins et les inhalothérapeutes.

Le but du projet doctoral est de « décrire et comprendre la mise en œuvre du rôle des infirmières en USI lors de la prise en charge des patients en SVM ». Les questions de recherche : 1) Comment les infirmières en USI mettent en œuvre leur rôle lors du SVM ? ; 2) Quels sont les facteurs qui l'influencent ? ; et 3) Comment les infirmières négocient leur rôle en présence des autres professionnels impliqués dans le SVM ?

Plusieurs recherches (Gunther et al., 2021; Hirzallah et al., 2019; Starnes et al., 2019) permettent d'anticiper que le déploiement optimal des rôles infirmiers lors du SVM favorise des résultats

positifs chez les patients. Ce projet permettra d'identifier des solutions pour optimiser la MOR des infirmières et le bon fonctionnement des équipes des USI afin d'améliorer les résultats de soins des patients en limitant les conséquences possibles de la VM. Enfin, les résultats du présent projet favoriseront la bonification du cadre conceptuel.



## **Chapitre 2 — La recension**

Dans ce chapitre, il sera présenté l'état des connaissances sur la MOR des infirmières lors du SVM. La recension a été menée via les banques de données telles que CINHALL, Medline, Pubmed, Scopus, Google Scholar. De même, les références des articles pertinents ont été explorées, ajoutant ou permettant de renouveler les articles recensés. Des alertes ont été programmées dans les différentes banques de données pour être régulièrement informée des nouvelles publications. Dans ce processus de recension des écrits, l'étudiante chercheuse a publié une analyse de concept (n = 74 articles) sur l'autonomie décisionnelle des infirmières lors du SVM, permettant d'alimenter la compréhension du phénomène d'intérêt (Paquette et Kilpatrick, 2020).

Les mots clés utilisés ciblaient tout ce qui relève des rôles, responsabilités, champ d'exercice, des infirmières, des soins intensifs, des soins critiques, de la VM, du SVM. De même tout ce qui concerne les différentes composantes du rôle des infirmières lorsqu'elles sont responsables d'un patient ventilé mécaniquement ont été explorés, soit : les soins de bouche, l'élévation de la tête de lit, les interventions liées à la gestion de la sédation-analgésie, la mobilisation, des interventions pour favoriser le sommeil, l'évaluation du statut nutritionnel. Également, les articles liés aux ensembles d'intervention ont été explorés. Les articles non retenus, sont ceux qui ne concernaient pas les soins infirmiers, qui se consacraient aux méthodes de ventilation, ou encore que le SVM, faisait référence à des interventions ne correspondant pas aux pratiques exemplaires, ou s'il s'agissait du SVM en lien avec des problématiques de santé spécifiques (p. ex., dystrophie musculaire). Des exemples de la stratégie de recherche sont présentés en Annexe A et permettent de constater les termes utilisés.

Dans un premier temps, les caractéristiques des USI sont exposées, des notions sur la VM et son sevrage sont explicitées afin de mettre en relief les composantes nécessaires et actuelles du rôle des infirmières. Le fonctionnement des équipes en USI et les processus qui l'influencent seront aussi explorés. Enfin, les écrits scientifiques éclairant sur la MOR des infirmières en USI lors du SVM seront présentés de façon plus détaillée, puisqu'ils concernent directement le phénomène d'intérêt.

## **Les unités de soins intensifs**

Selon une définition établie par le World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine, les USI représentent une spécialité multidisciplinaire et interprofessionnelle dédiée à la prise en charge complète et approfondie des patients qui ont ou qui sont à risque de développer une ou des dysfonctions d'organes pouvant mettre leur vie en péril [traduction libre] (Marshall et al.,

2017). L'équipe de professionnels dans les USI offre une prise en charge globale de patients ayant des troubles tels que la sepsie, le syndrome de détresse respiratoire aiguë (Marshall et al., 2017). L'objectif est de prévenir de nouvelles détériorations physiologiques pendant qu'une maladie sous-jacente est traitée et assurer la survie. Ainsi, l'équipe doit toujours être à l'affût de la moindre détérioration. Elle joue un rôle actif dans la réanimation des patients instables et dans la réadaptation des survivants de maladies critiques. Les soins sont adressés à la fois au patient mais visent également le soutien des proches.

Ces unités présentent des caractéristiques qui leur sont propres. Elles sont hiérarchisées en trois ou quatre niveaux selon l'intensité des soins offerts. Ceux-ci sont établis selon les niveaux de soins requis par la clientèle desservie, soit le niveau un (niveau le plus faible) vers le niveau trois où l'USI est apte à dispenser des soins et des suivis avancés des systèmes et des organes pour les patients dont la condition de santé est complexe et critique (INESSS, 2018). Ainsi, les USI sont des environnements dynamiques où le travail est complexe, les prises de décisions nombreuses et rapides (Bucknall, 2000; Dietz et al., 2014). La nature des soins que l'on y retrouve requiert des actions concertées, des interactions immédiates entre différents professionnels, pour répondre aux besoins complexes de ces patients et offrir des soins efficaces et sécuritaires (Richardson et al., 2010).

Les USI représentent des unités de soins spécialisés du système de santé qui ont le mandat d'améliorer continuellement les soins aux patients (Marshall et al., 2017). Les membres de l'équipe doivent donc être au fait des meilleures pratiques, des résultats probants et être engagés dans l'amélioration de la qualité des soins. Un éventail de technologies est utilisé en soutien aux différents systèmes organiques défaillants requérant que les membres de l'équipe possèdent des connaissances et habiletés particulières.

Les chefs de file des équipes dans les USI sont les intensivistes, qui sont des médecins ayant obtenu une certification en soins intensifs après avoir complété une spécialité dans une autre discipline, par exemple en anesthésie, pneumologie, chirurgie, etc. (Marshall et al., 2017). Ils doivent être disponibles pour répondre aux urgences et prendre des décisions selon l'état clinique des patients. D'autres professionnels se joignent à l'équipe, tels des infirmières, des inhalothérapeutes, des infirmières praticiennes, des physiothérapeutes, des nutritionnistes, des pharmaciens et travailleurs sociaux. Les infirmières offrent des soins infirmiers en continu pour répondre de façon holistique,

aux besoins des patients. Le nombre de patients par infirmières est plus restreint et ajusté selon l'état des patients et les autres professionnels disponibles (Marshall et al., 2017). Les caractéristiques organisationnelles sont composées d'une direction médicale et d'une direction en soins infirmiers qui coordonnent le personnel selon les besoins de l'USI et établissent les politiques ainsi que les différents écrits législatifs sur les champs de pratique dans l'établissement (Marshall et al., 2017).

## **La ventilation mécanique et son sevrage**

Parmi les appareils technologiques de soutien retrouvés dans les USI, le ventilateur mécanique est un des plus importants. Il offre un appui à la respiration pour différents problèmes de santé critiques, d'insuffisance respiratoire ou lors de chirurgies (Bellani et al., 2016). Le dispositif permettant d'administrer la VM de façon invasive consiste en un tube inséré soit au niveau endotrachéal, nasotrachéal ou directement dans une trachéostomie (ICIS, 2016). Ce tube est raccordé au ventilateur mécanique pour assister la respiration avec différents modes de ventilation, de pressions ventilatoires et de l'oxygène. Le tube permet de sceller et protéger les voies respiratoires, en plus d'outre passer les cordes vocales ce qui empêche le patient de s'exprimer verbalement (Dithole et al., 2017). Cette entrave à la communication met le patient en position de vulnérabilité et de dépendance face à son entourage (Almerud et al., 2008; Baumgarten et Poulsen, 2015).

La VM peut être cessée rapidement, mais peut aussi se prolonger. En contexte canadien, une durée prolongée de la VM se situe au-delà de 96 heures (ICIS, 2016). Le SVM est considéré comme réussi si la personne respire de façon autonome 48 heures après le retrait du tube endotrachéal (Béduneau et al., 2017). L'ensemble du processus de retrait qu'est le SVM occupe près de 40% du temps passé sous la VM (Esteban et al., 2008; McConville et Kress, 2012).

La VM nécessite souvent le recours à des interventions (p. ex., analgésie-sédation) potentiellement nocives (p. ex., délirium) et plus elle se prolonge, plus le taux de complications, d'infections nosocomiales et de mortalité augmentent comparativement à une VM à court terme (moins de 4 jours) (Béduneau et al., 2017; Kobayashi et al., 2017; Zilberberg et al., 2020). Ainsi, limiter le temps passé sous la VM est devenu une priorité dans les USI (Burns et al., 2018; Burns et al., 2021).



Le SVM commence par la reconnaissance de l'éligibilité du patient à amorcer spontanément son inspiration et éventuellement à respirer sans assistance. Différents critères permettent cette évaluation (Burns et al., 2010). Pour assurer de la réussite du sevrage, des lignes directrices ont été établies par l'American College of Chest Physician (Zampieri et al., 2019) et l'American Thoracic Society (ATS) (Ouellette et al., 2017). Ces experts recommandent : 1) l'initiation d'une tentative de respiration spontanée (TRS) à l'aide d'une pression positive à l'inspiration; 2) l'utilisation d'un protocole d'analgésie-sédation afin de minimiser les quantités administrées et effectuer une tentative d'éveil spontanée (TES); et 3) l'installation d'un support de ventilation non invasif (p. ex., pression positive des voies aériennes à deux niveaux [BiPAP]) dès le retrait du tube endotrachéal chez les personnes à risque. La procédure de TRS et l'instauration d'une ventilation dite spontanée impliquent au préalable la diminution ou l'arrêt de l'analgésie-sédation (Balas et al., 2019; Klompas et al., 2015).

Un groupe d'experts à la source de plusieurs des recommandations pour le SVM, Balas et al. (2019) attestent que la clé d'un SVM réussi est l'arrimage entre le TES et le TRS, soit, entre l'infirmière, l'inhalothérapeute et, enfin, le médecin de l'USI qui prend la décision finale d'extuber le patient. Une communication et une coordination entre les membres de l'équipe de soins sont essentielles et doivent s'effectuer systématiquement et quotidiennement pour chaque patient ventilé mécaniquement (Balas et al., 2019). Le fonctionnement de l'équipe devient donc un facteur important de succès du SVM et conséquemment dans la MOR des infirmières en USI dans ce contexte.

## **Le fonctionnement de l'équipe dans les unités de soins intensifs**

Dans les USI, les équipes sont constituées de différents professionnels pour répondre à la complexité croissante et la diversification des besoins des patients (Donovan et al., 2018). De surcroît, en étant constituées de nombreux professionnels, avec des expertises différentes, mais complémentaires, le fonctionnement des équipes s'en trouve complexifié. Selon les travaux précurseurs de Cohen et Bailey (1997), une équipe se définit tel un groupe de deux personnes ou plus, interdépendantes dans leurs tâches respectives et qui partagent des buts et des responsabilités communs dans l'atteinte de résultats [traduction libre] (p. 241).

Hawryluck et al. (2002) ont décrit, dans le cadre d'une recherche ethnographique dans une USI canadienne, que les équipes de soins sont à l'image d'un *noyau*. C'est-à-dire, une équipe de base

constituée de deux à quatre individus impliqués directement dans les soins du patient et où leur participation est restreinte et négociée en permanence. Ces équipes sont des entités en constante évolution en raison de *catalyseurs* récurrents et interdépendants, soit l'autorité, l'éducation, les besoins des patients, les connaissances, les ressources et le temps (Hawryluck et al., 2002).

Dans un même ordre d'idées, Ervin et al. (2018) expliquent que les membres des équipes de soins dans les USI doivent travailler selon une faible stabilité temporelle, car leur composition change constamment modifiant ainsi les connaissances partagées, la perception des rôles et les soins apportés par chacun. Cette caractéristique rejoint la notion de *catalyseurs* évoqués par Hawryluck et al. (2002). Ensuite, ils font face à des contraintes liées à l'organisation physique de l'USI, c'est-à-dire un travail d'équipe à construire au sein d'espaces où chaque membre est isolé des autres. Ils ont des contraintes émotionnelles, car ils œuvrent dans un environnement chargé en émotions où des situations de deuils aigus et de détresse morale sont rencontrées régulièrement et persistent dans le temps.

En ce qui concerne leur fonctionnement, il n'apparaît pas comme étant optimal. C'est ce qu'expliquent Alexanian et al. (2015), suite à une recherche ethnographique dans deux USI différentes au Canada. Le travail entre différents professionnels est apparu comme une série de tâches sporadiques plutôt qu'un travail d'équipe concerté dans le temps. Ces chercheurs ont identifié des facteurs qui influençaient le fonctionnement de l'équipe, soit les différentes cultures professionnelles, les hiérarchies professionnelles et la domination médicale. La prédominance des médecins dans la prise de décision et leur position hiérarchique par rapport aux autres membres de l'équipe ont été des facteurs importants dans la façon dont les routines et les tournées étaient organisées et comment l'espace était utilisé dans les USI.

De façon semblable, Reeves et al. (2015), qui ont conduit une recherche ethnographique (504 heures d'observation) dans huit USI au Canada, décrivent un fonctionnement non optimal où les interactions étaient très limitées entre les professionnels. Le travail d'équipe s'effectuait à l'intérieur d'un même groupe professionnels plutôt qu'entre l'ensemble des professionnels. Reeves et al. (2015) qualifient ces comportements d'isolation professionnelle (c.-à-d. : travail en silo) où chacun se réfugiait dans les tâches à accomplir ou l'espace qui lui était attribué. À l'instar d'Alexanian et al. (2015), le modèle d'interactions changeait lors des urgences et les groupes travaillaient de façon concertée pour la durée de la situation d'urgence.

La nature même du travail dans les USI influence le fonctionnement des équipes (Dinh et al., 2021). Ces équipes œuvrent dans des environnements dynamiques à haut risque où il faut agir rapidement et simultanément (Rosen et al., 2018). Les équipes en USI qui fonctionnent optimalement sont capables d'échanger des informations et de travailler ensemble sur un objectif ou une tâche partagée, telle que gérer une personne ventilée mécaniquement (Ervin et al., 2018; Rosen et al., 2018).

Également, la façon dont l'équipe fonctionne va influencer la MOR des membres de l'équipe interprofessionnelle. Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe, Doran, et al. (2012), dans le cadre d'une étude de cas multiples, ont décrit comment le fonctionnement de l'équipe a été influencé par la MOR. La MOR s'élargissait ou se contractait en réponse aux pressions internes et externes des équipes interprofessionnelles. Ainsi, le fonctionnement de l'équipe a une influence sur comment les infirmières mettent en œuvre leur rôle, d'où l'importance de comprendre comment l'équipe fonctionne et comment son fonctionnement influence la MOR des infirmières.

Ervin et al. (2018) mentionnent que l'efficacité de l'équipe est déterminée non seulement par une coordination et une gestion des conflits efficaces, mais également par des caractéristiques organisationnelles. Les caractéristiques structurelles et organisationnelles d'un établissement de santé jouent un rôle important dans le fonctionnement de l'équipe. Ainsi, les facteurs tels que les politiques à l'interne, le modèle de soins, l'allocation des ressources, la description des rôles, le leadership des gestionnaires, sont des éléments qui influencent le fonctionnement de l'équipe (Ervin et al., 2018; Karam et al., 2018; Kilpatrick et al., 2013).

Le fonctionnement de l'équipe dépend aussi des processus qui le sous-tendent, soient la prise de décision, la communication, la cohésion, la coordination, la résolution de problèmes et l'emphase mise sur le patient et ses proches (Kilpatrick, 2013; Kilpatrick et al., 2016; Rosen et al., 2018). Un processus est une série d'action qui permet de mener à un but, soit donner les soins. Il explique comment un événement se produit dans le temps et selon un contexte (Donabedian, 1988; Kilpatrick et al., 2013). La communication a été décrite par des chercheurs comme étant le pivot du travail d'équipe et concerne tout ce qui est lié au transfert d'informations (Ervin et al., 2018; Karam et al., 2018; Schot et al., 2020; Ulrich et Crider, 2017; Van den Bulcke et al., 2016). La prise de décision concerne l'établissement d'objectifs, des plans de soins, des tâches et des responsabilités de chacun selon leurs expertises respectives, clarifiant les rôles et responsabilités

(Ervin et al., 2018; Karam et al., 2018; Rose, 2011). Selon son rôle professionnel dans l'équipe, les décisions sont prises de façon indépendantes ou en interdépendance et fondées sur le principe de favoriser des résultats positifs pour les patients (Donovan et al., 2018; Rose, 2011). En effet, cette emphase mise sur le patient et ses proches, signifie que l'équipe envisage ensemble des activités, partagent une vision commune, holistique et multidisciplinaire des soins aux patients et à la famille (Karam et al., 2018; Kilpatrick et al., 2013). L'établissement d'objectifs partagés favorise le sentiment d'avoir une part de responsabilité pour les soins aux patients, permettant le bon fonctionnement de l'équipe (Ervin et al., 2018; Karam et al., 2018; Richardson et al., 2010; Schot et al., 2020).

De surcroît, travailler dans la même unité fait en sorte que les différents professionnels ont l'impression de former une *équipe* et ils développent une cohésion (Rosen et al., 2018). La proximité physique, le temps passé ensemble favorise la cohésion qui consiste à se partager la charge de travail, se réunir pour travailler ensemble plutôt qu'individuellement et ressentir des sentiments positifs à l'égard de l'équipe (Kilpatrick et al., 2013; Rosen et al., 2018). Certes des conflits sont possibles, car chaque membre de l'équipe est issu d'une formation particulière et possède des connaissances, des compétences et des expériences distinctes (Ervin et al., 2018; Kilpatrick et al., 2013; Rosen et al., 2018). De fait, les différents professionnels doivent reconnaître la contribution unique de chacun, car ils sont partenaires dans la réalisation d'un objectif commun [traduction libre] (Donovan et al., 2018, p. 6-7). Cependant, ce n'est pas toujours le cas et ce chevauchement peut donner lieu au travail de frontière, de protéger ou de démarquer son champ d'exercice des autres professionnels (Weber et al., 2022), ce qui peut influencer la MOR de chacun (Kilpatrick et al., 2013).

Il est donc nécessaire que les rôles et les responsabilités soient clairs et compris par tous (Hudson et al., 2017; Rosen et al., 2018; Ulrich et Crider, 2017). De même, cela implique de diviser, déléguer et orchestrer les soins provenant des différentes disciplines (Rosen et al., 2018), ce qui fait appel au processus de coordination. À cet effet, il apparaît que les mécanismes qui sous-tendent la coordination et son effet sur le fonctionnement de l'équipe sont peu explorés (Rosen et al., 2018).

Enfin, les équipes en USI présentent des caractéristiques spécifiques qui influencent leur fonctionnement et le rôle de chacun des membres. Des processus ont été identifiés et mis davantage de l'avant, dont la communication, la coordination et la prise de décisions. Plusieurs facteurs en

influencent le fonctionnement soit, l'autorité décisionnelle, la formation, l'expérience des membres et les structures organisationnelles. Il apparaît que le fonctionnement de l'équipe influence tant positivement que négativement la MOR de chacun des membres de l'équipe. Cependant, il n'est pas établi par quel mécanisme un facteur déterminé va influencer précisément le déploiement du rôle des infirmières lorsqu'elles sont responsables des patients en SVM. Cette interrogation pointe vers la nécessité d'être à même le contexte d'exercice pour mieux saisir comment les différents facteurs liés à la structure et au fonctionnement de l'équipe vont moduler en temps réel, au quotidien la MOR des infirmières lorsqu'elles lors du SVM. Ainsi, dans la prochaine section, il sera exploré l'état des connaissances sur la MOR des infirmières lors du SVM.

## **La mise en œuvre du rôle des infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique**

### **Le champ d'exercice et la mise en œuvre du rôle des infirmières**

Le champ d'exercice fait référence aux standards de pratiques et aux limites légales de l'exercice professionnel, représentant la pleine étendue du rôle (White et al., 2008). Le rôle, quant à lui, indique un ensemble d'activités inclus dans le champ d'exercice. En cohérence avec le cadre choisi et présenté ultérieurement, la MOR se définit comme l'actualisation des composantes du rôle dans une pratique quotidienne au sein d'une organisation (Kilpatrick et al., 2013). Par composantes du rôle, il est entendu les différents éléments ou les activités qui sont réalisées et attribuées au rôle (Kilpatrick et al., 2013). La façon dont ces composantes s'actualisent dans une pratique quotidienne détermine le niveau de MOR. Toutefois, différents facteurs d'influence peuvent moduler les possibilités d'exercer ces activités (Kilpatrick et al., 2021), donnant lieu à une possible discordance entre ce qui est légiféré, les normes de compétence, l'éducation et ce qui est permis de faire dans les milieux de soins (Birks et al., 2016).

En ce concerne les écrits législatifs décrivant le champ d'exercice au Québec, le Code de profession (Office des professions du Québec [OPQ], 2022) contient la loi-cadre délimitant les conditions d'exercice des différents professionnels du domaine de la santé. Les infirmières détiennent une profession décrite comme étant à titre exclusif, que seuls les membres de l'Ordre peuvent exercer. La Loi sur les infirmières et infirmiers décrit leur champ d'exercice (OPQ, 2022 section 8) :

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

Pour obtenir plus de précisions quant aux activités que les infirmières peuvent légalement exercer, il faut se référer à la description de chacune des activités réservées établies par l'OIIQ (Durand et al., 2016). Cependant, d'autres membres de l'équipe de soins ont des activités réservées similaires aux infirmières menant à un chevauchement de celles-ci et à une ambiguïté des frontières de rôle (Durand et al., 2016; Feringa et al., 2018; Kilpatrick et al., 2013).

Pour les soins intensifs et les activités liées au SVM, un énoncé issu du descriptif des 17 activités réservées des infirmières réfère principalement aux changements de paramètres de la VM selon une ordonnance (Durand et al., 2016). C'est en se référant au compte-rendu des normes servant à établir l'examen de certification en soins intensifs émis par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] (AIIC, 2017) qu'il est possible de mieux cerner le champ d'exercice des infirmières en situation de SVM. Outre une série d'activités pour les soins au patient ventilé mécaniquement, un libellé est adressé spécifiquement au SVM : « l'infirmière en soins intensifs choisit des interventions infirmières appropriées éclairées par des données probantes afin de promouvoir le retour à la ventilation spontanée (p. ex., nutrition, tentative de réveil spontané, essai de respiration spontanée, mobilisation précoce) » (AIIC, 2017). Cependant, il ne permet pas de saisir au quotidien ce que l'infirmière accomplit dans l'exercice de ces différentes composantes du rôle.

En ce qui a trait à la formation, la province de Québec se distingue comparativement au reste du Canada et d'autres juridictions internationales relativement à la double porte d'entrée dans la profession. Deux possibilités s'offrent aux futures infirmières, soit un programme collégial ou un premier cycle universitaire (OIIQ, 2022a). C'est à l'université que les compétences et connaissances attribuables aux soins intensifs et à la VM sont abordées. Lors du passage de l'examen pour l'obtention du permis de l'Ordre, seules les compétences acquises au collégial sont évaluées. Depuis 2016, l'OIIQ (Durand et al., 2016) recommande que seules les infirmières détentrices d'un baccalauréat en sciences infirmières puissent intégrer les USI.

Une formation spécifique à l'intégration est accordée dans les USI (Milhomme et Gagnon, 2010). En effet, il revient aux établissements de santé de combler ces différentes lacunes au niveau de la formation initiale par des formations lors de l'intégration sur l'USI ou en continu. Selon l'INESSS (2018), bien qu'il soit recommandé d'offrir des formations de qualité à l'embauche et en formation continue dans les USI pour le maintien des connaissances, il semble que cela ne soit pas une norme au Québec. L'OIIQ a cependant instauré dans sa réglementation les conditions d'exercice des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) depuis 2016, seules les CEPI ayant complété une formation universitaire peuvent exercer dans les USI (Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2020; OIIQ, 2016). Toutefois, pour l'année débutant le 1<sup>er</sup> avril 2019 et se terminant en mars 2020, 18,8% des CEPI exerçant aux USI lors de leur première inscription au tableau de l'OIIQ, après la réussite de leur examen d'autorisation, déclaraient détenir un diplôme d'études collégiales (D. Marleau, communication personnelle, 28 août 2020). C'est donc dire qu'elles y ont débuté leur pratique avant d'avoir leur autorisation à exercer seule comme professionnel autonome.

Dans un même ordre d'idée, dans une revue systématique (n = 12 articles) conduite par Guilhermino et al. (2018) sur la formation portant sur la VM et adressée aux infirmières, il ressort que les programmes de formation sont très diversifiés, qu'ils sont insuffisamment documentés tant au niveau des méthodes que de la durée et des professionnels impliqués. Ces auteurs ont dénoté l'absence d'explication quant à la façon d'intégrer ces programmes de formation dans la pratique et les notions nécessaires à la compréhension de la VM et de son sevrage étaient insuffisantes (Guilhermino et al., 2018).

Semblablement, un programme de certification délivré par l'AIIC est disponible aux infirmières en USI, mais celui-ci est facultatif au Québec. Alors que dans certains pays comme l'Australie, il est recommandé que 50 % des effectifs en soins intensifs détiennent une certification (Bloomer et al., 2019). Actuellement au Québec, environ moins de 2 % des infirmières en USI possèdent la certification pour ce milieu d'exercice (AIIC, 2021; OIIQ, 2021) (M. Marques, communication personnelle, 28 février 2022).

Il en demeure que malgré des énoncés législatifs sur la pratique des infirmières et la formation spécifique, la réalisation des activités est déterminée par la réglementation des établissements de soins de santé (Durand et al., 2016; Feringa et al., 2018). Ce sont ces instances qui statuent sur les

conditions locales de l'exercice des activités et qui répartissent les activités partagées entre les différents corps professionnels.

Des chercheurs ont identifié que la MOR peut être limitée par des structures organisationnelles (p.ex., réglementations à même l'unité de soins) et des particularités individuelles (p.ex., manque de connaissances, manque de confiance) (Feringa et al., 2018; Ganz et al., 2016; Oelke et al., 2008). Donnelly et Domm (2014) ont réalisé une recherche descriptive interprétative auprès d'infirmières (n = 81) provenant de différentes organisations au Canada pour explorer leur point de vue et celui d'infirmières gestionnaires sur le champ d'exercice. Les participantes ont exprimé beaucoup de frustration, car elles devaient justifier leur contribution étant donné que d'autres professionnels exécutaient les mêmes tâches qu'elles. Selon ces auteurs, parce qu'elles ont de la difficulté à faire valoir les valeurs, les principes, les connaissances et les compétences qui sous-tendent leur profession, elles donnent l'image d'exécuter des tâches déterminées par d'autres.

Pour mesurer la MOR, D'Amour et al. (2012) ont élaboré et validé le Questionnaire sur l'étendue de la pratique infirmière (QÉPI) (Alpha de Cronbach = 0,89) auprès de 285 infirmières qui exercent dans 22 unités de soins aigus situées à l'intérieur de 11 centres hospitaliers différents au Canada. D'après les résultats, moins de la moitié des infirmières considéraient exercer une pleine étendue de leur champ d'exercice. Ce constat a aussi été apporté par Déry et al. (2016) dans un devis corrélationnel descriptif abordant l'étendue effective du champ d'exercice d'infirmières de pédiatrie (n = 301) en provenance de différentes unités de soins aigus, mais également dans l'USI pédiatrique (59,20%) et l'USI néonatale (68,21%). La mesure de l'étendue effective de la pratique des infirmières était non optimale avec un résultat de 3,21/6 (six = pleine étendue) et ce, en raison d'une mauvaise utilisation des ressources, car elles réalisaient des tâches autres que ce pour quoi elles étaient formées. Les principaux facteurs en cause étaient les caractéristiques du travail (27,1 %) et les caractéristiques personnelles (5,4 %). Les infirmières détenant un baccalauréat démontraient une étendue plus optimale de leur pratique en raison de la description des tâches liées à leur poste.

Abbey et al. (2012) en sont arrivés à des constats semblables, mais par le biais d'une étude de temps et mouvement dans une USI d'Australie (76 heures d'observation sur 10 jours, n = 3081 activités). Ils ont démontré que les infirmières faisaient des soins directs à 40,5 % du temps (admission, évaluation, interaction), des soins indirects à 32,4 % du temps (ménage, médication,



tournées) et des activités personnelles à 21,9 % (discussion, pauses). Les chercheurs ont conclu que les infirmières n'accordaient pas suffisamment de temps auprès de leurs patients parce qu'elles effectuaient des tâches autres que celles pour lesquelles elles étaient formées et conséquemment, l'étendue de leur MOR n'était pas optimale. Il demeure que certaines activités incluses dans les soins indirects, soit la préparation de la médication et la participation aux tournées médicales, font parties du champ d'exercice infirmier et sont essentielles à l'offre de soins des patients. Des éléments inclus dans la dimension des *soins indirects*, pouvaient être mieux étoffés pour bien identifier ce qui est lié ou non au champ d'exercice infirmier avant de conclure que les infirmières n'exercent pas selon une MOR optimale.

Ces recherches soulignent que la MOR des infirmières n'était pas optimale de façon globale et que certains facteurs la modulaient. Cependant, ces études adressaient l'étendue globale de l'exercice du rôle infirmier. Elles n'informaient pas sur la MOR des rôles infirmiers en situation de SVM, représentant une conjoncture particulière où des activités sont réalisées par différents professionnels qui sont interdépendants et où leurs activités se chevauchent. En effet, les frontières de rôle s'opérationnalisent et se déplacent lors du travail d'équipe entre les professionnels, influençant par conséquent la MOR (Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe et Doran, 2012).

### **Les rôles et responsabilités des infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique**

Une revue intégrative (n = 45), réalisée par Michaud et Gagnon (2018) a permis d'identifier que des caractéristiques de la personne ventilée incluant 1) l'anxiété et l'agitation, 2) la douleur, 3) la dyspnée, 4) la communication, 5) l'hygiène, 6) le sommeil et 7) l'environnement de la personne ventilée, influencent la prise en charge de la personne ventilée et illustrent différentes dimensions du rôle de l'infirmière (p. ex., soins directs et indirects) à considérer lors de la prise en charge d'un patient ventilé mécaniquement. Les politiques et les procédures ont été évoquées comme faisant obstacle à une approche personnalisée du SVM. Les auteurs concluent à une lacune d'écrits sur le rôle des infirmières dans ces situations de soins, une *fragmentation des soins* dans la littérature et un manque de clarté du rôle. Michaud et Gagnon (2018) recommandent d'explorer et d'observer les infirmières pour mieux comprendre ce qu'elles font et de quelle façon elles surmontent les obstacles aux soins qu'elles prodiguent aux patients sous VM.

Une analyse de concept réalisée par Paquette et Kilpatrick (2020) (n = 74 articles) a permis de comprendre la notion d'autonomie des infirmières lors du SVM et par le fait même, les éléments reliés à la MOR. Tout d'abord, ces auteurs soulignent une ambiguïté quant au concept de l'autonomie, car les infirmières la nomment pour des tâches qu'elles exécutent au quotidien et qui font partie d'une routine de soins infirmiers. Le cadre réglementaire, l'espace octroyé aux infirmières, l'ascendant médical et la connaissance de leur champ d'exercice permettent aux infirmières d'être davantage autonomes dans l'élaboration des activités pouvant favoriser le SVM. Tandis que connaître de façon approfondie le patient et être engagée dans la construction de son autonomie décisionnelle (p. ex., développer ses connaissances, acquérir de l'expérience, être vouée à contribuer positivement au SVM) font une différence dans le niveau de déploiement des activités réalisées. Les outils d'aide à la décision peuvent aussi favoriser l'autonomie, mais au final, il s'agit d'une délégation de l'autorité médicale plutôt qu'une pleine autonomie. De fait, Paquette et Kilpatrick (2020) expliquent que les conséquents de l'autonomie décisionnelle des infirmières lors du SVM, étaient principalement illustrés dans des recherches où les infirmières étaient responsables de l'application d'un protocole plutôt que relevant directement de décisions autonomes issues de leur champ d'exercice. En l'occurrence, malgré un nombre limité d'écrits sur les conséquents de l'autonomie décisionnelle des infirmières lors du SVM, il demeure que les infirmières peuvent favoriser une diminution du nombre de jours sous VM.

Enfin, les attributs de l'autonomie décisionnelle des infirmières lors du SVM, décrivent des activités situées tout au long du continuum du SVM, mais qui seront différentes selon le modèle de distribution de soins et le champ d'exercice. Allant de l'évaluation de l'éligibilité d'un patient au SVM, de la modulation des paramètres et la reconnaissance de l'échec du SVM, les activités pourraient aussi se limiter à l'évaluation de la réaction et à la gestion de l'analgésie-sédation.

Selon Paquette et Kilpatrick (2020), des enquêtes transversales utilisant le même questionnaire sur les rôles et responsabilités du personnel lors de la VM et de son sevrage Rose et al. (2008) ont permis d'identifier plusieurs composantes du rôle, les responsabilités, les décisions et le niveau d'autonomie d'infirmières dans les USI lorsqu'elles sont responsables d'un patient ventilé mécaniquement (Haugdahl et al., 2014; Paquette et Kilpatrick, 2020; Rose, Blackwood, Egerod, et al., 2011; Rose et al., 2007, 2008). Celles-ci ont été complétées par les gestionnaires, qui étaient invités à consulter les infirmières pour obtenir leurs réponses. Elles ont été réalisées dans des USI

adultes situées dans plusieurs pays soit, l’Australie, la Nouvelle-Zélande, et différents pays d’Europe (c.-à-d. : Allemagne, Danemark, Grèce, Italie, Norvège, Suisse, Pays-Bas, Royaume-Uni, là où les infirmières se partagent les responsabilités de la VM avec les médecins d’où leur implication majorée dans les décisions. Selon le pays, les infirmières possédaient des formations supplémentaires à leur formation initiale pour être intégrées dans ces USI (p. ex., certification, formation post graduation, formation continue par l’équipe médicale).

Au terme de ces différentes recherches, il a été identifié que l’implication des infirmières dans les décisions variaient selon le ratio de patients par infirmière, la présence de protocole et le pays. Les chercheurs ont identifié des différences quant aux USI dispensant une formation liée à la VM d’un pays à l’autre. Des risques de biais ont été identifiés par les auteurs, à l’effet que ce sont les questionnaires infirmiers et médicaux des USI qui complétaient les questionnaires. Il est possible qu’il existe une surestimation du déploiement du rôle par ceux-ci (Haugdahl et al., 2014; Rose, Blackwood, Egerod, et al., 2011). Conséquemment, cela signifierait une MOR moins déployée en réalité que ce qui est dépeint dans les résultats (Haugdahl et al., 2014; Rose, Blackwood, Egerod, et al., 2011).

Les décisions les plus fréquemment prises par les infirmières portaient sur la modification de la quantité d’oxygène administrée. La modulation des différents paramètres sur le respirateur (pressions à l’inspiration, pressions positives en fin d’expiration, volumes) était à la fois prise par les médecins et les infirmières. La décision d’extubation était presque essentiellement sous la gouverne médicale. La variation dans leur niveau d’implication était en fonction des établissements. La perception de l’autonomie et de l’influence des infirmières sur les décisions ont été évaluées comme étant raisonnables avec de faibles variations entre les milieux. Dans certains cas, il s’est avéré que les infirmières s’évaluaient plus autonomes que ce qui était perçu par les médecins (Haugdahl et al., 2014). À la lumière de ces résultats, dans les pays où les responsabilités de la VM et de son sevrage sont attribuées aux infirmières en collaboration avec les médecins, il apparaît une MOR qui s’avère davantage déployée, en raison du modèle de soins et de la formation octroyée aux infirmières.

Toutefois, même si dans ces pays il est considéré que les infirmières exerçaient selon un déploiement optimum, il demeure que plusieurs infirmières ne se reconnaissent pas compétentes pour gérer la VM. Kydonaki et al. (2014), dans une recherche ethnographique, (n = 33 infirmières,

n = 9 médecins) dans deux USI en Écosse et en Grèce, relatent qu'en raison d'un sentiment d'incompétence, les infirmières déléguaient aux médecins les décisions de modification des paramètres. Les infirmières des deux groupes ne considéraient pas que le SVM faisait partie de leur champ d'exercice et croyaient qu'elles n'avaient pas la couverture légale adéquate ni une formation suffisante pour s'impliquer dans le SVM. Cette étude a révélé des éléments de l'environnement de travail qui ont nui à l'autonomie des infirmières notamment, le manque de soutien des infirmières ayant plus d'expérience, la surcharge de travail, la négociation des décisions avec les médecins, la routine de l'USI et un protocole inadapté à leur contexte. En fait, il est mis de l'avant que les caractéristiques d'équipe, mais également le fonctionnement de l'équipe ont influencé la MOR de ces infirmières.

Rose, Blackwood, Burns, et al. (2011), au terme de recherches conduites aux États-Unis et en Suède, concluent que les structures et le contexte des USI influencent les processus de soins. Notamment, aux États-Unis, un ratio d'une infirmière pour un patient ventilé mécaniquement n'est pas obligatoire, ce qu'ils expliquent par la présence des inhalothérapeutes qui ont la responsabilité de la VM et du SVM. Ainsi, tout ce qui relève de la VM n'était pas considéré comme faisant partie du champ d'exercice des infirmières. Selon ces auteurs, ceci entraîne une rupture dans les soins, car les infirmières prennent en charge les thérapies complémentaires à la VM, telles que l'analgésie-sédation, pouvant au final entraîner des délais dans le SVM et prolonger la durée de la VM (Rose, Blackwood, Burns, et al., 2011). Ces mêmes constats ont été rapportés dans une revue de la portée de recherches qualitatives (n = 43 articles, 1990-2012) de Rose et al. (2014).

Une enquête transversale menée par Burns et al. (2018) sur les différences dans les pratiques de sevrage de la VM (n<sub>total</sub> = 1144, n = 156 centres hospitaliers du Canada) a permis d'obtenir un aperçu de ce qui se fait au Canada. À la différence des milieux inclus dans la plupart des recherches, les décisions pour l'ajustement des paramètres de la VM lors du sevrage sont partagées entre les médecins et les inhalothérapeutes. Les résultats démontrent un faible investissement des infirmières dans la plupart des composantes liées au SVM. Seulement 28,9 % (n = 46) des infirmières s'impliquent dans l'identification de l'éligibilité au sevrage, pouvant mener à un retard dans l'amorce du sevrage. Des constats semblables sont présents pour leur implication dans les décisions pour la réalisation de la TRS, avec un taux respectivement de 9 % et 0 % pour l'ajustement des paramètres de l'appareil.

De même, selon une étude observationnelle prospective internationale (n = 1868 patients sous VM) réalisée par Burns et al. (2021), il est mis en relief des différences statistiquement significatives quant à l'identification du professionnel responsable du SVM selon les régions. C'est-à-dire que différents professionnels, soit des médecins, des inhalothérapeutes ou des infirmières peuvent prendre la responsabilité de la ventilation. En effet, les inhalothérapeutes sont davantage impliqués dans cette composante (intervalle = 0 % - 95,7 %;  $p < 0,001$ ) comparativement aux infirmières (intervalle = 9,5 % - 75 %;  $p < 0,001$ ).

Jusqu'à maintenant, les recherches présentées mettaient en évidence les rôles et responsabilités des infirmières davantage au niveau des modifications des paramètres de la ventilation et de l'évaluation. Cependant, le succès du SVM peut être optimisé grâce à d'autres activités, suggérant l'importance et la complexité d'impliquer celles-ci dans le processus de SVM (Lavelle et Dowling, 2011). Lors de l'évaluation du patient, des soins plus holistiques sont mis de l'avant, par Khalafi et al. (2016), lors d'une recherche qualitative descriptive dans cinq USI en Iran (n = 15 infirmières, n = 3 médecins, n = 3 gestionnaires en soins infirmières, n = 3 patients). Il ressort que le temps passé entre l'infirmière et le patient permet de développer une compréhension de sa condition, de sa réponse au traitement et de ses changements tant physiologiques que psychologiques. Une portion importante de l'évaluation a été décrite, leur permettant de prendre confiance en leur jugement et encourageant leur implication dans les processus de décisions. Les infirmières sont cependant restreintes quant au déploiement de leur rôle. Notamment, elles ont mentionné être limitées dans leur capacité à bien évaluer et reconnaître les changements dans l'état des patients à cause d'un manque de continuité de soins. Le fonctionnement de l'USI et l'horaire de travail font en sorte que les patients sont affectés à différentes infirmières à chaque quart de travail de huit heures. Au niveau du fonctionnement de l'équipe, une communication inefficace lors des changements de quarts de travail entraîne un bris dans le transfert d'informations nécessaires à la continuité et à la qualité des soins.

Tingsvik et al. (2015), dans le cadre d'une recherche qualitative, ont réalisé des entrevues auprès d'infirmières d'expérience issues de quatre USI différentes en Suède (n = 22), concluent à des résultats semblables. L'évaluation était fondamentale pour pouvoir s'impliquer dans des décisions pertinentes concernant le sevrage. Leur présence continue au chevet leur permet d'assurer cette responsabilité. Il a été identifié par les participantes que la culture de l'unité, c'est-à-dire les valeurs,

les attitudes, les normes véhiculées par les autres membres de l'équipe à l'égard du SVM, influençait leur implication dans ce processus. Également, les gestionnaires infirmiers et médicaux avaient une influence majeure sur la façon dont les décisions pour le SVM étaient prises. L'importance de documenter l'état du patient et le déroulement du SVM dans les rapports ou les dossiers, permettaient de compenser lorsque les infirmières ne connaissaient pas les patients.

Tingsvik et al. (2015) ainsi que Khalafi et al. (2016) par le biais de devis qualitatif ont permis d'élaborer une perspective plus globale des soins offerts aux patients en SVM, tout en réalisant les aspects plus techniques comme la manipulation des paramètres de la ventilation, tels que présentés précédemment dans les enquêtes transversales sur les rôles et responsabilités des infirmières. Cependant, les infirmières avaient des formations universitaires et elles se partageaient les responsabilités de la VM avec les médecins.

## **La mise en œuvre du rôle des infirmières dans les ensembles d'interventions liés à la ventilation mécanique**

Pour décrire la MOR des infirmières lors du SVM, il est proposé d'explorer également les recherches réalisées dans le cadre des ensembles d'interventions liés à la VM et son sevrage. Certains ensembles sont adressés à l'équipe de soins (p. ex., ABCDEF) ou, sont constitués d'interventions essentiellement réalisées par les infirmières. Le principe des ensembles d'interventions, ou *bundle*, est l'une des stratégies émises par l'Institute for Healthcare Improvement [IHI], 2022) qui consiste à combiner un ensemble d'interventions issues des résultats probants (Resar et al., 2005). Des ensembles d'interventions ont été constitués pour favoriser le SVM, prévenir les dommages iatrogéniques reliés à la VM (p. ex., délirium, polyneuropathie des USI, choc post-traumatique) ou encore rassembler les soins infirmiers essentiels à prodiguer aux patients ventilés mécaniquement (p. ex., soins de bouche, gestion à la baisse de la sédation, élévation de la tête de lit). Ces ensembles d'interventions s'incorporent dans les soins usuels à apportés aux patients en SVM. Leur but est de favoriser des résultats positifs pour les patients en s'assurant que les interventions essentielles pour un maximum de résultats sont réalisées (IHI, 2022). Cependant, ce sont de simples énoncés où les informations concernant leur application (p. ex., comment, combien, quand, quoi), ne sont pas spécifiées. L'actualisation, la mise en œuvre de l'ensemble d'interventions revient donc aux infirmières lorsqu'elles sont au chevet. De fait, ces

interventions sont directement liées aux champs d'exercice infirmier et peuvent être considérées comme des activités autonomes et universelles, car elles sont fondées sur des résultats probants (Paquette et Kilpatrick, 2020).

Des recherches portant soit sur l'implantation de ces ensembles ou l'adhésion aux différentes activités proposées, éclairent sur ce qui est fait dans une pratique quotidienne par les infirmières et ce, à l'international.

### **L'ensemble d'interventions ABCDEF**

Cet ensemble d'interventions est fondé sur une perspective multidisciplinaire et doit être appliqué quotidiennement par les membres de l'équipe de soins : A) évaluation, prévention et gestion de la douleur : le soulagement de la douleur est l'élément de base et l'utilisation d'échelle validée est recommandée. B) Coordination de la TES et de la TRS entre les infirmières et les inhalothérapeutes. C) Choix de l'analgésie-sédation : idéalement, le patient doit être le plus éveillé et alerte possible. L'usage d'un protocole d'analgésie-sédation est recommandé pour cette dimension. D) Évaluation, prévention et gestion du délirium : fait référence aussi aux interventions pour réduire les dysfonctions cérébrales. Une échelle validée est recommandée pour cette évaluation. E) Mobilisation précoce et exercices : cet aspect appelle à une approche par équipe, car requiert plusieurs personnes pour la réaliser. Enfin F) Implication de la famille et des proches : où les infirmières se voient attribuer un rôle dans la gestion de l'analgésie-sédation et de l'agitation, dans la coordination des activités et dans l'implication des proches (Balas et al., 2019; Balas et al., 2012; Ely, 2017) [traduction libre] (Ely, 2017, p. 5). Moraes et al. (2022), dans une revue systématique suivie d'une méta-analyse sur l'implantation de l'ensemble ABCDEF (n = 20 articles), rapportent une incidence plus faible du délirium, une réduction du temps passé sous VM et de la durée de séjour en USI, une mobilité précoce accrue et une diminution de la mortalité dans l'USI et à l'hôpital par rapport aux patients recevant des soins habituels. Ainsi l'implication des infirmières (Balas et al., 2012) dans l'application de ces interventions lors de l'exercice de leur rôle au quotidien peut entraîner des résultats positifs pour les patients.

Des rapprochements peuvent être faits entre les interventions liées à l'ensemble ABCDEF et les dimensions du rôle de l'infirmière lorsqu'elle est responsable d'un patient ventilé mécaniquement proposées par Michaud et Gagnon (2018). Tout d'abord tout ce qui concerne l'évaluation et la gestion de la douleur, du délirium, de l'anxiété et du sommeil peuvent être inclus dans les

interventions regroupées dans les acronymes A, C, D, F. L'aspect communication peut se retrouver la nécessité de communiquer avec les inhalothérapeutes pour la coordination entre l'arrêt de la sédation (A) et la tentative de respiration autonome (B). L'assurance d'un sommeil adéquat est associée à la prévention du délirium (D). Les constats sont semblables en lien avec l'analyse de concept de Paquette et Kilpatrick (2020) et les différentes recherches présentées précédemment sur les rôles et responsabilités des infirmières lors du SVM. Cependant, les interventions qui relèvent de l'acronyme B (tentative de respiration spontanée), varient selon les milieux et les modèles de distribution des soins (Burns et al., 2018; Burns et al., 2021; Rose, Blackwood, Burns, et al., 2011). Différents professionnels peuvent être impliqués dans cette étape, des infirmières, des infirmières praticiennes, des inhalothérapeutes ou des médecins (Klompas et al., 2015).

Un projet d'amélioration de la qualité des soins avec cet ensemble d'interventions a été implanté dans 12 USI réparties dans sept hôpitaux aux États-Unis. Au terme de ce projet, Klompas et al. (2015) expliquent que des discussions étaient nécessaires avec les infirmières et les inhalothérapeutes, car les niveaux de sédation étaient trop élevés comparativement aux lignes directrices. Ce constat met en lumière une MOR sous déployée et des activités non supportées par des résultats probants. Ces auteurs recommandent d'explorer avec les infirmières quelles stratégies alternatives pouvaient être utilisées pour soulager et calmer les patients sans recourir aux sédatifs, (p. ex., mobilisation).

De leur côté, DeMellow et al. (2020) ont évalué les taux d'adhésion à l'ensemble ABCDEF lors d'une étude observationnelle multicentrique dans 15 USI de centres hospitaliers aux États-Unis. Les inhalothérapeutes prenaient en charge l'élément sur la TRS. Le score d'adhésion globale moyen pour les 96 premières heures était de 66 (ÉT = 14 %, étendue = 25-100 %). Les taux d'adhésion les plus élevés chez les infirmières étaient liés aux activités de gestion de l'analgésie-sédation, le soulagement de la douleur et l'évaluation de l'état d'éveil. Les taux d'adhésion les plus faibles étaient en lien avec l'évaluation du délirium et l'évaluation pour la mobilisation précoce. Malgré l'augmentation des taux d'adhésion au cours des six mois suivant l'implantation, beaucoup de variabilité prévalait entre les différentes USI. L'état clinique des patients et leur besoin en analgésie-sédation et l'origine ethnique des infirmières étaient nommés parmi les facteurs d'influence.



Tandis que Boehm et al. (2020) ont exploré précisément les perceptions des infirmières autorisées quant à leur pratique des composantes de cet ensemble. Cette enquête transversale a été réalisée auprès de 1661 infirmières de soins intensifs travaillant dans 28 USI réparties dans 18 centres hospitaliers affiliés ou non à des universités aux États-Unis. L'adhésion s'est avérée non optimale en ce qui a trait au respect du protocole d'analgésie-sédation, la réalisation de la TES et de la TRS quotidiennes et la coordination entre ces deux activités. La mobilisation précoce était la composante ayant le moins d'adhésion. Dans l'ensemble, les résultats suggèrent que l'adhésion était déterminée par des facteurs institutionnels (ressources matérielles, dotation en personnel, appui des gestionnaires et des médecins) plutôt que par des croyances personnelles.

Costa et al. (2018) dans une enquête transversale (n = 293 participants) provenant de 61 centres hospitalier aux États-Unis ont mesuré la composition des équipes en fonction de la fréquence d'implication des infirmières, des inhalothérapeutes, des médecins, des physiothérapeutes, des infirmières praticienne / assistantes au médecin ou des infirmières auxiliaires dans la participation à chacune des interventions de l'ensemble ABCDEF. L'échantillon était principalement constitué d'infirmières soignantes (40 %), de gestionnaires en soins infirmiers (18 %), d'inhalothérapeutes (6 %) et de médecins (4 %). Il a été constaté que les infirmières autorisées (Rapport de cotes [RC] 6,1 [1,1–34,9]) et les médecins (RC 4,2 [1,3–13,4]) étaient les plus impliqués dans les tentatives d'éveil spontané. Les infirmières (RC 4,7 [1,6–13,4]) et les infirmières auxiliaires (RC 3,9 [1,2–13,5]) étaient celles qui effectuaient davantage l'évaluation du délirium. Enfin, les infirmières (RC 2,8 [1,2–6,7]) ainsi que les médecins (RC 3,6 [1,2–10,3]) étaient ceux qui participaient le plus à la mobilisation précoce. Dans l'ensemble, les infirmières praticiennes / les assistantes au médecin étaient très peu impliquées dans chacune des interventions. Les chercheurs concluent à une variation importante dans la fréquence à laquelle les différents membres de l'équipe s'investissent dans les différentes composantes de l'ensemble ABCDE. Ils suggèrent une clarification des rôles de chacun lors de l'application de l'ensemble d'interventions ABCDEF en rappelant qu'il exige une coordination complexe en raison de son caractère multidisciplinaire.

### **Les ensembles d'interventions adressées aux infirmières pour le SVM**

Les ensembles d'interventions sont présentés sous forme de protocoles ou d'algorithmes décisionnels à respecter. Selon les champs d'exercice, le contenu de ces ensembles peut varier. Dans les USI où les infirmières sont impliquées dans la gestion de la VM, les interventions

prédéterminées seraient entre autres, liées à la modulation des paramètres du respirateur, voire même l'extubation (Burns et al., 2018). Tandis que dans des USI où les infirmières ne sont pas autorisées à manipuler les paramètres du respirateur, les ensembles seraient constitués d'interventions adressées aux patients ventilés mécaniquement afin de prévenir les complications associées à la VM et pour faciliter le SVM. Habituellement, l'implantation de ces stratégies sont à faible coût, facilement réalisable et associée à un faible risque de préjudice pour les patients (Ladbrook et al., 2019). Ces différents exemples sont présentés dans le cadre de la recension dans l'objectif de comprendre ce que les infirmières font au quotidien pour le SVM.

#### Les interventions liées à la modification des paramètres du respirateur

Starnes et al. (2019), dans une revue de la portée (n = 4), ont exploré spécifiquement les protocoles de SVM initiés par les infirmières. Pour leur part, Hirzallah et al. (2019) ont réalisé une revue systématique avec méta-analyse (n = 3 études contrôlées randomisées) portant sur l'efficacité des protocoles de SVM gérés par des infirmières comparativement aux médecins. Dans ces articles retenus, les responsabilités de la VM étaient partagées entre médecins et infirmières. Les activités des infirmières étaient d'évaluer si le patient était éligible à effectuer une TRS, effectuer la TES, modifier des paramètres (aide inspiratoire), aide à la décision pour l'extubation et évaluer des critères de succès du SVM. Globalement ces protocoles se sont avérés efficaces, avec une réduction de la durée de la VM et de la durée de séjour dans les USI. Cependant, les activités présentées étaient très ciblées et centrées sur la manipulation du respirateur. Peu d'éclairage était porté sur les activités quotidiennes des infirmières et de surcroît dans un milieu de pratiques où d'autres professionnels étaient responsables de la VM et du SVM. Également, les faibles échantillons pour ces deux revues mettent en évidence qu'un nombre limité de recherches existe sur les protocoles menés par les infirmières autorisées pour le SVM (Starnes et al., 2019).

Dans une autre perspective, Gunther et al. (2021) ont réalisé une étude quasi expérimentale pour comparer les résultats obtenus rétrospectivement des SVM selon une approche dirigée par les médecins versus celui effectué par les infirmières autorisées et les inhalothérapeutes. Ce projet a eu lieu dans une USI située dans un centre tertiaire des États-Unis. Il s'agissait d'un protocole contenant des activités attribuées aux infirmières, soit principalement de sevrer la FiO<sub>2</sub>, travailler conjointement avec les inhalothérapeutes pour la diminution de l'analgésie-sédation et la TRS en plus d'être présentes lors de la TRS pour surveiller le patient. Les infirmières avaient reçu de la

formation supplémentaire sur la VM et sur le protocole. Des champions avec une formation additionnelle étaient également présents en soutien à l'équipe. Selon cette étude, le recours au protocole a eu des résultats positifs sur la durée de la VM et de séjours en USI. L'implantation de protocole a amélioré la confiance des infirmières dans la gestion du ventilateur, a engendré un sentiment d'autonomie, a favorisé un travail d'équipe avec les inhalothérapeutes et une satisfaction globale lors du SVM. Considérant que cette recherche a été réalisée dans un contexte de soins intensifs semblable à ce que nous retrouvons en Amérique du Nord, ces constats sont fort pertinents en regard du présent projet. Les auteurs soulignent que malgré des restrictions quant à l'exercice de leur rôle dans la gestion de la VM, les infirmières peuvent apporter une contribution importante au processus de SVM. Cependant, ils précisent qu'on ne connaît pas comment les rôles conjoints se sont développés entre les inhalothérapeutes et les infirmières. Gunther et al. (2021) considèrent que des lacunes au niveau des connaissances sur la VM pouvant nuire au déploiement de la MOR des infirmières lors du SVM.

Les interventions pour prévenir les complications chez les patients ventilés mécaniquement  
Des ensembles d'interventions visant la prévention des complications chez les patients ventilés mécaniquement et la délivrance de soins infirmiers basés sur les résultats probants ont également été conçus. Le plus reconnu est celui de l'IHI (2022). Il consiste en cinq interventions basées sur des résultats probants, c'est-à-dire l'élévation de la tête de lit dans un angle entre 30 et 45 degrés, l'interruption quotidienne de l'analgésie-sédation et afin d'évaluer l'éligibilité du patient à être extubé, la prophylaxie de l'ulcère gastrique et des thromboses veineuses profondes. Il importe de préciser que ces deux derniers éléments prophylactiques relèvent d'une ordonnance médicale plutôt qu'une activité autonome des infirmières.

Dans une recherche d'observation prospective étalée sur une période de trois mois dans deux USI d'Australie, Madhuvu et al. (2021) ont examiné les dossiers médicaux de 96 patients aux jours trois, quatre et cinq de la VM à l'aide d'une liste de contrôle prévalidée des interventions incluses dans l'ensemble. Cette recherche prenant part à un plus vaste projet dont le but étant d'évaluer l'utilisation d'un ensemble d'interventions pour les patients ventilés mécaniquement par les infirmières. Celles-ci possédaient pour la majorité, une certification en soins intensifs (Madhuvu et al., 2020). L'adhésion au jour trois pour l'élévation de la tête de lit était très positive (92 %). Toutefois, l'interruption de l'analgésie-sédation et l'évaluation de l'éligibilité à

l'extubation étaient faibles (60,4 %, 55,2 %). La compliance globale à l'ensemble des interventions était cependant positive à 88,3 %. Les chercheurs ont évoqué que l'état de santé du patient pouvait expliquer la variation de l'adhésion à l'ensemble d'intervention.

De façon semblable, Ladbrook et al. (2019) ont réalisé une recherche qualitative descriptive, auprès d'infirmières autorisées et certifiées en VM (n = 7) d'une USI d'Australie pour explorer les perceptions de l'implantation d'un ensemble d'interventions (c.-à-d. : élévation de la tête du lit, soins buccodentaires, titrage de l'analgésie-sédation, TES et éligibilité à l'extubation). L'ensemble d'interventions a permis aux infirmières d'avoir une structure pour identifier ce qu'elles devaient faire pour prévenir les pneumonies acquises sous ventilation mécanique (PAVM) et intégrer les meilleures pratiques au quotidien. Également, elles ont souligné l'importance d'avoir l'appui des médecins en ce qui concerne l'ajustement de l'analgésie-sédation. Une inconsistance a été soulevée quant à l'adhésion, car les soins préventifs n'étaient pas prioritaires pour certaines infirmières ou encore, d'autres infirmières ne maîtrisaient pas le déroulement de certaines interventions (p. ex., TES). Les résultats de cette recherche font ressortir l'influence du fonctionnement de l'équipe, notamment la prise de décisions dans le développement de la MOR des infirmières.

Aloush (2018) a réalisé une étude observationnelle dans dix USI de différents hôpitaux en Jordanie pour évaluer l'adhésion des infirmières (n = 100) à un ensemble de lignes directrices en matière de prévention des PAVM. L'adhésion s'est avérée très basse de façon générale, c'est-à-dire que 63 % des participants ont démontré une adhésion insuffisante. Cependant, l'auteur a identifié des facilitateurs à l'adhésion, tels qu'un ratio d'un patient par infirmière et être dans une USI de plus haut niveau avec une dotation plus élevée en personnel. Le manque de formation sur les PAVM et la VM étaient liés à une faible adhésion. En fait, 42% de l'échantillon n'avait jamais reçu de formation sur la prévention des PAVM et 41% ne possédaient aucune formation sur la gestion de la VM.

Ainsi, bien que des activités soient identifiées comme étant du ressort des infirmières, chacune d'entre elles peut être étoffée en une panoplie d'interventions qui ne sont pas décrites dans les recherches et qui pourraient certainement éclairer davantage sur la MOR des infirmières lors du SVM. Malgré des revues systématiques, peu d'études mettent en lumière la contribution unique des infirmières lors du SVM (p. ex., SVM mené par les infirmières) et peu sont réalisées dans un milieu où les infirmières travaillent en collaboration avec un professionnel de la ventilation

mécanique, soit l'inhalothérapeute. Sauf que ces recherches témoignent de résultats positifs pour les patients. Cela démontre que les infirmières ont une contribution essentielle et que les protocoles, la formation spécifique sur la VM, le SVM et la prévention des complications ont un effet positif sur la MOR. Enfin, la lecture de ces articles de recherche ne permet pas de saisir l'ampleur et la réelle MOR d'infirmières en USI lors du SVM et de comprendre comment les différents facteurs organisationnels et personnels influencent ce qui est fait.

Outre les ensembles d'interventions, d'autres composantes du rôle infirmier sont identifiées, spécifiquement aux soins des patients ventilés mécaniquement. Des recherches ayant exploré certaines de ces composantes sont présentées selon qu'elles relèvent de la gestion de l'état d'éveil, la mobilisation précoce, les soins buccodentaires, le sommeil adéquat, le statut nutritionnel et la connaissance approfondie du patient ventilé.

## **Les interventions infirmières ciblées lors du sevrage de la ventilation mécanique**

### La gestion de l'état d'éveil

Ce thème englobe les activités qui relèvent de l'administration de l'analgésie-sédation et du dépistage du délirium. L'analgésie-sédation est un terme général pour englober les traitements sédatifs et analgésiques (Egerod, 2002). Cette médication rend le patient calme, amnésique, et facilite la ventilation (Pun et Dunn, 2007; Riker et Fraser, 2005), mais prolonge la VM, augmente la durée d'hospitalisation et de séjour en USI, la prévalence du délirium, les dysfonctions cognitives prolongées et la mortalité (Burns, 2012). D'où la nécessité d'une gestion adéquate (Hayashida et al., 2016; Porhomayon et al., 2013). Pourtant, il apparaît que les pratiques de sédation sont sous-optimales, c'est-à-dire qu'il y a prévalence de *sursédation* et de *sous-sédation* (Pisani et al., 2019). Dans les écrits empiriques, il est illustré de façon prédominante que la sédation profonde continue est courante (Wang et al., 2021). Les infirmières ont un rôle clé dans l'évaluation continue des patients sous analgésie-sédation grâce à une échelle validée encadrant le besoin de sédation et dans le titrage des débits de perfusion, selon la prescription d'un état d'éveil visé (Randen et Bjørk, 2010).

Les lignes directives et les outils d'évaluation pour mesurer la qualité et la profondeur de la sédation chez les patients adultes dans les USI ont été revues par un panel d'experts pour obtenir un

consensus sur les meilleurs outils à utiliser (Devlin et al., 2018). Concernant l'approche thérapeutique, la douleur doit être traitée avant qu'il soit nécessaire d'utiliser de la sédation pour la contrôler. Également, il est recommandé de l'évaluer et de la traiter avant d'effectuer des procédures douloureuses (Devlin et al., 2018). Les protocoles incluant les démarches d'évaluation et de titration de la médication par étapes sont recommandés tant pour la gestion de la douleur et que de la sédation (Devlin et al., 2018).

Relativement à l'évaluation, l'échelle d'agitation-sédation de Richmond (RASS) et l'échelle de sédation-agitation de Riker, la Sedation Agitation Scale (SAS) sont les outils les plus utilisés avec d'excellentes qualités psychométriques (c.-à-d., fiabilité interjuge, validité de critères, validité de construit, validité apparente) Devlin et al., 2018; Ély et al., 2003; Riker et al., 1999; Yan et al., 2022). De même, un bon accord interjuge ( $r = 0,98-0,99$ ) a été démontré entre le RASS et SAS (Yan et al., 2022). Il est recommandé de recourir à une sédation légère plutôt que profonde et viser un RASS entre « -2 » et « +1 » ou un équivalent selon l'échelle utilisée (Devlin et al., 2018).

En ce qui concerne la douleur, elle est courante chez les patients dans les USI, en raison des chirurgies ou traumatismes subis, les procédures invasives, la mobilisation, l'alitement ou les soins (p.ex., changement de pansement) (Barr et al., 2013). Notamment, la douleur est une des principales barrières à la mobilisation précoce des patients (Alaparthy et al., 2020). Alors que cette approche thérapeutique a fait ses preuves pour diminuer la durée de la VM et le séjour dans l'USI (Klem et al., 2021).

La prise en charge de la douleur pour les patients en USI doit être guidée par une évaluation de routine et ce, avec des échelles validées. Chez les patients qui sont capables d'autoévaluer leur douleur, il est possible d'utiliser une échelle numérique d'évaluation de la douleur de zéro à dix ou une échelle visuelle analogique (Devlin et al., 2018). Tandis que chez les patients sous sédation et ventilés mécaniquement, mais que des comportements sont observables, l'échelle comportementale de douleur (c.-à-d. : *Behavioral Pain Scale* [BPS]) et ainsi que l'outil d'observation de la douleur en soins intensifs (c.-à-d. : *Critical Care Pain Observation Tool* [CPOT]) démontrent la plus grande validité et fiabilité pour le suivi de la douleur (Devlin et al., 2018). Le panel d'expert a compilé une liste de recherches selon les échelles de douleur ( $n = 47$  articles depuis 2013) avec les propriétés psychométriques et la qualité des preuves à l'appui de chacune des échelles de douleur abordées. L'échelle BPS et le CPOT démontraient de très bonnes propriétés (CPOT) et de bonnes

(BPS) qualités psychométriques, avec des valeurs d'Alpha de Cronbach situés entre 0,7 et 0,9 et une validité discriminante significative. La sensibilité et la spécificité de l'échelle CPOT étaient plus élevées qu'avec l'échelle BPS.

Alors que le délirium est susceptible de nuire au SVM (Leite et al., 2014), le taux de prévalence dans les USI varie entre 20 % et 80 % selon la population étudiée (Kotfis et al., 2018; Leite et al., 2014; Vasilevskis et al., 2012). Il importe de le dépister adéquatement avec des échelles validées et adaptées aux USI, telles que le *Confusion Assessment Method in the Intensive Care Unit* (CAMICU) et *Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) (Devlin et al., 2018). La CAMICU a montré une spécificité de 80% et une sensibilité de 80 % (Ely, 2017; Kotfis et al., 2018). L'outil de dépistage, Intensive care delirium screening checklist (ICDSC) a démontré une sensibilité à 74% et une spécificité à 82% (Kotfis et al., 2018).

Différentes recherches permettent d'évaluer les activités reliées à la gestion de l'état d'éveil et ce qui influence leur exécution. Qi et al. (2021), dans une revue systématique et une méta-analyse (n = 14 recherches, n = 2445 patients), ont comparé les protocoles d'analgésie-sédation menés par les infirmières versus des décisions sous une gouvernance médicale dans les USI. Ils concluent que les infirmières ont une influence positive sur le SVM lorsqu'elles gèrent l'analgésie-sédation par le biais de protocoles (c.-à-d. : taux de mortalité, PAVM, délirium, échec d'extubation, durée de la VM, séjour en USI). Les doses de médication sédative et la durée de l'analgésie-sédation étaient aussi diminuées comparativement au groupe contrôle.

Selon Jansson et al. (2019), l'utilisation d'un protocole a favorisé l'adhésion à certaines lignes directrices en ce qui concerne l'ajustements des paramètres du respirateur (p. ex., volume courant bas, pressions de plateaux élevées  $\leq 30$  cmH<sub>2</sub>O). Ces chercheurs ont conduit une enquête transversale auprès d'infirmières bachelières (n = 86) dont 10 % avaient plus de cinq ans d'expérience (intervalle 5,0 - 19,3 ans) travaillant dans une USI fermée à vocation tertiaire en Finlande. Les responsabilités de la VM étaient partagées entre les infirmières et les médecins. Ces chercheurs ont mentionné qu'elles se référaient à l'échelle de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) (Sessler et al., 2002) afin de déterminer l'ajustement de l'analgésie-sédation. Cependant, ces auteurs ont évoqué que les lignes directrices pour la gestion de l'analgésie-sédation n'étaient pas respectées, notamment pour la fréquence d'évaluation et l'état d'éveil ciblé. Un manque de connaissance serait à l'origine de ces lacunes. Ces constats rejoignent ceux de Randen et al. (2013),

qui ont conclu dans une enquête transversale, soit que des infirmières (n = 86) en USI en Norvège décrivaient différents signes et symptômes d'inconfort, mais n'étaient pas en mesure d'identifier ceux liés à une analgésie-sédation trop profonde. Conséquemment, cela menait à une évaluation et une gestion inadéquate de la sédation-analgésie.

### La mobilisation précoce

La mobilisation précoce fait partie des activités favorisant le SVM. On retrouve cette activité dans les ensembles d'interventions ABCDEF. Comme mentionné précédemment, elle était la composante ayant le moins d'adhésion, et ce, malgré qu'il existe également des preuves solides de la sécurité et de la faisabilité de cette manœuvre (Nydahl et al., 2017). La mobilisation précoce a été définie comme une thérapie physique et des mesures de rééducation aiguë initiées dès que possible après l'admission à l'USI (Anekwe et al., 2019). Elle permet de diminuer l'incidence du délirium, d'améliorer la capacité fonctionnelle, de diminuer le nombre de jours sous VM et le séjour en USI (Hunter et al., 2020; Zhang et al., 2019).

La mobilisation est une composante attendue du rôle des infirmières lors du SVM d'après une enquête transversale réalisée au Canada auprès de physiothérapeutes (n = 117) et de médecins (n = 194) répartis dans 46 USI (Koo et al., 2016). Les répondants (97,5 %) ont identifié que les infirmières étaient, avec les physiothérapeutes, les principaux intervenants en réadaptation aiguë. Le manque de personnel infirmier était considéré comme une barrière à l'instauration d'une routine de mobilisation sécuritaire des patients sous VM et à l'identification des patients prêts à être mobilisés (Koo et al., 2016). À l'instar de Koo et al., (2016), Bakhru et al. (2016), dans une enquête transversale d'USI de médecine-chirurgie aux États-Unis, en France, en Allemagne et au Royaume-Uni (n = 951), conclut que les activités de mobilisation étaient favorisées par la présence des physiothérapeutes dans l'équipe, d'un faible ratio de patients par infirmières, des objectifs de soins établis, des tournées multidisciplinaires et le pays. C'est-à-dire que les caractéristiques organisationnelles, comme le ratio de patients par infirmières peut influencer la MOR (Bakhru et al., 2016).

En contexte québécois, Anekwe et al. (2019) ont distribué un questionnaire aux médecins (n = 13), infirmières (n = 81), physiothérapeutes (n = 9) et inhalothérapeutes (n = 26) de trois USI à Montréal (n<sub>total</sub> = 138 participants). Selon une forte majorité, l'infirmière était la première personne à déterminer quand un patient était prêt pour la mobilisation et qu'elle était la professionnelle la plus



impliquée dans la mobilisation. Or, les préoccupations des infirmières en matière de sécurité (p. ex., retrait accidentel d'un dispositif invasif) ont été considérées comme un obstacle majeur à la mobilisation précoce. D'autant plus que selon les infirmières, la mobilisation précoce n'était pas une priorité pour elles et qu'il y avait un manque d'équipements adéquats pour la réaliser. Ces constats pourraient conduire à un démarrage tardif de la mobilisation et des conséquences négatives sur le SVM des patients.

Les mêmes résultats quant à l'implication des infirmières dans la mobilisation étaient présentés dans une étude transversale prospective (n = 237 infirmières) menée aussi au Québec par Bilodeau et al. (2018). La principale activité identifiée était d'évaluer la mobilisation du patient, mais très peu utilisait un instrument de mesure pour le faire. Les barrières étaient surtout liées à l'état clinique du patient, le manque de personnel, la prescription médicale indiquant le repos au lit, une analgésie inadéquate, la présence d'un tube endotrachéal et la crainte de l'extubation. De même, peu d'USI possédaient un protocole ciblant la mobilisation. Les auteurs concluent que bien que les infirmières puissent procéder à l'évaluation de la mobilisation, la fréquence des mobilisations était peu optimale et il s'agissait surtout de mobilisation à faible intensité restreinte au lit (c.-à-d. : repositionnement, assis au bord du lit). Selon les auteurs, les USI avaient une culture de soins à court terme alors que la mobilisation était vue d'une perspective à long terme et de réhabilitation.

#### Les soins buccodentaires

Les soins buccodentaires pour les patients intubés en USI incluent 1) le brossage dents, des gencives et de la langue au moins deux fois par jour avec une brosse à poils souples, 2) des soins d'hydratation des muqueuses buccales et les lèvres à chaque deux-quatre heures, et 3) le badigeonnage à la chlorhexidine deux fois par jour (Feider et al., 2010; Tanguay et al., 2018). L'infirmière doit évaluer l'état de santé buccodentaires du patient à son admission et tout au long de son hospitalisation lors de son admission à l'USI (Feider et al., 2010; Tanguay et al., 2018). Des outils d'évaluation standardisés et systématiques existent à cet effet. Les soins buccodentaires font partie d'interventions qui permettent de prévenir les PAVM et par conséquent, favoriser le SVM comme l'hygiène des mains, le respect de l'asepsie et l'aspiration des sécrétions endotrachéales au besoin (Baid, 2016; Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2019; Klompas et al., 2015; Speck et al., 2016).

Dans une étude descriptive transversale effectuée auprès de 576 infirmières de huit USI aux États-Unis, l'adhésion aux soins buccodentaires a été calculée à 83,8 % (Kiyoshi-Teo et al., 2014). Tandis qu'une lecture d'audits de 4709 jours de VM par Sedwick et al. (2012), a démontré un taux d'adhésion à cet ensemble d'interventions sous-optimales (76 %). Tanguay et al. (2018) ont réalisé une étude transversale descriptive corrélationnelle sur les pratiques de ces soins chez les patients ventilés mécaniquement par les infirmières dans les USI du Québec (n = 375) et les facteurs d'influence. La plupart des participants ont identifié que les infirmières sont les principales responsables des soins buccodentaires des patients ventilés mécaniquement. Une forte majorité procédait à une évaluation de la santé buccodentaire et exécutait les soins requis, mais très peu (12 %) avaient recours à un outil d'évaluation. La qualité de leur pratique est faible en raison d'un manque de ressource et du niveau de connaissance sur les soins buccodentaires. Ces soins étaient exécutés de façon systématique plutôt qu'adaptés à l'évaluation de l'état buccodentaire faite au préalable.

#### Le sommeil

Dans un même ordre d'idée, l'une des pistes d'interventions pour favoriser le sevrage est d'assurer un sommeil adéquat et réparateur (Engel et al., 2013; Schweickert et al., 2009). Drouot et al. (2012) ont démontré que le tiers des patients ventilés avaient un sommeil atypique prédisposant au délirium et retardant le SVM. Le manque de sommeil est commun à l'USI et est principalement causé par les stimuli provenant de l'environnement, des nombreuses interventions infirmières et des périodes d'apnée pendant le SVM (Delisle et al., 2011; Freedman et al., 2001; Knauert et al., 2014). L'infirmière doit coordonner les activités pour respecter le sommeil, favoriser des périodes continues de repos et surveiller les périodes d'apnée (Eliassen et Hopstock, 2011; Kamdar et al., 2016; Knauert et al., 2014). Pourtant, selon Kamdar et al. (2016) lors d'une enquête transversale internationale en USI (n = 727 infirmières), peu d'interventions étaient implantées pour favoriser le sommeil du patient sous VM.

#### Le statut nutritionnel adéquat

L'effort occasionné par le SVM augmente les besoins énergétiques (Lee et al., 2017). Il est recommandé de débiter l'alimentation entérale dans un délai de 24 à 48 heures après l'intubation (Taylor et al., 2016). Toutefois, selon l'évaluation rétrospective d'un échantillon aléatoire de dossiers (10 % de 899 dossiers, n = 69) de patients sous VM depuis plus de sept jours dans une

USI aux États-Unis, le délai dépassait les 48 heures chez 66,6 % des patients (Stewart et al., 2017). L'évaluation du poids était sous optimale nuisant au suivi du statut nutritionnel. Selon Stewart et al. (2017), les infirmières ont un rôle de coordination entre les médecins et les nutritionnistes, d'où leur influence sur le délai d'initiation de l'alimentation entérale.

### **La connaissance approfondie du patient**

Les infirmières ont une position unique offrant une perspective globale du patient qui guide la personnalisation de l'ensemble des soins prodigués lors du sevrage de la VM. Ce constat a aussi été relevé par Paquette et al. (2018) dans un devis phénoménologique. Par une connaissance approfondie du patient, les infirmières en USI (n = 9) développaient une relation qui s'actualisait dans un réel souci d'aider, d'accompagner le patient dans son expérience, d'où cet effort pour personnaliser les soins. Cederwall et al. (2018) apportent le même argument dans une recherche qualitative effectuée auprès d'infirmières (n = 19) d'une USI en Suède. Cette connaissance approfondie amène les infirmières à être davantage centrées sur le patient pour s'assurer de son bien-être autant physique que psychologique pour favoriser son SVM. Elles développaient un partenariat avec eux, les encourageaient et soutenaient leurs efforts.

Ainsi, plusieurs recherches ont fait état du développement d'une connaissance approfondie du patient par les infirmières (Paquette et Kilpatrick, 2020). Les infirmières forment un corpus de connaissances tant sur l'ensemble du système respiratoire, mais aussi, découlant d'une évaluation de l'état clinique en termes de bien-être. Elles sont à la recherche d'indices, de signes pour reconnaître que le patient est prêt à commencer le SVM, mais aussi pour mieux cerner sa réaction, les signes de détérioration et le niveau de confort pendant le SVM (Paquette et Kilpatrick, 2020). La connaissance du patient est reconnue comme un élément important pour déterminer la tolérance au SVM et est une assise du jugement clinique (Haugdahl et al., 2014). Elle est aussi la clé pour les infirmières afin de s'impliquer dans les décisions lors du SVM (Paquette et Kilpatrick, 2020).

Cette évaluation plus holistique rejoint le concept *connaître le patient* qui apparaît comme étant fondamental lors du sevrage de la VM (Crocker et Scholes, 2009; Eckerblad et al., 2009; Haugdahl et al., 2014; Khalafi et al., 2016). Ce concept, initialement élaboré par Tanner et al. (1993), se développerait à l'issue d'interactions continues, d'une proximité et d'une continuité de soins qui permettent de mieux accompagner le patient et d'adapter les stratégies lors du SVM (Haugdahl et al., 2014; Kydonaki et al., 2014). Rose et al. (2014) ont également souligné dans une revue de la

portée qu'il est nécessaire de personnaliser le SVM. Cet argument met en lumière l'importance d'une connaissance subjective du patient en association avec des données cliniques objectives. D'après ces chercheurs, les données subjectives sont souvent dévaluées.

Pourtant, cette connaissance approfondie du patient n'est pas développée d'emblée par les infirmières. Crocker et Scholes (2009), dans une recherche ethnographique en USI, ont exposé que les infirmières avaient tendance à utiliser les données physiologiques et les dossiers pour connaître le patient, plutôt que via des interactions avec celui-ci. Ces auteurs soulignent que les infirmières en USI se désintéressaient des patients stables, soit le patient en sevrage, car elles y voyaient moins de défis. Dans ces circonstances, le SVM se retrouvait retardé et non optimal.

Somme toute, les écrits sur le SVM portent principalement sur les modes de ventilation, l'analgésie-sédation et les indicateurs de réussite du sevrage. Plusieurs écrits sont issus d'enquêtes transversales sur les décisions et responsabilités des infirmières lors du SVM. Ces recherches sont principalement réalisées au sein de pays où les infirmières partagent la responsabilité avec les médecins. Alors qu'en Amérique du Nord, les équipes sont composées différemment et les responsabilités sont partagées avec des inhalothérapeutes qui sont les spécialistes de la VM. En l'occurrence, plusieurs recherches sur la VM et le SVM en contexte nord-américain portent sur les ensembles d'interventions. Bien que les infirmières fassent partie de l'équipe de soins, leur rôle semble se situer principalement au niveau de la gestion de l'analgésie-sédation. Enfin, malgré que plusieurs écrits informent du rôle des infirmières en USI lors du SVM, un décalage est manifeste quant aux attentes. Plusieurs activités composent leur rôle lors du SVM, mais elles sont explorées de façon distincte ne permettant pas de saisir l'ensemble de la contribution des infirmières. Force est de constater que l'adhésion des infirmières aux différentes composantes de son rôle n'est pas optimale.

## **La synthèse de la recension**

En conclusion, le SVM nécessite un travail d'équipe où chacun des membres contribue par son expertise, son expérience et ses compétences. Différents processus sous-tendent le fonctionnement de l'équipe et influencent la contribution de chacun. Cependant, les écrits empiriques ne permettent pas de comprendre comment le fonctionnement de l'équipe influence la MOR des infirmières en situation de SVM.

Les infirmières ont un champ d'exercice qui fait mention d'activités et elles ont aussi des compétences attendues leur permettant d'être impliquées directement dans le SVM. Selon les écrits empiriques, une ambiguïté persiste quant à ce qu'elles font réellement au quotidien et un déploiement sous optimal de leur MOR est envisagée lors du SVM. Simultanément, il est plausible d'envisager des répercussions négatives sur les résultats des patients lorsque la MOR des infirmières est sous optimale. Plusieurs types de devis ont été utilisés, mais ceux-ci ne permettent pas de mettre en lumière l'ensemble de la MOR des infirmières en USI lors du SVM, ni de comprendre comment certaines structures ou certains processus peuvent influencer ce déploiement. Ce que font les infirmières au quotidien lorsqu'elles sont responsables d'un patient en SVM fait partie d'un tout, d'un contexte qui influence leur exercice. En effet, les liens entre les concepts du travail d'équipe, la MOR des infirmières de soins intensifs et comment elles prennent leur place dans l'équipe de soins n'ont pas été étudiés.

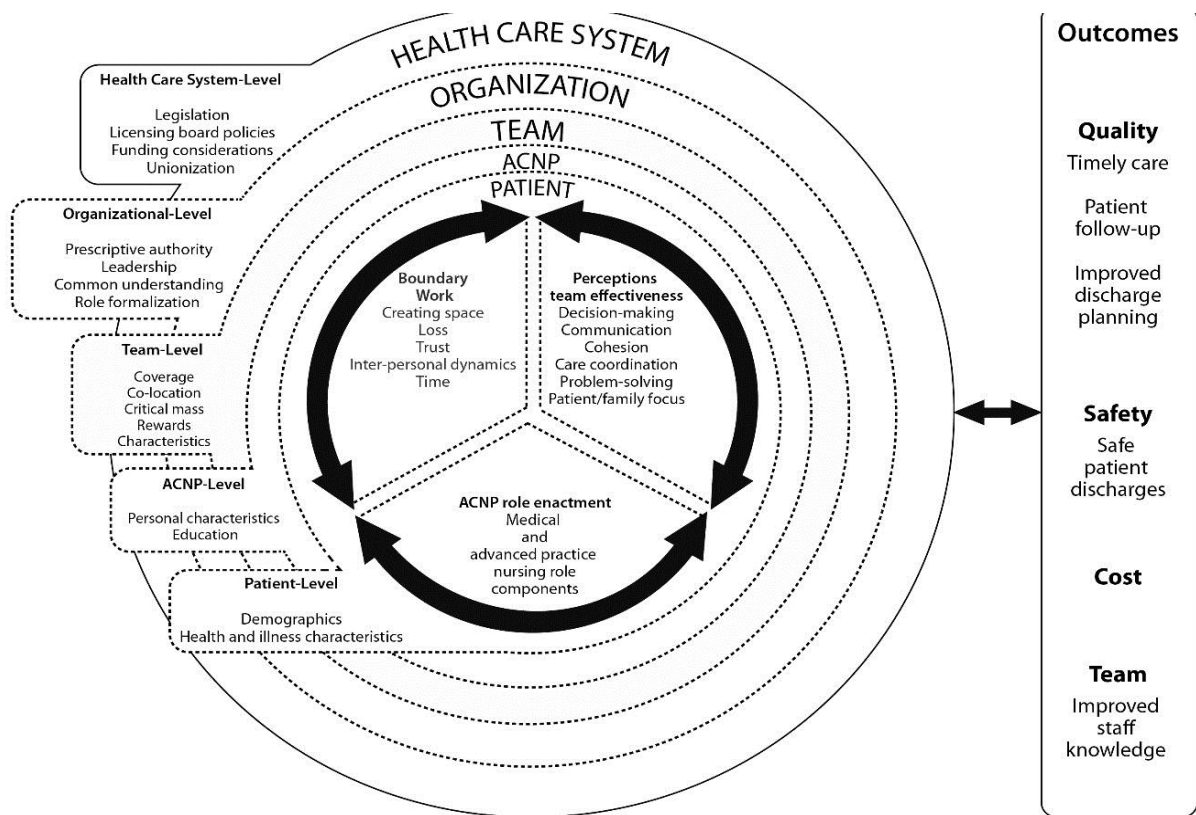
Ainsi, pour comprendre ce phénomène d'intérêt, il importe de l'explorer à même le contexte où il se produit considérant qu'il est inextricablement lié à la MOR des infirmières lors du SVM (Morgan et al., 2017). En effet, lorsqu'il s'agit de vouloir comprendre un phénomène, il faut explorer comment il se déploie dans son contexte réel où il a lieu pour en obtenir une image globale (Morgan et al., 2017).

## **Chapitre 3 — Le cadre conceptuel**

*Le Cadre conceptuel de la mise en œuvre des rôles, les frontières interprofessionnelles et les perceptions d'efficacité des équipes de soins* (figure 1) (Kilpatrick et al., 2013) est proposé comme cadre de référence. Il a été inspiré par le modèle élaboré originalement par Irvine et al. (1998) et Sidani et Irvine (1999). Ces premiers cadres mettaient en valeur les structures qui influençaient le rôle des infirmières, soit ses caractéristiques (expérience, connaissances, habiletés), celles de l'organisation et du patient. Dans les cadres précurseurs, les rôles des infirmières étaient divisés selon s'ils étaient dépendants, indépendants et interdépendants. Enfin, il permet de comprendre comment les structures et les rôles infirmiers influencent les résultats chez les patients. De même, ces cadres étaient créés de façon linéaire, faisant abstraction de la nature interdépendante que requièrent les soins des patients.

Suite à une étude de cas multiples, portant sur l'introduction de rôle d'infirmières praticiennes spécialisées dans deux équipes de chirurgie cardiaque et auquel des infirmières ont participé, Kilpatrick et al. (2013) ont proposé une refonte en profondeur du cadre (Kilpatrick, 2013; Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe et Doran, 2012). Tout d'abord, ils ont réorienté le cadre selon une perspective écologique. Une *écologie* est définie comme « un ensemble d'interactions sociales entre de multiples éléments qui ne sont ni totalement contraints ni totalement indépendants » [traduction libre] (Abbott, 2005, p. 248). De cette façon, la compréhension de ce qui influence la façon dont les rôles sont mis en œuvre est facilitée. Ainsi, à la différence de son prédécesseur, cette mise à jour du cadre offre un guide pour identifier et comprendre comment les processus dans l'équipe de soins et le travail de frontières influencent la MOR des infirmières.

Différentes structures sont situées à l'extérieur du cercle. Elles se définissent comment étant les éléments qui relèvent de l'environnement, ce qui influence le contexte dans lequel sont donnés les soins (Donabedian, 1988). Elles regroupent les caractéristiques liées à l'organisation, les équipes, les intervenants et les patients (Kilpatrick et al., 2013). Les structures sont en interrelations avec les concepts centraux qui sont au cœur du cadre (travail de frontières, perception d'efficacité de l'équipe et la MOR) et les résultats de soins, adjacents au cercle. L'ensemble des concepts interagissent ensemble, d'où l'aspect circulaire et bidirectionnel du cadre conceptuel (Kilpatrick et al., 2013).



**Figure 1.** – *Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness*

Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Lamothe, L., Ritchie, J. A. et Doran, D. (2013). Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 205-217.

Dans les concepts centraux, le travail de frontières professionnelles est le déplacement des limites des frontières entre les rôles de différents professionnels. Les frontières sont affectées par un contexte historique, l'éducation, les résultats et la capacité des organismes à gérer les changements dans les champs de pratique (Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe et Doran, 2012; Kilpatrick et al., 2013). Il s'agit d'un périmètre d'interaction entre deux groupes de professionnels où il y a un partage d'activités et une zone de négociation. Les infirmières, les inhalothérapeutes et les intensivistes<sup>2</sup> ont chacun des activités basées sur leur champ d'exercice qui leurs sont propres et maîtrisées. Toutefois, les limites des frontières de leur rôle, là où les activités se partagent, apparaissent moins bien définies. De surcroît, Kilpatrick et al. (2013) indiquent que plus il y a

<sup>2</sup> Seul le mot intensiviste sera indiqué pour désigner le médecin intensiviste afin d'alléger le texte.



interdépendance entre les professionnels et un manque de clarté dans les rôles, plus ces zones frontalières sont difficiles à négocier et à déterminer. Cinq concepts sont intégrés dans le travail de frontières, soit 1) la création d'un espace pour l'autre, 2) la perte d'une fonction qui était valorisée, 3) la confiance, 4) les dynamiques interpersonnelles et 5) le temps.

La perception de l'efficacité de l'équipe consiste à croire en sa capacité à répondre, de façon optimale, aux besoins du patient et de ses proches. Elle influence positivement les attitudes et les actions des membres de l'équipe. Elle s'actualise à travers différents processus, telles la participation au processus décisionnel, la coordination des soins, la cohésion, la communication, la résolution de conflit et l'emphase mise sur le patient et ses proches (Kilpatrick et al., 2013). Dans le présent projet, ces processus seront explorés pour mieux comprendre comment le fonctionnement de l'équipe influence la MOR des infirmières lors du SVM. Ainsi, le concept *fonctionnement de l'équipe* sera utilisé pour l'ensemble de ces processus.

En lien avec le fonctionnement de l'équipe, le *processus décisionnel* est défini par la sélection d'une action parmi d'autres alternatives possibles. La *communication* est une composante essentielle du fonctionnement de l'équipe et consiste dans le transfert d'information. Une communication claire favorise la résolution de problème et le maintien de l'emphase mise sur les besoins du patient. La *cohésion* représente la proximité, l'unité et le plaisir de travailler avec les membres de l'équipe. Elle favorise le fonctionnement de l'équipe, car elle relève d'un partage des objectifs de soins et d'une mise en commun des expertises de chacun afin d'obtenir des résultats positifs pour le patient. La *coordination* consiste en l'organisation des ressources, des activités et des ajustements de l'équipe pour qu'elles soient intégrées dans un ensemble et synchronisées pour être terminées dans un délai donné. Enfin, l'*emphase mise sur le patient* fait référence à l'inclusion du patient et de ses proches dans les processus d'équipe, car ce sont eux qui reçoivent les soins.

La MOR des infirmières regroupe l'ensemble des composantes de leurs rôles dans une pratique quotidienne au sein d'une organisation. La façon dont ces composantes s'actualisent dans une pratique quotidienne détermine le niveau de MOR (Kilpatrick et al., 2013; Sidani et Irvine, 1999). La MOR est considérée comme un ensemble complexe d'interactions et d'activités qui sont intégrées les unes aux autres à l'image des poupées Matriochka (Kilpatrick et al., 2013). Celles-ci symbolisent l'influence de différentes structures hiérarchiques (les écrits législatifs) qui agit sur les

strates subséquentes (caractéristiques de l'équipe) et ainsi de suite jusqu'au cœur de ce qu'est la MOR.

Dans le présent projet, il est prévu que les concepts centraux (la MOR, le travail de frontières, le fonctionnement de l'équipe) soient en avant-plan pour comprendre la MOR des infirmières. En effet, le SVM est une situation de soins où des professionnels doivent travailler en concertation alors qu'ils possèdent des expertises différentes, des activités réservées similaires qui se chevauchent et où les frontières de rôle sont constamment négociées.

Tel que proposé dans la méthode qu'est l'étude de cas, le cadre conceptuel sera progressivement adapté (Yin, 2018) et ce, spécifiquement à la MOR des infirmières dans les USI lors du SVM. Tout d'abord, la recension des écrits a permis d'identifier des éléments tant au niveau des structures (p. ex., le modèle de soins des USI, les caractéristiques des équipes) que de la MOR (p. ex., les différentes composantes du rôle). Ces éléments ont été intégrés par l'étudiante chercheuse en marge du cadre original, tel qu'affiché dans le tableau 1. Au terme du présent projet doctoral, à la lumière de l'analyse intercas et en tenant compte des données empiriques et conceptuelles, l'étudiante chercheuse sera en mesure de proposer une adaptation finale du cadre conceptuel initialement utilisé (Siedlecki, 2020; Yin, 2018)

Ce cadre conceptuel servira de toile de fond à l'ensemble du déroulement de ce projet doctoral. C'est-à-dire qu'il guidera les questions des entrevues, les éléments à observer, le codage et l'interprétation des résultats. Les définitions opérationnelles des concepts utilisés, sont présentées dans le tableau 2. Celles-ci sont inspirées des travaux où ce cadre a été utilisé (Kilpatrick et al., 2016; Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe et Doran, 2012; Kilpatrick et al., 2013; Kilpatrick et al, 2019) et de la recension des écrits.

**Tableau 1.** – Adaptations proposées au cadre conceptuel et définition des codes

Concepts du cadre		Cadre original	Propositions d'adaptation
<b>Structures</b>	<b>Système de santé</b>	Loi sur les Infirmières et infirmiers Législation Politiques du conseil des licences Considérations de financement Syndicalisation	Le champ d'exercice des infirmières (Durand et al, 2017) Soins aux patients ventilés pour les inhalothérapeutes (OPIQ, 2009) Normes de compétences de l'AIIC (2017) Référentiel pour la certification en soins intensifs Intensivistes : autorités prescriptives
	<b>Organisation</b>	L'autorité prescriptive Leadership Description du rôle Règlementation à l'interne sur les responsabilités	Ratio patient par infirmière Modèles de soins USI fermée ou ouverte Protocoles ou non Formation à l'intégration Contexte historique Exposition à la ventilation mécanique
	<b>Équipe</b>	Couverture Colocation Masse critique Récompenses Les caractéristiques	Équipe noyau 2-4 personnes : Les rôles sont constamment négociés Faible stabilité temporelle Contraintes émotionnelles
	<b>Caractéristiques des infirmières d'USI</b>	Caractéristiques personnelles Niveau d'éducation	Certification Deux niveaux de formation, formation d'intégration USI, Certification facultative en USI (Birks, et al.) Expérience Âge Connaissances sur la VM
	<b>Caractéristiques des patients</b>	Démographie Caractéristiques de leur santé et de leur maladie	Patient très instable : change les priorités Complexité des besoins/sévérité de l'état Capacité de communiquer (VM) Vulnérable

			Soutien/proches
<b>Concepts centraux</b>	<b>Travail de frontières</b>	Perte d'une fonction qui était valorisée La confiance, Les dynamiques interpersonnelles Le temps Création d'un espace	Chevauchement des rôles: frontières difficiles à définir Retrait des infirmières en contexte de VM Les attentes vis-à-vis les autres professionnels Objets de frontières
	<b>MOR des infirmières lors du SVM</b>	Composantes du rôle des soins infirmiers en médecine et en pratique avancée	Composante du rôle des infirmières en USI lors du SVM :  Identifier l'éligibilité du patient Décision d'amorcer le sevrage Modification des paramètres sur le respirateur Modifier la quantité d'oxygène Évaluation de la réponse / réaction du patient au SVM Vérifier les paramètres vitaux <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier les paramètres respiratoires</li> <li>• Saisir des indices</li> </ul> Reconnaitre l'échec du sevrage <ul style="list-style-type: none"> <li>• Désaturation, dyspnée, altération des signes vitaux, aviser l'inhalothérapeute / intensiviste)</li> <li>• Agit en cas de détérioration FiO<sup>2</sup>, sédation, aspiration, ventilation par ballon-masque</li> <li>• Participation à l'extubation : préparer le patient, assister le professionnel qui procède ou procède elle-même à l'extubation, évaluer la respiration postextubation</li> </ul> Gestion de l'état d'éveil : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se coordonner avec l'inhalothérapeute pour</li> </ul>

			<p>la gestion de sédation-analgésie et la modification des paramètres</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation avec échelle validée</li> <li>• Titration, ajuster à la baisse selon échelle</li> </ul> <p>Encourager /stimuler le patient Communiquer avec le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'informer, le réorienter)</li> </ul> <p>Gestion de l'anxiété et l'agitation Choisir des interventions basées sur des résultats probants pour favoriser le SVM :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuer l'analgésie-sédation</li> <li>• Prévention et évaluation du délirium, soins de bouche, balance liquidienne</li> <li>• Mobilisation précoce</li> <li>• Soins buccodentaires</li> <li>• Assurer un sommeil adéquat</li> <li>• Assurer un statu nutritionnel adéquat</li> </ul> <p>Développer une connaissance approfondie du patient</p>
	<b>Fonctionnement de l'équipe</b>	<p>Processus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise de décisions</li> <li>• Collaboration</li> <li>• Cohésion</li> <li>• Communication</li> <li>• Coordination</li> <li>• Résolution de problème</li> <li>• Perception de l'efficacité</li> </ul>	<p>Interdépendance Travail en silo</p>

**Tableau 2.** – Description des concepts pour le codage

**Concepts centraux**

**Définition opérationnelle des concepts**

<b>Mise en œuvre du rôle</b>	L'actualisation des composantes du rôle au quotidien Ce que les infirmières font
<b>La perception d'efficacité : fonctionnement de l'équipe</b>	Conviction de la personne quant à sa capacité à fournir les soins nécessaires pour répondre aux besoins du patient et de sa famille. Inklus les jugements, les évaluations des membres de l'équipe. Les jugements prennent en compte les objectifs de l'équipe, les résultats attendus des soins prodigués ou les attentes d'un prestataire vis-à-vis des soins fournis.
Coordination	Ajustements dynamiques du comportement pour s'adapter aux changements de l'état du patient. Des expressions de conscience de l'environnement entourant l'équipe lors de la prise de décision. Intégration, synchronisation et exécution de tâches dans un délai spécifié. Expressions de l'interdépendance entre les membres de l'équipe pour mener à bien une tâche.
Communication	L'ouverture, l'exactitude et la rapidité de la communication entre les membres de l'équipe. Communication orale, rapport, divulgation d'informations. Éléments non verbaux de la communication (colère, respect, précipitation).
Cohésion	Fait référence à la proximité et à l'unité au sein du groupe. Comprend des comportements tels que la coopération des membres de l'équipe, l'appui mutuel, le partage du travail, le moral du groupe et les expressions positives de l'équipe suite au travail des infirmières.
Prise de décision	Décisions prises pour les soins des patients Influence les décisions (suggère, donne son avis, participe aux décisions) Qui prend les décisions
Résolution de problème	Inclut les réactions verbales et non verbales au conflit. Les comportements peuvent inclure la participation à des étapes pour résoudre un problème (identifier le problème, proposer des solutions possibles, discuter des avantages et des conséquences de différentes options, faire un choix).
Soins centrés sur le patient/famille	Descriptions de la manière dont les préférences du patient ou de la famille ont été prises en compte dans la prise de décision/tenir compte de l'évaluation de la personne
<b>Travail de frontières</b>	Déplacement des lignes de démarcation professionnelles entre les groupes lorsqu'un nouveau rôle est introduit dans l'équipe de soins de santé. Périmètre, frontières des interactions, boucliers qui protègent le champ de pratique Dichotomie entre les rôles Négociation Objets de frontières

	Perception mutuelle des rôles, des frontières de chacun, perception d'un chevauchement ou non dans certaines activités, les attentes vis-à-vis les autres professionnels
Temps	Le temps où les professionnels sont exposés, où ils ont travaillé ensemble Plus le temps passé ensemble
Confiance	Confiance mutuelle entre les professionnels dont les champs d'exercice se chevauchent. Favorise le travail de frontière... s'installe une fois que le travail de frontière a été fait. La confiance entre les membres de l'équipe s'est développée lentement : se démontrer mutuellement leurs capacités respectives et leurs contributions spécifiques à l'équipe.
Créer un espace	Laisser la place à l'autre, se créer un espace d'entente pour que chacun exerce ses activités Ajuster la réalisation de l'activité pour l'autre ou au contraire, ne pas laisser de place et faire tout à la place de l'autre
Perte de fonctions valorisées	Doit laisser tomber des activités pour lesquelles le soignant se sentait compétent, qu'il croit qu'elles font partie de son champ de pratique, au profit d'un autre professionnel. Perte d'un statut. Désorganiser son travail pour donner la priorité à l'autre
Dynamique interpersonnelle	Prendre le temps d'écouter l'autre, se montrer disponible, répondre aux questions, promouvoir le travail de l'autre, reconnaître la contribution de l'autre, démontrer du respect

**Note**

Inspiré de Kilpatrick et al. (2016); Kilpatrick et al. (2013)

## **Chapitre 4 — La méthodologie**



## Le devis de recherche

Une étude de cas multiples holistique associée à des méthodes de collecte de données mixtes et concurrentes a été réalisée. Selon Yin (2018), les études de cas explorent, décrivent et expliquent un phénomène d'intérêt dans une perspective globale. Elles consistent à extraire des connaissances constituées à même le contexte dans lequel l'évènement a réellement lieu. Yin (2018) précise que l'étude de cas s'adresse à une problématique de recherche où sont posées les questions de type *comment, pourquoi*, où le contexte s'avère complexe et lorsque le chercheur ne peut avoir de contrôle sur les évènements à l'intérieur d'un cadre réel. L'étude de cas multiples assure des résultats plus robustes, car les informations recueillies dans plus d'un cas permettent de mieux délimiter les construits et leurs relations avec le phénomène d'intérêt (Volmar et Eisenhardt, 2020; Yin, 2018).

Dans ce projet doctoral, l'objectif est de comprendre comment les infirmières dans les USI mettent en œuvre leur rôle lorsqu'elles sont responsables de patients en SVM, et ce, tout en considérant qu'elles sont dans une dynamique d'équipe dans laquelle il existe une interdépendance entre les professionnels. La problématique d'intérêt se situe dans un contexte précis, où les professionnels impliqués ont des rôles et des caractéristiques personnelles différents et où des éléments contextuels doivent être pris en considération (p. ex., la réglementation, les règles implicites, le niveau d'activité sur l'unité). Ces éléments peuvent influencer la MOR des infirmières lors de la prise en charge des patients en SVM. Ainsi, de nombreux facteurs sont en interrelation au sein d'un environnement sur lequel il est difficile d'exercer un contrôle et où les interactions humaines sont complexes. Ces constats soutiennent la pertinence de réaliser une étude de cas multiples pour répondre aux objectifs de recherche (Luck et al., 2006; Yin, 2018). De même, la complexité de la problématique à l'étude appelle à différentes perspectives et nécessite d'être regardée sous différents angles (Casey et Houghton, 2010). Une étude de cas multiples, où sont employées des méthodes de collectes de données mixtes, permet une compréhension plus complète du phénomène d'intérêt (Guetterman et al., 2015). Dans le présent projet, l'étudiante-chercheuse a combiné une approche par questionnaires, l'observation des interactions, des entrevues et des notes de terrain.

Pour mener une étude de cas rigoureuse, Yin (2018) recommande de développer un cadre théorique préliminaire du phénomène d'intérêt, c'est-à-dire de faire des propositions provenant d'écrits, d'expériences personnelles ou professionnelles, de théories et de la généralisation des données

empiriques. L'objectif du cadre étant de guider le processus de recherche, garder l'emphase sur les données pertinentes à collecter, orienter l'analyse des données et soutenir le développement du rapport de recherche (Baxter et Jack, 2008; Yin, 2018). De plus, tel que recommandé par Yin (2018), le cadre conceptuel décrit plus tôt soutiendra l'ensemble de l'étude. Les concepts et leur définition serviront à encadrer la collecte de données, le codage de l'ensemble des données, l'analyse et la discussion. Le cadre conceptuel de Kilpatrick et al. (2013), présenté au chapitre précédent, permet de comprendre la MOR dans les équipes interprofessionnelles. Tel que déterminé à priori, ce cadre a été adapté, tout d'abord avec la recension des écrits, puis en fonction des résultats de l'analyse intercas et de l'émergence des relations entre les concepts. Le cadre adapté au cours de cette étude sera présenté dans la discussion (Baxter et Jack, 2008; Eisenhardt, 1989; Yin, 2018).

Le présent projet de recherche a été influencé par la perspective philosophique du pragmatisme (Casey et Houghton, 2010; Luck et al., 2006) qui s'intéresse plus particulièrement au développement des connaissances (Cometti, 2010; Kaushik et Walsh, 2019). Les connaissances sont uniques à chaque personne. Ainsi, lorsque plusieurs personnes se trouvent dans un même environnement, par exemple un milieu de travail, elles influencent communément l'ensemble du milieu, les personnes côtoyées et conséquemment les comportements de celles-ci (Kaushik et Walsh, 2019). Ainsi, les connaissances sont issues d'expériences socialement partagées. Dans cette perspective, le pragmatisme s'intéresse à *l'agir* et à leurs conséquences pour comprendre les croyances des individus (Cherryholmes, 1992; Cometti, 2010). L'emphase est mise sur les effets des croyances sur les résultats et les actions des individus, car ceux-ci agissent en fonction de l'interprétation qu'ils se font de la réalité, de leur expérience et de leurs connaissances (Cherryholmes, 1992; Cometti, 2010; Kaushik et Walsh, 2019).

Considérant que chaque individu a sa propre conception de la réalité, le pragmatisme adhère à une pluralité de perspectives. Celles-ci peuvent plus aisément être recueillies grâce à différentes méthodes de collectes de données, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives (Cherryholmes, 1992; Dewey, 2005; Kaushik et Walsh, 2019). Ces différentes prémisses présentées, exhortent le chercheur vers l'observation des comportements des individus à même le contexte où ils se produisent et à recourir à différentes méthodes de collecte de données. Ainsi, une cohérence est présente entre la perspective philosophique du pragmatisme et l'étude de cas selon Yin (2018).

## La description du Cas

Le *Cas* est un évènement, une entité ou une personne qui a été étudié et est délimité par le temps, un lieu, ou une activité (Yin, 2018). Dans le présent projet de recherche, le cas est décrit comme étant tout ce qui concerne le processus de MOR des infirmières dans les USI lorsqu'elles sont responsables de patients en SVM, tout en considérant qu'elles travaillent en interdépendance avec d'autres professionnels. Ce processus correspond à l'actualisation des composantes du rôle dans une pratique quotidienne (Kilpatrick et al., 2013; Sidani et Irvine, 1999). Les membres de l'équipe de soins impliqués dans le SVM sont inclus, soient les infirmières techniciennes et cliniciennes, les inhalothérapeutes et les intensivistes. D'autres professionnels peuvent être inclus s'ils interviennent auprès du patient lors du SVM. Parmi eux, nous retrouvons les nutritionnistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les pneumologues. Au Québec, il n'y a pas de kinésithérapeute ou de physiothérapeutes autorisés à manipuler le ventilateur mécanique comparativement à d'autres pays (Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec [OPPQ], 2017a, 2017b; 2022; OPPQ et al., 2014).

Considérant que les structures organisationnelles peuvent moduler la MOR des infirmières (Kilpatrick et al., 2013; Rose, Blackwood, Burns, et al., 2011), il faut tenir compte de l'influence de l'équipe de gestionnaires incluant l'infirmière-chef de l'USI, l'assistante-infirmière-chef (AIC), la conseillère-cadre en soins infirmiers, le chef du service d'inhalothérapie, et du chef médical de l'USI sur la MOR des différents professionnels impliqués en situation de SVM (Eisenhardt et Graebner, 2007). Les limites du cas se situent alors aux professionnels impliqués dans la prise en charge du patient, du début du SVM jusqu'à 48 heures après l'extubation, indicateur de la réussite du SVM.

Différents modèles d'organisation des services de soins dans les USI se retrouvent au Québec, soit une unité dite *ouverte* ou *fermée*. Dans une USI ouverte, le patient est pris en charge par le médecin traitant, et ce, peu importe la spécialisation, tandis que si elle est fermée, le patient sera sous la gouverne d'un intensiviste et d'une équipe de professionnels consacrée à l'USI (INESSS, 2018).

## La sélection des Cas

Dans ce projet, il a été choisi d'utiliser un site, pour l'étude pilote, et deux Cas contrastants pour l'étude principale, ce qui permet de mieux informer le phénomène à l'étude (Yin, 2018). Une étude

pilote a précédé la collecte de données principale et avait pour but d'évaluer et de peaufiner les outils de collecte de données, ainsi qu'identifier précocement les problèmes pouvant survenir lors de la collecte de données principale (Doody et Doody, 2015; Yin, 2018). Les deux cas avaient des caractéristiques spécifiques susceptibles d'influencer la MOR infirmiers en contexte de SVM. Les critères pour la sélection des cas ont été dégagés de la recension des écrits et du cadre conceptuel. Notamment, la vocation (affiliée ou non avec l'université), la taille (centre hospitalier ultraspécialisé versus régional), le milieu (urbain versus semi-rural), le niveau de diplomation (pourcentage d'infirmières cliniciennes plus élevé versus moins élevé), le ratio de patients par infirmière (plus bas versus plus élevé) et la formation d'intégration (40 jours et ajout selon l'expérience versus 30 jours). Yin (2018) précise qu'idéalement le chercheur doit être connu des milieux pour avoir une meilleure accessibilité. Dans les deux Cas, l'étudiante chercheuse a été accueillie favorablement tant par les gestionnaires que par les participants.

Le site pour l'étude pilote était similaire aux milieux où ont eu lieu les deux cas de l'étude principale (Doody et Doody, 2015). L'étude pilote a eu lieu dans une USI fermée de 24 lits. Elle était située dans un centre hospitalier affilié à une université et est située en milieu urbain. Différentes spécialités s'y retrouvent, dont la médecine-chirurgie, la neurochirurgie et la cardiologie. Cette USI reçoit une clientèle adulte. Un total de 90 infirmières y travaillait comprenant entre autres, une infirmière-chef, trois assistantes-infirmières-chefes et deux conseillères en soins infirmiers à temps partiel. Le ratio de patient par infirmière était généralement d'un à deux patients par infirmière, sauf pour les patients hospitalisés en cardiologie où il était de trois par infirmière. L'équipe était aussi constituée de six intensivistes et d'un inhalothérapeute qui étaient affectés en permanence à l'USI, et ce, sur chaque quart de travail. Un total de 36 inhalothérapeutes étaient disponibles pour y travailler.

## **Le Cas 1**

Il était situé dans une USI fermée de 22 lits dans un milieu urbain située dans un centre de soins affilié à une université. Il s'agissait d'une USI mixte où plusieurs spécialités se retrouvaient, notamment la chirurgie cardiovasculaire et thoracique, la chirurgie générale, la médecine, la traumatologie et la neurochirurgie. Le nombre total de jours de VM était de 3954 jours pour l'année 2017-2018. L'USI traitait spécifiquement une clientèle adulte, hémodynamiquement

instable, nécessitant une surveillance étroite et requérant des soins spécialisés. Ce Cas faisait partie d'un centre de référence pour les problématiques de soins plus complexes.

Au total, 127 infirmières travaillaient dans cette unité parmi lesquelles 63 % (n = 80) étaient cliniciennes (c.-à-d. : détentrices d'un baccalauréat) (A. Jacob, communication personnelle, 7 septembre 2020). Le ratio patient-infirmière était d'un à deux patients par infirmière (E. Lebreux, communication personnelle, 9 mai 2018). La formation à l'intégration était d'un minimum de 40 jours (12 journées théoriques et un nombre de journées pratiques adaptés selon l'expérience). L'année précédente au début de la collecte de donnée, un programme de formation continue avait été mis sur pied. La formation sur les soins aux patients sous VM n'avait pas encore été offerte aux infirmières.

Pour ce qui est de l'équipe de gestionnaires, elle était constituée d'une infirmière-cheffe, trois assistantes de l'infirmière-cheffe réparties sur les trois quarts de travail, une coordonnatrice de soins critiques pour le Centre intégré de santé et services sociaux (CIUSSS), une conseillère-cadre en soins critiques et une conseillère monitrice clinique. Un adjoint administratif et une personne responsable des horaires s'acquittaient de plusieurs activités administratives.

L'équipe comprenait également 13 intensivistes qui possèdent tous une deuxième spécialité (p. ex., traumatologie, chirurgie cardiaque, thoracique, neurologique). Ils étaient accompagnés d'une équipe de résidents de différentes spécialités. Le service d'inhalothérapie regroupait 67 inhalothérapeutes disponibles pour l'USI. Ils effectuaient une rotation entre celle-ci et les autres unités de soins.

Au cours du déroulement du quart de jour, chaque médecin résident effectue sa tournée pour les patients qui lui sont attribués. Il les évalue, prend connaissance des antécédents et de l'évolution actuelle et s'enquiert auprès de l'infirmière des dernières données cliniques. Selon leur niveau d'autonomie, certains rédigeront des prescriptions, d'autres attendront la tournée médicale avec l'intensiviste pour prescrire les conduites à tenir. Plus tard dans la journée, l'intensiviste et le groupe de résidents procéderont à la tournée médicale de tous les patients de l'USI où les prescriptions et les objectifs de soins seront statués de façon officielle.

## **Le Cas 2**

Il s'agissait d'une USI fermée pour adultes de 18 lits qui faisait partie d'un centre hospitalier régional semi-urbain. L'USI offrait des soins mixtes et quelques spécialités s'y retrouvaient, notamment la médecine, la neurologie, la chirurgie générale, thoracique, vasculaire et orthopédique. Le nombre total de jours de VM pour 2017-18 était de 1496 jours. Le personnel comprenait 75 infirmières dont 42,6 % (n = 32) étaient cliniciennes. Le ratio était de deux à trois patients par infirmière. La formation d'intégration était de 30 jours (cinq jours théoriques et 21 jours pratiques). Les soins aux patients ventilés étaient abordés dans cette formation. Des affiches comprenant un rappel des activités de prévention des PAVM étaient placées au chevet des patients. Par contre, aucune formation n'avait été donnée spécifiquement sur ce sujet.

Une infirmière-cheffe et trois AIC détenant un poste régulier faisaient partie de l'équipe de gestion. Une conseillère en soins infirmiers venait d'être récemment nommée, mais son arrivée était suspendue, car elle devait assurer un poste d'AIC sur un autre département. Un adjoint administratif responsable des horaires assiste les gestionnaires. L'équipe comprenait également 21 inhalothérapeutes et cinq intensivistes. Au moment de la collecte de données, seul un résident médical accompagnait sporadiquement l'équipe d'intensivistes. Dans cette USI, il n'y avait pas de tournée médicale. L'intensiviste responsable procédait seul à l'évaluation de chacun de ses patients et quittait l'USI par la suite.

## **Les participants**

La population à l'étude incluait les membres de l'équipe interprofessionnelle qui ont un rôle direct lors du SVM dans les USI, en référence à la description du cas et de ses limites. Tandis que les participants aux entrevues ont été recrutés selon un échantillonnage à variation maximale offrant une pluralité de perspectives (Creswell et Poth, 2016). Les participants se sont portés majoritairement volontaires et d'autres ont été recommandés par des collègues ou encore approchés par l'étudiante-chercheuse pour leurs caractéristiques d'intérêt (p. ex., année d'expérience, rôle professionnel). En effet, Eisenhardt et Graebner (2007) stipulent que lors d'une étude de cas, il faut recourir à des informateurs bien renseignés qui vont fournir différentes perspectives du phénomène d'intérêt.

Tel que mentionné précédemment, la MOR des infirmières s'articule selon les perspectives de chaque groupe professionnel (Kilpatrick et al., 2012). De même, pour un déploiement optimal du champ d'exercice de chacun, il faut une compréhension claire de son propre rôle et de celui de chaque membre de l'équipe (Kilpatrick et al., 2021). C'est selon ces arguments, qu'il a été décidé d'inclure les autres membres de l'équipe interprofessionnelle dans les participants pour permettre de comprendre la MOR des infirmières lors du SVM.

Également, étant donné que la MOR des infirmières peut être influencée par les structures (p. ex., caractéristiques de l'USI) et que les gestionnaires jouent un rôle dans l'application des frontières de rôles (Kilpatrick, Lavoie-Tremblay, Ritchie, Lamothe et Doran, 2012), ceux-ci ont été inclus. Comme mentionné par Eisenhardt et Graebner (2007), les participants peuvent provenir de différents niveaux hiérarchiques, différentes fonctions ou milieux.

Considérant que l'obtention d'un poste permanent permet d'assurer le recrutement de participants qui comprennent mieux le fonctionnement de l'équipe, le premier critère d'inclusion pour les entrevues était de détenir un poste dans le centre hospitalier. Les participants devaient s'exprimer en français et être intéressés à discuter de leur expérience. Pour les infirmières, il s'agissait d'être détentrice d'un poste d'infirmière technicienne ou clinicienne à l'USI et avoir complété la période de probation. Pour les inhalothérapeutes et les autres professionnels (c.-à-d. : physiothérapeutes, nutritionnistes) et les gestionnaires (gestionnaires infirmiers et médicaux des USI et du service d'inhalothérapie, les assistantes du supérieur immédiat, les conseillères en soins des USI). Pour les intensivistes, aucun autre critère n'a été appliqué quant à leur caractéristiques personnelles. Les critères d'exclusion étaient : détenir un poste temporaire ou relever d'une agence privée de placement de personnel en santé. À ce sujet, dans les deux cas, les gestionnaires ne recouraient pas aux agences.

Le but dans la constitution de l'échantillon est qu'il soit représentatif du cas, donc avoir un rapport semblable dans la proportion de chaque groupe de professionnels. Dans les participants pour les entrevues, ce rapport a été établi.

Dans le cadre de ce projet, il a été décidé de ne pas inclure les patients et les familles parmi les participants. Bien que cela s'avère pertinent, car selon une revue systématique par Haines et al. (2017) il n'existe aucun plan de partenariat avec les familles dans les USI et encore moins dans un contexte aussi spécifique que le sevrage de la VM. Cependant, les patients sous VM dans les USI

sont souvent dans un état de conscience altérée, en délirium, ou encore, les circonstances rendent le consentement libre et éclairé très difficile. Dans une même optique, il semblerait que les proches de personnes sous VM vivent un niveau de stress élevé (Lebel et Charette, 2021). Celui-ci peut alors entraîner un trouble de stress aigu, de choc post-traumatique et/ou un syndrome familial post-soins intensifs (Aghaie et al., 2021), ce qui pourrait altérer leur perception de la MOR des infirmières. Considérant que la mise en œuvre du rôle des infirmières dans les USI adultes lors de la prise en charge du patient en SVM est très peu documentée en contexte québécois et qu'il faut avant tout bien la décrire et approfondir notre compréhension, il a été décidé de mettre l'emphase uniquement sur cet aspect.

## **Les sources de données**

Les données ont été collectées à partir de différentes sources comprenant deux questionnaires, des observations non participantes, des entrevues et des notes de terrain. L'ensemble des données a été collecté par l'étudiante-chercheuse. La période de collecte de données s'est échelonnée sur cinq mois pour le Cas 1 (mai 2019 à octobre 2019) et de sept mois pour le Cas 2 (juin 2019 à janvier 2020), pour un total de neuf mois en incluant le pilote. Le pilote a requis un laps de temps d'environ trois semaines (avril 2019). Cette période de collecte menée est comparable à celle qui a été réalisée dans une recherche avec observations et des entrevues réalisées dans une USI canadienne (Conn et al., 2016).

### **Les sources de données quantitatives**

#### Les questionnaires

Les sources incluent une combinaison de deux questionnaires. La moyenne de temps pour remplir les deux questionnaires était d'environ 30 minutes. Pour la phase pilote, ils étaient distribués en format papier et en main propre aux infirmières (n = 4), inhalothérapeutes (n = 2) et aux intensivistes (n = 2). Tandis que dans l'étude principale, les questionnaires étaient accessibles en ligne sur la plateforme *Lime Survey* et en version papier sur les unités de soins. Le lien URL pour accéder aux questionnaires était inclus dans les courriels acheminés aux groupes professionnels ciblés (c.-à-d. : infirmières, inhalothérapeutes, intensivistes). L'étudiante-chercheuse a saisi manuellement les données des questionnaires imprimés dans la version en ligne facilitant le regroupement des informations.



Le premier était le questionnaire « Ventilation et sevrage de la ventilation mécanique : tâches, compétences et responsabilités du personnel infirmier des soins intensifs » (Rose, Blackwood, Egerod, et al., 2011). Ce questionnaire a été utilisé à plusieurs reprises dans différents pays d'Europe et en Australie (Blackwood et al., 2013; Haugdahl et al., 2014; Rose, Blackwood, Egerod, et al., 2011; Rose et al., 2008; Tume et al., 2017). L'autorisation pour l'utilisation de la version française du questionnaire dans le cadre de ce projet avait été obtenue préalablement auprès de son autrice Dre Rose (Annexe B). Tandis que le deuxième était le « Questionnaire pour les intervenants : Perceptions de l'efficacité de l'équipe de soins » (Kilpatrick, Paquette et al., 2019). L'autorisation pour l'utilisation de ce questionnaire n'était pas nécessaire car l'étudiante-chercheuse était membre de l'équipe de recherche qui a développé et validé l'outil (Kilpatrick, Paquette et al., 2019).

*Questionnaire 1 « Ventilation et sevrage de la ventilation mécanique : tâches, compétences et responsabilités du personnel infirmier des soins intensifs »*

De prime abord, l'équipe de chercheur à l'origine de ce questionnaire, Rose et al. (2007) ont réalisé une étude de cohorte prospective dans une USI en Australie pendant trois mois au cours duquel, les infirmières colligeaient l'ensemble de leurs décisions. Un total de 3986 décisions concernant la VM et son sevrage au cours de cette période a été recueilli. Par la suite, Rose et al. (2008) ont construit le questionnaire et la validité de contenu avait été effectuée auprès d'un comité d'experts du Australian and New Zealand Intensive Care Society puis, distribué auprès de gestionnaires de 54 USI. Par la suite, en 2011, le questionnaire a été administré dans plusieurs pays. Au préalable, des questions avaient été ajoutées en ce qui concerne des modes de ventilation, le questionnaire avait été traduit dans plusieurs langues et la validité apparente avait été évaluée dans chaque pays par un panel d'infirmières et de médecins expérimentés en soins intensifs (Haugdahl et al., 2014; Rose, Blackwood, Egerod, et al., 2011). Il a été repris dans plusieurs recherches menées également dans des USI pédiatriques (Blackwood et al., 2013; Tume et al., 2017). Considérant que l'objectif était de décrire les modèles de pratique représentés en USI, l'alpha de Cronbach n'a pas été évalué pour l'une ou l'autre des sections (L. Rose, communication personnelle, 8 mai 2018). Selon l'approche proposé par Messick (1989) et Weideman (2012), la validité de ce questionnaire est issue de résultats de recherche précédemment réalisée (Blackwood et al., 2013; Haugdahl et al., 2014; Rose, Blackwood, Egerod, et al., 2011; Tume et al., 2017). Il a été utilisé à plusieurs occasions et dans différents contextes (p. ex., pays différents, clientèle pédiatrique et adulte). Les

résultats représentaient les manifestations habituelles et connues des concepts mesurés. Il était également possible de généraliser à des populations similaires (p. ex., USI dans un autre pays) puisque des écrits empiriques soutenaient les résultats obtenus par le questionnaire (Messick, 1989; Weideman, 2012).

La version française de ce questionnaire a été précédemment utilisée dans des USI en Suisse (Rose, Blackwood, Egerod, et al., 2011). Pour le présent projet, l'étudiante-chercheuse a procédé à la validation transculturelle selon la méthodologie de Vallerand (1989). Avant l'amorce de la collecte de données, une refonte des questionnaires a été effectuée pour l'harmoniser au Questionnaire 1 portant sur le fonctionnement des équipes. Les questions ont été combinées selon les échelles de mesure pour une clarté visuelle. Le vocabulaire a été adapté en contexte québécois, soit les modes de ventilation et l'intégration du titre d'inhalothérapeute. La clarté des items a été évaluée par une équipe d'experts constituée d'infirmières de l'USI (n = 2) et en milieu académique avec spécialité en soins intensifs (n = 1) et d'un inhalothérapeute (n = 1). Selon les participants, les questions étaient clairement formulées dans l'ensemble. Des modifications ont été apportées principalement en ce qui concerne les modes de ventilation car ils variaient selon les modèles de ventilateurs et le choix des intensivistes. La version révisée a été acheminée à l'autrice principale (Dre Rose) afin de lui présenter les propositions. Celles-ci ont été acceptées dans leur intégralité (Annexe C). L'étude pilote a été l'occasion de compléter la validation transculturelle du questionnaire adapté de Rose et al., 2011 et de la validité apparente via des entrevues cognitives avec les répondants (quatre infirmières, deux inhalothérapeutes, deux intensivistes). Les résultats de l'étude pilote sont présentés dans la section de « L'analyse des données ». La validité concomitante et de contenu par approche des sujets bilingues n'ont pas été nécessaires puisque la version utilisée était déjà en français. Le questionnaire final est présenté à l'Annexe D

Cet instrument autoadministré comporte 45 questions et prend environ 15 à 20 minutes à compléter. Il a permis d'établir un portrait de ce que font les infirmières, les inhalothérapeutes et les intensivistes lors de la prise en charge des patients en SVM (objectif 1) et d'explorer les facteurs qui influencent la MOR, telle l'expérience, l'âge, le ratio patient-infirmière, l'éducation, les caractéristiques de l'USI (objectif 2). Les items concernent la structure de l'USI, le profil du personnel médical et infirmier qui prennent les décisions, la nature des décisions en matière de ventilation mécanique (p. ex., qui évalue la réponse ou la réaction du patient à la VM et le SVM,

le niveau de responsabilités des décisions clés (l'identification de l'éligibilité du patient au SVM, la méthode de SVM, la décision d'extubation, l'identification de l'échec du SVM et l'échec de l'extubation). Les répondants identifiaient 1) la fréquence des décisions (p. ex., jamais, rarement, souvent, de routine) et 2) les professionnels qui prenaient les décisions, détenaient la responsabilité ou le rôle énoncé. En l'occurrence, en omettant de sélectionner les infirmières, cela signifiait qu'elles ne prenaient pas cette décision.

Les perceptions des participants sur l'autonomie des infirmières et leur contribution à la prise de décision en matière de VM ont été mesurées sur des échelles visuelles analogiques (EVA) distinctes allant de 0 (aucune autonomie ni influence) à 10 (pleine autonomie ou influence). Une valeur de sept était considérée comme modérée (Rose et al., 2008). L'autrice de ce questionnaire a défini l'autonomie comme étant la capacité de prendre des décisions sur la VM et de les mettre en œuvre sans supervision directe d'un médecin (Rose et al., 2008).

*Questionnaire 2 : « Le questionnaire sur le fonctionnement des équipes »*

Ce questionnaire autoadministré destiné aux intervenants contient 43 items et requiert moins de 10 minutes pour être rempli (Annexe E). Il permet d'identifier les facteurs qui influencent la MOR (objectif 2). Il porte sur le bon fonctionnement des équipes de soins qui relève des processus d'équipe (l'emphase mise sur le patient-famille, collaboration, coordination, communication, cohésion, prise de décision et résolution de problèmes), la confiance, la clarté de rôle et les rencontres d'équipe. Ce questionnaire est cohérent avec le cadre conceptuel utilisé dans le présent projet (Kilpatrick et al., 2013; Kilpatrick, Paquette et al., 2019).

La première section de trois aborde l'identification des caractéristiques de l'équipe, la clientèle, le nombre de membres et la région où l'établissement est situé. La deuxième section s'intéresse aux processus de l'équipe de soins et est constituée de 19 items. L'ensemble de thèmes, items et leurs descriptions sont illustrés dans le tableau (Annexe F). Les réponses des sections sur les processus et sur les résultats sont mesurées avec une échelle de Likert de un « fortement en désaccord » à six « fortement en accord ». Les résultats supérieurs à cinq sont considérés comme étant positifs. Les caractéristiques sociodémographiques du répondant incluent huit items. Les réponses sont principalement de type catégorique. L'âge, l'expérience dans le rôle professionnel, l'organisation et l'équipe de soins étaient des valeurs nominales. Des analyses (n = 283 participants) réalisées lors de l'étude de validation indiquent une cohérence interne avec des coefficients  $\alpha$  de Cronbach situés

à 0,881 pour la section des processus d'équipe et 0,909 pour la perception d'efficacité globale (Kilpatrick, Paquette et al., 2019). Ces résultats sont considérés d'acceptables à excellents (Tabachnick et Fidell, 2019). Les participants pour la validation étaient des intervenants de différents milieux de soins : soins de santé primaire (56 %), médecine-chirurgie (16 %), oncologie (16 %), soins critiques (urgence-soins intensifs) (12 %). Dans le cadre du présent projet, ce questionnaire a été distribué lors de l'étude pilote.

#### Les observations des interactions

Des observations d'interactions entre les infirmières et les autres membres de l'équipe professionnelle lors de situation liées au SVM ont été réalisées à l'aide de la grille de Bales (1950). Des observations non participantes structurées ont favorisé l'accès à des événements en temps réel permettant d'examiner ce qui était fait (objectif 1), les interactions et la négociation des rôles avec les intervenants principaux (infirmières, inhalothérapeutes, intensivistes) lors du SVM (objectif 3) (Morgan et al., 2017). Plus précisément, des observations d'interactions ont été collectées lors de situations où il y avait un chevauchement des rôles entre les infirmières, les inhalothérapeutes et les médecins : amorce du SVM, évaluation de la réaction ou de la réponse du patient, reconnaissance de l'échec du sevrage ou lors de l'extubation.

Une posture neutre et d'apprenant a été adoptée pour l'observation (Connor, 2012). Une journée complète d'observation au début des procédures de collecte de données a été réalisée afin d'avoir une vision d'ensemble d'une journée typique et identifier les périodes les plus significatives (Catchpole et al., 2017). Pour le Cas 1, un total de 59 heures de présence sur l'unité a été nécessaire pour cumuler huit heures d'observation d'interactions. Les périodes de présence ont duré entre quatre et six heures. Similairement, le Cas 2 a nécessité 58 heures de présence pour obtenir les huit heures d'observation. Comme recommandé, ces périodes ont été suffisamment longues pour capter les patrons d'interactions entre les professionnels (Bonner et Tolhurst, 2002; Kilpatrick, 2013). Un maximum de trois à cinq heures consécutives de présence a été respecté, pour éviter que l'étudiante-chercheuse soit affectée par des signes de fatigue et soit moins attentive pour capter les interactions (Casey, 2007).

#### *La grille d'observation*

L'outil de Bales (1950) a permis de quantifier et de qualifier les interactions au sein d'un groupe. Plus précisément, la grille de Bales permet d'observer comment un groupe communique et interagit

de façon informelle et permet de repérer comment chacun des membres incarne son rôle respectif lorsque le groupe est centré sur une tâche commune (Gérard et al., 2013). L'avantage d'utiliser cet outil est qu'il évite d'être submergé d'informations, car la préoccupation n'est pas sur le contenu de l'échange, mais plutôt sur la structure de l'interaction. Le contenu de la conversation est utilisé pour identifier la structure de l'interaction. La grille contient six interactions centrées sur les relations sociales affectives et six sont liées aux tâches. Le domaine socioaffectif peut être positif (manifestation de solidarité, la manifestation de détente et d'approbation), ou négatif (manifestation d'antagonisme, de tension et de la désapprobation). Le domaine de la tâche est scindé entre des questions (demander une orientation, une opinion ou des suggestions) et donner une réponse (suggestions, opinion ou orientation).

Pour mieux comprendre le processus de SVM, l'étudiante-chercheuse a aussi utilisé une grille structurée basée sur les éléments relevés dans la littérature pour guider la collecte et identifier l'activité en cours, les acteurs impliqués et les rôles de chacun (Casey, 2004). Les activités étaient regroupées selon quatre situations liées au SVM et où les rôles se chevauchaient : 1) l'amorce du SVM, 2) l'évaluation de la réponse et de la réaction du patient, 3) l'échec du sevrage et 4) l'extubation. Les grilles d'observation sont disponibles à l'Annexe G.

## **Les sources de données qualitatives**

### Les entrevues semi-dirigées

Les entrevues ont été utilisées pour identifier les différentes composantes de la MOR infirmier en situation de SVM (objectif 1). Elles ont facilité la compréhension des facteurs qui influencent la MOR en SVM (objectif 2) et ont permis d'identifier comment les infirmières négocient leur rôle en présence des autres membres de l'équipe de soins (objectif 3).

Pour s'assurer d'une redondance des données, l'étudiante-chercheuse s'est conformée à la méthode proposée par Francis et al. (2010). Tout d'abord, un nombre minimal de participants a été établi selon la complexité des questions de recherche, la diversité de l'échantillon et la nature de l'analyse. En prenant exemple sur Kilpatrick (2013), l'étudiante-chercheuse avait envisagé que l'échantillon serait constitué d'au moins 20 participants (Infirmières [n = 10 par cas], inhalothérapeutes [n = 5 par cas], intensivistes [n = 5 par cas]). Puis, elle a établi qu'approximativement cinq entrevues supplémentaires seraient nécessaires, car de nouveaux

éléments émanaient des entrevues (p. ex., importance de l'expérience, dotation particulière de postes). Par exemple, un membre de l'équipe interprofessionnelle ainsi que des personnes ayant été identifiées en raison de leur MOR différente ou encore de leurs années d'expérience ont été ajoutés. Enfin, les entretiens ont été cessés lorsque trois entrevues consécutives n'apportaient plus de nouveaux éléments. Cette approche était conforme aux écrits précurseurs de Sandelowsky (2010) sur la redondance des données. Pour s'assurer de la fidélité du codage, l'étudiante-chercheuse les a révisées en collaboration avec sa directrice de thèse à de nombreuses reprises. De plus, chaque code avait une définition claire et des exemples associés pour faciliter le codage. De cette façon, tel que recommandé par Francis et al. (2010), plus de 10 % du codage des verbatims a été vérifié par une personne tierce. L'étudiante-chercheuse et sa directrice en sont toujours venues à un consensus.

Dans les deux Cas, les entrevues ont été d'une durée située entre 23 et 90 minutes. Elles se sont déroulées dans des locaux exempts de distractions potentielles et où l'étudiante-chercheuse était seule avec le participant. La transcription en verbatim des entrevues audio enregistrées a été amorcée par l'étudiante-chercheuse (n = 5). Les services d'un transcripateur professionnel, soumis à une entente de confidentialité, ont été retenus par la suite (Annexe H).

### *Le guide d'entrevue*

Yin (2018) recommande que les entrevues, lors d'une étude de cas, soient sous forme de conversation guidée plutôt qu'une requête structurée. Le guide d'entrevue a été construit selon cette prémisse afin de laisser de l'espace aux questions sur le *comment* et pour laisser émerger les thèmes importants et pertinents pour les participants plutôt que de les diriger sur des réponses précises. Ainsi, en fondant les questions sur les concepts à l'étude, en s'assurant que les questions d'un outils de collecte à l'autre concerne les mêmes thèmes cela permet une véritable triangulation et une synergie des données favorisant une consolidation des concepts (Eisenhardt, 1989).

Le guide d'entrevue a été développé à partir du cadre conceptuel (Kilpatrick et al., 2013). Il avait déjà été utilisé par l'étudiante-chercheuse lors d'une étude de cas multiples sur la MOR d'infirmières praticiennes (Kilpatrick et al., 2016; Kilpatrick, Paquette et al., 2019). Il a été adapté au présent projet (pour les professionnels : Annexe I; pour les gestionnaires : Annexe J), notamment, en précisant que la MOR était explorée en situation de SVM. Les questions portaient sur la perception du SVM, la façon dont les infirmières percevaient leur rôle, ce qu'elles faisaient

dans leur pratique courante, les différences avec le rôle des autres professionnels impliqués dans le SVM et leur participation au processus d'équipe. Des questions équivalentes ont été adressées aux autres acteurs pour évaluer leur perspective à l'égard de leur propre rôle et celui des infirmières, la place de ces dernières dans l'équipe. Un questionnaire sociodémographique, utilisé dans une précédente recherche, a été rempli par les participants (Kilpatrick et al., 2016) (Annexe K). Le guide d'entrevue a été utilisé lors de l'étude pilote tel que recommandé par Yin (2018) auprès d'une infirmière, un inhalothérapeute et d'un intensiviste.

### *Les notes de terrain*

Des notes de terrain ont permis de refléter les impressions, les perceptions et les réflexions de l'étudiante-chercheuse au moment de la collecte de données (Eisenhardt, 1989; Phillippi et Lauderdale, 2018; Yin, 2018).

De façon concomitante aux observations, des notes de terrain étaient colligées en regard des observations d'interactions afin de mieux situer le contexte de celle-ci, l'environnement dans lequel elle avait lieu (Yin, 2018). Dans le cadre des activités de SVM, l'étudiante-chercheuse notait les activités réalisées par les infirmières, par exemple, si elles diminuaient l'analgésie-sédation, se coordonnaient avec l'inhalothérapeute, vérifiaient les paramètres respiratoires, reconnaissait l'échec du SVM, avisait l'intensiviste ou encore, assistait l'inhalothérapeute lors de l'extubation. Des informations quant au contexte, aux événements concomitants, aux participants impliqués, au contenu des conversations, sur la nature des interactions, ou encore toutes autres informations permettant de développer une compréhension de l'évènement y ont été explicitées (Phillippi et Lauderdale, 2018). Les notes de terrain ont été suffisamment claires pour permettre de suivre les actions et les décisions prises par l'étudiante-chercheuse. Elles étaient écrites le plus rapidement possible suivant les entrevues ou après l'observation des interactions. Elles ont permis de documenter la codification et contribuer à la compréhension des événements (Phillippi et Lauderdale, 2018; Thoresen et Öhlén, 2015).

L'étudiante chercheuse avait précédemment travaillé dans les deux USI et elle était connue pour son enseignement en soins critiques et la poursuite de ses études aux cycles supérieures. Cette reconnaissance lui a permis d'être rapidement acceptée dans les deux milieux et avoir la confiance des participants (Chammas, 2020). En effet, elle partageait une identité, un langage et une expérience avec ceux-ci (Berger, 2015; Chammas, 2020).

Sa disposition personnelle a certes façonné ses interactions, ses interprétations, les connaissances obtenues et ses découvertes (Chammas, 2020). Concrètement, sa familiarité a permis de mettre en lumière des subtilités au cours de la collecte de données (Chammas, 2020; Griffith, 1998). Elle pouvait par exemple, saisir un soupir, un regard de colère, ou encore, comprendre une interaction plus complexe comme une conversation avec des termes très techniques. De même, cette compréhension lui permettait d'anticiper une séquence d'évènements à venir pour être à la bonne place au bon moment et capter une interaction davantage pertinente. Cette familiarité peut être perçue comme une force, car elle favorisait une saisie minutieuse immédiate des données et elle permettait de mettre en évidence des actions et des intentions des participants et de refléter un point de vue unique dans l'analyse (Berger, 2015; Chammas, 2020). La familiarité est une connaissance tacite qui permet de produire des connaissances différentes que si elles avaient été recueillies par un étranger (Chammas, 2020; Griffith, 1998).

Tout au cours de la collecte de donnée, l'étudiante chercheuse est demeurée consciente de sa posture et s'interrogeait constamment sur ses propres croyances, positions et valeurs. Régulièrement, elle se référait à sa directrice pour valider ses réflexions et garder une posture neutre d'apprenant (Chammas, 2020). Les outils de collecte de données ont facilité cet exercice. Également, le fait d'enseigner les soins critiques lui permettait de rester connecter avec un aspect plus théorique de ce qui était observé (Chammas, 2020).

## **Le déroulement**

L'illustration du déroulement est visualisable à la figure 2. Au préalable, pour l'étude pilote et les deux Cas, l'étudiante-chercheuse a rencontré les gestionnaires des équipes d'infirmières, d'inhalothérapeutes et des intensivistes afin de s'enquérir de leur intérêt à participer au projet, des attentes envers les participants et d'expliquer le déroulement de l'étude. L'étudiante-chercheuse a pris contact avec les personnes-ressources pour organiser les rencontres d'équipe et planifier les collectes de données pour l'étude pilote et les deux cas. Des affiches décrivant le projet et indiquant les coordonnées de l'étudiante-chercheuse y ont été laissées pour consultation.

### **L'étude pilote**

Cette phase s'est déroulée du 17 au 30 avril 2019. Elle a permis d'effectuer la validité apparente du Questionnaire 1. Huit heures d'observations continues ont été réalisées, pendant lesquelles



l'étudiante-chercheuse a codifié les interactions et identifié les activités réalisées par les infirmières lors des activités en lien avec le SVM. Les questionnaires ont été remplis par des infirmières (n = 4), des inhalothérapeutes (n = 2) et des médecins intensivistes (n = 2). Quatre entrevues d'une durée située entre 30 et 60 minutes ont été réalisées (infirmière n = 1, inhalothérapeutes n = 2, intensiviste n = 1). Un délai d'une semaine pour le temps de consultation était offert. Les participants ont été invités à examiner les instructions, la présentation du questionnaire, les procédures pour remplir les questionnaires en français et les options de réponses. L'étudiante chercheuse a rencontré chacun d'eux pour des entrevues cognitives afin qu'ils puissent partager leurs commentaires et leurs recommandations sur le questionnaire et sur le guide d'entrevue (Kilpatrick, Paquette et al., 2019).

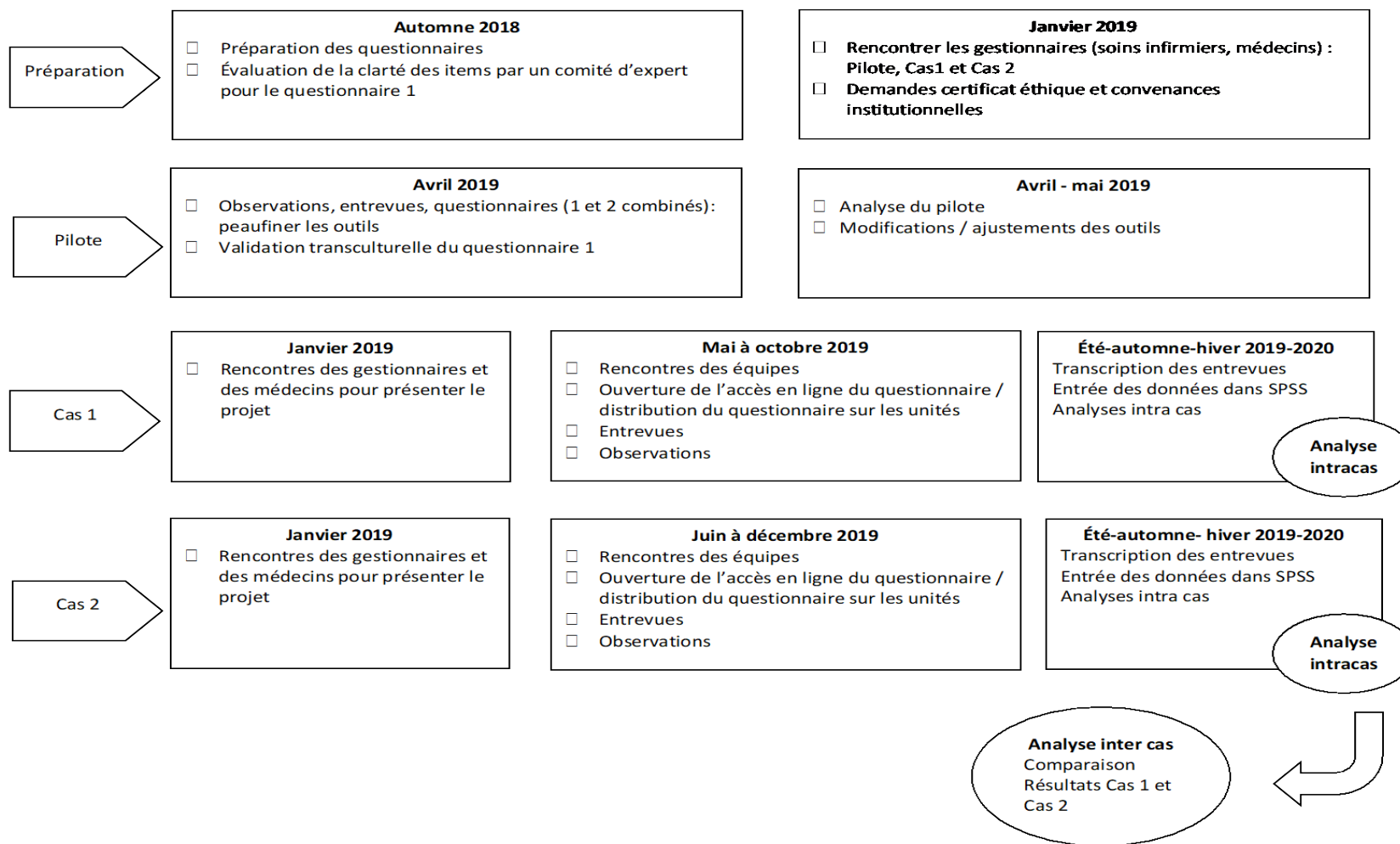


Figure 2. – Déroulement de l'étude

## **L'étude principale**

Des courriels (Annexe L) ont été acheminés aux groupes de professionnels concernés pour les aviser des rencontres, leur partager le lien URL du questionnaire à compléter en ligne (c.-à-d. : la combinaison des deux questionnaires) et les coordonnées de l'étudiante-chercheuse pour répondre aux besoins d'informations ou pour signifier leur intérêt à participer aux entrevues. Le contenu de ce message a été affiché dans les salles de repos de chacune des équipes d'infirmières et d'inhalothérapie. Elles ont aussi été rencontrées pour être informées du projet et invitées à participer aux entrevues et au sondage.

Une combinaison du mode d'administration du questionnaire a été proposée pour rejoindre le plus de participants possible (Beebe et al., 2018). Des copies imprimées du questionnaire étaient en tout temps disponibles dans les salles de repos. Une boîte scellée était laissée à l'USI et dans le local des inhalothérapeutes pour le retour des questionnaires imprimés complétés assurant la confidentialité des données. Les deux versions du questionnaire ont été rendus accessibles dès la première rencontre avec les équipes des infirmières (Cas 1 : 24 mai 2019, Cas 2 : 13 juin 2019) et d'inhalothérapeutes (Cas 1 : 21 mai 2019, Cas 2 : 18 juin 2019). Une fois le questionnaire rendu accessible en ligne, la méthode proposée par Dillman et al. (2014) a été utilisée. Des courriels de rappel répartis sur l'ensemble de la période de collecte de données ont été acheminés aux différents groupes professionnels comme recommandé par (Dillman et al., 2014). L'étudiante-chercheuse acheminait son message par le biais de l'adjoint administratif de l'USI (Cas 1) ou directement auprès des gestionnaires (Cas 1 et 2). L'accès aux questionnaires en ligne a été fermée après une période située entre cinq et six mois (Cas 1 : 25 octobre 2019, Cas 2 : 25 décembre 2019). Pour de plus amples détails sur le mode de recrutement, voir le tableau « Mode et fréquence de recrutement » en Annexe M.

Lors de ses présences, l'étudiante-chercheuse procédait à une même routine. À son arrivée sur l'USI, des affiches informant du projet en cours étaient positionnées sur les portes des modules où la collecte avait lieu. Elle informait le personnel de sa présence et demandait d'être avisée si des changements ou des interventions concernant la VM survenaient. Elle prenait connaissance des patients sous VM. Elle visitait les chambres et visualisait les modes de ventilation pour identifier qui pouvait être susceptible d'amorcer le SVM et qui était en SVM en plus de s'informer auprès

des infirmières si leurs patients étaient éligibles à l'extubation. Des affiches informant du projet en cours étaient positionnées sur les portes des modules où la collecte avait lieu.

L'étudiante-chercheuse étant connue par le personnel soignant de ces milieux, ce qui a facilité son intégration. Dans les deux Cas, le personnel a collaboré activement à la collecte de données. Les notes de terrain indiquent que plusieurs intervenants venaient raconter des anecdotes quant à des interactions qu'ils avaient eues avec d'autres professionnels en dehors de ses présences. Lorsqu'elle était sur place, des infirmières appelaient l'étudiante-chercheuse si une situation était d'intérêt pour le projet de recherche. Parfois, elle discutait avec les professionnels concernés pour mieux saisir les intentions derrière les interventions lors des situations liées au SVM. Les présences de l'étudiante-chercheuse se sont produites sur les quarts de travail sur des horaires de jour, de soir et de nuit. Toutefois, la collecte de données a été principalement effectuée sur les quarts de jour et de soir. Un très faible niveau d'activité en lien avec le SVM a été constaté sur le quart de nuit. Cette information a été confirmée lors des entrevues. Aucune séquence d'intubation n'a eu lieu pendant les présences de nuit de l'étudiante chercheuse. Aucun refus de participation n'a été émis durant le processus de collecte de données.

## **L'analyse des données**

L'analyse des données a été réalisée selon les recommandations de Yin (2018). Les données quantitatives et qualitatives ont été analysées séparément, codées selon les mêmes concepts retrouvés dans le cadre conceptuel puis amalgamées en un tout cohérent, et ce, pour chacun des Cas (Yin, 2018). La première phase consistait en l'analyse de l'étude pilote, suivi de l'analyse intracas. La dernière phase consistait en l'analyse intercas dont le but est d'obtenir une compréhension générale des cas en identifiant des points de divergences, de convergences et des explications potentielles des résultats de chaque cas (Yin, 2018).

### **L'analyse de l'étude pilote**

L'étude pilote a permis de raffiner les instruments de collecte de données et de vérifier la logistique du déroulement de l'étude (Yin, 2018). En ce qui concerne le Questionnaire 1 « *Ventilation et sevrage de la ventilation mécanique : tâches, compétences et responsabilités du personnel infirmier des soins intensifs*, suite à cette étape (n = 8 participants), certaines directives ont été ajoutées quant à la façon de répondre aux questions (p. ex., un ou plusieurs choix de réponses

possibles). Certains items de réponses ont été abrégés pour une facilité et rapidité de lecture. Pour le questionnaire 2 « *Le questionnaire sur le fonctionnement des équipes* » un item devait être clarifié et deux items devaient être ajoutés à la première partie portant sur le fonctionnement des équipes (Kilpatrick, Paquette et al., 2019) pour mieux saisir les facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe dans les USI. L'item concernant les objectifs de soins du patient a été modifié pour inclure les membres de l'équipe non dotés d'un permis de pratique (p. ex., préposés aux bénéficiaires [PAB]), car ceux-ci doivent aussi connaître les objectifs des soins. Il a été soulevé l'importance des réunions d'équipe en début de quart pour planifier les soins aux patients ayant été soulignée par tous les participants des entrevues. Deux items ont été ajoutés sur la tenue de réunions d'équipe régulières et pour résoudre des problèmes émergents.

Des entrevues ont été réalisées (infirmière n = 1, inhalothérapeute n = 2, intensiviste n = 1) avec le guide d'entrevue. Un seul changement a été effectué, soit l'ajout d'une question sur la définition du SVM. Il a été suggéré que la perception que l'on a de ce processus influence les interventions et la perception que le professionnel a de son rôle, ce qui au final, influence la MOR.

Au niveau de la méthodologie propre à l'observation, l'étude pilote a permis à l'étudiante-chercheuse de constater où se placer dans l'USI pour mieux observer. La grille d'observations des interactions (Bales, 1950) s'est avérée pertinente en contexte de SVM. Cependant, afin d'ajouter de l'agilité à l'utilisation, la grille d'observation et la grille des activités des infirmières ont été amalgamées en une seule et même grille puis simplifiées. Relativement au déroulement, il est apparu nécessaire de planifier à l'avance des journées pour rencontrer les équipes et que l'ensemble du personnel devait être avisé de la conduite de la collecte de données.

### **Les analyses intracas**

Le contexte et la description de chaque cas ont été élaborés afin de bien comprendre les facteurs pouvant influencer la MOR des infirmières. Les résultats des différentes sources de collectes de données ont été agrégés à un même ensemble de thèmes pour faciliter leurs combinaisons et permettre d'identifier des patterns (Eisenhardt, 1989; Yin, 2018). De cette façon, une description détaillée de chacun des cas a été obtenue pour permettre l'analyse intercas réalisée subséquemment (Eisenhardt, 1989; Yin, 2018).

## Les analyses quantitatives

L'ensemble des données a été compilé dans un classeur *Excel* (2019) et nettoyé (p. ex., retrait des questionnaires vides, vérification de la scolarité versus titre d'emploi). L'étudiante-chercheuse a vérifié les données manquantes, la cohérence entre la profession et la scolarité, recodage pour le temps de pratique (p. ex., transfert du nombre d'années en mois).

Pour les analyses issues du *Questionnaire 1 « Ventilation et sevrage de ventilation : tâches, compétences et responsabilités du personnel infirmier des soins intensifs »* (Rose, Blackwood, Egerod, et al., 2011), des analyses descriptives (médiane, moyenne écart-type, minimum, maximum) ont été réalisées pour les variables continues et des fréquences avec des pourcentages pour les variables catégorielles (Tabachnick et Fidell, 2019).

Pour le *Questionnaire 2, portant sur le fonctionnement de l'équipe*, les scores des items rédigés sous la forme négative ont été renversés en énoncés positifs. Puis, la médiane, la moyenne, l'écart-type et les statistiques descriptives ont été générés. Des scores globaux de la perception d'efficacité de l'équipe (PTE) ainsi que des scores pour les différents processus ont été calculés. Des analyses bivariées ont été réalisées pour explorer certaines relations entre les variables (p. ex., titre professionnel et perception de l'autonomie des infirmières, corrélation entre la perception d'efficacité et les scores des processus). Des tests non paramétriques (Rho de Spearman) ont été réalisés en raison d'une distribution des données qui n'est pas normale (Tabachnick et Fidell, 2019). L'analyse et l'interprétation des données ont été réalisées en collaboration avec la directrice de thèse et la professionnelle de recherche pour s'assurer de la validité et de la fidélité des résultats. Le logiciel *Statistical Package for the social Sciences* (SPSS) version 25 (2019) a été employé pour effectuer les différentes analyses statistiques.

En ce qui concerne l'observation des interactions, chacune des interactions a été répertoriées selon leur groupe d'appartenance (p. ex. : infirmières, intensivistes et résidents, inhalothérapeutes, physiothérapeutes, etc.). Un décompte en double des sommes a été effectué par l'étudiante-chercheuse. La somme de l'ensemble des comportements d'initiations (n total des comportements d'initiations) et la somme de tous les comportements de réceptions (n total des comportements de réceptions) ont été calculées. Puis la somme de chacune des interactions et la somme des interactions par groupe de participants (p. ex. : donne des information, pose une question) pour chaque groupe ont été calculées (Atwal et Caldwell, 2005; Kilpatrick, 2013). Un taux pour chaque

comportement tant pour les initiateurs que les récepteurs de chaque groupe professionnel ont été mesurés selon le n total soit des comportements d'initiation ou du n total des comportements de réceptions. Les activités ont été compilées selon le groupe professionnel pour décrire ce qui est fait et par qui pour ainsi identifier des *patterns* d'interactions entre les acteurs clés lors du SVM (Atwal et Caldwell, 2005). Les observations des activités et des interactions, une fois amalgamées, ont aidé à comprendre la MOR des infirmières et la négociation de rôle.

### Les analyses qualitatives

Dans un premier temps, l'étudiante chercheuse a réalisé une analyse déductive, car la structure de l'analyse était basée sur des connaissances déjà établies et colligées dans un cadre conceptuel (Elo et Kyngäs, 2008), qui a également guidé l'ensemble de l'étude de cas (Yin, 2018). Elle a utilisé les définitions précédemment présentées. Dans un deuxième temps, une stratégie inductive a été adoptée pour explorer de nouvelles possibilités. C'est-à-dire que l'analyse d'unités non codées, a permis l'émergence de plusieurs thèmes, tandis que d'autres ont été élagués. Au terme d'un processus de regroupement, sept nouveaux thèmes (c.-à-d. : clarté de rôle) et sous-thèmes (c.-à-d. : interdépendance, travail d'articulation, quatre sous-thèmes de la MOR) ont été mis en évidence.

L'analyse des données issues des entrevues et des notes de terrain ont été effectuées selon la méthode proposée par Miles et al. (2013). Selon leur conception, une analyse qualitative doit être effectuée selon trois activités convergentes. Dans un premier temps, les données ont été condensées, regroupées, triées, élaguées et organisées. Conséquemment, chaque entrevue était lue globalement, puis relue à plusieurs reprises afin d'identifier des unités d'analyse et commencer le codage des segments selon les définitions opérationnelles du cadre conceptuel. Des retours fréquents aux entrevues précédentes étaient faits pour bien s'assurer d'une cohérence dans le codage. Ce processus itératif, consistait à jongler avec les données, faire des regroupements, identifier des patterns (Yin, 2018). Dans un deuxième temps, l'étudiante-chercheuse a présenté les données via un assemblage compact, visuel et organisé de façon à pouvoir en tirer des conclusions. À ce moment-ci, une matrice a été générée illustrant l'occurrence des différents thèmes basés sur le cadre conceptuel et les propositions de modifications suivant la recension des écrits (Elo et Kyngäs, 2008).

Enfin, l'étudiante-chercheuse a élaboré et vérifié ses conclusions en collaboration avec sa directrice de thèse, et ce, dès le début de la collecte et au fur et à mesure des analyses. L'étudiante-chercheuse

procédait régulièrement à des relectures des notes et discutait de ses résultats avec des collègues et sa directrice. Ainsi, des modèles, des explications et des récurrences ont été identifiés (Yin, 2018).

#### L'intégration des sources de données

L'étudiante-chercheuse a procédé à l'intégration des données quantitatives et qualitatives en ayant recours à un tableau d'affichage commun des résultats (Fetters et Freshwater, 2015; Guetterman et al., 2015). Cette procédure a fourni un moyen visuel pour intégrer et représenter les résultats afin de générer de nouvelles inférences (Fetters et Freshwater, 2015; Guetterman et al., 2015), et ce, toujours en se basant sur le cadre conceptuel et les propositions d'adaptations (Yin, 2018). Pour chaque objectif, un tableau était constitué de colonnes correspondant aux thèmes et propositions du cadre conceptuel et dans chacune d'elles les résultats des questionnaires, des observations, un résumé des entrevues et des citations y étaient insérés. L'élaboration de ce tableau devient en soi une méthode d'analyse en fournissant un cadre à la réflexion (Guetterman et al., 2015; Plano Clark, 2019). La juxtaposition visuelle des résultats a permis de saisir les différences et les similitudes, les contradictions et les confirmations entre les résultats des différentes sources de données en plus de saisir l'émergence de patterns (Guetterman et al., 2015; Yin, 2018). Cet exercice a aussi contribué à faire des regroupements et à résumer les principaux résultats (Eisenhardt et Graebner, 2007).

Avec ces regroupements, les thèmes illustrant la MOR, les facteurs qui l'influencent et ceux qui module le fonctionnement de l'équipe, ainsi que la façon dont les infirmières négocient leur rôle lors du SVM se sont précisés. Ceci a permis de développer une compréhension globale de la MOR des infirmières lors du SVM pour chacun des cas.

#### **L'analyse intercas**

L'étudiante-chercheuse a procédé à l'analyse globale des deux cas (Yin, 2018). À l'aide des tableaux d'affichage communs de chacun des cas, il a permis de 1) comparer les résultats pour y trouver des convergences et des divergences; 2) de tenter de comprendre ce qui fait la différence dans les patterns; et 3) de réaliser une compréhension globale du phénomène d'intérêt (Eisenhardt, 1989; Yin, 2018). L'étudiante-chercheuse a juxtaposé les résultats des thèmes de chacun des cas dans un tableau (Eisenhardt, 1989). Les résultats de chaque thème, par Cas, sont ainsi comparables. Cette façon d'analyser oblige l'adoption de différentes perspectives qui ont amené l'étudiante-chercheuse à aller au-delà des premières impressions pour mieux décrire et comprendre la MOR



des infirmières lors des soins aux patients en SVM. Par conséquent, des constats ont émergé de cette analyse (Eisenhardt, 1989) et des ajustements au cadre conceptuel ont été apportés (Sangster-Gormley, 2013).

## **Les considérations éthiques**

Tout d'abord, le projet a reçu une approbation scientifique et une approbation du Comité d'évaluation multicentrique d'éthique de la recherche (MP-12-2019-1737), ainsi que les convenances institutionnelles des sites participants et un certificat éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CÉRÈS) de l'Université de Montréal. Ceux-ci ont été renouvelés jusqu'à ce jour. L'ensemble de ces documents sont disponibles à l'Annexe N.

Lors des rencontres avec les équipes, l'étudiante-chercheuse expliquait le but de la recherche, le déroulement, les différentes méthodes de collecte de données et les initiatives pour assurer la confidentialité des données. Relativement à la confidentialité des données, un code était attribué lors des transcriptions (Houghton et al., 2010). Les données étaient rassemblées selon le groupe de professionnels membres de l'équipe de soins ou de gestionnaires auxquelles elles appartenaient. Les informations permettant de retracer le milieu d'appartenance ou d'identifier une personne étaient retirées (p. ex., numéro de chambre, nom d'une personne, nom de l'hôpital). Une fois les données retranscrites, les enregistrements ont été détruits par formatage. Enfin, lors de la diffusion des résultats, une attention sera portée aux détails du contexte pour ne pas que les USI choisies ou que des participants soient reconnus (Houghton et al., 2010). De plus, des mesures d'agglomération des résultats sont prévues afin de prévenir l'identification secondaire des participants. Les participants étaient avisés qu'ils pouvaient refuser de participer et se retirer en tout temps durant le projet, et ce, sans raison ni conséquence (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada [CRSHC] et al., 2018; Houghton et al., 2010).

Pour chacune des méthodes de collecte de données, l'étudiante-chercheuse s'est assurée d'obtenir un consentement libre et éclairé de la part des participants (Annexe O). En ce qui a trait aux questionnaires en ligne, une version abrégée du consentement était située à l'ouverture de cette version (Annexe P). Un lien vers le document intégral était présent pour les participants qui désiraient prendre connaissance de l'ensemble du consentement. Pour la version imprimée du questionnaire, le fait de le compléter constituait un consentement implicite à participer au projet (CRSHC et al., 2018, 2021).

Lors des entrevues, les participants potentiels recevaient au préalable le formulaire de consentement et ils étaient informés du but de la recherche, du déroulement des entrevues, de l'enregistrement, de la procédure de retranscription et de la destruction des enregistrements, de l'anonymisation des données et de l'utilisation secondaire des données.

Concernant les observations, le rôle de l'étudiante-chercheuse a été clairement expliqué afin de diminuer la crainte d'être jugé ou la gêne (Houghton et al., 2010; Morgan et al., 2017). Les personnes directement observées devaient consentir de façon libre et éclairée (CRSHC et al., 2018, 2021). Le consentement n'était pas obligatoire pour les participants potentiels qui se trouvaient dans la périphérie du champ d'observation (Carnevale et al., 2008). Il était prévu que le désir de ne pas être observé serait respecté (Carnevale et al., 2008; Houghton et al., 2010), mais aucune objection n'a été mentionnée à l'étudiante-chercheuse pendant le déroulement du projet de recherche. Toutes personnes qui entraient dans le secteur d'observation étaient mises au courant de la procédure en cours et des affiches étaient installées dans l'unité à l'effet qu'une collecte de données était en cours (Annexe Q) (Bloomer et al., 2010; Houghton et al., 2010).

Dans les consentements, il a été prévu que des analyses secondaires pourraient être effectuées par l'étudiante-chercheuse pour répondre à de nouvelles questions concernant le rôle des infirmières. Comme pour les analyses primaires, les résultats des analyses secondaires seront présentés sous forme de données agglomérées. L'utilisation des données dans le cadre d'un nouveau projet de recherche se ferait après que le présent projet. Cet autre projet serait soumis aux mêmes règles que le projet actuel et devra être approuvé par un Comité d'éthique de la Recherche (CER).

L'anonymat et la confidentialité des informations entendues ont été respectés étant donné que les patients de l'USI n'avaient pas tous la capacité de consentir à être observés (Weigl et al., 2009). Considérant que ce sont les interactions des intervenants entre eux qui prévalaient, la présence des patients était *accidentelle* et ils ne faisaient pas partie de ce qui était observé (Bloomer et al., 2010; Houghton et al., 2010). Ainsi, aucune donnée sur les patients n'a été collectée. De même, il était prévu qu'advenant une détérioration de l'état du patient, l'observation serait suspendue pour ne pas nuire au déroulement des soins (Houghton et al., 2010) et que l'étudiante-chercheuse se retirerait de la situation dans de telles circonstances. Aucune situation semblable ne s'est produite.

L'ensemble des données seront conservées pour une période de sept ans après la dernière publication (CRSHC et al., 2018, 2021). Elles sont conservées dans une banque de données sécurisée appartenant à la directrice de thèse (CRSHC et al., 2018, 2021).

Aucune compensation financière n'a été prévue pour les participants. Le seul inconvénient encouru par les participants est lié au temps alloué aux activités de recherche. Les participants n'ont retiré aucun bénéfice.

## **Les critères de rigueur**

Yin (2018) recommande quatre critères de rigueur propre à la réalisation d'une étude de cas. Le premier, la validité de construits, concerne la description adéquate des concepts à l'étude. Des définitions claires des concepts à l'étude établie selon des écrits empiriques et intégrés dans le cadre conceptuel choisi ont favorisé l'exactitude de ce qui été mesuré (Baxter et Jack, 2008; Yin, 2018). La réalisation d'un pilote, l'utilisation de plusieurs sources de données complémentaires (questionnaires, observations, entrevues, notes de terrain) et conséquemment, la création d'une chaîne d'évidences ont favorisé une robustesse des résultats (Doody et Doody, 2015; Siedlecki, 2020; Yin, 2018).

Le deuxième, la validité interne, consiste à bien établir les relations et des comparaisons entre les cas, ce qui a été réalisé par l'analyse intercas (Yin, 2018). La triangulation des données via un tableau d'affichage commun a permis d'établir la cohérence entre les différents résultats (Miles et al., 2013). Les codages, les résultats et l'interprétation des analyses ont été régulièrement validés avec la directrice de thèse (Francis et al., 2010; Riege, 2003).

Le troisième, la réalisation d'une étude de cas multiples, favorise la validité externe. Celle-ci réfère à la généralisation analytique où les résultats sont généralisables à une proposition théorique ou un cadre conceptuel plutôt qu'à des données empiriques. Le recours à plusieurs cas assure une réplification des phénomènes et de la théorie (Miles et al., 2013; Yin, 2018). Comme recommandé par Yin (2018) et Riege (2003), les résultats ont aussi été comparés avec ceux provenant d'écrits existants. Le contexte, l'échantillon, les lieux, les réflexions suite aux observations ont été décrits de façon approfondie dans le journal de bord de l'étudiante-chercheuse (Morgan et al., 2017; Phillippi et Lauderdale, 2018). Un lecteur aurait ainsi suffisamment d'information pour juger de la réplification de la théorie dans son milieu (Morgan et al., 2017). De même, les réflexions inscrites

permettront de comprendre en quoi le chercheur a influencé la direction de la collecte de données (Miles et al., 2013).

Le quatrième et dernier critère est la fiabilité. Elle a été assurée par le développement à priori d'un protocole explicite, d'une documentation étoffée de toutes les étapes de la procédure et de la réalisation d'une banque de données distinctes pour chaque cas (Riege, 2003; Yin, 2018).



## **Chapitre 5 — Les résultats**

La description de chaque Cas sera exposée d'entrée de jeu. Par la suite, les résultats des analyses intracas seront présentés en cohérence avec les trois sous-objectifs de ce projet, c'est-à-dire, comprendre 1) comment les infirmières mettent en œuvre leur rôle lors du SVM; 2) les facteurs qui l'influencent et 3) comment elles négocient leurs rôles avec les autres professionnels. Les thèmes regroupant les résultats sont basés sur le cadre conceptuel et les propositions d'adaptations du cadre suggérées suite à la recension.

Pour chacun des éléments explorés, les sources de collectes de données seront précisées en italique et selon la même séquence, soit les résultats issus des questionnaires, des entrevues et des observations, s'il y a lieu. Pour faciliter la lecture, le questionnaire sur les rôles, responsabilités et tâches lors de la VM (Rose, Blackwood, Egerod, et al., 2011) sera intitulé *Questionnaire 1*. Tandis que le questionnaire sur le fonctionnement d'équipe (Kilpatrick, Paquette et al., 2019) sera nommé en tant que *Questionnaire 2*. Les deux questionnaires étaient combinés lorsque présenté aux participants.

Dans la description des résultats, certains termes seront utilisés pour illustrer la fréquence d'une réponse ou d'une interaction. Ainsi, l'utilisation du terme « *majorité* » signifie entre 50 % et 75 % des participants, la « *plupart* », signifie qu'il y a des participants au-delà de la majorité, soit plus de 75 % des répondants. Tandis que les appellations « *peu* » ou « *quelques* » seront attribuées à un petit nombre de participants ( $n = \leq 5$ ). De même, considérant que la courbe de distribution n'est pas normale, certains résultats seront interprétés selon la médiane (Polit et Beck, 2020).

## **Cas 1 : La description du cas**

Il s'agit d'une USI qui regroupe 22 lits située en milieu urbain québécois dans un centre de soins tertiaires affilié à une université. L'ensemble de l'unité est réparti sur un corridor contenant six modules séparés de quatre à six lits. Il y a un poste d'infirmières dans chaque module ainsi qu'un espace où les autres intervenants peuvent s'installer pour lire ou faire leurs notes aux dossiers. Les infirmières, les inhalothérapeutes et les intensivistes ont tous un document distinct pour consigner leurs notes au dossier. Tandis que les autres professionnels inscrivent leurs notes dans le dossier médical. Les infirmières et les différents professionnels travaillent à proximité les uns des autres. Chaque groupe, que ce soit les infirmières, les inhalothérapeutes ou les intensivistes, a une salle de repos qui leur est attribuée. Ils ne partagent pas d'aire commune outre les modules où sont les patients.

Au moment de la collecte de données, 127 infirmières travaillent dans cette unité. Selon les données fournies par l'équipe de gestionnaires, 24 postes sont à découvert et 16 infirmières sont absentes pour diverses raisons (p. ex., maternité, contrat en région nordique, maladie). Des horaires variables avec une rotation sur deux quarts de travail, alternant soit de jour, de soir ou de nuit sont disponibles. Plusieurs infirmières réorganisent leur horaire, par exemple des quarts de douze heures en dehors des heures habituelles (p. ex., de 6 heures à 18 heures) pour pallier au manque chronique de personnel infirmier.

L'équipe d'inhalothérapeutes est constituée de 67 professionnels, disponibles pour les USI et font aussi une rotation sur les autres unités de soins. Une période de trois jours consécutifs à l'USI est exigée par le gestionnaire. Cette exigence n'est pas respectée, car plusieurs inhalothérapeutes font des échanges d'unité de soins entraînant un roulement des inhalothérapeutes à l'USI. Chaque inhalothérapeute dans l'USI se voit attribuer un à deux modules et chaque module compte entre six à huit patients. En tout temps, les inhalothérapeutes à l'USI ou sur les autres unités de soins sont invités à aider leurs collègues dans les différents modules de l'unité. Dans ces circonstances, ils peuvent être amenés à intervenir auprès de patients qu'ils ne *connaissent* pas et pour qui ils n'ont pas tout l'historique d'hospitalisation. Les intensivistes sont au nombre de 13 et s'alternent dans les différentes spécialités. Ils sont accompagnés de médecins résidents. Un *Fellow* (résident suivant une formation post doctorale) en soins intensifs était en place sur l'unité lors de la collecte. Des physiothérapeutes sont présents à temps partiel et en alternance dans l'USI. Ils s'occupent principalement des exercices de mobilisation passifs et actifs en plus d'aider le personnel infirmier lors des levers au fauteuil.

Des tournées médicales gérées par les médecins résidents ont lieu à tous les jours. Une première tournée, plus brève est effectuée au début de la journée par le résident. Plus tard dans la journée, une tournée plus exhaustive a lieu où l'ensemble des médecins résidents sont présents avec l'intensiviste et où le résident responsable du patient ciblé, présente le cas et adresse les problèmes.

De façon semblable, les professionnels rédigent leurs notes dans leurs dossiers papiers respectifs. Les autres disciplines ont accès à ces notes, mais il apparaît que seul le dossier médical contenant les notes d'évolution, les consultations et les résultats d'examen sont consultés.

Les données sociodémographiques des participants aux Questionnaires sont présentées dans le Tableau 3. Pour le Cas 1, 60 questionnaires (imprimés 45 % et en ligne 55 %) sont inclus dans les



analyses. Le taux de participation est évalué à 27 %. Ce taux de participation était approximatif puisque l'étudiante-chercheuse n'a eu pas accès aux nombres de personnes incluses dans les envois de courriels pour des raisons de confidentialité. Les infirmières absentes de l'unité pour, par exemple, un congé de maternité ou de maladies étaient incluses dans les listes d'envoi.

**Tableau 3.** – *Caractéristiques des répondants aux questionnaires pour le Cas 1*

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>ÉT</b>	<b>Étendue</b>
<b>Groupe professionnel</b>						
Infirmières techniciennes	9	16,7				
Infirmières cliniciennes	19	35,2				
Gestionnaires	2	3,7				
Inhalothérapeutes	19	35,2				
Médecins intensivistes	5	9,3				
Âge (ans)			36,3	34	9,6	23-60
<b>Genre</b>						
Homme	6	11,1				
Femme	47	87,0				
Préfère ne pas répondre	1	1,9				
<b>Statut d'emploi</b>						
Temps complet	20	37				
Temps partiel	33	61,1				
Congé prolongé	1	1,9				
<b>Scolarité</b>						
Diplôme d'études collégiales	24	44,4				
Baccalauréat	23	42,6				
Maîtrise	2	3,7				
Certificat de spécialité	5	9,3				
Temps de permis de pratique (années)			13,1	10,5	10	0,3-40
Temps dans l'établissement (années)			11,8	10,0	9,1	1-36
Temps avec cette équipe (années)			11,2	10,0	8,5	0,3-35

n = 60

Parmi les répondants, 11,1 % (n = 6) sont des hommes et 87,0 % (n = 47) sont des femmes. Les infirmières représentent 51,9 %, les intensivistes 9,3 % et les inhalothérapeutes représentent 35,2 %. L'âge médian est de 34,00 ans (M = 36,27, ÉT = 9,6). Les participants détiennent leur permis de pratique selon une médiane de 10,5 années (M = 13,11, ÉT = 10) et ils œuvrent dans leur rôle professionnel depuis une médiane de 10,0 années (M = 11,8, ÉT = 9,11). Ils sont membres de

l'équipe des soins intensifs du Cas 1 selon une médiane de 10,0 années (M = 11,2, ÉT = 8,5). Davantage de participants travaillent à temps partiel (61,1 %) comparativement à ceux qui travaillent à temps complet (37,0 %).

Les participants des *Entrevues* (Annexe R) ont des caractéristiques sociodémographiques similaires aux répondants des *Questionnaires*. Cet échantillon regroupe davantage de gestionnaires et d'hommes. L'âge médian de 41,0 ans (M = 39,5, ÉT 9,5) légèrement plus élevé et les participants à temps complet sont plus nombreux (56 %). Ils détiennent leur permis de pratique (16,3 ans), sont dans l'établissement (13,3 ans) et dans l'équipe (13,8 ans) depuis un peu plus longtemps que les répondants aux questionnaires.

## **Les analyses intracas**

### **Décrire la mise en œuvre du rôle d'infirmières lors du sevrage de la ventilation mécanique**

Les quatre thèmes suivants illustrent la MOR d'infirmières lors du SVM : 1) activités quotidiennes de surveillances, 2) activités quotidiennes pour favoriser le SVM, 3) activités quotidiennes de la gestion de l'état d'éveil et 4) activités quotidiennes pour développer une connaissance approfondie du patient.

#### **Les activités quotidiennes de surveillances**

Les participants ont identifié quel professionnel parmi les infirmières, les inhalothérapeutes et les intensivistes exécutait ces tâches, prenaient ces décisions ou avaient ces activités quotidiennes de surveillances. D'après les résultats issus du *Questionnaire 1* (Tableau 4), les tâches « d'évaluer la réponse », « d'évaluer si le patient est prêt pour le SVM », s'il est « prêt pour l'extubation », s'il « échoue le SVM » et « l'évaluation et l'ajustement de l'analgésie-sédation », sont identifiées comme des activités reconnues aux infirmières. Sauf, qu'en ce qui concerne les activités autres que celles qui s'appliquent à l'analgésie-sédation, plus de la moitié des répondants estiment que ces responsabilités ne sont pas associées aux infirmières.

**Tableau 4. –** *Tâches, compétences et responsabilités du personnel des soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique*

Items du questionnaire	Décisions prises par les :					
	Intensivistes		Inhalothérapeutes		Infirmières	
	n	%	n	%	n	%
Sélection initiale des réglages du respirateur	55	91,7	26	43,3	0	0
Évalue la réponse du patient	33	55	53	88,3	28	46,7
Adapte les réglages	34	56,7	55	91,7	1	1,7
Prêt pour sevrage	53	88,3	41	68,3	25	41,7
Méthode (mode) de sevrage	52	86,7	35	58,3	2	3,3
Prêt pour extubation	54	90	21	35	18	30
Échec du sevrage	44	73,3	44	73,3	26	43,3
Évaluer et adapter sédation	42	70	11	18,3	50	83,3

Notes :

n = 60

Le pourcentage total peut excéder 100 %, car plusieurs réponses étaient possibles

Ce sont les décisions liées aux réglages de la FiO<sub>2</sub> qui sont le plus fréquemment prises et appliquées par les infirmières lors du SVM. Tel qu'illustré dans le Tableau 5, elles augmentent la FiO<sub>2</sub> selon une fréquence située entre *jamais* (21,6 %) à *de routine* (27,5 %). La décision de diminuer la FiO<sub>2</sub>, qui est un élément du SVM (sevrer l'O<sub>2</sub>), varie de *jamais* (21,2 %) à *de routine* (25 %). L'administration d'un bolus de FiO<sub>2</sub> est la décision qui est le plus souvent prise et appliquée sur une base « routinière » par les infirmières avec un taux de 61,5 %. Cependant, les décisions de modification des paramètres sont les moins souvent prises et appliquées par les infirmières. Celles-ci relèvent davantage des intensivistes ou des inhalothérapeutes.

**Tableau 5.** – *Fréquence à laquelle le personnel infirmier prend et applique des décisions reliées au sevrage de la ventilation mécanique*

Décisions	Jamais		Rarement		Fréquemment		Souvent		De routine	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Changer le mode ventilatoire	26	50	15	28,8	5	9,6	3	5,8	3	5,8
Régler la fréquence	44	83	6	11,3	1	1,9	1	1,9	1	1,9
Régler le volume inspiratoire	47	88,7	5	9,4	1	1,9	0	0	0	0
Régler l'AI	44	83	5	9,4	2	3,8	1	1,9	1	1,9
Augmenter l'AI	46	86,6	5	9,4	1	1,9	0	0	1	1,9
Diminuer l'AI	47	88,7	4	7,5	1	1,9	0	0	1	1,9
Augmenter le PEEP	49	92,5	2	3,8	2	3,8	0	0	0	0
Diminuer le PEEP	47	88,7	4	7,5	2	3,8	0	0	0	0
Diminuer la FiO <sub>2</sub>	11	21,2	10	19,2	11	21,2	7	13,5	13	25
Augmenter la FiO <sub>2</sub>	11	21,6	8	15,7	10	19,6	8	15,7	15	27,5
Donner bolus de FiO <sub>2</sub>	3	5,8	3	5,8	4	7,7	10	19,2	32	61,5

Notes :

n = 60

AI : Aide inspiratoire

PEEP : Pression expiratoire positive

FiO<sub>2</sub> : Fraction d'oxygène inspirée

Les participants évaluent le niveau d'autonomie décisionnelle des infirmières pour les pratiques liées à la ventilation mécanique comme étant faible (Mdn, 3,00, M = 3,62, ÉT = 2,09), selon une échelle où zéro signifie aucune autonomie et dix, une pleine autonomie (7 = modérée). Plus précisément, le niveau d'autonomie est évalué faible par les intensivistes avec une médiane à 2,00/10 (M = 1,60, ÉT = 0,55) et par les inhalothérapeutes, avec une médiane de 3,00/10 (M = 2,71, ÉT = 1,76). Pour leur part, les infirmières estiment aussi que leur niveau d'autonomie est faible (Mdn = 4,50, M = 4,47, ÉT = 2,00), mais elles se considèrent plus autonomes que ce que perçoivent les intensivistes et les inhalothérapeutes.

La fréquence à laquelle les participants considèrent que les infirmières influencent les décisions est évaluée comme étant faible avec une médiane de 5,00/10 (M = 6,00, ÉT = 2,46), où zéro signifie que les infirmières n'influencent pas les décisions et que dix signifie qu'elles les influencent en permanence (7 = modérée). Plus précisément, la perception des intensivistes est faible avec une

médiane de 3,00/10 (M = 4,40, ÉT 3,36) et également celle des inhalothérapeutes avec une médiane de 4,00 /10 (M = 4,11 ÉT = 2,40). Tandis que les infirmières croient influencer davantage les décisions, comparativement à ce que les autres membres de l'équipe perçoivent (M = 6,00, Mdn = 6,00, ÉT = 2,10).

À l'égard des *Observations d'interactions* (Tableau 6), celles-ci ont permis d'identifier 2887 comportements initiés et 2617 comportements reçus. En contexte de SVM, les infirmières sont les principales initiatrices et réceptrices des interactions avec 47,18 % (n = 1362), des initiations 47,92 % (n = 1254) des interactions reçues, mais elles reçoivent et initient moins d'interactions que la somme des interactions des intensivistes et des inhalothérapeutes. En comparaison, les intensivistes en initient 29,1 % (n = 852), les inhalothérapeutes 20,40 % (n = 589), les physiothérapeutes 1,52 % (n = 44), les nutritionnistes 0,55 % (n = 16) et les PAB 0,80 % (n = 23). On note que ces intervenants en reçoivent environ la même proportion des interactions.

**Tableau 6.** – *Total des interactions initiées et reçues par groupes professionnels*

Groupes professionnels	Initiées (n = 2887)		Reçues (n = 2617)	
	n	%	n	%
Infirmières	1362	47,18	1254	47,92
Intensivistes	852	29,51	763	29,16
Inhalothérapeutes	589	20,4	523	19,98
Physiothérapeutes	44	1,52	34	1,3
Préposés aux bénéficiaires	23	0,80	19	0,73

Il a été observé que les périodes d'interactions étaient souvent très courtes, de l'ordre de 30 secondes à deux minutes, selon un schéma question-réponse. Les résultats démontrent que la communication entre les groupes de professionnels est majoritairement centrée sur la tâche tant au niveau d'initiateurs que des récepteurs. Du point de vue du domaine socioaffectif, les interactions sont positives.

Également, les analyses des *interactions* mettent en évidence que les infirmières ont un rôle important de transmission de l'information. Comme présenté dans le Tableau 7, elles initient des interactions portées sur l'orientation à donner au SVM, particulièrement les interventions quatre (suggestions, directives), cinq (donner son opinion) et six (donner une orientation). En contexte de SVM, cela signifie que les infirmières vont indiquer le plan de traitement aux inhalothérapeutes,

ce qui est prévu au niveau de la ventilation, l'analgésie-sédation en cours, les activités prévues comme la mobilisation ou la réalisation d'un examen. Elles vont partager leurs opinions (11,33 %) sur comment se porte le patient et ce qui devraient être fait pour l'aider. Enfin, elles vont donner des informations (11,57 %) sur l'état du patient, relayer des directives provenant des intensivistes, et acheminer des suggestions émises par d'autres intervenants. Les comportements majoritairement reçus par les infirmières sont de recevoir des opinions (11,73 %) et des questions (11,73 %) des autres membres de l'équipe de soins.

**Tableau 7.** – *Interactions initiées et reçues par les infirmières*

Interventions	Initiées		Reçues	
	Fréquence	%	n	%
1 : Solidarité	21	0,73	18	0,69
2 : Détente, humour	40	1,39	36	1,38
3 : Accord, accepte	236	8,17	151	5,77
4 : Suggestion, directives	153	5,30	223	8,52
5 : Donne son opinion	327	11,33	307	11,73
6 : Donne une orientation	334	11,57	195	7,45
7 : Demande une orientation	229	7,93	307	11,73
8 : Demande une opinion	21	0,73	16	0,61
9 : Demande des suggestions	1	0,03	0	0
10 : Désaccord	0	0	1	1,04
Total	1362	47,18	1254	47,92

Dans le cadre des *Entrevues*, tous les répondants ont identifié différentes composantes de rôle effectuées quotidiennement par les infirmières lors du SVM, notamment « identifier si le patient est prêt pour le SVM » et « évaluer les réactions au SVM ». Il a aussi été évoqué l'importance d'une évaluation continue des infirmières de la respiration, de l'hémodynamie, les caractéristiques des sécrétions et de s'assurer que les voies respiratoires sont libres. Dans le cadre de leur évaluation, il est attendu des autres professionnels que les infirmières soient capables de discerner les alertes cliniques, de les anticiper, d'agir et d'aviser en cas de changement dans l'état du patient ou en cas de détérioration. En fait, les inhalothérapeutes, tout comme les intensivistes, ont exprimé qu'ils

s'attendaient à ce que les infirmières prennent la relève de la surveillance en leur absence puisque leur présence n'est que ponctuelle :

C'est notre interface USB avec le patient. Elle est en permanence avec lui. Toutes les répercussions de ce qu'on choisit de faire ou de ne pas faire, elle les a en temps réel. Son rôle est de saisir adéquatement tous les signes qui suggèrent que ce qu'on fait fonctionne, puis tous les signes qui suggèrent que ce qu'on fait ne fonctionne pas. (MD 4\_358)

La plupart des participants aux *Entrevues* énoncent que les infirmières participent aux décisions en apportant des informations, en donnant des suggestions, en expliquant leur raisonnement. Cela concorde avec les résultats des *Observations* des interactions. Or, d'après les analyses des verbatims, les infirmières ont plutôt l'impression que certains médecins ne les impliquent pas ou encore, que les inhalothérapeutes ne s'enquière pas de leur avis lors de la prise de décisions liées au SVM :

[...] les médecins choisissent ce qu'ils veulent, les inhalos choisissent ce qu'ils veulent, mais moins que les médecins, car moins de pouvoir décisionnel. Toi tu subis ce que les gens décident. Souvent. (INF 3\_218)

Cependant, plusieurs infirmières précisent qu'elles n'ont pas à s'impliquer dans les décisions liées à la VM parce qu'elles ne s'y connaissent pas ou qu'elles n'ont pas le droit de manipuler les appareils de VM (p. ex., respirateurs) selon ce qui est véhiculé durant leur intégration. Cette affirmation rejoint ce que plusieurs intensivistes avancent, soit que les infirmières s'adressent à eux surtout pour l'état hémodynamique, le confort et que très peu se soucient des paramètres de la VM.

#### Les activités quotidiennes pour favoriser le SVM

Pour ce qui est de déterminer ce qui doit être fait pour favoriser le SVM, une forte majorité de participants énoncent lors des *Entrevues* que ce sont les médecins qui décident des grandes lignes et de la détermination des objectifs. Du point de vue des médecins participants, leur rôle est principalement d'établir le plan pour le SVM : « Ça prend un plan, il faut définir des balises, puis dire « OK, c'est à l'intérieur de ça qu'on va fonctionner » (MD 4\_304). En dressant des balises, les médecins laissent une marge pour que chacun puisse déterminer des interventions qui concernent son champ d'exercice respectif : « un chemin un peu plus large à l'intérieur duquel on serait en mesure d'être un peu plus créatifs, un peu plus novateurs, puis ça serait à l'avantage des patients » (MD 4\_306).

L'établissement du « plan » (INF 2\_556) est évoqué à maintes reprises par l'ensemble des participants comme un élément influençant leurs activités lors du SVM. De fait, il est constaté, tant au niveau des *Entrevues* que pendant les *Observations*, que plusieurs participants attendent d'avoir un « plan » dicté par le médecin pour déterminer leurs propres interventions. En l'occurrence, des infirmières se retrouvent dans un état de latence, adoptant un statu quo où aucune initiative pour le SVM n'est entreprise : « [...] y'a pas d'encadrement autour du SVM, c'est libre cours à l'inhalo et à l'infirmière qui est là, des fois je pense que ça amène des échecs » (GEST 3\_34).

Il demeure qu'à l'issue des entrevues et dans ce qui a été observé, les infirmières exercent des activités pour favoriser le SVM. Ces activités sont situées dans le champ d'exercice des infirmières et relèvent donc de leur autonomie professionnelle. Plusieurs composantes faisant partie d'un ensemble d'interventions pour favoriser le SVM sont identifiées pour décrire ce que les infirmières font quotidiennement. Notamment, s'assurer d'un positionnement favorisant une expansion pulmonaire, la mobilisation passive et active, un équilibre ingesta-excréta adéquat pour éviter la surcharge pulmonaire. De plus, l'évaluation de la tolérance et de l'absorption de l'alimentation pour assurer un statut nutritionnel est abordée. Il est avancé que les infirmières veillent à des périodes de repos pour favoriser la récupération et éviter le surmenage du patient (p. ex., prévention du délirium). Un ensemble d'activités identifiées sont liées à la prévention des PAVM (soins buccodentaires, aspiration des sécrétions au besoin, élévation de la tête de lit). Certaines activités sont identifiées comme faisant partie d'une routine et ne sont pas nécessairement présentées comme ayant un lien avec le SVM.

Les différentes interventions des infirmières sont basées sur leur connaissance du patient, leur évaluation clinique, l'évolution du patient, ses réactions aux interventions précédentes, mais aussi sur les balises que les intensivistes leur donnent.

#### Les activités quotidiennes pour la gestion de l'état d'éveil

Dans le *Questionnaire 1*, les résultats démontrent que la tâche de gestion de l'analgésie-sédation est majoritairement attribuée aux infirmières avec un résultat de 83,3 % (Tableau 4). Également, elle est allouée aux intensivistes dans une proportion de 70 % et aux inhalothérapeutes à 18,3 %.

Ceci est corroboré par les *Entrevues*, et ce, par tous les participants (Annexe S). Ces activités concernent l'évaluation du niveau d'éveil, l'ajustement de l'analgésie-sédation pour assurer un confort chez le patient tout en maintenant suffisamment éveillé le patient pour effectuer un SVM



efficace et ce, tout en tenant compte des activités, des soins ou des interventions en cours pouvant lui causer de l'agitation ou de la douleur. Plusieurs participants décrivent ce processus de réflexion critique qui sous-tend l'ajustement continu de l'analgésie-sédation réalisée par les infirmières :

[...] si on veut vraiment pousser sur le VS [la ventilation spontanée] et éventuellement l'extuber, tu réfléchis sur, « OK, il me dit qu'il a mal, mais je vais lui donner, peut-être le minimum [d'analgésie], quitte à ajuster après », pour justement pas contrecarrer l'effet « Là, je l'ai trop endormi puis il respire plus ». Je ne suis pas plus avancée. Je vais regarder tout mon hémodynamie aussi. (INF 9\_129)

Les infirmières disent utiliser l'échelle de RASS pour leur évaluation de l'état d'éveil et de sédation et un espace est prévu à cet effet dans leurs notes au dossier. Elles mentionnent qu'elles doivent aussi saisir l'inconfort du patient pour évaluer le niveau d'analgésie-sédation. Les infirmières expliquent qu'elles vont surveiller, par exemple, si le patient présente un faciès crispé, si ses signes vitaux ont changé, s'il devient agité. Elles relatent un regard global sur l'état du patient pour évaluer son confort et la nécessité d'ajuster les perfusions. Cependant, des infirmières ont mentionné une dépendance de certaines de leurs collègues, à l'égard des intensivistes ou des inhalothérapeutes, pour prendre leurs décisions, c'est-à-dire qu'elles se fient à eux au lieu d'être proactives et prendre des initiatives.

L'évaluation et la gestion du délirium en contexte de sevrage ont aussi été identifiées. Les infirmières ne mentionnent pas l'utilisation d'une échelle spécifique, mais reconnaissent le délirium chez leur patient. Certaines vont suggérer une thérapie médicamenteuse aux intensivistes lorsque nécessaire. Des précisions sont apportées quant à ce qu'elles font pour en prévenir l'apparition, telle la réorientation dans le temps et l'espace et la présence de la famille.

Outre la gestion des perfusions d'analgésie-sédation, les infirmières décrivent un accompagnement de leur patient. Elles expliquent ce qu'elles font pour le soutenir dans les périodes de SVM. Plusieurs participants expliquent comment les infirmières aident le patient à diminuer leur anxiété et qu'elles tentent de le rassurer en agissant de la sorte. Par leur présence et le développement d'un lien de confiance, elles sont à même de les accompagner (p. ex., maintiennent l'éveil, encouragent la respiration) et ainsi tentent d'éviter le recours à une analgésie-sédation trop profonde. Quelques infirmières énoncent l'inclusion de la famille pour favoriser gestion de l'anxiété.

### La connaissance approfondie du patient

Cet élément est surtout décrit lors des *Entrevues* menées auprès des infirmières. Il s'agit pour les participants d'aller au-delà d'une évaluation objective des paramètres vitaux du patient et reconnaître les dimensions subjectives qui engendrent une appréciation globale et holistique de ce dernier. Cette connaissance favorise la personnalisation de l'approche et des activités de soins pour aller à son rythme dans le processus de SVM. Certaines infirmières mentionnent qu'il s'agit d'aller au-delà des chiffres, de « tout connaître de cette personne-là » (INF 3\_318), saisir des indices qui permettent de mieux reconnaître comment le patient réagit au SVM et évolue dans le temps. C'est aussi de connaître sa famille, être au courant d'une partie de son vécu, de son histoire en tant que « personne ». Cette connaissance s'établit à long terme :

[...] c'est elle [infirmière] qui est présente le plus souvent. Qui est plus aux faits même, ils connaissent souvent plus le dossier. J'ai juste un patient, je connais tous ses laboratoires, je l'ai vu évoluer, je l'ai eu pendant huit jours avant. Je peux me permettre de le connaître plus en profondeur que l'inhalothérapeute [...]. (INF 6\_146)

Lors des *Entrevues*, les participants des autres groupes professionnels s'accordent sur le fait que ce sont les infirmières qui connaissent le mieux le patient et qu'ainsi elles ont un rôle pivot en plus d'être une référence pour tous les membres de l'équipe. L'emphase mise sur le patient anime plusieurs infirmières et catalyse un investissement dans leur rôle. Elles le décrivent comme un devoir d'être là pour le patient et de faire valoir ses intérêts au sein de l'équipe dans le but de favoriser son SVM.

Cependant, des participants dans tous les groupes de professionnels évoquent la perte de la mise de l'emphase sur le patient. Pour certains participants, ce désengagement pourrait nuire au déroulement du SVM, car l'infirmière ne sera pas proactive, par exemple, elle ne lèverait pas le patient au fauteuil, n'essayerait pas de diminuer l'analgésie-sédation, garderait le patient profondément endormi et sous contentions : « Des commentaires, le patient me tape sur les nerfs, j'essaie de l'endormir un peu plus, comme ça il va moins me déranger, ça on le voit beaucoup » (INF 2\_282).

En résumé, les infirmières prennent des décisions autonomes dans leur champ d'exercice, ce qui permet de décrire leur MOR. Les infirmières vont déterminer si le patient est prêt pour le SVM, décider du moment du SVM, favoriser l'éveil en diminuant l'analgésie-sédations, utiliser ou non

des contentions, mobiliser du patient, ajuster l'analgésie-sédation s'il est trop agité, aviser ou non un autre professionnel. Elles prennent ces décisions parce qu'elles veulent favoriser le SVM.

## **Les facteurs qui influencent la mise en œuvre du rôle infirmier lors du sevrage de la ventilation mécanique**

Les analyses des *Questionnaires*, *Observations* et *Entrevues* ont permis d'identifier des facteurs qui influencent la MOR des infirmières en situation de SVM. Ceux-ci seront premièrement répartis selon qu'ils soient liés aux structures puis dans un second temps, les facteurs attachés au fonctionnement de l'équipe seront présentés. Pour terminer, les facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe seront abordés. Ceux-ci sont des processus qui le module.

### Les structures

Différents éléments qui appartiennent aux structures influencent la MOR dont 1) la présence de protocole, 2) les caractéristiques des infirmières et 3) les caractéristiques des patients.

#### *La présence de protocoles*

Deux types de protocoles existent au moment de la collecte de données. Un est attribué aux patients admis à l'USI, le « protocole d'admission à l'USI » où une section est dédiée à l'analgésie-sédation. Un deuxième est adressé aux patients admis suite à une chirurgie cardiaque. C'est à ce dernier que les participants font référence en situation de sevrage puisque la conduite à tenir pour le SVM et l'extubation y est clairement établie.

Près de 35 % des répondants du *Questionnaire 1* (n = 18) disent qu'il n'y a pas de protocole et 19,2 % (n = 10) ne le savent pas. Tandis que 46,2 % (n = 24) mentionnent la présence d'un protocole. Plus précisément, 44,8 % (n = 13) de l'ensemble des infirmières participantes (n = 29) croient qu'il n'y a pas de protocole pour le SVM et 24,1 % (n = 6) ne le savent pas. En ce qui a trait aux inhalothérapeutes et aux intensivistes, un certain nombre parmi ces groupes ne sont pas au courant de l'existence d'un tel protocole.

Globalement, il ressort des *Entrevues* que les protocoles peuvent accélérer et faciliter les démarches des infirmières pour diminuer l'analgésie-sédation et accélérer le SVM. Plusieurs infirmières et intensivistes soulignent l'apport des protocoles notamment dans les cas de chirurgies cardiaques pour favoriser la contribution du personnel infirmier lors du SVM. Pour les cas de chirurgies

cardiaques, le protocole permet aux infirmières d'exercer un avis discrétionnaire et leur leadership pour mener le SVM à bien. Sachant qu'elles doivent extuber rapidement les patients, elles mettent tout en œuvre pour y arriver. C'est-à-dire, qu'elles sont proactives à diminuer l'analgésie-sédation, identifier que le patient respire spontanément, aviser l'inhalothérapeute que le SVM peut être amorcé et reconnaître quand le patient est prêt pour l'extubation :

Pour les chirurgies cardiaques, c'est sûr que si c'est moi qui est assis à côté, si moi je vois qu'il commence à déclencher, je vais appeler l'inhalo. Mais pour un patient un sevrage normal qui n'est pas chirurgie cardiaque, la plupart du temps c'est le médecin ou sinon, c'est l'inhalo, rarement l'infirmière pour les autres patients qui vont prendre la décision. (INF 4\_387)

Les infirmières pourraient aussi refuser qu'un inhalothérapeute amorce le SVM en raison de l'état de santé du patient. En fait, l'avantage du protocole est qu'il apporte une neutralité entre les professionnels impliqués en établissant les rôles de chacun : « [...] c'était compromettant politiquement pour personne d'appliquer un protocole sur cette clientèle-là » (MD 4\_137).

Il existe aussi un protocole « d'admission aux soins intensifs » dans lequel il est mentionné l'état d'éveil désiré et la possibilité de faire des essais d'éveils spontanés gérés par les infirmières. Le protocole d'admission n'est pas abordé lors des *Entrevues* pour justifier par exemple un ajustement ou un arrêt de l'analgésie-sédation pour un patient. Les infirmières rapportent se fier aux prescriptions individuelles pour cette tâche.

#### *Les caractéristiques des infirmières*

Lors des *Entrevues*, une forte majorité de participants identifient des caractéristiques propres aux infirmières pour expliquer ce qui pourrait les différencier dans leur MOR. L'expérience, l'exposition à des situations de SVM et les connaissances sur la VM apportent une confiance qui fait une différence dans ce que les infirmières font et leur implication dans les différents processus d'équipe. Plusieurs participants des divers groupes de professionnels mentionnent que certaines infirmières sont davantage proactives et que cela fait clairement une différence dans l'accélération du SVM. Cette caractéristique est décrite comme un « agir conscient » (MED 4\_475) pour favoriser le SVM, par exemple pour abaisser l'analgésie-sédation et stimuler l'éveil. De même, il est donné en exemple que les infirmières vont aller au-delà des interventions routinières et initier de nouvelles interventions pour favoriser le SVM. Cependant, plusieurs infirmières soulignent leur manque de connaissance et de formation comment étant une limite à leur rôle :

Moi je ne m'occupe pas vraiment du côté ventilation, je vais surveiller certaines choses [...] Moi, la pression moyenne, j'ai n'ai pas appris à surveiller ça. Je vais regarder s'il prend assez de volume, puis c'est à peu près tout. À part les gaz artériels. (INF 8\_151)

### *Les caractéristiques des patients*

La sévérité de l'état de santé des patients (p. ex., polytraumatisé versus une pneumonie) est soulevée par une forte majorité de participants aux *Entrevues* à l'effet qu'elle fait une différence sur le déroulement du SVM et conséquemment, sur les possibilités d'interventions des infirmières. L'agitation, le délirium et une surcharge liquidienne sont des exemples de situations cliniques qui font obstacle aux interventions des infirmières pour s'investir dans leur rôle lors du SVM. Des patients ayant été très instables, sous forte analgésie-sédation, sont des situations où le SVM est plus complexe. Dans ces circonstances, les infirmières expriment être en attentes des indications des intensivistes même pour ce qui est de la gestion de l'analgésie-sédation, ce qui les limite dans leur MOR. Il est soulevé par quelques participants que dans les situations de sevrage très long, les patients requièrent une trachéotomie et ne demeurent pas aux USI une fois que leur état est stabilisé puisque transféré à l'unité des soins intermédiaires. Conséquemment, il est rapporté par des infirmières que depuis quelques années, elles sont moins exposées à des SVM prolongés.

### *Le fonctionnement de l'équipe*

Différents éléments liés au fonctionnement d'équipe influencent la MOR des infirmières lors du SVM. Tout d'abord, les résultats globaux pour le fonctionnement de l'équipe seront présentés, puis le thème des processus d'équipe et développé en sous composantes, c'est-à-dire la communication, la prise de décision, la cohésion, la résolution de problème et la coordination. Par la suite, des facteurs liés au fonctionnement de l'équipe, soient les rencontres d'équipes, la clarté de rôle, la confiance et l'emphase mise sur le patient, seront abordées. En guise de rappel, les résultats relevant du Questionnaire 2 sont mesurés avec une échelle de Likert de un « fortement en désaccord » à six « fortement en accord ». Les résultats supérieurs à cinq sont considérés comme étant positifs, ceux situés entre quatre et cinq, sont modérément positifs et quatre et moins sont identifiés comme faibles.

D'après les résultats issus du *Questionnaire 2* (Tableau 8), le fonctionnement de l'équipe est modérément positif avec une médiane de 4,52/6 ( $M = 4,56/6$ ,  $ÉT = 0,52$ ). La perception d'efficacité de l'équipe est positive ( $Mdn = 5,00$ ,  $M = 5,28$ ,  $ÉT = 0,67$ ), signifiant que les répondants croient

que leur équipe est efficace pour fournir des soins de qualité. Les processus, à l'exception de la résolution de problèmes, sont moyennement corrélés (0,344 à 0,447,  $p < 0.05$ ) à une perception positive du fonctionnement de l'équipe.

**Tableau 8.** – *Processus et facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe*

	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>ÉT</b>	<b>Étendue</b>	<b>Rho</b>	<b>Valeur-p</b>
Fonctionnement de l'équipe	4,56	5,52	0,52	3,5 - 5,64		
Emphase mise sur le patient	4,76	4,67	0,67	3,3 - 6	0,426	0,001
Communication	4,11	4,00	0,74	2,7 - 5,7	0,388	0,003
Coordination	5,00	5,00	0,57	3 - 6	0,344	0,009
Efficacité	5,28	5,00	0,67	3 - 6	1	
Prise de décisions	4,57	4,50	0,76	2,5 - 6	0,447	0,000
Cohésion	4,74	5,00	0,64	3 - 6	0,421	0,001
Résolution de problèmes	4,08	4,00	1,02	1,5 - 6	0,269	0,043
Facteurs						
Rencontres d'équipe	3,34	3,50	1,15	1-6		
Clarté de rôle	4,85	5,00	0,87	2- 6		
Confiance	5,21	5,00	0,59	4 - 6		

Notes

n = 60

Échelle 1) « fortement en désaccord », 6) « fortement en accord »

Différents processus liés au fonctionnement de l'équipe influencent la MOR des infirmières lors du SVM. Lors de l'agrégation des résultats, certains processus ont davantage d'influence sur la MOR des infirmières. Ainsi, seront abordés dans cette section les processus qui constituent le fonctionnement de l'équipe lors de 1) la communication, 2) la prise de décision, 3) la résolution de problème et 4) la coordination.

### *La communication*

Selon le *Questionnaire 2*, la communication est apparue comme étant parmi les processus les plus faibles, avec un score de 4,11/6 et une médiane de 4,00 (ÉT = 0,74). Ce résultat signifie que les participants disent ne pas connaître suffisamment les objectifs de soins (Mdn = 4,00, M = 4,21, ÉT = 1,01) et que les échanges d'informations entre les membres de l'équipe et les proches sont

restreints (Mdn = 4,0, M = 3,61, ÉT = 1,19). Tandis que les résultats d'examens et les consultations sont modérément à jour dans les dossiers (Mdn = 5,00, M = 4,47, ÉT = 1,03).

Ceci est corroboré par les *Entrevues*. En effet, les infirmières sont identifiées par les autres membres de l'équipe comme étant l'élément clé d'une communication efficace ce qui est facilitateur, car ils se réfèrent à elles. Plusieurs problèmes de communication sont relatés dans le transfert interservices, mais aussi entre les infirmières et les autres professionnels. Ces problèmes se retrouvent exacerbés par un roulement de personnel infirmier, puisque l'historique d'hospitalisation du patient se perd. Des informations se perdent, le plan et les objectifs de soins sont souvent oubliés ou mal transmis. Les infirmières arguent que si elles n'ont pas toutes les informations, il est notamment plus difficile pour elles de s'impliquer dans les décisions, élaborer des objectifs de soins et organiser des activités.

#### *La prise de décision*

Dans le *Questionnaire 2*, le score pour le processus de prise de décision est modérément positif avec une médiane de 4,50/6 (M = 4,57, ÉT = 0,76). Les questions pour établir ce score concernent le partage d'informations nécessaires pour que le patient ou ses proches prennent des décisions sur ses soins de santé lorsque leurs idées, informations ou observations sont prises en compte par les membres de l'équipe.

#### *La cohésion*

Le score obtenu pour la cohésion dans le *Questionnaire 2* est positif avec une médiane à 5,00/6 (M = 4,74, ÉT = 0,64). Selon les *Entrevues* elle consiste en l'appréciation du travail d'équipe, des discussions où chacun échange son point de vue. C'est aussi de travailler ensemble dans un but commun, collaborer et conjuguer les expertises : « Je pense qu'il y a une complémentarité [...] c'est probablement l'idéal d'avoir trois personnes qui ont des visions différentes, puis des disponibilités différentes, puis des approches différentes » (MD 2\_301). Tandis qu'un manque de cohésion est évoqué en termes de « travailler en silo » (MD 4\_467) par plusieurs participants, où chacun accomplit ses activités sans se préoccuper des autres. C'est de « Travailler ensemble, pas l'un contre l'autre » (GEST 4\_485). Au terme de l'analyse, il apparaît que les infirmières ont une contribution importante pour établir une cohésion dans l'équipe.

### *La résolution de problème*

Le processus de résolution de problème est un processus ayant un résultat plus faible, avec une médiane à 4,00/6 (M = 4,08, ÉT = 1,02). À la question portant sur le traitement équitable des désaccords entre les membres de l'équipe, le résultat de la médiane est modérément faible soit 4,00/6 (M = 3,89, ÉT = 1,19). Pour la question qui concerne respect des différences d'opinions parmi les membres de l'équipe, celles-ci sont faiblement respectées d'après une médiane à 4,00/6 (M = 4,26, ÉT = 1,01). Peu de participants abordent ce thème lors des *Entrevues*. Il est toutefois rapporté par des infirmières que les intensivistes ou les inhalothérapeutes sont attentifs lorsqu'elles manifestent leur désaccord.

### *La coordination*

Les questions pour évaluer la coordination des soins (*Questionnaire 2*) portaient sur l'ajustement des traitements face aux changements dans la condition de santé du patient et sur l'organisation des soins. Le score de coordination est considéré comme étant positif avec une médiane de 5,00 (M = 5,00, ÉT = 0,57).

En ce qui concerne les *Entrevues*, la coordination consiste à « chapeauter » (INF 9\_115) et à encadrer les différents membres de l'équipe pour s'assurer de l'enchaînement adéquat de chacune des interventions ou activités qui doivent être réalisées dans un délai donné tout en tenant compte de l'état clinique du patient. Le but étant d'organiser la séquence d'activités pour qu'elle soit optimale pour celui-ci. L'infirmière est reconnue comme ayant le rôle de pivot, de chef d'orchestre dans ce processus :

[...] l'infirmière va être au courant de ce qu'il y a à faire dans la soirée, si elle a besoin de se déplacer, ou si y'a des choses majeures, mettons une salle d'opération, ou un examen à faire dans la soirée. C'est souvent elle qui va essayer de tout placer les autres choses pour que ça fit, puis que ça marche dans le temps. (INF 4\_471)

### Les facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe

Cinq thèmes font office de facteurs ayant une influence sur le fonctionnement de l'équipe, soit 1) les rencontres d'équipe, 2) la présence constante au chevet, 3) la clarté de rôle, 4) la confiance et 5) l'emphase mise sur le patient.



### *Les rencontres d'équipe*

Les rencontres d'équipe est le facteur ayant le résultat le plus faible avec une médiane de 3,50/6 (M = 3,34, ÉT = 1,15). Les participants indiquent que des rencontres d'équipes interprofessionnelles ne sont pas prévues de façon régulière pour planifier les soins des patients (Mdn = 3,00, M = 2,8, ÉT = 1,33) ni pour adresser des problématiques de soins complexes (Mdn = 4,00, M = 3,89, ÉT = 1,31).

Ce résultat est corroboré dans les *Entrevues*, c'est-à-dire qu'une forte majorité de participants ont discuté de l'absence de tournées médicales formelles. Celles-ci sont décrites comme un lieu d'échange d'informations où les infirmières peuvent faire part de leur évaluation, participer aux décisions, régler des problématiques et obtenir les informations pour coordonner les activités :

Tu assistes à la tournée médicale, [...] tu connais d'emblée [...] les objectifs, comment eux ils voient les problématiques qu'on a au niveau médical, qu'est-ce qu'on veut travailler puis qu'est-ce qui va s'en venir pour le patient aussi. Tu as leur évaluation complète, qu'est-ce qu'ils en ont fait, puis qu'est-ce qu'ils veulent. (INF 6\_481)

Les rencontres d'équipe sont aussi décrites par les participants comme étant l'occasion de connaître et d'établir les objectifs de soins. D'être au fait de celui-ci permet aux infirmières de planifier leurs propres objectifs à l'intérieur de leur champ d'exercice ce qui leur fournit l'occasion de déployer davantage leur MOR. Plusieurs participants précisent que les intensivistes n'indiquent pas toujours clairement la conduite à tenir dans les notes aux dossiers des patients. En contrepartie, certains intensivistes croient que les infirmières ne sont pas intéressées à participer aux tournées médicales. De plus, ils évoquent que la surcharge de travail et la lourdeur des cas pourraient expliquer l'absence des infirmières aux tournées médicales.

### *La présence constante au chevet*

Tous les participants *des Entrevues* s'entendent pour dire que l'infirmière est la personne qui est présente constamment au chevet du patient. Ainsi, il est nommé qu'une présence ponctuelle, principalement des autres professionnels, les empêche d'avoir une vision complète de l'expérience de soin et de l'évaluation globale des patients. Il est donc attendu que les infirmières pallient à cette lacune, car elles sont en continu au chevet des patients comparativement à eux. Différents éléments liés à l'organisation de l'USI sont proposés comme étant susceptibles d'influencer la présence constante des infirmières. Notamment, la surcharge de travail, le nombre d'appareils de soutien, le

ratio de patients par infirmière influencent le temps de présence de qualité auprès d'un même patient.

Cette présence constante assure la continuité de soins. Plusieurs participants dans les groupes de professionnels font ce constat lors des *Entrevues*. Il est décrit qu'être responsable du même patient jour après jour permet de développer une connaissance plus approfondie de celui-ci et de ses proches, d'avoir tout l'historique de son hospitalisation et de son expérience de soins. Toutefois, un roulement de personnel pour lequel différentes raisons sont évoquées (p. ex., temps partiel, quart de huit heures versus 12 heures, friction avec la famille du patient, trouble cognitif du patient) fait en sorte que les infirmières changent continuellement d'assignation de patients.

#### *La clarté de rôle*

La clarté de rôle est positive avec une médiane à 5,00/6 (M = 4,85, ÉT = 0,87) dans le *Questionnaire 2*. Plus précisément, les répondants trouvent que les rôles sont bien définis (Mdn = 5,00, M = 5,02, ÉT = 0,93), mais sont modérément en accord sur la manière dont le travail est divisé entre les membres de l'équipe (Mdn = 5,00, M = 4,69, ÉT = 1,0).

Dans les *Entrevues*, des points de vue divergents sont soulevés par les infirmières et les inhalothérapeutes. Ainsi, les participants décrivent que les rôles sont suffisamment clairs malgré un chevauchement des activités surtout en ce qui a trait aux professionnels rencontrés sur une base quotidienne (p. ex., équipe régulière). Tandis que d'autres participants, notamment des inhalothérapeutes et des infirmières, avancent que les frontières de rôle de chacun des professionnels impliqués dans le SVM ne sont pas très claires et que des interrogations demeurent. Ces mêmes participants trouvent irritant que le partage des activités ne soit pas légiféré et relevant surtout de règles implicites et de l'interprétation de chacun :

Quand c'est pas bien défini, ça installe comme un peu un flou dans ces situations-là, je pense que des fois ça amène un peu de l'amertume de part et d'autre. Quand tu ne sais pas c'est quoi ta limite, tu peux faire un peu n'importe quoi aussi, tandis que quand tu le sais puis c'est bien défini, je pense que le travail d'équipe se fait beaucoup plus facilement. (GEST 1\_116)

Pour clarifier leur propre rôle, certaines infirmières se différencient des autres membres de l'équipe par le biais des activités réalisées par chacun d'eux :

L'inhalo c'est un job complètement à part. L'inhalo ça va être... les paramètres [de la VM]. Nous on va évaluer le côté neuro, on va avec [la VM], on va être du côté sédation, on va aller avec beaucoup de choses. Comparativement à l'inhalo qui va dire « OK, moi je vois le côté respiratoire, puis je vois avec la machine. » Notre rôle est plus élargi. (INF 5\_136)

Les participants expliquent que plusieurs activités sont similaires (p. ex., l'évaluation respiratoire, l'aspiration des sécrétions). Cependant, c'est la perspective professionnelle, la formation, les connaissances qui feront la différence dans l'exécution de l'activité. Selon certains participants, c'est ce qui amène une complémentarité des rôles et de meilleurs soins pour le patient.

Une méconnaissance des rôles est soulevée lorsque les professionnels travaillent moins souvent ensemble. Ce constat est bien représenté dans l'énoncé suivant provenant d'un membre de l'équipe interprofessionnelle face au rôle des infirmières dans le SVM : « Mais précisément qu'est-ce qu'elle fait, je ne sais pas, mais je pense qu'elle joue un rôle très important dans le sevrage à mon avis » (MEI 1\_97). Les infirmières nouvellement diplômées témoignent qu'elles ont de la difficulté avec les rôles de chacun. Elles disent avoir besoin de temps de travail en équipe pour mieux comprendre leur propre rôle et ceux des autres professionnels :

[...] Puis le rôle de chacun, qu'il soit plus clair, ça a pris aussi un petit peu de temps. Mais c'est de savoir aussi ton rôle il est où dans l'équipe. Parce que y'a rien d'écrit, ça fait qu'il faut que tu l'apprennes en interagissant avec les autres [...] c'est plus en travaillant que tu l'apprends. (INF 6\_235)

### *La confiance*

La confiance est un facteur positif selon le *Questionnaire 2*, c'est-à-dire que les répondants ont confiance aux membres de l'équipe de soins (Mdn = 5,00, M = 5,21 ; ÉT = 0,59). Dans les *Entrevues*, cet aspect a été peu abordé de manière directe par les participants. Cependant, des participants expliquent que le temps passé à travailler ensemble favorise la confiance entre eux. Celle-ci réside dans la connaissance du membre de l'équipe, d'avoir la conviction que l'autre a la compétence pour réaliser l'activité, qu'il apportera l'aide nécessaire, que « l'on peut s'y fier » (INF 7\_101) et « qu'il agit dans l'intérêt du patient » (MEP 1\_180).

### *L'emphase mise sur le patient*

Dans le *Questionnaire 2*, les processus portant sur l'emphase mise sur le patient illustrent un résultat modérément positif avec une médiane de 4,67/6 (M = 4,76, ÉT = 0,67) (Tableau 8). Du point de vue des *Entrevues*, il apparaît de façon évidente que mettre l'emphase sur le patient est

non seulement un thème central, mais un déclencheur du travail d'équipe. Pratiquement tous les participants évoquent l'importance d'être centrés sur les besoins du patient, soit d'aller au-delà d'une prise en charge, de tenir compte notamment de ses caractéristiques et de son état. Les membres de l'équipe indiquent que lorsqu'ils se centrent sur les besoins du patient, tous les processus s'en trouvent améliorés : « Mon rôle, ton rôle. Au final, il faut voir pour qui on le fait, puis pourquoi on le fait; c'est POUR le patient. C'est pas deux équipes complètement à part » (GEST 2\_149).

### **Comment les infirmières négocient leur rôle**

En contexte de SVM, le chevauchement des activités appartenant aux différents professionnels impliqués crée une conjoncture où l'infirmière doit réagir en négociant son rôle ou encore en se rétractant. Il demeure qu'un éventail de comportements est possible. Il a émergé des analyses l'acquisition qu'une perspective claire de son propre rôle et de celle des autres membres de l'équipe est préalable à toute forme de négociation. Sur cette assise, les infirmières vont négocier leur rôle par 1) la création d'un espace d'échange et 2) la reconnaissance de l'expertise des autres membres de l'équipe, et ce, autour 3) des objets de frontières.

#### **La création d'un espace d'échange**

Les infirmières vont créer un espace d'échange avec les autres membres de l'équipe où elles pourront faire valoir leur contribution. Via cet espace, elles démontrent leurs compétences et connaissances auprès des autres membres de l'équipe. Par le biais de la discussion, les infirmières vont donner des informations, suggérer des interventions, partager leur avis ou prendre position dans des zones de chevauchement des activités :

Si chacun fait ses affaires de son bord et qu'on ne se parle pas, on ne sera pas porté à se parler. Mais si quelqu'un prend l'initiative de dire, « hey... ça c'est ma job, c'est mon point de vue, c'est mon évaluation ». Ça permet à l'autre de partager ses choses aussi, et de dire : « OK, est-ce que ça fait du sens nos deux points de vue ensemble? » (INF 3\_258)

Plusieurs infirmières créent cet espace d'échange pour prendre leur place, voire à s'impliquer avec conviction, et même être plus agressive pour faire valoir leur contribution :

[...] j'ai mon mot à dire à chacun des stades [...] je m'implique de force car c'est mon patient et c'est moi qui le connais le mieux dans toute l'équipe [...]. Donc, je vais parler

avec mes inhalos, je vais aller voir mes médecins, je vais être fatigante, mais je veux qu'on chemine. (INF 3\_368)

Ainsi, elles participent dans les tournées médicales et donnent leur avis, même si on ne leur demande pas. Selon le cas, certains comportements adoptés par les infirmières vont s'avérer facilitants ou seront des barrières à la négociation de leur rôle au sein de l'équipe interprofessionnelle. Plusieurs participants nomment que la personnalité, l'attitude, la façon de s'exprimer des infirmières font la différence dans l'établissement de bonnes relations et d'un travail d'équipe : « T'es capable de parler avec une infirmière et de bien s'entendre ensemble et de faire tout pour le patient. T'es pas contre l'infirmière et l'infirmière n'est pas contre toi » (INH 2\_320).

À l'inverse, d'autres semblent faire le choix de se dégager des responsabilités qui touchent l'appareil de VM et n'ouvrent pas cet espace de discussion. Dans ces circonstances, elles ne procéderont pas, par exemple, à l'aspiration des sécrétions et vont toujours avoir recours aux inhalothérapeutes dès que cela a trait à la VM.

#### La reconnaissance de l'expertise des autres membres de l'équipe

Différents comportements manifestés par les infirmières démontrent qu'elles ont du respect à l'égard des autres professionnels. Par exemple, elles avisent les inhalothérapeutes de ce qui a été fait en leur absence, ou de l'ajout d'un examen à venir pour qu'ils puissent s'organiser permettant de démontrer un respect envers ceux-ci. Autrement, elles demandent la permission pour poser une intervention si elle siège dans la zone de chevauchement des activités partagées avec les autres professionnels.

Pour démontrer le respect de l'expertise des autres membres de l'équipe, les infirmières vont recourir à leur avis. Plusieurs participants dans les différents groupes de professionnels mentionnent apprécier être consultés pour partager leur point de vue d'expert, aider ou être inclus dans les décisions liées aux soins et à la coordination des activités : « Tu fais ta première tournée, tu regardes ton dossier, à ce moment, j'aime ça leur dire, on a telle affaire, alors ta respiration tu t'enlignes comment? » (INF 3\_224). Effectivement, il est apprécié que les infirmières démontrent un intérêt pour ce que les autres membres de l'équipe font : « Quand je vois ça qu'il y a du monde qui s'intéresse plus à ce que je fais, j'adore ça expliquer ce que je fais » (INH 5\_332).

Reconnaître l'expertise c'est solliciter les autres membres de l'équipe à partager leur savoir et apprendre d'eux. Plusieurs infirmières racontent qu'elles questionnent les inhalothérapeutes pour

en apprendre davantage sur les respirateurs, car ce sont eux qui ont l'expertise. En contrepartie, les inhalothérapeutes expriment apprécier partager leurs connaissances et questionnent à leur tour les infirmières pour apprendre d'elles. Il est aussi soulevé que les infirmières se font rassurer sur leurs propres compétences en validant, par exemple, leur évaluation respiratoire auprès d'un inhalothérapeute ou en vérifiant leur compréhension d'une problématique de santé auprès de l'intensiviste :

Les inhalo sont ouverts, tu peux échanger avec eux, tu te fais répondre à tes questions, comme ça tu en apprends plus. Mais moi, comme professionnel, poser des questions, comprendre, après ça tu peux faire des liens, tu sauves du temps (INF 2\_514).

### Les objets de frontières

Lors des *Entrevues*, des objets de frontières ont émergé lorsque différents groupes professionnels s'approprièrent des objets autour desquels la négociation des rôles et des frontières de rôle s'organisait. Pour les infirmières, les pompes qui perfusent les médicaments, notamment l'analgésie-sédation, apparaissent comme un objet de frontière. Pour les inhalothérapeutes, les respirateurs représentent un tel objet. Les professionnels ne peuvent pas manipuler les objets de frontières d'un autre groupe. Il a aussi été constaté que tout ce qui concerne la sphère du patient, tant son dossier, sa famille que l'espace qu'il occupe, est présenté comme appartenant aux infirmières. Concrètement, les infirmières parlent en termes de « c'est MON patient » (INF 3\_21) et vont réagir en gérant l'accès au patient. Tandis que les inhalothérapeutes s'approprient tout ce qui englobe le respirateur et le système respiratoire. Il ressort des analyses une confrontation entre deux objets de frontières; le système respiratoire qui *appartient* à l'inhalothérapeute, mais qui est une partie intégrante et indissociable du patient, qui lui *appartient* à l'infirmière : « Elle n'a pas le droit de toucher à nos affaires, au même titre que moi je n'ai pas le droit de toucher à ses pompes » (INH 3\_544). Tandis que de la part des intensivistes, de tels objets de frontières n'ont pas été constatés.

## Cas 2 : La description du cas

Le Cas 2 est une USI de 18 lits faisant partie d'un centre hospitalier localisé en milieu semi-urbain à vocation régionale. Suite à un changement de gouvernance en 2014, le suivi des patients toutes spécialités confondues a été entièrement assuré par une équipe d'intensivistes. D'autres spécialistes (p. ex., chirurgie, pneumologie) agissent dorénavant à titre de consultant. L'USI est divisée en deux

ailes où une partie plus importante regroupant les patients plus gravement atteints et consiste en une grande pièce où les lits sont disposés autour d'un poste central. Une autre aile est constituée d'un poste de travail au centre d'un corridor où sont disposées les chambres des patients. Au début de la collecte de données, l'unité avec le poste central est déménagée dans un long corridor. Ce nouveau poste est séparé du reste de l'USI et uniquement fréquenté par les consultants, les inhalothérapeutes et les médecins. Les infirmières sont installées dans le corridor avec des comptoirs qui font office de poste de travail, ce qui les isole les unes des autres et d'autres professionnels.

Les infirmières ont une salle de repos adjacente à l'USI où les intensivistes y prennent aussi leur repas. Les inhalothérapeutes ont leur salle de repos sur un étage différent de l'USI. Outre le moment du rapport quotidien avec l'AIC et lors des tournées, les inhalothérapeutes ne sont pas présents sur l'USI. De même, certains membres de l'équipe de soins participent à des activités communes en dehors des heures de travail.

Au moment de la collecte de données, 69 infirmières sont disponibles pour travailler (P. Blais, communication personnelle, 19 avril 2021). Les infirmières effectuent des quarts de travail de huit heures répartis sur les trois quarts de travail que sont le jour, le soir et la nuit. Plusieurs infirmières font régulièrement des heures supplémentaires pour pallier au manque chronique de personnel.

Une équipe de 21 inhalothérapeutes sont disponibles pour travailler à l'USI, mais certains refusent d'y aller. Selon le nombre de patients sous VM, un à deux inhalothérapeutes peuvent y être affectés. La tournée des patients ventilés mécaniquement se fait aux deux heures et une fois celle-ci terminée, les inhalothérapeutes vont aider leurs collègues sur les autres unités. Les collègues inhalothérapeutes des autres unités peuvent venir prêter main-forte au besoin. Conséquemment, le roulement de personnel est atténué, ce qui assure une permanence de certains inhalothérapeutes à l'USI qui ont une meilleure connaissance des patients qui y séjournent longtemps.

Cinq intensivistes composent l'équipe médicale. Un résident était présent pendant la collecte de données. L'équipe est aussi constituée d'un physiothérapeute qui est sur place 20 heures par semaine. Ils sont trois physiothérapeutes qui s'alternent à chaque période de trois mois. Depuis leur intégration, les patients sous VM sont davantage mobilisés, voire même, levés au fauteuil. Une nutritionniste est intégrée dans les dossiers lorsqu'il est nécessaire de débiter de l'alimentation parentérale ou si une demande de service professionnel à leur intention est complétée.

En ce qui concerne le déroulement des journées, tous les matins, les AIC se donnent un rapport auquel les inhalothérapeutes, les physiothérapeutes y sont conviés. Les intensivistes se joignent selon leur disponibilité. Cette rencontre permet de faire le point sur le cheminement des patients. Les infirmières responsables du patient n'y sont pas présentes. Il n'y a pas de compte rendu écrit de ces rencontres, chacun prend ses notes. De façon semblable, chaque professionnel rédige leurs notes dans des dossiers papiers distincts. Les infirmières ont une planche avec leurs notes de la journée en cours et des deux ou trois journées précédentes. Elles sont consignées par la suite dans un cartable pour les infirmières. Les inhalothérapeutes ont leur propre reliure et les médecins consignent leurs notes dans le dossier dit médical, format papier, qui contient également les consultations des autres professionnels et les résultats d'examens. Tous ces dossiers sont accessibles par les autres professionnels, mais seul, le dossier médical semble être consulté.

Les données sociodémographiques des participants aux *Questionnaires* sont présentées dans le Tableau 9. Un total de 42 questionnaires a été complété dont quatre (10 %) l'ont été en ligne et les autres, en version imprimée (90 %). Le taux de participation est de 41,6 %. Celui-ci est approximatif puisque l'étudiante-chercheuse n'a pas accès aux nombres de personnes incluses dans les envois de courriels pour des raisons de confidentialité.



**Tableau 9.** – *Caractéristiques des répondants aux questionnaires du Cas 2*

<b>Variabiles</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>ÉT</b>	<b>Étendue</b>
<b>Groupe professionnel</b>						
Infirmières techniciennes	14	33,3				
Infirmières cliniciennes	14	33,3				
Gestionnaires	3	7,1				
Inhalothérapeutes	6	14,3				
Médecins intensivistes	5	11,9				
Âge (ans)			36,9	36,0	8,5	25-57
<b>Genre</b>						
Homme	11	26,2				
Femme	31	73,8				
Préfère ne pas répondre	0	0				
<b>Statut d'emploi</b>						
Temps complet	28	66,7				
Temps partiel	14	33,3				
Congé prolongé	0	0				
<b>Scolarité</b>						
Diplôme d'études collégiales	17	40,5				
Baccalauréat	20	47,6				
Maitrise	0	0				
Certificat de spécialité	5	11,9				
Temps de permis de pratique (années)			11,7	10,5	7,4	2-32
Temps dans l'établissement (années)			8	5,0	6,3	1,5-31
Temps avec cette équipe (années)			7,2	5,0	6,1	0-31

Note  
n = 42

Parmi les répondants, 26,2 % (n = 11) sont des hommes et 73,8 % (n = 31) sont des femmes. L'échantillon est constitué de 66,7 % d'infirmières, de 11,9 % d'intensivistes et de 14,3 % d'inhalothérapeutes. L'âge médian est de 36,0 ans (M = 36,9, ÉT = 8,5). Les participants possèdent leur permis de pratique selon une médiane de 10,5 années (M = 11,7, ÉT = 7,37) et la médiane du temps dans l'équipe de l'USI est de 5,0 années (M = 7,2, ÉT = 6,07). Deux tiers des répondants sont à temps complet (66,7 %).

Les données sociodémographiques des participants aux *Entrevues* sont colligées dans l'Annexe T. Globalement, il y a davantage de gestionnaires (n = 6), d'hommes (37,5 %) et gens à temps complet

(79,2 %). Les participants aux *Entrevues* détiennent leur permis, sont dans l'établissement et dans l'équipe de l'USI depuis un peu plus longtemps que les répondants du questionnaire.

## **Les analyses intracas**

### **Décrire la mise en œuvre du rôle d'infirmières lors du sevrage de la ventilation mécanique**

Comme décrit au Cas 1, quatre thèmes ont émergé pour décrire la MOR d'infirmières lors du SVM. Ces thèmes sont : 1) activités quotidiennes de surveillances, 2) activités quotidiennes pour favoriser le SVM, 3) activités quotidiennes pour la gestion de l'état d'éveil et 4) la connaissance approfondie du patient.

#### Les activités quotidiennes de surveillances

Selon les résultats du *Questionnaire 1* (Tableau 10), les activités les plus souvent attribuées aux infirmières sont l'évaluation et l'adaptation de l'analgésie-sédation (88,1 %) et l'évaluation de la réponse du patient (73,3 %). Cette dernière tâche est reconnue comme étant principalement détenue par les inhalothérapeutes. Peu de participants attribuent aux infirmières un rôle dans la reconnaissance que le patient est *prêt pour le sevrage* (23,8 %) ou encore, qu'il y a un *échec du sevrage* (33,3 %). La sélection initiale des paramètres, l'adaptation des paramètres et le choix de la méthode de sevrage sont des tâches partagées entre les intensivistes et les inhalothérapeutes.

**Tableau 10.** – *Tâches, compétences et responsabilités du personnel des soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique*

Tâches	Décisions prises par les :					
	Intensivistes		Inhalothérapeutes		Infirmières	
	n	%	n	%	n	%
Sélection initiale des réglages du paramètre	40	95,2	13	31	1	2,4
Évalue la réponse du patient	30	71,4	41	97,6	31	73,8
Adapte les réglages	30	71,4	40	95,2	3	7,1
Prêt pour sevrage	42	100	14	33,3	10	23,8
Méthode (mode) de sevrage	42	100	6	14,3	2	4,8
Prêt pour extubation	42	100	6	14,3	5	11,9
Échec du sevrage	40	95,2	22	52,4	14	33,3
Évaluer et adapter sédation	31	73,8	4	9,5	37	88,1

Notes :

n = 42

Le pourcentage total peut excéder 100 %, car plusieurs réponses étaient possibles

Les décisions concernant l'ajustement de la FiO<sub>2</sub> (Tableau 11) sont celles que les infirmières prennent et appliquent le plus souvent lors du SVM. Plus précisément, l'activité où elles démontrent le plus d'autonomie est l'administration de bolus de FiO<sub>2</sub> selon une fréquence dite de *souvent* (17,1 %) à *de routine* (73,2 %). Les infirmières augmentent la FiO<sub>2</sub> selon une fréquence principalement située entre *jamais* (9,8 %), *souvent* (12,2 %), mais surtout de façon routinière (65,9 %). Tandis que l'abaissement de la FiO<sub>2</sub>, présente une grande variation, soit *jamais* (12,5 %), *fréquemment* (12,5 %), *souvent* (15 %) à *de routine* (55 %).

**Tableau 11.** – *Fréquence à laquelle le personnel infirmier prend et applique des décisions reliées au sevrage de la ventilation mécanique*

Décisions	Jamais		Rarement		Fréquemment		Souvent		De routine	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Changer le mode ventilatoire	32	78	6	14,6	2	4,9	1	2,4	0	0
Régler la fréquence	34	85	5	12,5	1	2,5	0	0	0	0
Régler le volume	35	85,4	6	14,6	0	0	0	0	0	0
Régler l'AI	36	87,8	5	12,2	0	0	0	0	0	0
Augmenter l'AI	35	85,4	6	14,6	0	0	0	0	0	0
Diminuer l'AI	35	85,4	6	14,6	0	0	0	0	0	0
Augmenter le PEEP	34	82,9	7	17,1	0	0	0	0	0	0
Diminuer le PEEP	34	82,9	7	17,1	0	0	0	0	0	0
Diminuer la FiO <sub>2</sub>	5	12,5	2	5,0	5	12,5	6	15,0	22	55,0
Augmenter la FiO <sub>2</sub>	4	9,8	1	2,4	4	9,8	5	12,2	27	65,9
Donner bolus de FiO <sub>2</sub>	2	4,9	0	0	2	4,9	7	17,1	30	73,2

Notes :

n = 42

AI : aide inspiratoire

PEEP : Pression expiratoire positive

FiO<sub>2</sub> : fraction d'oxygène inspirée

Le niveau d'autonomie des infirmières dans les résultats du *Questionnaire 1* est perçu comme étant faible (Mdn = 4,00, M = 3,83, ÉT = 2,34), selon une échelle où zéro signifie aucune autonomie et dix, une pleine autonomie (7 = modérée). Il est perçu plus faible par les intensivistes (Mdn = 2,00, M = 2,60, ÉT = 3,00) que par les inhalothérapeutes (Mdn = 3,00, M = 3,17, ÉT = 1,84). Pour leur part, les infirmières estiment leur niveau d'autonomie faible (Mdn = 5,00, M = 4,16, ÉT = 2,30), mais elles se considèrent plus autonomes que ce que perçoivent les autres professionnels.

Similairement, la fréquence à laquelle les participants croient que les infirmières influencent les décisions est évaluée comme étant faible (Mdn = 4,00, M = 4,66, ÉT = 2,66), où zéro signifie que les infirmières n'influencent pas les décisions et que dix signifient qu'elles les influencent en permanence (7 = modérée). Plus précisément, la médiane pour les intensivistes est de 3,00/10 (M = 4,00, ÉT = 4,24) et les inhalothérapeutes à 2,00 (M = 2,17, ÉT = 1,60). Tandis que les infirmières

croient influencer davantage les décisions, comparativement à ce que les intensivistes et les inhalothérapeutes perçoivent (Mdn = 6,00, M = 5,23, ÉT = 2,36).

Lors de l'*Observation des interactions* (Tableau 12), il a été recensé un total de 3602 interactions initiées et 3222 reçues par les professionnels lors des situations de SVM. Parmi celles-ci, les infirmières initient 52,7 % (n = 1899) et elles reçoivent 51,27 % (n = 1652) des interactions. Elles sont ainsi les principales initiatrices et réceptrices des interactions lors de situations liées au SVM. En comparaison, les intensivistes initient 18,38 % (n = 662) des interactions, les inhalothérapeutes 22,74 % (n = 819), les physiothérapeutes 2,05 % (n = 74) et les PAB 3,83 % (n = 138) des interactions. Les interactions reçues par les infirmières sont de l'ordre de 51,27 % (n = 1652). Il est noté que les intensivistes ont reçu 20,58 % (n = 663), les inhalothérapeutes 22,16 % (n = 714), les physiothérapeutes 64 % (n = 64) et les PAB 3,76 % (n = 121). Les infirmières initient et reçoivent plus d'interactions que la somme des interactions des intensivistes et des inhalothérapeutes.

**Tableau 12.** – *Total des interactions initiées et reçues par groupes professionnels*

Groupes professionnels	Initiées (n = 3602)		Reçues (n = 3222)	
	n	%	n	%
Infirmières	1899	52,7	1652	51,27
Intensivistes	662	18,38	663	20,58
Inhalothérapeutes	819	22,74	714	22,16
Physiothérapeutes	74	2,	64	2,0
Préposés aux bénéficiaires	138	3,83	121	3,76

Il a été constaté que les interactions initiées et reçues par les infirmières sont souvent sous forme d'échange d'opinions et d'informations. Les membres de l'équipe de soins vont prendre part à une discussion initialement instaurée entre deux personnes pour ajouter leur avis et partager des données. Il a aussi été observé que plusieurs interactions étaient liées à des sujets autres qu'au travail ou encore, un membre de l'équipe profitait du moment pour détendre l'atmosphère. En effet, bien qu'elles soient majoritairement centrées sur la tâche (initiées = 41,67 % et reçues = 41,96 %), 11 % des interactions sont des réactions positives relevant du domaine socioaffectif positif (p. ex., salutation, blague, approbation).

De même, les analyses des *Interactions* montrent que les infirmières ont un rôle important de transmission de l'information. Comme présenté dans le Tableau 13, elles initient avec une forte majorité des interactions telles que donner leurs opinions (13,27 %), une orientation (13,05 %) et/ou leur accord (7,91 %). Tandis que les infirmières reçoivent des *demandes d'orientation* (11,67 %), mais très peu de *demandes d'opinions* (0,56 %). Elles reçoivent des *orientations* (10,27 %) et des *opinions* (11,82 %). En situation de SVM, cela signifie qu'elles reçoivent 1) des orientations (p. ex., interventions à faire, plan pour le SVM) et 2) des opinions (p. ex., inhalothérapeute donne son avis sur la capacité du patient à amorcer le SVM).

**Tableau 13.** – *Interactions initiées et reçues par les infirmières*

<b>Interventions</b>	<b>Initiées</b>		<b>Reçues</b>	
	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
1 : Solidarité	55	1,53	42	1,3
2 : Détente	56	1,55	40	1,24
3 : Accord, accepte	285	7,91	217	6,73
4 : Suggestion, directives	241	6,69	246	7,64
5 : Donne son opinion	478	13,27	381	11,82
6 : Donne une orientation	470	13,05	331	10,27
7 : Demande une orientation	282	7,83	376	11,67
8 : Demande une opinion	30	0,83	18	0,56
9 : Demande des suggestions	0	0	0	0
10 : Désaccord	2	0,06	1	0,03
<b>Total</b>	<b>1899</b>	<b>52,72</b>	<b>1652</b>	<b>51,27</b>

Lors des *Observations* des interactions en situation de SVM, l'étudiante-chercheuse note que les interactions au sujet des paramètres du respirateur en situation de SVM se passent surtout entre les inhalothérapeutes et les intensivistes. À plusieurs reprises, les inhalothérapeutes démontrent l'initiative des communications avec les infirmières, par exemple, ils relatent la conversation qu'ils ont eue avec l'intensiviste, ce qu'ils ont fait comme modifications. À l'inverse, les infirmières s'informent peu des paramètres du SVM, ne semblent pas proposer des suggestions aux inhalothérapeutes ou ne les informent pas qu'elles ont modifié l'analgésie-sédation.

En ce qui concerne les *Entrevues*, les infirmières nomment en forte majorité qu'elles ont un rôle d'évaluation du patient (Annexe U). Elles disent devoir anticiper le SVM, ce qui signifie qu'elles sont à l'affût des signes démontrant que le patient est prêt à respirer de façon autonome, elles l'évaluent tant au niveau de la respiration, de l'état d'éveil et des paramètres hémodynamiques. Certains intensivistes croient que souvent ce sont elles qui déterminent si le patient est prêt et si le SVM se poursuit ou non :

Je pense que c'est vraiment [...] un peu comme le quarterback du traitement pour toutes les choses; c'est elle [l'infirmière] qui est le plus de temps avec le patient. Donc moi je pense que c'est son rôle de mettre des arrêts à un processus de sevrage ou d'essayer de le débiter ou de le précipiter. (MD 2\_185)

Pourtant, les *Observations et les entrevues* avec plusieurs infirmières identifient que ce sont les inhalothérapeutes qui vont aviser le médecin que le patient est prêt et qui auront l'initiative d'aviser le médecin pour amorcer le SVM.

Lors des changements de paramètres ou lorsque le SVM est amorcé, les infirmières décrivent que leur évaluation porte directement sur la réaction du patient, tandis que les données issues de l'appareil de VM sont évaluées principalement par les inhalothérapeutes. Elles mentionnent être alertes aux signes qui témoignent que le SVM est difficile. Il est attendu de la part des autres professionnels qu'elles avisent lorsqu'il y a quelque chose qui ne fonctionne pas, car eux ne sont pas en permanence au chevet :

C'est tous des signes que le patient ne tolère pas le sevrage. Donc l'infirmière va être mieux outillée que nous pour nous donner un portrait global des moments que nous, on est absents. Donc que ce soit pour les signes cliniques, les signes au moniteur, l'état d'éveil du patient; elle va pouvoir nous briefer quand on va arriver. (INH 3\_280)

Les infirmières établissent que leur évaluation dépend aussi des actions posées par les autres membres de l'équipe, d'où l'importance que ceux-ci les avisent de ce qu'ils ont fait.

Il est mentionné par une majorité de participants que les intensivistes détiennent le pouvoir décisionnel en ce qui a trait au SVM (p. ex., le mode, les paramètres, le moment, l'extubation, l'analgésie-sédation). Certaines décisions et interventions réalisées par les infirmières seront déterminées en fonction de l'intensiviste qui est présent, car certains leur donnent plus de latitude, d'autres non. Les infirmières s'impliquent dans la prise de décisions sur le SVM en apportant des éléments de leur évaluation, sur les données cliniques qu'elles ont recueillies, sur ce qui s'est passé

dans les journées précédentes, ce qu'elles ont lu dans les notes au dossier. Elles vont aussi le faire en exprimant leur désaccord soit avec l'amorce du SVM ou l'extubation. Les intensivistes disent prendre en considération l'avis des infirmières à savoir si un SVM devrait attendre, entre autres en raison de l'état du patient (p. ex., fatigue, douleur) (MD 1\_247). Il a aussi été observé que les PAB apportaient des informations aux infirmières sur les réactions du patient, informations influençant la prise de décision des infirmières. Ce constat peut expliquer la forte implication des PAB dans les soins, selon ce qui a été *observé*.

#### Les activités quotidiennes pour favoriser le sevrage de la ventilation mécanique

Il ressort des *Entrevues* que les infirmières ont besoin d'être guidées par les intensivistes, d'être tenues informées des objectifs et des activités à effectuer pour établir leurs propres interventions. Par exemple, certaines infirmières attendent l'avis de l'intensiviste pour mobiliser activement les patients (assis au bord du lit, lever au fauteuil). À cet effet, plusieurs infirmières, principalement sur le quart de soir, mentionnent qu'il est même nécessaire d'avoir une prescription pour lever un patient intubé au fauteuil, alors que les intensivistes ne partagent pas cette perspective.

Globalement les infirmières identifient que plusieurs de leurs activités sont réalisées dans l'objectif de prévenir les PAVM et conséquemment, favoriser le SVM. Elles se remémorent des formations données par des collègues infirmières sur la mobilisation précoce et la prévention des PAVM pour identifier leurs activités. Elles mentionnent notamment les soins buccodentaires, l'aspiration des sécrétions, le maintien de la tête de lit élevée et la mobilisation précoce. Plusieurs infirmières décrivent qu'une de leur contribution au SVM est de diminuer la  $FiO_2$ . Ce résultat est corroboré dans les résultats du *Questionnaire 1*.

#### Les activités quotidiennes pour la gestion de l'état d'éveil

D'après les résultats du *Questionnaire 1*, il est manifeste que la tâche d'évaluer et adapter l'analgésie-sédation est fortement attribuée aux infirmières avec un résultat de 88,1 %. Par contre, elle est aussi associée aux intensivistes à 73,8 %. Tandis que les inhalothérapeutes sont très peu impliqués avec un résultat de 9,5 %.

Dans les *Entrevues*, la gestion de l'analgésie-sédation est reconnue par tous les participants comme étant une tâche appartenant aux infirmières. Certaines infirmières sont davantage autonomes dans cet aspect de leur pratique. D'une part plusieurs disent prendre l'initiative de diminuer l'analgésie-



sédation et faire « des tests » (INF 6\_20). Elles voient comment le patient réagit à la diminution de l'analgésie-sédation. Elles l'augmentent à nouveau par la suite si le patient est agité et ainsi avoir des informations à partager avec l'intensiviste pour établir le plan. Tandis que d'autres sont souvent en attente de l'intensiviste pour décider de la réduction de l'analgésie-sédation, puisque c'est eux qui déterminent les cibles. Considérant que les intensivistes sont surtout présents de jour et qu'ils n'ont pas de relève en continu à l'USI sur les quarts de soir et de nuit, il est mentionné à plusieurs reprises que la diminution de l'analgésie-sédation et l'amorce du SVM ne peuvent être tentées que durant le quart de jour. Il est donné en exemple par plusieurs participants qu'en ces circonstances, ils vont simplement donner davantage d'analgésie-sédation aux patients puisqu'ils ne pourraient pas être extubés ou encore le SVM ne pourrait pas être amorcé en pleine nuit. De ce fait, plusieurs participants, dont des intensivistes mentionnent que le RASS est souvent trop élevé, et ce, de façon injustifiée.

Différentes échelles sont identifiées dans les notes au dossier pour évaluer la sédation et l'état d'éveil. Dans les *Entrevues* et les *observations*, les infirmières et les intensivistes citent le RASS quand il est question de l'état d'éveil des patients. Les infirmières recourent aussi à leurs propres critères, par exemple si le patient a *l'air bien*, son regard, ou s'il est crispé. Un constat semblable s'applique pour ce qui est du délirium. Dans les notes, l'échelle proposée est l'*Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC). Cependant, le résultat doit être écrit dans les notes détaillées, car aucun espace n'est prévu à cet effet. Lors des observations et des entrevues, une majorité d'infirmières mentionnent qu'elles ont des patients en délirium et qu'elles interviennent pour le prévenir, mais aucune ne fait mention de l'utilisation d'une échelle ou d'un score pour attester du délirium. Parmi leurs interventions de prévention du délirium, elles expliquent qu'elles vont régulièrement les réorienter, leur parler, leur expliquer ce qui se passe, favoriser le sommeil, inciter la présence de la famille au chevet. Elles décrivent un accompagnement tout au cours du SVM pour aider au contrôle de la respiration et à la gestion de l'anxiété. Cet accompagnement se définit pour elles par le fait d'être présente pour le rassurer et diminuer l'anxiété.

#### La connaissance approfondie du patient

Une forte majorité d'infirmières souligne l'importance accordée à développer une connaissance approfondie du patient, de saisir l'intégralité de ses réactions et d'identifier notamment s'il est prêt pour le SVM. Cette connaissance se développe à l'issue du temps passé avec ce dernier, des

informations apportées par les autres membres de l'équipe ou relatées par les proches, ou encore lues dans les notes au dossier. Ainsi, elles mettent tout en œuvre pour mieux le connaître. Cette connaissance est décrite comme étant d'être à l'écoute du patient et de ses proches et son historique d'hospitalisation. Cette connaissance permet de s'impliquer davantage dans les prises de décisions, l'organisation des activités et de participer aux discussions avec les membres de l'équipe. Pour les infirmières, cela indique leur contribution, soit d'avoir un regard plus global sur le patient comparativement aux autres membres de l'équipe qui sont plus centré sur certains systèmes :

[...] on n'a pas la même vision de par la globalité qu'on voit le patient. Tu sais, lui il [inhalothérapeute] vient faire son évaluation respiratoire, il pose des petites questions par rapport au patient. Mais nous, on a comme la vision globale et non juste respiratoire [...] on va une vision différente parce qu'on touche un peu à tous les systèmes du patient [...] la famille aussi [...] (INF 3\_374)

### **Les facteurs qui influencent la mise en œuvre du rôle infirmier lors du sevrage de la ventilation mécanique**

Dans un premier temps, les facteurs qui influencent la MOR des infirmières en situation de SVM liés aux structures seront examinés. Dans un second temps, il sera présenté les facteurs attachés au fonctionnement de l'équipe, et pour terminer, les facteurs du fonctionnement de l'équipe seront abordés.

#### *Les structures*

Différents éléments appartenant aux structures influencent la MOR, c'est-à-dire, 1) la présence de protocole, 2) les caractéristiques des infirmières et 3) les caractéristiques des patients.

#### *La présence de protocoles*

Pour ce qui des résultats du *Questionnaire 1*, 19 % (n = 8) des répondants mentionnent qu'il y a un protocole, 71,4 % (n = 30) disent qu'il n'y a pas de protocole et 9,5 % (n = 4) ne le savent pas. De ces nombres, 16,1 % (n = 5) des infirmières croient qu'il y a un protocole pour le SVM contre 73,3 % (n = 22). De même, une majorité d'inhalothérapeutes et d'intensivistes mentionnent qu'il n'y a pas de protocole.

Au niveau des *Entrevues*, ceux qui en ont parlé font valoir l'utilité d'un protocole tant pour la gestion de l'analgésie-sédation que du SVM. À défaut d'avoir un protocole, les participants disent

se fier aux prescriptions. Certains intensivistes tentent de rédiger les prescriptions de façon à laisser des balises et favoriser une autonomie chez les infirmières et les inhalothérapeutes.

Plusieurs espèrent avoir un protocole pour l'analgésie-sédation, l'admission d'un patient ou pour le SVM. Par contre, certaines personnes présenteraient de la résistance et d'autres évoquent la lourdeur décourageante des démarches pour les conceptualiser : « Tu sais, les docteurs n'ont pas le goût de faire de protocoles. L'infirmière-chef n'a pas le temps de faire de protocoles. Les assistants n'ont pas le temps de faire de protocoles » (GEST 1\_401).

### *Les caractéristiques des infirmières*

En *Entrevue*, des caractéristiques propres aux infirmières sont nommées pour expliquer ce qui les influence dans leur MOR. Globalement, détenir des connaissances et avoir de l'expérience favorisent un déploiement plus optimal de leurs contributions aux soins lors du SVM. Sauf que l'intérêt pour le SVM apparaît comme étant la caractéristique la plus déterminante. Les participants évoquent qu'il y a des infirmières qui sont proactives, qui mettent de l'avant leur évaluation, donnent leur avis, anticipent, questionnent le statut quo en lien avec les pratiques, sont autonomes dans leurs apprentissages et qu'elles se demandent toujours ce qu'elles peuvent faire de plus pour le patient. En contexte de SVM, elles vont mobiliser davantage leur patient, le stimuler, tenter de diminuer l'analgésie-sédation et proposer des alternatives.

Les années d'expérience sont souvent utilisées pour différencier les activités réalisées, mais il n'y a pas de consensus. Il est décrit par certains participants que les jeunes infirmières sont plus ouvertes, les connaissances sont plus récentes, mais simultanément, elles ont besoin d'être davantage accompagnées dans leur évaluation, l'émission de constats cliniques et le partage d'informations avec les autres membres de l'équipe. Les infirmières ayant plus d'expérience démontrent plus d'implication dans l'organisation des différentes activités pour le patient. Mais elles sont plus rigides face aux partages d'activités avec les autres professionnels. Les participants ayant plus d'ancienneté se sont remémoré un document adressé aux infirmières pour dicter ce qu'elles pouvaient faire avec un patient sous VM (p. ex., ajuster la FiO<sub>2</sub>, radiographie pulmonaire die), mais peu le connaissent et il est considéré comme désuet.

Le recours soutenu aux temps supplémentaires est aussi nommé pour expliquer que certaines infirmières déploient moins leur rôle. Elles auraient plus de difficulté à suivre le rythme du travail et auraient tendance à garder les patients avec des doses plus élevées d'analgésie-sédation. De plus,

l'attrait des primes de l'USI ferait en sorte que certaines infirmières restent sur l'unité alors qu'elles ne sont plus en mesure de poursuivre leur évolution professionnelle ou qu'elles n'ont plus d'intérêt pour ce secteur d'activité.

#### *Les caractéristiques des patients*

Cet aspect a été peu abordé lors des *Entrevues*. La plupart expliquent qu'un patient en délirium complique leur travail. Cela entraîne davantage de travail, de surveillances et qu'il s'agit d'un défi pour les maintenir plus éveillés, car ils ne collaborent pas.

#### Le fonctionnement de l'équipe

Différents éléments liés au fonctionnement de l'équipe influencent la MOR des infirmières lors du SVM. Les résultats de cette section seront présentés selon la même séquence que dans le Cas 1, soit le fonctionnement de l'équipe de façon globale, les processus d'équipe, et les facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe. Les résultats relevant du Questionnaire 2 sont mesurés avec une échelle de Likert de un « fortement en désaccord » à six « fortement en accord ». Les résultats supérieurs à cinq sont considérés comme étant positifs, ceux situés entre quatre et cinq, sont étant modérément positifs et quatre et moins sont identifiés comme faibles.

D'après les résultats du *Questionnaire 2*, le fonctionnement de l'équipe est modérément positif avec une médiane de 4,43/6 ( $M = 4,39$ ,  $ÉT = 0,52$ ). La perception d'efficacité de l'équipe est positive ( $Mdn = 5,00$ ,  $M = 5,14$ ,  $ÉT = 0,52$ ). Les participants croient que l'équipe est efficace pour offrir des soins de qualité.

**Tableau 14.** – *Processus et facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe*

	<b>M</b>	<b>Mdn</b>	<b>ÉT</b>	<b>Étendue</b>	<b>Rho</b>	<b>Valeur-p</b>
Fonctionnement de l'équipe	4,39	4,43	0,52	3,5 -5,50		
Emphase mise sur le patient	4,65	4,67	0,68	2,67 - 5,67	0,443	0,003
Communication	3,72	3,67	0,83	2- 6	0,361	0,019
Coordination	4,95	5,00	0,57	3 - 6	0,323	0,037
Efficacité	5,14	5,00	0,52	4 - 6		
Prise de décisions	4,54	4,50	0,74	3 - 6	0,425	0,005
Cohésion	4,63	5,00	0,7	3 - 6	0,151	0,347
Résolution de problèmes	3,81	4,00	0,98	1 - 5	0,439	0,004
Facteurs						
Rencontre d'équipe	3,08	3,00	1,14	1 - 6		
Clarté de rôle	4,71	5,00	0,85	2 - 6		
Confiance	4,98	5,00	0,64	3 - 6		

Notes :

n = 42

Échelle 1) « fortement en désaccord » à 6) « fortement en accord »

Certains processus, comme l'emphase mise sur le patient (Rho 0,443,  $p = 0,003$ ), la prise de décision (Rho 0,425,  $p = 0,005$ ) et la résolution de problème (Rho 0,439,  $p = 0,004$ ) sont modérément corrélés à la perception positive du fonctionnement de l'équipe. La cohésion est le processus le moins corrélé (Rho = 0,151,  $p = 0,347$ ) avec celle-ci (Tableau 14).

Différents processus liés au fonctionnement de l'équipe influencent la MOR des infirmières lors du SVM. Selon le cas, ils peuvent faciliter ou être une barrière au déploiement de leur MOR. Certains processus influencent davantage la MOR des infirmières. Ainsi, seront abordés dans cette section, les processus d'équipe suivants : 1) la communication, 2) la prise de décision, 3) la résolution de problème et 4) la coordination.

#### *La communication*

D'après les résultats du *Questionnaire 2*, la communication est le processus ayant la médiane la plus faible, soit 3,67/6 (M = 3,72, ÉT = 0,83). Cela signifie que les participants disent modérément connaître les objectifs de soins (Mdn = 4,00, M = 3,90 ; ÉT = 1,10), les résultats d'examen et les consultations sont à jour dans les dossiers (Mdn = 5,00, M = 4,36, ÉT = 1,12) et les échanges

d'information entre les membres de l'équipe et les proches sont restreintes (Mdn = 3,00, M = 2,85, ÉT = 1,15).

Au niveau des *Entrevues*, l'importance de la communication est soulevée par une majorité de participants. Différents canaux sont identifiés pour transmettre de l'information. Plusieurs infirmières mentionnent qu'elles notent au dossier leurs constats d'évaluation. Ces notes leur permettent de saisir l'évolution du patient selon les quarts de travail, des journées précédentes, et conséquemment, leur viennent en aide lorsqu'elles ne le connaissent pas. Elles facilitent leur implication lors de la tournée ou discussion avec un autre membre de l'équipe, car elles ont de l'information à apporter.

Les inhalothérapeutes et les infirmières relatent que les informations, les décisions ou les constats sont transmis à l'oral plutôt qu'à l'écrit, tel qu'exprimé dans l'extrait suivant : « Ce n'est pas toujours écrit. Y'a des choses qui ont été dites, mais qu'on n'est pas au courant, et que ça serait vraiment aidant de la savoir » (INF 5\_540). Dans le même sens, certaines infirmières déplorent que plusieurs communications soient téléphoniques, donc à caractère expéditif, dénuées de réflexion. De cette façon, plusieurs problèmes persistent ou des questions demeurent sans réponse, car ils ne peuvent être réglés par ce moyen de communication.

Ainsi, selon les participants, les notes écrites revêtent une importance pour consigner les décisions prises, les informations transmises, les comptes rendus des conversations téléphoniques. Les notes au dossier du patient sont décrites comme un outil permettant de retracer l'historique d'hospitalisation du patient et conséquemment, de mieux le connaître. Cependant, plusieurs participants ont l'impression que leurs notes respectives ne sont pas lues par les autres membres de l'équipe.

De ce fait, les infirmières indiquent qu'il leur revient d'informer les autres membres de l'équipe des objectifs de soins pour le patient, des informations sur l'état du patient, ce qu'il reçoit comme médication, ce qu'il s'est passé durant leur absence, ce qui a été fait par les autres membres de l'équipe. Étant donné que tout n'est pas colligé dans les notes au dossier, l'infirmière est un moyen plus efficace pour obtenir les informations. Plusieurs participants ont mentionné que la communication entre les membres de l'équipe permet de travailler ensemble, car chacun a besoin d'informations détenues par les autres membres de l'équipe pour réaliser ses propres activités.

En contrepartie, les communications face à face présentent aussi des lacunes. Une majorité de participants décrivent une segmentation des communications en dyade de professionnels. Certains se retrouvent privés d'informations ce qui nuit à l'obtention d'une vision globale du patient :

Ils vont parler inhalo-médecin, le médecin va parler à l'inhalo, toi tu ne sais pas ce qu'ils se sont dit, c'est quoi leur plan de match. Au même titre que le médecin va venir nous parler à nous, mais on ne les inclut pas. Ça finit qu'il y a un lien qui se perd. Le triangle, il n'y a pas la base. (INF 2\_285).

Plusieurs infirmières ont émis qu'il est important de se sentir écoutées par les intensivistes. Cela les encourage à s'impliquer davantage dans les soins et dans leur rôle. Plusieurs infirmières évoquent que les modifications de structures de l'USI et l'arrivée de jeunes intensivistes pourvus d'expérience dans d'autres USI ont favorisé une plus grande ouverture des intensivistes à la perspective des infirmières. Elles ont exprimé qu'elles se sentent plus écoutées et plus impliquées dans les discussions, ce qui les aide dans leur MOR : « [...] pour nous [depuis le changement de gouvernance] le rôle infirmier a pris de l'expansion puis notre place à pris de l'expansion et la confiance a pris de l'expansion » (INF 2\_230).

#### *La prise de décision*

D'après les résultats du *Questionnaire 2*, le processus de prise de décision est modérément positif (Mdn = 4,50, M = 4,54, ÉT = 0,74). Les items pour ce processus concernaient le partage d'informations nécessaires pour que le patient prenne des décisions sur ses soins de santé et que les participants trouvent que leurs idées ou observations sont prises en compte par les membres de l'équipe.

Lors des *Entrevues*, la prise de décisions est abordée par presque tous les participants. Il est largement nommé que les intensivistes ont le pouvoir décisionnel sur tout, que c'est leur vision qui prime. Ils dictent la tendance pour l'ensemble de l'équipe. Conséquemment, les participants décrivent une attitude de dépendance face à ceux-ci. De surcroît, les intensivistes étant principalement présents de jour, c'est à ce moment que se prennent la plupart des décisions. Malgré tout, à d'autres moments, la prise de décisions s'effectue sous forme de discussion où les points de vue sont échangés.

Aussi, lors des *Observations des interactions*, les membres de l'équipe de soins discutent souvent ensemble et réfléchissent pour prendre des décisions. Ils mettent en commun, leurs informations,

leurs connaissances et leur expérience pour se soutenir dans leurs choix d'intervention. Les PAB s'impliquent aussi dans le processus menant à la prise de décisions en apportant des informations à l'infirmière.

### *La cohésion*

Selon les résultats du *Questionnaire 2*, le processus de cohésion est positif avec une médiane de 5,00/6 ( $M = 5,63$ ,  $ÉT = 0,70$ ). Plus précisément, les participants se disent en accord que les membres de l'équipe travaillent ensemble pour solutionner les problèmes rencontrés.

Cette thématique est moins abordée dans le cadre des *Entrevues*. La cohésion est décrite par les participants comme étant la capacité de « travailler tout le monde dans le même sens » (INF 1\_291). Les participants rapportent qu'ils s'entraident, qu'ils fournissent des informations qui aident la MOR de chacun. La cohésion est un décloisonnement des activités où les membres de l'équipe se consultent, combinent leurs compétences respectives et qu'il en résulte une synergie : « C'est un travail d'équipe. Ça ne peut pas être l'inhalo seul, ça ne peut pas être l'infirmière seule. Ça ne peut pas être le médecin seul » (MD 1\_217). Plusieurs participants ont fait mention de l'aide apportée par les collègues :

Je sais que je peux me fier sur mon équipe pour m'aider. Ou quand y'a des choses par-dessus mes moyens parce que j'ai une grosse section, je sais que j'ai tout le temps quelqu'un sur qui je peux me fier qui peut me donner de l'aide ou me donner des conseils. (INF 10\_215)

Récemment, l'ajout des physiothérapeutes à l'équipe et le fait d'avoir maintenant plusieurs spécialistes impliquées dans les soins des patients apportent une pluralité de perspectives où les participants disent jeter un nouveau regard sur certaines de leurs interventions. Ils découvrent de nouvelles possibilités pour favoriser des résultats positifs chez les patients.

Dans le cadre des *Observations*, il apparaît que l'ambiance est souvent teintée de plaisir, au sens où les différents membres de l'équipe font des farces entre eux, s'informent respectivement sur des dimensions de leur vie personnelle.

### *La résolution de problème*

Selon les analyses du *Questionnaire 2*, le processus de résolution de problèmes est modérément négatif avec une médiane de 4,00/6 ( $M = 3,81$ ,  $ÉT = 0,98$ ). Spécifiquement, les participants trouvent que les désaccords entre les membres de l'équipe sont plus ou moins bien traités



équitablement (Mdn = 4,00, M = 3,69, ÉT = 1,07) et sont peu en accord que les différences d'opinions sont toujours respectées (Mdn = 4,00, M = 3,93, ÉT = 1,05).

Ce thème est très peu abordé en *Entrevue*. Les problèmes sont surtout en lien avec un non-respect des intérêts du patient. La consultation et faire appel à d'autres expertises s'avèrent des façons de résoudre les problèmes. Au terme des analyses, il ressort que mettre l'emphase des soins sur le patient facilite la résolution de problèmes, ce qui est souvent attribué aux infirmières.

### *La coordination*

Le score du processus de coordination selon le *Questionnaire 2* est positif (M = 4,95, Mdn = 5,00, ÉT = 0,57). C'est-à-dire que l'équipe ajuste les traitements selon les changements dans l'état de santé du patient (Mdn = 5,00, M = 5,21, ÉT = 0,65) et les soins prodigués par l'équipe sont bien organisés (Mdn = 5,00, M = 4,69, ÉT = 0,68).

Dans le cadre des *Entrevues*, la coordination est décrite comme étant de gérer les allées et venues et déterminer si c'est le bon moment pour débiter le SVM selon les activités de soins à réaliser. Les infirmières ont exprimé que souvent les délais étaient trop longs pour certaines décisions. Elles expliquent ces délais par un manque de disponibilité de la part des autres membres de l'équipe. Elles décrivent que ceux-ci créent des moments où elles doivent attendre sans pouvoir agir. Par exemple, le PAB n'a pas le temps d'aider pour mobiliser un patient, car il doit quitter pour sa pause (INF 10\_527), ou encore, les infirmières attendent la présence de l'intensiviste qui est auprès d'un autre patient :

La coordination se fait, mais après un appel, après s'être déplacée pour aller voir dans une chambre à l'autre bout de l'aile, parce qu'il est en train d'aspirer un patient, qu'il pense faire une bronchoscopie il y en a encore pour 1 heure. Faut attendre cette heure-là pour aller parler au médecin. (INF 1\_307).

Plusieurs participants ont identifié les infirmières comme étant responsables de la coordination en raison de leur présence constante et donc qu'elles sont les mieux informées en ce qui concerne le patient. Également, il est souvent mentionné que les autres membres de l'équipe, selon la situation, vont y contribuer à différents niveaux. L'initiative de la coordination peut venir de différentes sources, par exemples, les inhalothérapeutes, l'assistante de l'infirmière-chef ou même de l'intensiviste. Ce n'est pas essentiellement attribué aux infirmières. Il est souligné qu'étant donné que l'infirmière a plusieurs patients, la coordination est généralement en lien avec son organisation.

L'AIC a, quant à elle, une vision globale de l'USI et un accès à tous les membres de l'équipe, ce pour quoi on lui attribue une contribution à la coordination.

#### Les facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe

Cinq thèmes font office de facteurs ayant une influence sur le fonctionnement de l'équipe, soient 1) les rencontres d'équipe, 2) la présence constante au chevet, 3) la clarté de rôle, 4) la confiance, et 5) l'emphase mise sur le patient.

#### *Les rencontres d'équipe*

D'après le *Questionnaire 2*, les rencontres d'équipe sont évaluées négativement avec une médiane à 3,00/6 (M = 3,08/6, ÉT = 1,14). Selon les participants, il n'y a pas de rencontres avec les membres de l'équipe prévues régulièrement pour planifier les soins (Mdn = 3,00, M = 2,78, ÉT = 1,35). Ainsi, l'équipe se rencontre peu pour aborder des problématiques de soins complexes (Mdn = 4,00, M = 3,38, ÉT = 1,29). Il s'agit d'un facteur du fonctionnement de l'équipe ayant le score le plus faible. Cependant, dans les *entrevues*, plusieurs ont souhaité en avoir.

Étant donné que le rapport interquart se donne entre les AIC et les autres professionnels dans la salle de repos, les infirmières ne peuvent pas s'y joindre, car elles sont au chevet des patients. Il est cependant possible qu'elles aient une rencontre avec l'intensiviste au cours de la journée. L'étudiante-chercheuse a noté lors des *Observations d'interactions* que la plupart des intensivistes, lorsqu'ils amorcent leur tournée médicale, vont demander à l'infirmière si elle a des messages à lui transmettre. Ou encore, ils demandent à l'infirmière de l'accompagner pour sa tournée.

Dans les *Entrevues*, les infirmières expliquent que cette rencontre, entre elles et les intensivistes, permet de connaître le plan de traitement, qu'elle favorise la prise de décision et que les discussions qui en ressortent leur permettent d'avoir des balises pour déterminer leurs propres interventions : « Si en partant à 8 h, on savait vers quoi on s'enlève, moi ça aiderait mes interventions auprès du patient » (INF 1\_297). Les infirmières et les intensivistes s'accordent pour souligner l'importance de communiquer le plan. Il a aussi été soulevé que la connaissance des objectifs de soins permet de s'allier ensemble, les membres de l'équipe, pour les atteindre. Toutefois, plusieurs déplorent ne pas être au courant des objectifs de soins établis par les intensivistes.

### *La présence constante au chevet*

Lors des *Entrevues*, une majorité de participants ont mentionné que la présence constante des infirmières au chevet faisait d'elles des personnes pivots. Cette présence leur permet d'avoir une vue d'ensemble, d'être à même de suivre tout ce qui se passe et de voir l'évolution de l'état de santé du patient en temps réel, d'avoir une évaluation plus approfondie. Les autres membres de l'équipe s'attendent à ce qu'elles leur partagent un compte rendu quand ils se présentent. De même, les autres professionnels se fient à elles pour assurer une surveillance, à leur place, parce qu'elles sont auprès du patient en continu.

Selon les différentes sources de données, il apparaît que différents éléments vont influencer cette présence constante. Tout d'abord, l'organisation géographique de l'USI avec des chambres isolées alliée à un ratio de deux à trois patients, voire quatre patients par infirmière font que les infirmières ne voient pas en continu leurs patients. Comme mentionné dans la description du Cas, elles complètent leur documentation au poste central ou à leur poste dans le corridor, car les chambres ne sont pas aménagées à cet effet. Si un de leurs patients est instable ou agité et qu'elle s'en occupe davantage, elle le fera au détriment de celui qui est plus stable. La lourdeur des tâches cléricales a aussi été mentionnée, soit qu'elles avaient beaucoup de documents à compléter et que cela les empêchait d'être auprès de leurs patients.

### *La clarté de rôle*

D'après les analyses du *Questionnaire 2*, la clarté de rôle est positive avec une médiane de 5,00 (M = 4,71, ÉT = 0,85). C'est-à-dire que les participants sont en accord que les rôles des membres de l'équipe sont bien définis (Mdn = 5,00, M = 4,81, ÉT = 1,11) et qu'ils sont satisfaits de la façon dont le travail est divisé entre eux (Mdn = 5,00, M = 4,62, ÉT = 0,94).

Dans les *Entrevues*, les avis sont partagés. Pour certains les rôles sont différents et pour d'autres, ils se ressemblent. La présence de *zones grises* est aussi décrite par plusieurs à l'effet qu'ils ne connaissent pas bien ce qu'ils ont le droit de faire. En fait, ils sont plusieurs à exprimer que les infirmières peuvent en faire davantage au niveau du SVM, mais disent ne pas connaître l'étendue de leurs possibilités :

[...] Je suis certaine qu'il y a des choses qu'on a le droit de faire et qu'on ne fait pas et que le médecin fait à notre place. Il y a quelque chose qu'on n'a pas compris. Ou qu'on ne sait pas et qu'eux savent! (INF 2\_499).

Cet avis est aussi partagé par les infirmières moins expérimentées, qui trouvent que leur rôle est flou dans l'équipe surtout pour ce qui relève du SVM et disent ne pas trop savoir ce qu'elles peuvent faire.

Dans le but de clarifier leur rôle et de se différencier des autres membres de l'équipe, les participants définissent les rôles selon ce qu'ils peuvent faire ou non :

L'infirmière, elle s'occupe de toute en particulier. Puis de tout, tout, tout, tout. L'inhalothérapeute s'occupe juste du respirateur. Je pense que l'infirmière a un rôle hyper important sur le sevrage. Évidemment, l'inhalothérapeute aussi. Mais je pense que tout le monde a un rôle assez distinct. Les différences, ça serait plutôt avec la formation. Je pense que la grosse différence, c'est la formation. (INF 3\_329)

Plusieurs infirmières considèrent qu'elles ne possèdent pas les connaissances pour s'impliquer davantage, voire même, être capable d'identifier si le patient est éligible au SVM.

On ne m'a jamais parlé du rôle de l'infirmière du sevrage en soins intensifs, jamais, jamais, jamais, jamais, c'est la première fois que j'en entends parler. Ç'a jamais été vu dans les formations, ça a jamais été vu quand je suis arrivée aux soins intensifs. J'ai jamais entendu « Le sevrage de la ventilation, qu'est-ce que t'en penses ? Qu'est-ce qu'on peut faire pour ça ? » Jamais. Ça a toujours été comme d'emblée, on gère les sédations puis c'est pas mal ça. (GEST3\_781)

Effectivement les intensivistes expliquent qu'ils préfèrent se référer aux inhalothérapeutes lors de problématiques avec la respiration du patient, car ils disent que les infirmières ne sont pas en mesure de répondre à leurs questions. De fait, les infirmières entre elles, disent ne pas être en mesure de répondre aux questions en lien avec la VM.

Puis quand tu demandes aux autres : « Demande à l'inhalo ». Ça fait qu'on dirait que c'est comme un acte qu'on a le droit de faire, mais qui est comme réservé à l'inhalo finalement. On est souvent devant ces choses-là, qu'on sait pas comment faire. Mais quand ils sont pas là, ... (INF 10\_275)

### *La confiance*

D'après les analyses issues du *Questionnaire 2*, la confiance est un facteur du fonctionnement d'équipe qui a obtenu un résultat positif (Mdn = 5,00, M = 4,97, ÉT = 0,64), signifiant que les participants ont confiance aux membres de l'équipe de soins.

Le thème de la confiance est mis en évidence par plusieurs participants lors des *Entrevues*. Les participants verbalisent qu'elle doit se gagner, qu'il faut faire ses preuves pour que les autres

membres de l'équipe et plus particulièrement les intensivistes, l'accordent : « Si on fait une erreur, le niveau de confiance diminue, et après ça c'est surtout, il faut regagner la confiance, il faut travailler dans cette optique-là ; regagner la confiance » (INF 4\_388).

Ainsi, il est décrit que la personne doit démontrer qu'elle a des compétences, qu'elle comprend la situation clinique, qu'elle possède un bon jugement et des connaissances spécifiques au sujet de la VM. Également, l'infirmière doit démontrer qu'elle a confiance en ses propres capacités. La confiance se traduit par le sentiment que l'intensiviste est à leur écoute, qu'il considère leur avis et qu'il se fie à leur jugement et à leurs constats.

De ce fait, les intensivistes confirment l'importance qu'ils aient confiance en l'infirmière pour considérer leurs opinions et que cela facilite les communications. Lorsqu'il n'y a pas de confiance, ils vont être encore plus précis dans leurs directives et dicter des conduites via les prescriptions, et ce, même si les activités relèvent du champ d'exercice des infirmières.

#### *L'emphase mise sur le patient*

Le résultat du *Questionnaire 2* pour l'emphase mise sur le patient est modérément positif ( $M = 4,65$ ,  $Mdn = 4,67$ ,  $ÉT = 0,68$ ). En *Entrevue*, ce thème est abordé par une forte majorité de participants. Il signifie l'adaptation des activités de soins et des décisions, établir des objectifs personnalisés à chaque.

En *Entrevue*, plusieurs participants ont décrit l'importance de considérer le patient comme un membre de l'équipe et qu'il a sa part dans la réussite de son SVM puisque c'est lui qui doit faire l'effort : « C'est comme un athlète : autour de l'athlète, il y a plein de spécialistes qui vont l'aider à courir, mais c'est qui va faire la course ? C'est pas moi ! » (INF 2\_94). Dans cette optique, il est aussi décrit qu'il faut lui parler, le tenir au courant de ce qui se passe. Tout comme le lien avec les membres de la famille relève du rôle de l'infirmière ce qui nécessite de les impliquer, de leur donner des explications et de les encourager à aider le patient.

Les infirmières décrivent qu'elles ont comme objectifs de redonner au patient son plein potentiel et son autonomie. Ils sont une forte majorité à avoir à cœur le bien-être du patient. L'emphase mise sur le patient apparaît comme un fondement au fonctionnement de l'équipe car : il fait tomber les frontières, favorise la communication, la résolution de problèmes. Être centré sur le patient devient

ce qu'il y a de plus important. La continuité de soins favorise l'emphase mise sur le patient, car ses besoins sont connus et l'approche peut être personnalisée.

## **Comment les infirmières négocient leur rôle**

Les infirmières utilisent différentes stratégies pour négocier leur rôle auprès des membres de l'équipe interprofessionnelle lors du SVM. Toutefois, il apparaît qu'elles doivent d'abord avoir une perception claire de leur propre rôle et de celle des autres membres de l'équipe. Ainsi, deux thèmes illustrent les démarches de négociation de leur rôle : 1) la création d'un espace d'échange et 2) la reconnaissance de l'expertise des autres membres de l'équipe.

### **La création d'un espace d'échange**

Les infirmières vont créer un espace d'échange où elles vont demander des explications, faire valoir leur perspective, leur opinion. Pour prendre cette posture et échanger avec les autres membres de l'équipe, les infirmières doivent connaître le patient pour soutenir leur argumentaire. Elles s'y investissent, car elles savent que les autres membres de l'équipe vont lui accorder une crédibilité et être plus attentifs à leurs propos justement parce que ce sont elles qui le connaissent le mieux :

Même si je ne suis pas convaincu que le raisonnement est bon, on va le faire aujourd'hui parce que t'as passé plus de temps avec le patient, je vais truster ton opinion plus que la mienne parce que t'étais là plus souvent. (MD 1\_346)

Cet espace de discussion favorise des interactions pour trouver un terrain d'entente où il est identifié comment les rôles de chacun seront répartis afin d'aider au mieux le patient. Par contre, plusieurs infirmières évoquent des difficultés à créer cet espace et l'illustrent par une barrière à leur MOR en plus d'un sentiment d'exclusion. Conséquemment, elles doivent s'imposer un peu plus : « Ça fait qu'il faut s'imposer un petit peu pour savoir parce qu'on a droit de savoir un petit peu qu'est-ce qui se passe aussi » (INF 5\_101).

Certaines infirmières vont fermer l'espace d'échange avec les autres membres de l'équipe en gardant leurs informations pour elles, en refusant de répondre aux questions ou de donner de l'information. Dans l'exemple suivant, un inhalothérapeute raconte : « Y'en a qui sont très fermées à la communication. Qui disent qu'on n'a pas à connaître certains renseignements » (INH 2\_328). D'autres ne tentent aucune négociation et laissent complètement la place aux autres membres de l'équipe :

Puis y'a certaines personnes : « Y'a un inhalo, il va aspirer, je vais l'appeler pour qu'il aspire. Je vais l'appeler pour qu'il fasse ça », Mais pourtant, on sait très bien qu'entre collègues des fois, l'infirmière le fait. Y'a des personnes qui vont s'avancer un petit peu plus, puis y'en a d'autres que ça va être comme : « non, c'est comme ça, puis les inhalos font ça et moi je fais ça » et ça s'arrête comme ça. (INF 5\_141)

### La reconnaissance de l'expertise des autres membres de l'équipe

Une autre façon de négocier leur rôle, c'est de reconnaître l'expertise des autres membres de l'équipe. Cette stratégie peut s'actualiser de différentes façons. Ainsi, tout ce qui concerne l'action d'aviser et d'informer permet aux autres membres de réaliser leurs propres activités ce qui signifie qu'ils ont leur place dans l'équipe. Certains membres de l'équipe, n'étant pas toujours présents au chevet, ont besoin d'être au courant de ce qui se passe. Par exemple, si l'intensiviste a modifié des paramètres sur l'appareil de VM, ou encore si l'infirmière est intervenue pour la respiration du patient, les inhalothérapeutes doivent en être informés, car leurs propres activités en dépendent :

Par exemple, l'inhalothérapeute nous dit « J'ai baissé la FiO<sub>2</sub> », moi je vais dire « tantôt je l'ai aspiré puis c'était tant ». Quand il fait ses tournées, on jase de ce qui s'est passé. Sinon, on l'appelle quand même assez souvent, ils ne sont pas tout le temps physiquement sur le département. (INF 7\_315)

Avant le changement de gouvernance, les inhalothérapeutes avaient davantage de latitude. Suite à ce changement, plusieurs intensivistes ont été engagés. Ceux-ci étaient davantage impliqués dans le processus du SVM qu'auparavant. Ainsi, reconnaître que les inhalothérapeutes font partie de l'équipe favorise la négociation des rôles : « Les inhalos que ça fait 20 ans qu'ils sont là, ils ont l'expérience pour voir, aussi pour anticiper, pour voir la capacité du patient. Si on n'est pas à l'écoute, on ne met pas à profit ça non plus » (INF 2\_226). Par exemple, advenant un problème avec la respiration du patient, l'infirmière demandera l'avis de l'inhalothérapeute. Dans l'extrait suivant, un inhalothérapeute exprime qu'il doit être consulté pour cette expertise :

L'infirmière pourrait dire : « Hey! J'ai l'impression que mon patient a de la misère à respirer sur le ventilateur; est-ce qu'on pourrait faire quelque chose? » Puis c'est là que je trouve qu'on a un rôle comme thérapeute, qui rentre en jeu, qui est hyper important. (INH 3\_375)

À l'inverse l'infirmière qui ne tient pas compte de l'expertise des inhalothérapeutes pourrait être amenée à ne pas intervenir adéquatement pour le patient en SVM : « [...] que si on ne nous consulte pas... des fois les décisions, soit ça retarde le sevrage, on veut plus canter le patient pour régler le problème. Tandis qu'on aurait pu régler le problème autrement » (INH 1\_335).

Cette stratégie de reconnaissance peut se faire en démontrant un intérêt pour les activités réalisées par les autres membres de l'équipe : « Moi j'aime ça quand l'infirmière remarque que sur mon respirateur y'a quelque chose, comme j'aimerais ça que l'infirmière soit contente que j'aie remarqué que sa pression, son pouls a changé, son rythme a changé, que le patient est moins confortable » (INH 1\_273).

### Les objets de frontières

Les objets de frontières illustrent les limites des rôles des membres de l'équipe. C'est autour de ces objets que les infirmières vont négocier leur rôle. Le patient, sa chambre et les pompes sont les éléments attribués à l'infirmière. Une infirmière a donné l'image d'une « Bulle infirmière-patient » (INF 8\_346). Tandis que pour les inhalothérapeutes, ce sont les respirateurs et toutes les interventions qui y sont reliées, par exemple, le changement du dispositif de fixation, le positionnement du tube endotrachéal. Plusieurs participants relatent un historique de disputes avec tout ce qui relève de la ventilation mécanique autant invasive que non invasive. Malgré qu'un terrain d'entente semble être établi, plusieurs infirmières expriment que les inhalothérapeutes nouvellement diplômés leur posent trop de questions et s'insurgent dans leurs activités. Par exemple, elles notent qu'ils regardent beaucoup les dossiers, s'informent de l'analgésie-sédation ou des vasopresseurs en cours, avisent lorsque les patients ont un état d'éveil trop altéré par l'analgésie-sédation et vont souvent directement aviser le médecin en présence d'une telle problématique avant d'en discuter avec l'infirmière.

## **L'analyse intercas**

Dans le cadre de l'analyse intercas, il s'agit de souligner les différences et les similitudes entre les résultats des deux Cas, de comparer les concepts clés de chacun pour identifier des patterns. C'est-à-dire, la MOR des infirmières lors du SVM, l'identification des facteurs qui influencent celle-ci et la façon dont les infirmières négocient leur rôle. Le tableau synthèse est présenté à l'Annexe V.



## **Décrire la mise en œuvre du rôle des infirmières lors du sevrage de la ventilation mécanique**

### Les activités quotidiennes de surveillances

Dans les deux Cas, la contribution des infirmières dans les activités d'évaluation, soit l'évaluation de l'éligibilité du patient au SVM, sa réponse au SVM et s'il est prêt pour l'extubation, est peu reconnue par l'ensemble des participants et plutôt attribuée aux inhalothérapeutes ou aux intensivistes. Fort de ce fait, les infirmières ne manipulent pas les paramètres du respirateur, hormis les bolus de FiO<sub>2</sub> qu'elles administrent plus fréquemment de façon autonome. Dans le cadre de leur évaluation, les infirmières évoquent des paramètres objectifs, soit une évaluation respiratoire complète incluant les résultats de gaz artériels, le statut hémodynamique, la présence d'une diurèse adéquate, de l'observation de tirage, etc. Il est également mentionné l'utilisation d'une évaluation apportant des données subjectives (p. ex., le ressenti du patient, s'il semble confortable, s'il démontre de la difficulté à respirer). Enfin, pour les deux Cas, il est constaté une MOR infirmiers peu déployée lorsque les infirmières sont responsables d'un patient en SVM.

Selon les activités, des nuances se retrouvent entre les deux Cas. Dans le Cas 1, l'implication dans l'évaluation de la réponse du patient au SVM, principalement attribuée aux inhalothérapeutes, est faible comparativement au Cas 2. Les autres composantes d'évaluation (c.-à-d. : évaluer si le patient est prêt pour le SVM, prêt pour l'extubation ou si le SVM est un échec) sont plus élevées pour les infirmières du Cas 1, mais demeurent relativement basses. Il faut préciser que dans le Cas 1, il existe un protocole pour les cas de chirurgies cardiaques incitant les infirmières à faire ces évaluations spécifiques et cette responsabilité est reconnue par les inhalothérapeutes et les intensivistes. Dans le Cas 2, il est davantage reconnu qu'elles contribuent à l'évaluation de la réponse du patient au SVM, mais cette activité est également attribuée aux intensivistes dans une proportion presque équivalente aux infirmières. Au niveau de la manipulation des paramètres, les infirmières vont davantage diminuer le niveau de la FiO<sub>2</sub>, comparativement au Cas 1. Ce constat pourrait s'expliquer par la perception pour les infirmières du Cas 2 que le sevrage de la FiO<sub>2</sub> fait partie de leur contribution au SVM. De même, dans le Cas 1 comparativement au Cas 2, les inhalothérapeutes sont plus nombreux sur l'USI et ainsi assurent une disponibilité plus optimale pour la modification des paramètres ou encore pour la diminution de la FiO<sub>2</sub>.

Dans les deux Cas, les infirmières sont les principales initiatrices et réceptrices des interactions pendant le SVM. Cependant, dans le Cas 1, les intensivistes et les inhalothérapeutes, initient ensemble davantage d'interactions que les infirmières en situation de SVM. Comparativement au Cas 2, où les infirmières demeurent les principales initiatrices et réceptrices des interactions. Les intensivistes sont nettement moins impliqués dans les interactions comparativement au Cas 1. Dans le Cas 2, les inhalothérapeutes s'impliquent davantage dans des activités où se chevauchent les champs d'exercice, notamment dans l'évaluation et l'ajustement de l'analgésie-sédation, l'état hémodynamique du patient. Également, ils discutent de décisions sur le SVM avec les intensivistes, coordonnent les activités et démontrent plus d'initiative que ce qui a été constaté dans le Cas 1.

Au sein des deux Cas, les infirmières perçoivent qu'elles ont peu d'autonomie et peu d'influence sur les décisions. Cependant, elles s'identifient plus autonomes et ayant plus d'influence que ce qui est perçu par les intensivistes et les inhalothérapeutes. Alors que dans les *Entrevues*, c'est plutôt l'inverse qui est souligné, soit que l'influence des infirmières sur les décisions est fondamentale. Autrement, les infirmières ont principalement de l'autonomie dans les activités qui relèvent de leur champ d'exercice.

En ce qui a trait à la façon d'influencer les décisions, la contribution des infirmières est reconnue quant aux informations qu'elles partagent sur le patient pour permettre aux autres membres de l'équipe de prendre des décisions pour le SVM. Dans le Cas 1, il apparaît que les infirmières sont moins consultées, qu'elles ont moins la possibilité d'émettre leurs opinions ou d'apporter des informations. Alors que dans le Cas 2, les intensivistes considèrent leur point de vue pour l'éligibilité du patient au SVM et la reconnaissance de l'échec du SVM. Cependant, un manque de connaissances a été nommé dans le Cas 2 sur tout ce qui relève du SVM incitant les intensivistes à discuter des paramètres avec les inhalothérapeutes plutôt qu'avec les infirmières. Il est mentionné que les infirmières s'impliquent moins dans les décisions sur le SVM en raison de ce manque de connaissance. Ce constat est plus prédominant dans le Cas 2.

Plusieurs infirmières relient le SVM à la modification des paramètres de l'appareil de VM et qui, par conséquent, revient aux inhalothérapeutes. De ce fait, lors du questionnement sur leur rôle en situation de SVM, les infirmières présentaient à maintes reprises une hésitation et d'autres questions étaient nécessaires pour en apprendre davantage. Ceci est congruent avec les résultats du *Questionnaire 1* où la contribution des infirmières en lien avec la manipulation du respirateur est

sous-optimale, alors qu'en ce qui concerne la gestion de l'analgésie-sédation, l'implication des infirmières est reconnue. Également, il apparaît une absence de reconnaissance de l'ensemble du champ d'exercice des infirmières, donc de leur contribution possible. Cela pourrait être expliqué par un manque de connaissances à la fois, des rôles infirmiers, de la formation et des compétences exigées pour exercer la profession en USI. Cet argument prévaut pour les autres groupes professionnels, mais également au sein des infirmières. D'autre part, les infirmières ne semblent pas connaître adéquatement le rôle et la formation des inhalothérapeutes. Considérant que ces derniers ont les compétences pour gérer non seulement le système respiratoire, ils sont aussi en mesure d'effectuer la gestion de l'état d'éveil et des paramètres hémodynamiques au même titre que les infirmières.

Conséquemment cela permet d'éclaircir les nuances obtenues entre les résultats issus des différentes méthodes de collectes de données. Lors des *Entrevues* l'importance du rôle des infirmières dans le SVM est soulignée principalement au niveau de la surveillance continue, du transfert d'informations, de l'organisation des soins, etc. Tandis qu'au niveau des *Observations d'interactions*, leur implication est sous-optimale laissant supposer une divergence entre les attentes et ce qu'elles font réellement.

#### Les activités pour favoriser le sevrage de la ventilation mécanique

L'importance d'avoir un plan pour le SVM est soulignée dans les deux Cas. Les infirmières ont tendance à attendre que celui-ci soit dicté par les intensivistes et que par la suite, elles puissent planifier leurs propres interventions. Les infirmières nomment plusieurs activités pour favoriser le SVM, de l'ordre de l'élévation de la tête de lit, la mobilisation, le positionnement pour favoriser l'expansion pulmonaire, le repos, un statut nutritionnel et une balance liquidienne adéquats. Une différence est notée à l'effet que les activités de prévention des PAVM (soins buccodentaires, tête de lit élevée, mobilisation précoce) ne sont pas associées au SVM dans le Cas 1 comparativement au Cas 2. Dans le Cas 2, une affiche mnémotechnique pour la prévention des PAVM est présente au chevet des patients. Les infirmières ont aussi reçu une formation sur la mobilisation précoce et sur la prévention des PAVM par des collègues infirmières de l'USI. De même, l'ajout des physiothérapeutes a favorisé l'ouverture à mobiliser davantage les patients ventilés comparativement au Cas 1.

### Les activités quotidiennes de gestion de l'état d'éveil

Dans les deux Cas, les activités de gestion de l'état d'éveil (évaluation, ajustement de l'analgésie-sédation, gestion du délirium) sont fortement attribuées aux infirmières, mais elles sont aussi partagées avec les intensivistes. Dans les deux Cas, les infirmières sont en attente d'avoir des directives des intensivistes pour diminuer les perfusions de l'analgésie-sédation, et ce, malgré qu'elles aient des valeurs cibles à atteindre sur l'échelle de sédation utilisée (p. ex., RASS) préalablement identifiées. Les infirmières décrivent une réflexion critique sous-jacente à la gestion de l'état d'éveil, où la recherche d'un équilibre entre un confort et un éveil suffisant pour que le patient puisse idéalement respirer de façon autonome. Les infirmières ont aussi décrit qu'elles accompagnent les patients, c'est-à-dire qu'elles les encouragent et les aident à gérer leur respiration.

La gestion du délirium est évoquée dans les deux Cas. Cet état est identifié, mais aucune mention de l'utilisation d'une échelle validée pour l'évaluer. Des activités de prévention sont désignées, comme la réassurance, la réorientation, la facilitation des périodes de sommeil et l'inclusion de la famille.

### La connaissance approfondie du patient

Dans les deux Cas, il a été souligné l'importance de bien connaître le patient. Cette activité consiste à développer un corpus de connaissances tant objectif que subjectif sur le patient et de le connaître en tant que « personne ». La connaissance de la famille ou des proches est aussi associée à cette activité. Cette perspective leur permet de s'impliquer davantage dans les décisions et les différentes discussions, notamment par l'établissement des objectifs de soins. La présence constante de l'infirmière et la continuité de soins sont associées à cette activité.

## **Les facteurs qui influencent la mise en œuvre du rôle des infirmières lors du servage de la ventilation mécanique**

### Les structures

#### *La présence de protocole*

L'utilisation de protocoles semble favoriser la MOR des infirmières. Dans le Cas 1, des protocoles (p. ex., chirurgies cardiaques) informent de ce que les infirmières doivent faire pour le SVM. Ce

qui permet aux infirmières d'avoir plus d'initiative sans que cela ne soit contesté par les autres membres de l'équipe. De même, des directives pour l'analgésie-sédation (RASS ciblé, arrêt quotidien de l'analgésie-sédation) sont données lors de l'admission des patients à l'USI, mais elles sont moins effectuées. Dans le Cas 2, aucun protocole n'est en place et certains gestionnaires ne sont pas d'accord avec l'instauration d'un tel outil. Pourtant, plusieurs participants chez les infirmières et les inhalothérapeutes en réclament un, évoquant que cela leur donnerait plus d'autonomie et que le SVM pourrait s'effectuer plus rapidement, car ils ne seraient pas en attente de l'intensiviste.

#### *Les caractéristiques des infirmières*

Dans les deux Cas, certaines caractéristiques des infirmières ont été identifiées pour expliquer ce qui influence la MOR. Avoir des connaissances et de l'expérience dans le SVM, être une infirmière proactive et engagée sont des facteurs facilitant la MOR. Il apparaît que les infirmières qui ont une perspective positive de leur rôle lors du SVM et qui mettent l'emphase sur le patient déploient davantage leur rôle.

#### *Les caractéristiques des patients*

Dans les deux Cas, le patient en délirium et agité complique le SVM. L'infirmière doit limiter l'analgésie-sédation pour favoriser le SVM et la respiration spontanée, tout en maintenant la sécurité du patient. Dans le Cas 1, il est mentionné qu'un état de santé instable au niveau hémodynamique ou respiratoire va influencer les activités liées au SVM. À noter que la clientèle est quelque peu différente entre les deux Cas.

En fait, la vocation du centre hospitalier où se situe l'USI du Cas 1, cible les patients ayant des problèmes de santé graves et complexes. Les infirmières du Cas 1 exercent auprès de patients très instables où les niveaux d'analgésie-sédation sont plus élevés et où la moindre modification dans l'approche thérapeutique peut avoir des répercussions sur le patient. Les infirmières deviennent très prudentes lors de la diminution de l'analgésie-sédation pour susciter l'éveil du patient, voir même, de le mobiliser. C'est dans ces circonstances qu'elles auront tendance à déléguer ces décisions aux intensivistes par crainte de nuire au patient ou d'aller à l'encontre de leurs objectifs.

### Le fonctionnement de l'équipe

Dans les deux Cas, le fonctionnement de l'équipe est modérément positif et le processus ayant le score le plus élevé est la perception d'efficacité de l'équipe. De plus, l'ensemble des processus est modérément corrélé avec la perception positive du fonctionnement de l'équipe, mais la communication est sous-optimale dans les deux Cas.

### *La communication*

Les infirmières sont reconnues comme un élément important de la communication dans les deux Cas. Communément, la communication est un processus qui est problématique surtout au niveau de la transmission des objectifs de soins. De part et d'autre, il est déploré par les infirmières et les inhalothérapeutes qu'ils ne sont pas au courant du plan prévu pour les patients et que cela les empêche de planifier leurs propres activités.

Différentes particularités sont adressées en lien avec le processus de communication. Dans le Cas 1, des informations se perdent, soit que les messages ne sont pas transmis adéquatement entre les différents membres de l'équipe ou entre les quarts de travail. Tandis que dans le Cas 2, une segmentation de la communication en plusieurs dyades se produit. Il en résulte un bris de communication et une perte de la perspective globale du patient, car tous n'ont pas la même information. De même, les intensivistes n'étant pas toujours sur place, les communications sont souvent téléphoniques, ce qui souligne l'importance des notes au dossier pour conserver le contenu des conversations.

### *La prise de décision*

Dans les deux Cas, les résultats sont modérément positifs au sujet de la prise de décision et l'apport des infirmières est souligné dans leur implication grâce aux informations issues de leur connaissance du patient et des résultats de son évaluation qu'elles apportent pour soutenir les décisions. L'autorité décisionnelle est toutefois attribuée aux intensivistes. Cependant, dans le Cas 2, la présence sur l'unité et la personnalité de l'intensiviste influencent la prise de décision des différents membres de l'équipe. Il est aussi noté que la discussion en groupe est une façon de prendre des décisions. Pendant ces échanges, chacun y va de son expertise et de sa connaissance du patient.

### *La cohésion*

Dans les deux Cas, il s'agit d'une thématique moins abordée, mais décrite de façon semblable. C'est-à-dire qu'il s'agit d'allier, de façon harmonieuse les compétences de chacun dans le but de sevrer le patient de la VM. Cependant, il apparaît dans les deux Cas un manque de cohésion, dépeinte en termes de *travailler en silo*, où chacun accomplit ses activités de façon individuelle. La cohésion est favorisée par l'emphase mise sur le patient, qui est souvent établie par l'infirmière.

Dans le Cas 2, de la cohésion était plus visible par des expressions d'un plaisir à travailler ensemble. L'analyse des interactions soutient ce résultat, car celles-ci relèvent principalement du domaine socioaffectif positif comparativement au Cas 1. De même, l'entraide et le sentiment de pouvoir compter sur les autres membres de l'équipe ont émergé des résultats. Il a été noté que les participants des différents groupes professionnels du Cas 2 socialisent davantage en dehors des lieux de travail et se connaissent dans d'autres contextes.

### *La résolution de problème*

Dans les deux Cas, ce processus est négatif. Les désaccords entre les membres de l'équipe et les différences d'opinions ne sont pas traités équitablement. Bien que moins abordé lors des *Entrevues*, lorsque l'emphase est mise sur le patient, cela favorise la résolution de problèmes. Cet apport est souvent attribué aux infirmières de par leur connaissance approfondie du patient.

### *La coordination*

Les résultats sont modérément positifs pour les deux Cas. Dans chacun d'eux, il est reconnu que les infirmières ont une part importante de la coordination, qu'elles ont un rôle pivot, et ce, en raison de leur présence constante. La coordination consiste en l'arrimage des différentes activités de soins tout en tenant compte de l'état du patient, mais aussi des disponibilités des autres membres de l'équipe. Selon les participants du Cas 1, tout passe par les infirmières, ce rôle leur ait reconnu, pourvu qu'elles soient au courant de ce qui doit être fait (p. ex., une tomodensitométrie, un retour en chirurgie). Dans le Cas 2, d'autres membres de l'équipe pouvaient contribuer à la coordination, notamment l'AIC de par sa vision globale de l'USI, les inhalothérapeutes, et dans certaines circonstances, les intensivistes. Il a été nommé par les infirmières que la coordination était parfois difficile en raison du manque de disponibilité des autres membres de l'équipe.

D'autre part, dans le Cas 2, les ratios de deux à trois patients par infirmières et l'organisation des lieux physiques (les patients ne sont pas dans la même chambre) nuisent à la continuité de soins et conséquemment à l'implication dans la coordination. Les infirmières du Cas 2 évoquent à plusieurs reprises des situations de surcharge de travail où elles ne peuvent tout faire et doivent laisser d'autres membres de l'équipe prendre le relai lors de certaines activités de soins.

Les facteurs qui influencent le fonctionnement de l'équipe

#### *Les rencontres d'équipe*

Les rencontres d'équipes sont décrites comme un lieu d'échange où sont partagés les objectifs de soins, les informations sur l'état du patient et où sont répondus les questionnements et les problématiques. Dans les deux Cas, ce facteur est négatif en raison de l'absence de rencontre d'équipe formelle et de rencontres informelles pour aborder des problématiques de soins complexes. De façon semblable, la surcharge de travail et les caractéristiques personnelles de l'infirmière semblent influencer son implication dans la rencontre.

Dans le Cas 1, l'implication des infirmières dépend en partie des intensivistes, s'ils les invitent ou non, ou si elles décident elles-mêmes de s'y intégrer. En fait, le but de ces tournées est la formation des médecins résidents et conséquemment elles sont menées par ces derniers. Dans le Cas 1, il est avancé que parfois les infirmières n'ont tout simplement pas le temps, qu'elles sont prises avec deux patients à leur charge, ou encore elles sont auprès d'un patient trop instable. Tandis que dans la situation où la tournée s'effectue directement au chevet, il est plus facile pour l'infirmière dans ces circonstances, d'y participer. Le manque d'intérêt, l'impression qu'elles ne sont pas écoutées ou que leurs opinions ne sont pas considérées sont évoqués pour expliquer qu'elles n'y participent pas. Les infirmières qui décident de s'y intégrer malgré tout ont un discours davantage empreint d'un désir de s'impliquer dans les décisions pour le bien du patient, de s'assurer que l'approche thérapeutique et que les objectifs de soins soient adaptés pour correspondre aux besoins du patient.

Les intensivistes du Cas 2 travaillent généralement seuls, alors ils demandent aux infirmières des informations, questionnent si elles ont des problèmes à régler ou des interrogations. Certains intensivistes vont inviter les infirmières à les accompagner lors de la tournée médicale. Dans le Cas 2, c'est d'être auprès d'autres patients qui empêchent les infirmières de contribuer à la tournée.



Dans ces circonstances, les intensivistes iront les retrouver, par exemple dans une autre chambre, pour prendre le temps de questionner.

#### *La présence constante au chevet*

Cette présence favorise une continuité de soins, leur permet de développer une connaissance plus approfondie du patient et de favoriser l'emphase mise sur le patient. En raison de cette présence constante, les autres membres de l'équipe, qui sont au chevet de façon ponctuelle, s'attendent à ce que les infirmières prennent leur relève au niveau des surveillances. Dans les deux Cas, les infirmières sont vues comme des personnes pivots pour la plupart des processus d'équipe en raison de leur présence constante au chevet. Cette présence est entre autres influencée par la charge de travail et le ratio de patients par infirmière. Dans le Cas 2, les tâches cléricales importantes ont été identifiées pour expliquer des lacunes au niveau de la présence au chevet des patients. Également, lors des *Observations*, il apparaît que l'organisation des lieux physiques nuit à une présence constante au chevet.

#### *La clarté de rôle*

Les résultats sont modérément positifs pour les deux Cas. Les avis sont partagés à savoir que certains trouvent les rôles clairs et d'autres non. Les infirmières clarifient leur rôle par le biais des activités effectuées par les autres membres de l'équipe et les objets de frontières. Des questionnements sont davantage présents pour les nouvelles infirmières qui saisissent plus difficilement ce qu'elles peuvent faire dans la MOR. Dans le Cas 2, il a été nommé par plusieurs infirmières qu'elles ont l'impression qu'elles peuvent déployer davantage l'étendue de leur MOR, mais elles ne savent pas comment et à quel niveau.

#### *La confiance*

Il s'agit d'un facteur du fonctionnement de l'équipe qui est positif signifiant que les participants font confiance aux membres de leur équipe. Dans les deux Cas, avoir la confiance des intensivistes permet d'en faire plus, d'agir de façon autonome sans attendre que l'intensiviste soit présent. Dans le Cas 1, les participants expriment que les années de pratique avec l'équipe, être connus des membres de l'équipe favorisaient l'établissement de la confiance. Ce thème a été abordé de façon plus importante dans le Cas 2 à l'effet qu'il est important pour les infirmières d'avoir la confiance des intensivistes, car elles peuvent davantage déployer leur rôle et ont plus d'autonomie. Pour le

Cas 2, la confiance s'établit en démontrant un bon jugement clinique et des connaissances adéquates. La notion de faire ses preuves est davantage mise en évidence.

#### L'emphase mise sur le patient

Les résultats sont modérément positifs pour les deux Cas. Cet élément apparaît comme un déclencheur du travail d'équipe, car il rallie tous les membres de l'équipe vers un même objectif et fait tomber les frontières entre les rôles. Il consiste à la personnalisation de l'approche, tenir compte des besoins et des particularités du patient. Les infirmières, par leur connaissance approfondie du patient, sont celles qui soutiennent principalement cette emphase. En fait, cet élément catalyse l'implication des infirmières dans le déploiement de leur propre rôle. Dans le Cas 2, l'importance d'impliquer le patient dans son SVM tel un membre de l'équipe est davantage exprimée. À la différence du Cas 1, où des soins intermédiaires sont disponibles pour les patients dès que leur état se stabilise, dans le Cas 2, les patients demeurent dans l'USI plus longtemps avant d'être transférés sur une autre unité. Les infirmières ont donc le temps et l'opportunité de les voir bien éveillés, d'échanger et de développer une relation avec eux. Dans le même sens, elles développent davantage une familiarité avec les familles, ce qui facilite l'implication de celles-ci dans les soins.

### **Comment les infirmières négocient leur rôle**

#### La création d'un espace d'échange

Semblable dans les deux Cas, les infirmières créent un espace pour mettre de l'avant leur propre contribution au sein de discussions, des échanges d'informations et d'implication dans les décisions. Elles profitent de l'espace pour suggérer et donner leur avis sur une situation. Il leur est parfois nécessaire de prendre leur place, voire même de s'imposer dans cet espace. Dans les deux Cas, les infirmières qui élaborent cet espace de discussion démontrent une perception positive et un déploiement plus optimal de leur rôle tant au niveau des *Entrevues* que des *Observations* des interactions.

Dans les deux Cas, certaines infirmières vont, au contraire, fermer l'espace d'échange ou ne pas la créer. Concrètement, elles vont se retirer des activités situées dans les zones de chevauchement (p. ex., aspirations des sécrétions, auscultation) ou ne discuteront pas avec les autres membres (p. ex., n'avise pas l'inhalothérapeute quand elles modifient l'analgésie-sédation). D'après les propos de certains participants, il apparaît que certaines infirmières considèrent que les activités qu'elles

réalisent ne concernent pas les inhalothérapeutes. D'autres agissent ainsi pour souligner les frontières de rôle, illustré par « l'objet de frontière » qu'est le patient. Également, des infirmières sentent qu'elles doivent se défendre, car elles ont l'impression que les inhalothérapeutes veulent se saisir de leurs activités de soins.

#### La reconnaissance de l'expertise des autres membres de l'équipe

Similairement dans les deux Cas, les infirmières vont mettre de l'avant l'expertise des autres membres de l'équipe. Sauf que pour y arriver, elles doivent être conscientes de leur propre valeur et bien saisir la différence dans leur contribution respective. Ainsi, elles vont négocier leur rôle en demandant conseil, de l'aide pour régler un problème. Également, elles vont aviser les autres membres de ce qui est fait ou ce qui sera fait. L'attitude positive à l'égard de l'autre membre fait également partie des comportements qui témoignent de la reconnaissance envers l'autre membre.

Dans le Cas 1, la notion d'apprendre des autres membres de l'équipe est davantage mise en évidence. Par exemple, les infirmières demandent aux inhalothérapeutes de leur expliquer un nouveau mode de ventilation, ou encore consultent un membre pour valider un constat clinique (p. ex., bruits adventices à l'auscultation). Comparativement, dans le Cas 2 il y a davantage de délégation d'activités qui font partie des zones de chevauchement des rôles.

#### Les objets de frontières

Dans les deux Cas, nous retrouvons des objets de frontières, tangibles, autour desquels s'organisent et se négocient les rôles de chacun des membres de l'équipe. Les objets sont communs aux deux Cas. Tout ce qui relève des pompes volumétriques, incluant la médication qu'elles permettent d'administrer comme l'analgésie-sédation, représente la frontière du rôle des infirmières. Tandis que de façon équivalente, l'appareil de VM est lié aux inhalothérapeutes. Toute la sphère du patient et de sa famille est considérée par les infirmières comme leur propriété. Ainsi, une confrontation d'objets entre les professionnels peut survenir entre le patient en tant qu'objet et l'appareil de VM qui est lié au système respiratoire de ce même patient. En ce qui a trait aux intensivistes, il apparaît que tout ce qui relève des décisions et de leur autorité prescriptive sont identifiées comme leurs objets de frontières. Plusieurs décrivent leurs rôles et responsabilités autour de ces activités.

## **Chapitre 6 — La discussion**

Cette section de la thèse présentera la discussion où sont abordés les principaux résultats du présent projet doctoral sur la MOR des infirmières en USI lors du SVM. D'entrée de jeu, un résumé sera présenté. La discussion est par la suite abordée selon les concepts centraux du cadre conceptuel soit, la MOR des infirmières en USI lors du SVM, la façon dont les infirmières négocient leur rôle, le fonctionnement de l'équipe et les éléments qui soutiennent le déploiement optimal de la MOR des infirmières. Des modifications au cadre conceptuel seront proposées pour représenter le lien dynamique entre les concepts et les données empiriques recueillies. Les contributions, les forces et limites, les implications selon les domaines en sciences infirmières et une brève conclusion terminent cette thèse.

Dans le cadre de cette étude de cas multiples, les infirmières effectuent un ensemble de surveillances continues, des activités quotidiennes pour la gestion de l'état d'éveil, pour favoriser le SVM (p. ex., mobilisation, prévention de PAVM), connaître de façon approfondie le patient et s'impliquer dans le fonctionnement de l'équipe. Il apparaît que la contribution des infirmières est globalement sous-développée. Celles-ci démontrent peu d'autonomie dans l'accomplissement des activités qui relèvent de leur champ d'exercice en situation de SVM dû notamment à un manque de clarté de rôle. Toutefois, les infirmières habitées d'une vision claire et positive de leur rôle en situation de SVM vont créer ou entrer dans les espaces de discussion leur permettant de s'impliquer dans le fonctionnement de l'équipe tout en démontrant une reconnaissance de l'expertise des autres professionnels. L'implication des infirmières dans le fonctionnement de l'équipe contribue au développement de leur propre MOR, mais dans le présent projet, le fonctionnement de l'équipe est perçu comme modérément efficace.

Dans les deux cas, les protocoles ou les outils d'aide à la décision favorisent la MOR ce qui réduit la nécessité de négocier les rôles ou d'attendre l'approbation des intensivistes. Les rencontres d'équipe sont un lieu favorisant leur contribution pourvu que leur apport au processus de décision soit reconnu. Pour appuyer cette contribution, les infirmières doivent avoir des connaissances sur la VM et son sevrage, démontrer leur jugement clinique, leur engagement dans des soins centrés sur le patient et leur connaissance approfondie des patients dont elles sont responsables.

## **La mise en œuvre du rôle infirmier lors du sevrage de la ventilation mécanique**

### **Le développement sous-optimal du champ d'exercice et une faible autonomie**

Des constats semblables ont émergé de différentes recherches portant sur la MOR des infirmières. Au terme d'une revue de la littérature sur le champ d'exercice (n = 60 articles), Feringa et al. (2018) ont identifié que les infirmières pratiquaient régulièrement en dehors de leur champ d'exercice, soit au-delà ou en dessous, entraînant une perte de compétences ou compromettant l'exercice de leur rôle. Feringa et al. (2018) présupposent une interprétation erronée des champs d'exercice par les infirmières pour expliquer les variations dans leur MOR. Il est également noté que malgré des écrits législatifs, la réglementation semble souvent insuffisante ou inadéquate pour répondre à l'évolution de la profession infirmière. Enfin, selon ces auteurs, un faible déploiement de leur MOR pourrait démoraliser les infirmières et entraîner une détérioration de la qualité des soins.

De façon plus ciblée, dans le cadre d'une étude d'observation et de temps et mouvement située dans une unité de médecine (Michel et al., 2021) ainsi que dans une unité de chirurgie vasculaire (Müller et al., 2021) en Suisse, un déploiement sous-optimal de la MOR des infirmières a été mis en évidence. Dans les deux recherches, une fraction notable du temps de travail était consacrée à la coordination des soins, la communication (transfert d'informations, documentation), la planification des soins et des tâches diverses (administratives, transport, attente). Ainsi une part importante du travail des infirmières n'impliquait aucun soin direct aux patients. C'est-à-dire que les activités d'évaluation du patient, l'établissement de relations, l'éducation du patient et la prise en charge directe des patients et de leurs familles représentaient un plus faible pourcentage du temps de travail total. Au Québec, Déry et al. (2021) concluent à une étendue sous-optimale de l'exercice infirmier lors d'une recherche multicentrique réalisée selon un devis corrélationnel dans des unités mères-enfants d'un centre hospitalier urbain. Aussi, lors d'une recherche menée précédemment en contexte similaire, des écarts étaient également notés entre les différentes unités et même entre les infirmières d'un même département (Déry et al., 2017). Déry et al. (2021) ont identifié une association positive entre le manque de clarté rôle et son faible déploiement. A l'instar de Michel et al. (2021) et Müller et al. (2021), certains aspects du rôle des infirmières, plus

complexes et éloignés des soins directs, étaient moins déployés. C'est à dire que 1) les rencontres d'équipe et 2) l'amélioration des pratiques pour favoriser la qualité et la sécurité des soins étaient des éléments moins développés et témoignaient d'une incompréhension de ces activités selon les chercheurs. De même, Déry et al. (2021) ont précisé que la réalisation optimale du champ d'exercice favorise une satisfaction au travail pour les infirmières. Alors qu'un faible déploiement du rôle et des activités (p. ex., l'enseignement au patient et à la famille, l'évaluation) peut engendrer des conséquences sur les patients, car ils ne reçoivent pas l'ensemble des soins nécessaires à leurs conditions de santé.

Dans des USI, des recherches similaires ont été menées par le biais d'étude de temps et mouvements. D'après Schenk et al. (2017), les infirmières dans une USI aux États-Unis sont présentes auprès de leurs patients 34 % de leur temps de travail. Alors que 20 % de leur temps est lié à la documentation (p. ex., notes au dossier, consigner l'administration des médicaments) et 47 % du temps était des soins indirects (p. ex., la préparation des chambres). En Australie, Abbey et al. (2012) ont réalisé 76 heures d'observations et compilé 3081 activités auprès d'infirmières d'USI (n = 10). Ils ont évalué que les infirmières prodiguaient des soins directs 40,5 % du temps (c.-à-d. : admission et évaluation, interaction avec le patient et/ou sa famille). Par contre, les soins indirects occupaient 32,4 % du temps de travail et concernaient principalement la coordination des activités, les tournées médicales, la préparation des médicaments. Le temps personnel était évalué à 21,9 % du temps et consistait aux repas et à la communication avec les collègues. Dans ces deux recherches, il était souligné que malgré des activités liées à leur rôle, les infirmières n'offraient pas de soins directs pendant ce temps (Abbey et al., 2012; Schenk et al., 2017). De même, tel que soulevé par Michel et al. (2021), Müller et al. (2021), Abbey et al. (2012) et Schenk et al. (2017), peu de temps était accordé aux familles.

En ce qui concerne les recherches présentées ci-dessus, les soins infirmiers *indirects* signifiaient des activités infirmières qui étaient liées au patient, mais exécutées loin de celui-ci (Congdon et al., 2020). Ces activités pouvaient inclure la coordination, la communication, la planification des soins, les tâches diverses (administratives, transport, attente), les tâches cléricales et la préparation des médicaments. Selon une revue des écrits par Congdon et al. (2020) (n = 10 articles), les outils de mesure de temps et mouvements ou de la charge de travail, minimisent l'importance accordée, voire, dévaluent les activités infirmières indirectes (Abbey et al., 2012; Congdon et al., 2020). Ces

chercheurs ont relevé que cette mesure était hétérogène d'une recherche à l'autre, car ce ne sont pas les mêmes activités qui y sont intégrées (Congdon et al., 2020). Certes, dans l'objectif d'optimiser la performance pendant le quart de travail, ces outils de mesure permettent d'identifier des solutions, telles informatiser les notes au dossier ou ajouter du personnel de soutien. Schenk et al. (2017) ont apporté une nuance voulant que ces activités ne sont pas perçues par les patients et leurs proches ni vécues directement par eux. Dans les USI, ces activités auraient donc un niveau d'importance moindre. Ces constats mettent en évidence que certaines activités ne sont pas bien comprises et insuffisamment actualisées dans une pratique quotidienne, ce que Déry et al. (2017) avaient aussi souligné. Abbey et al. (2012) concluent que la reconnaissance des activités des soins indirects effectués par les infirmières dans les USI pourrait fournir une compréhension d'une facette importante de leur travail.

Il demeure que les activités indirectes peuvent avoir un impact significatif sur la charge de travail des infirmières, donc, elles pourraient être élaguées en situation de surcharge (Abbey et al., 2012). Il est proposé que les infirmières accordent peut-être moins de priorité à celles-ci. Selon une revue de la portée (n = 25 articles) conduite par Suhonen et al. (2018), il est rapporté que les infirmières priorisaient des activités portant sur les besoins essentiels des patients, les urgences, les soins techniques, les tâches cliniques visibles avant les non visibles (p. ex., aspects relationnels) et tout cela en tenant compte des ressources disponibles. Conséquemment, tout ce qui relève d'un aspect plus *administratif* de leur rôle, ou du moins, qui les éloigne des soins directs, devient un obstacle à la mise en œuvre de leur rôle.

Dans une même optique, Congdon et al. (2020) ont relevé qu'il existe une règle non écrite disant que tous les soins aux patients doivent être satisfaits pendant le quart de travail et d'éviter le plus possible qu'ils soient repoussés au quart de travail suivant. Ainsi, les soins directs au patient sont considérés comme étant ce qui est essentiel pour l'équipe. À juste titre, car lorsque les infirmières s'en éloignent, cela a un impact sur la qualité des soins, la détection des erreurs, la prévention des complications, le risque de chute, la détérioration des patients, car le temps de surveillance directe est diminué. De fait, cette caractéristique de surveillance continue relève de la nature même du rôle des infirmières en USI (Paquette et Kilpatrick, 2020; Schenk et al., 2017; Starnes et al., 2019). À ce stade-ci, il y a lieu de penser que dans les USI, trop de temps passé en soins indirects peut compromettre la MOR des infirmières lors du SVM.



Selon Khalafi et al. (2016), le moyen le plus important d'apprendre à connaître un patient est de passer du temps avec lui. Compte tenu de la nature inhérente des soins lors du processus du SVM, les infirmières doivent assurer une surveillance continue, être à l'affût des réactions au SVM, de l'apparition de difficulté respiratoire, ou encore la présence d'anxiété, etc. Leur jugement clinique s'en trouve renforcé, leur permettant de s'impliquer davantage dans les décisions. Être aux soins directs au patient représente un contact à long terme et favorise le développement d'une relation de confiance avec le patient et ses proches et augmente leur influence sur le processus de sevrage (Khalafi et al., 2016).

#### La clarté de rôle

Un faible déploiement de la MOR est nommé dans les écrits empiriques, tant à l'international que localement au Québec, et ce, peu importe le milieu de soins (Déry et al., 2021; Fealy et al., 2014; Fealy et al., 2015). Un manque de clarté de rôle, liée notamment à une interprétation inadéquate des infirmières de leur propre champ d'exercice, semble être l'une des causes suggérées par Fealy et al. (2014). C'est à l'issue d'un devis mixte pour évaluer l'utilisation du champ d'exercice par des infirmières de différents milieux en Irlande que ce groupe de chercheurs rapporte que les infirmières se construisaient leur propre cadre d'exercice de leur rôle. C'est pourquoi elles n'utilisaient pas le champ d'exercice réglementaire de façon consciente pour structurer leurs décisions. Leur référent semblait plutôt se construire à partir d'éléments internes issus de leurs propres compétences et leurs connaissances (Fealy et al., 2014; Fealy et al., 2015). S'ajoutaient à cela des facteurs tels que la volonté du médecin, les protocoles, ce qui était véhiculé par les autres membres de l'équipe, la formation, les pratiques fondées sur les résultats probants qui influençaient également le déploiement de la MOR (Fealy et al., 2014; Fealy et al., 2015).

De façon similaire, suite à une revue intégrative (n = 29 articles), Birks et al. (2016) ont exposé que le champ d'exercice des infirmières exerçant en Australie était insaisissable au sens où il était mécompris, imprécis et interprété de manière inégale. Ces auteurs ont expliqué qu'il incombait aux infirmières d'interpréter leur propre champ d'exercice en juxtaposant les normes, les lignes directrices et les recommandations fondées sur les résultats probants, et ce, pour chaque catégorie d'infirmière et selon chaque contexte de travail (Birks et al., 2016).

En ce qui concerne précisément le champ d'exercice en situation de SVM, Paquette et Kilpatrick (2020) avaient expliqué, dans le cadre de leur analyse de concept, que celui-ci dépendait du pays

et influençait les activités exercées par les infirmières lors du SVM dans les USI. À l'instar de ces auteurs, Michaud et al. (2021) ont relevé différentes activités quotidiennes des infirmières adressées aux patients sous VM. En ce qui a trait directement au SVM, Michaud et al. (2021) ont essentiellement nommé que les infirmières devaient être à l'affût des réactions au SVM. Ainsi, similairement aux résultats du présent ouvrage, la contribution des infirmières au SVM n'est pas une activité clairement définie. Cette ambiguïté du rôle lors du SVM a aussi été rapportée par Jansson et al. (2019) à la suite d'une enquête transversale dans une USI en Finlande (n = 85 infirmières). Le manque de clarté sur le rôle attendu, les différences entre les politiques et les procédures institutionnelles des pratiques de sevrage étaient évoqués pour expliquer ce manque de clarté.

Dans le même sens, les interventions des infirmières ne sont pas clairement identifiables. Larsen et al. (2022), dans une revue systématique sur les interventions des infirmières en USI (n = 22 articles) ont examiné le contenu, les cadres théoriques et l'efficacité des interventions infirmières utilisant des mesures des résultats rapportés par les patients. Cinquante-neuf pour cent des interventions infirmières ont été rapportés comme ayant un effet positif sur certains résultats cliniques dont la réduction de la douleur, l'amélioration du sommeil, la communication et l'expression des émotions. Plusieurs interventions visaient à prévenir les effets à long terme du séjour en USI, comme la dépression, le syndrome de choc post-traumatique et l'anxiété, en plus de soutenir la famille. Aucune intervention ne concernait principalement les soins aux patients sous VM et en SVM. Les auteurs concluent que les études sur l'efficacité des interventions infirmières en USI sont hétérogènes et n'identifient pas clairement les interventions infirmières efficaces optimales. Cela dit, les auteurs évoquent que la contribution indépendante des infirmières est probablement difficile à dissocier de ce qui relève du traitement médical et qu'il n'y a pas suffisamment de recherches portant sur les interventions des infirmières permettant de décrire leur contribution spécifique aux résultats des soins qu'elles donnent.

Déry et al. (2021) ont exposé que les infirmières exerçaient tout en ayant un manque de clarté quant à leur rôle. Le présent projet a permis de mettre en évidence des constats similaires en situation de SVM. Cette ambiguïté influence la capacité des infirmières à travailler selon un champ d'exercice optimal et à démontrer de l'autonomie dans l'exercice de leur rôle (Fealy et al., 2014). De surcroît,

un faible déploiement du champ d'exercice est susceptible d'engendrer des conséquences tant sur l'expérience vécue que sur les résultats des patients (Déry et al., 2021).

#### Les conséquences d'une MOR peu déployée

Une MOR sous déployée signifie que des activités recommandées selon les résultats probants ne sont pas effectuées dans une pratique quotidienne (Déry et al., 2021). Paquette et Kilpatrick (2020), ont relevé nombre d'activités à exercer tout au long du processus de SVM. Que ce soit dans la manipulation des paramètres pour les infirmières ont cette responsabilité, à une myriade d'activités qui relève directement du champ d'exercice infirmier et concernant la prévention des complications (p. ex., les soins buccodentaires) ou favoriser le SVM (p. ex., la mobilisation précoce, se coordonner avec les inhalothérapeutes pour les TRS). Une surveillance continue s'intègre à ces activités, pendant laquelle, les infirmières développent une connaissance approfondie du patient. Il s'agit d'un tout, d'un ensemble d'activités où elles contribuent au SVM dans les balises qui leur sont attribuées.

Les infirmières ont également une part importante de leur rôle qui concerne spécifiquement le patient sous VM. Danielis et al. (2020), dans une revue systématique d'études qualitatives (n = 9 articles) suivie d'une métasynthèse sur l'expérience des patients à être ventilés mécaniquement aux USI, soulevaient qu'avec la diminution du niveau d'analgésie-sédation, les patients étaient plus éveillés durant l'épisode de VM, influençant leur expérience. Sur la base de ces neuf études, ces patients avaient évoqué un stress intense et l'expérience d'émotions négatives quant à la VM (p. ex., impression de manquer d'air, difficulté respiratoire). Aussi, le sentiment d'être soignés dans une USI soit, de se sentir constamment surveillés, mais parallèlement accompagnés, a été exprimé, tout comme l'importance du soutien de la famille et des proches. Ainsi, les infirmières doivent jouer un rôle important pour adresser les problèmes qui sont apparus comme les plus significatifs, selon les expériences des patients, dans l'intention d'améliorer l'expérience d'être ventilé mécaniquement.

Considérant l'étendue des activités à accomplir, force est d'admettre qu'une MOR sous déployée en situation de SVM peut avoir des répercussions sur les résultats des patients (Déry et al., 2021).

À cet effet, des indicateurs de qualité sont attribués aux USI. Myers et al. (2018), dans une revue systématique (n = 44 articles), ont identifié huit indicateurs pour ces unités (c.-à-d. : soins intensifs, urgence, soins coronariens). Ces indicateurs sensibles à la qualité des soins infirmiers incluent 1)

le taux de mortalité; 2) la durée de séjour; 3) le nombre de septicémies associées aux dispositifs d'accès vasculaires centraux; 4) le nombre de PAVM; 5) le taux de septicémies 6) le nombre de chutes avec blessures graves; 7) le taux de réintubation; et 8) les erreurs de médicaments. Bien que certains critères ne soient pas clairement définis ou que leur signification ne soit pas standardisée entre les différents auteurs, il demeure qu'ils permettent de vérifier l'influence de la contribution des infirmières à différents niveaux lors du SVM. Or, McNamara et al. (2011), expliquaient que les résultats de soins liés aux infirmières ne sont pas clairement définis, sont insuffisamment utilisés et peu présentés aux infirmières. Ces constats prévalent également pour les autres membres de l'équipe, soit qu'ils ne sont pas informés de la plus-value des soins offerts par les infirmières (McNamara et al., 2011).

Selon Guilhermino et al. (2018), l'administration de formations aux infirmières portant sur la VM a favorisé des résultats positifs et augmenté l'adhésion aux meilleures pratiques en matière de SVM. Au terme d'une revue systématique (n = 12 articles), ces auteurs ont relevé des résultats statistiquement significatifs pour ce qui est de la diminution du taux de mortalité lié aux PAVM, la diminution de la durée de la VM, de la diminution du taux de réintubation et des échecs du SVM ainsi qu'une amélioration du taux de PAVM. Dans une même perspective, la participation des infirmières à une formation sur l'application des ensembles d'interventions concernant la prévention des événements associés à la VM a démontré un impact positif sur les patients dans une USI d'un centre hospitalier tertiaire en Turquie dans le cadre d'une recherche rétrospective conduit par Adiyeye et al. (2021). Dans le cadre de cette étude doctorale, les infirmières ont exprimé un manque de connaissances face à la VM. Ce type de formation représente une voie à explorer, car leur permet de mieux identifier leur rôle, de le clarifier et de le soutenir dans une pratique quotidienne.

Les protocoles de SVM administrés par les infirmières sont associés à des résultats positifs chez les patients, soit une réduction de la durée de la VM, de la durée de séjour en USI et du temps de sevrage. Ces protocoles gérés par des infirmières encadraient soit le dépistage et la reconnaissance que le patient était prêt à amorcer le SVM (Hirzallah et al., 2019) ou encore, permettaient aux infirmières de gouverner les tentatives de respirations spontanées (TRS) (Starnes et al., 2019).

Il en est de même pour des protocoles sur la gestion de l'analgésie-sédation des patients sous VM. Dans une revue systématique suivie d'une méta-analyse (n = 14 articles, n = 2445 participants), Qi

et al. (2021) ont démontré que l'utilisation de ceux-ci apportait une diminution du taux de mortalité aux USI, de l'incidence des PAVM, du délirium et des échecs de SVM. Également, la durée de la VM, de séjours aux USI, des doses quotidiennes d'analgésie-sédation étaient plus faibles dans les groupes où le protocole était administré par les infirmières. De façon semblable, Starnes et al. (2019) ont mis en évidence qu'en étant les plus présentes au chevet, les infirmières sont des éléments clés du SVM (Qi et al., 2021).

En contexte nord-américain, Gunther et al. (2021), ont implanté un protocole de SVM géré à la fois par une infirmière et un inhalothérapeute dans une USI d'un centre hospitalier universitaire aux États-Unis. Dans le cadre d'un projet d'amélioration de la qualité des soins, le protocole déléguait les composantes du processus de sevrage du médecin vers l'infirmière. Cette dernière pouvait modifier la FiO<sub>2</sub> selon la saturation en O<sub>2</sub> et travaillaient conjointement avec les inhalothérapeutes à l'ajustement de l'analgésie-sédation, à la reconnaissance que le patient était éligible pour le SVM, à la TRS et à l'extubation. Cette implantation a permis de diminuer la durée de la VM de 152 à 74 heures ( $p = 0,002$ ), ainsi que la durée de séjour à l'USI de 10,2 à 6,7 jours ( $p = 0,031$ ).

Ces différentes recherches soulignent la contribution des infirmières lors du SVM, pourvu que leur rôle soit mis de l'avant. Il est donc permis de croire que le déploiement optimal de leur rôle lors du SVM démontrerait des résultats positifs considérables sur le rétablissement des patients. Les infirmières exercent des activités de surveillances, de gestion de l'état d'éveil, des activités pour favoriser le SVM, mais une MOR sous-optimale persiste lorsqu'elles sont responsables d'un patient en SVM. Un manque de clarté de rôle sous-tend ce constat et des répercussions sont à anticiper pour les patients. De même, la MOR des infirmières est également influencée par le fonctionnement de l'équipe, car le SVM nécessite l'apport de différents professionnels. Il importe d'explorer comment les infirmières optimisent la MOR.

## **Les frontières des rôles professionnels**

En situation de SVM, les champs d'exercice de différents professionnels se chevauchent et chaque membre de l'équipe doit travailler en interdépendance (Balas et al., 2019). Il en émerge un travail de frontières qui peut influencer la MOR des infirmières. Dans de telles circonstances, McNamara et al. (2011) expliquent qu'il est nécessaire que les infirmières aient une perception claire et positive de leur rôle pour prendre leur place et négocier leurs activités face aux autres membres de l'équipe

de soin. De surcroît, un manque de compréhension du rôle infirmier par les autres professionnels fait en sorte que ceux-ci peuvent appliquer des limites aux activités des infirmières (Birks et al., 2016). Ainsi, lorsque les infirmières n'articulent pas leur contribution pour les patients de manière crédible et convaincante, il apparaît un risque « d'érosion de l'identité professionnelle » [traduction libre p. 3508] par les autres membres de l'équipe de soins selon McNamara et al. (2011).

La clarification des rôles est le processus par lequel les membres de l'équipe développent une compréhension de leurs rôles respectifs et qu'ils utilisent ces connaissances pour atteindre les objectifs pour les patients (Brault et al., 2014; Ly et al., 2018; Orchard et al., 2010). Différents éléments sont associés à ce processus (Brault et al., 2014). Il s'agit notamment d'être capable de décrire son propre rôle et celui des autres; de reconnaître et respecter la diversité des rôles, des responsabilités et des compétences, ainsi qu'accéder aux habiletés et connaissances des autres membres par la consultation (Brault et al., 2014). Dans le cadre du présent projet, la création d'un espace de discussion permettait aux infirmières de décrire et clarifier leur rôle pour ainsi prendre leur place tout en reconnaissant l'expertise des autres membres de l'équipe.

### **La création d'un espace de discussion et la reconnaissance de l'expertise des autres professionnels**

Cet espace de discussion a été abordé dans une revue systématique de Schot et al. (2020) sur la collaboration des équipes interprofessionnelles (n = 64 articles). Ceux-ci ont évoqué l'importance de la création d'un espace informel qui permettait de connaître les rôles et responsabilités de chacun et offrant une zone pour négocier les activités afin de combler les écarts. Conn et al. (2016) ont décrit un espace de discussion où les gens se consultaient mutuellement au sujet des patients, lors d'une recherche ethnographique (50 heures d'observation, 43 entrevues) auprès des équipes dans sept USI d'un centre de trauma universitaire au Canada. Parallèlement, ces rencontres offraient des occasions privilégiées d'enseignement et d'apprentissage, démontrant une reconnaissance de l'expertise de chacun. L'espace de discussion peut être un temps de rencontre formel. Selon les observations réalisées par Caronia et al. (2020) dans une USI d'Italie, les infirmières avaient un temps de rencontre planifié par l'organisation à l'intérieur duquel elles géraient la discussion et les informations transmises, prenaient et conservaient leur droit de parole, amenaient l'équipe à revoir leurs décisions et donnaient la direction à suivre.

Des facteurs facilitant la négociation des rôles dans l'espace de discussion sont énoncés dans plusieurs recherches (Conn et al., 2016; Schot et al., 2020; Xyrichis et al., 2017). En effet, cela implique de savoir communiquer de façon stratégique, de tenir compte des personnalités, des styles et des comportements de communication en plus de s'investir dans le développement d'une collégialité (Conn et al., 2016; Schot et al., 2020). Conn et al. (2016) ont identifié que les frontières s'estompaient lorsque les membres de l'équipe se consultaient, profitaient d'un enseignement informel ou se mobilisaient pour rassembler les membres de l'équipe pour des fins de discussion, tout comme les résultats mis en évidence dans le présent projet.

D'autres auteurs ont expliqué que l'expérience favorisait la négociation des rôles. Xyrichis et al. (2017), lors d'une étude ethnographique multicentrique en USI (240 heures d'observation, 27 entrevues), ont mis en évidence que les frontières seraient *suspendues* à mesure que les membres avaient l'expérience de travailler ensemble et que l'ancienneté des infirmières augmentait. Xyrichis et al. (2017) ajoutent que les situations urgentes créaient un espace où les frontières étaient transgressées temporairement.

Des facteurs favorisant la négociation des rôles ont été abordés dans les écrits empiriques. Notamment, posséder des connaissances sur la situation clinique vécue, tout comme bien connaître son rôle et son champ d'exercice sont des éléments qui entraînent une reconnaissance de l'expertise et de la contribution des infirmières dans l'espace de discussion (Caronia et al., 2020). De même, plusieurs chercheurs ont souligné que le fait de bien connaître l'état clinique de leurs patients, permettait aux infirmières de s'impliquer, d'influencer, de s'opposer ou de prendre des décisions lorsqu'elles sont en présence des autres membres de l'équipe de soins (Caronia et al., 2020; Xyrichis et al., 2017). Enfin, l'intérêt à travailler en équipe pour assurer des soins de qualité au patient était le principal leitmotiv pour assouplir les frontières interprofessionnelles (Schot et al., 2020).

Il demeure que dans cet espace de discussion, qu'il soit formel ou non, des interactions s'y réalisent et servent à négocier les rôles, ou encore, à assouplir les frontières. Celles-ci sont teintées entre autres par la clarté de rôle, mais également par des facteurs relationnels, tels que les cultures de chaque profession et les hiérarchies entre les différentes professions (Alexanian et al., 2015; Goldman et al., 2018; Reeves et al., 2015). Ainsi, à l'image des explications de Freidson (1976), les interactions sociales servent à diviser le travail.

Selon Alexanian et al. (2015), lors d'une recherche ethnographique dans deux USI canadiennes (350 heures d'observation, 35 entrevues), la dominance médicale influençait la façon dont le travail d'équipe s'actualisait dans une situation donnée. De façon semblable, Reeves et al. (2015), dans le cadre d'une recherche ethnographique (594 heures d'observations, 56 entrevues) sur la culture interprofessionnelle dans huit USI en Amérique du Nord ont décrit des interactions interprofessionnelles qui semblaient fondées sur des notions hiérarchiques où les médecins avaient le pouvoir décisionnel. Ces constats correspondent à ce qui a été mis en lumière dans le présent projet.

De fait, la Society of critical care medicine, recommande que dans les USI, les soins soient dispensés par une équipe multidisciplinaire, mais dirigée par un intensiviste, et ce, à l'intérieur d'une unité dite *fermées* (INESSS, 2018; Weled et al., 2015). Il est préconisé que les infirmières soient impliquées dans le processus de décisions (Davidson et al., 2017; INESSS, 2018). Il demeure que les activités des infirmières sont étroitement liées avec celles des médecins (INESSS, 2018) et que complexité et l'acuité des cas exhortent les infirmières à devoir consulter davantage les médecins pour les prises de décisions (Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC], 2010; Marshall et al., 2017). De plus, plusieurs activités exécutées par les infirmières en USI nécessitent une prescription médicale (p. ex., ajustement de l'analgésie-sédation) (Durand et al., 2016; Paquette et Kilpatrick, 2020). Ce mode de fonctionnement est usuel dans les USI. En l'occurrence, ce rapport hiérarchique qui teinte la relation infirmière-médecin dans les USI a été étudié à maintes reprises (Paradis et al., 2014).

Ce projet apporte un éclairage nouveau sur les enjeux de la négociation de rôle entre trois acteurs clés du processus de SVM aux USI qui se situaient principalement lorsque les infirmières et les inhalothérapeutes interagissaient. Comparativement à la relation infirmière-médecin ou inhalothérapeute-médecin, il n'y a pas de hiérarchie pour structurer cette négociation. Conséquemment, cela donnait lieu à des interactions où de part et d'autre les membres de l'équipe cherchaient à faire valoir leur statut professionnel respectif. Abbott (1988) relie le statut professionnel à l'autorité ou la capacité d'une profession à contrôler le travail des autres professions. Cette capacité et le statut associé augmentent avec l'exclusivité et la spécificité du domaine de connaissance de la profession (Bucher et al., 2016; Suddaby et Viale, 2011). Ainsi, la différenciation entre inhalothérapeutes et infirmières s'articulait autour d'objets de frontières.



Ceux-ci se situent à la jonction entre les deux disciplines (Meier, 2015) et servent de marqueurs identitaires, c'est-à-dire comme des moyens de se définir et de se distinguer des autres (Liberati et al., 2016).

### **Les objets de frontières**

Dans le présent projet, la VM et les connaissances qui y sont liées sont des objets très spécifiques au champ d'exercice des inhalothérapeutes. Tandis que les infirmières s'approprièrent le patient et les pompes volumétriques, car elles étaient liées à la gestion de l'analgésie-sédation. Ces différents objets qui délimitent les frontières de rôle sont à la fois tangibles et intangibles. Chreim et al. (2013), tout comme Liberati et al. (2016) ont décrit que le travail de frontières s'organisait autour des délimitations physiques, cognitives, relationnelles, structurelles sous-tendues par ces objets.

Certains chercheurs ont identifié des objets de frontières dans le cadre de leurs recherches. Lindberg et al. (2017) ont exploré le déplacement des frontières suite à l'introduction d'une nouvelle technologie dans une salle d'opération d'un centre hospitalier de Suède (42 entrevues, 96 heures d'observation). Tandis que Meier (2015), dans le cadre d'une étude de cas multiples dans un département d'urgence et d'oncologie (115 heures d'observation, 26 entrevues) au Danemark, rapporte des résultats similaires à la présente recherche, soit que le patient est un objet de frontières.

En référence à l'espace de discussion précédemment abordé, Lindberg et al. (2017) et Meier (2015) décrivent également un espace de discussion organisé, cette fois, autour de l'objet de frontière, en l'occurrence, l'appareil ou encore le patient. Cet espace permettait une clarification des rôles par l'identification des compétences et des habiletés nécessaires à sa manipulation donnant lieu à l'instauration ou le déplacement des frontières. Dans cet espace où l'objet est partagé, Meier (2015) souligne l'importance d'une relation où la confiance dans les connaissances et les capacités professionnelles des autres, le respect et la familiarité sont primordiaux, car elles facilitent la dissolution et la reformation des frontières. Lindberg et al. (2017) présentent les mêmes constats, mais en précisant que le contexte, ce qui se passe dans le milieu et entre les individus impliqués, modulait le mouvement des frontières.

Dans le cadre de la recherche de Meier (2015), le travail d'équipe s'instaurait par l'intermédiaire des patients en tant qu'objets de frontières et où chacun maintenait ou assouplissait ses frontières professionnelles, car ils avaient une responsabilité partagée en regard aux soins du patient. Lors

d'une recherche ethnographique sur le travail d'équipe multidisciplinaire dans une unité de soins intermédiaire en Italie (180 heures d'observation et de conversation, 42 participants), Liberati et al. (2016) soulignaient la nécessité de franchir les frontières intraprofessionnelles et considérer les résistances impliquées pour éviter de travailler en silo. Cependant, ils ont précisé que les frontières disciplinaires sont difficiles à franchir, car profondément ancrées dans le processus de socialisation professionnelle. Dans le présent projet, il a été observé que les frontières étaient dynamiques, soit qu'elles étaient maintenues ou qu'elles pouvaient s'assouplir selon les contextes, les individus et la relation qui avait lieu dans l'espace de discussion. La position hiérarchique des intensivistes pourrait expliquer que ces derniers pouvaient traverser les frontières nonobstant la situation, alors que les autres professionnels devaient les négocier.

Au-delà de la nécessité de négocier ou d'obtempérer à une prescription, les infirmières ont un champ d'exercice à l'intérieur duquel elles peuvent agir en situation de SVM. Pourvu qu'elles connaissent bien ce champ, qu'elles aient les connaissances nécessaires pour déployer leurs activités, et ce, sans avoir à négocier. Ainsi, la clarté de rôle devient encore une fois une prémisses à la capacité des infirmières à prendre leur place au sein de l'équipe et à contribuer à son fonctionnement.

## **Le fonctionnement des équipes**

La complexité de la condition de santé des patients de l'USI appelle à un milieu de soins qui est intrinsèquement multidisciplinaire (INESSS, 2018; Weled et al., 2015; Xyrichis et al., 2017). Le SVM est une des situations où inévitablement les différents membres de l'équipe doivent travailler de façon concertée et simultanée, donc en équipe (Balas et al., 2021). Donovan et al. (2018), dans une revue de la littérature, décrivent que les soins en USI sont donnés par une équipe de professionnels avec un chevauchement des expertises et une appréciation pour la contribution unique de chacun des membres de l'équipe, dans un partenariat et dans un but commun, en l'occurrence de sevrer sécuritairement le patient de la VM. Ce constat nous tend que les activités de chacun des membres de l'équipe sont effectuées en interdépendance, c'est-à-dire que les efforts individuels dépendent des efforts des autres membres [traduction libre] (Salas, 2015, p. 3). Selon Huth et al. (2017), dans une analyse de concept, l'interdépendance est primordiale dans les soins de santé, car une seule personne ne peut accomplir exclusivement des soins holistiques et efficaces aux patients (Huth et al., 2017), tel qu'il est nécessaire lors du SVM.

Dans le cadre du présent projet, il a été mis en évidence que la MOR des infirmières en situation de SVM s'articule autour du bon fonctionnement de l'équipe. En s'engageant dans son fonctionnement, les infirmières peuvent exposer leurs contributions (McNamara et al., 2011). Considérant que les infirmières sont un maillon important de l'équipe, leur MOR sous déployée nuisait alors au fonctionnement de l'équipe.

### **Le fonctionnement non optimal des équipes**

Il est apparu un schéma de fonctionnement sous optimal et fractionné où les membres travaillaient en sous-unité, mais également modulé par une gouvernance de l'équipe médicale. Le terme « plan » était utilisé pour dépeindre cette façon de fonctionner selon les balises et les décisions des intensivistes.

Le travail d'équipe non optimal dans les USI a été abordé par plusieurs chercheurs. Alexanian et al. (2015), Reeves et al. (2015) ainsi que Goldman et al. (2018), lors d'une recherche ethnographique dans une USI universitaire au Canada (160 heures d'observation, 24 entrevues), ont rapporté que la façon dont les gens travaillaient ensemble ne démontrait pas un réel travail d'équipe et était incongruente avec ce qui était décrit comme étant un travail d'équipe par les participants. Reeves et al. (2015) et Alexanian et al. (2015) ont dépeint le fonctionnement des équipes tels des sous-groupes, qui, le temps d'un besoin d'information, vont se rejoindre puis se séparer à nouveau pour retourner à leurs activités respectives. Selon Alexanian et al. (2015), ce schéma d'interaction engendrait des bris de communication, nuisait au transfert d'informations et élaguait certains membres de l'équipe. Dans leur recherche, plusieurs membres exprimaient de la frustration à cet effet. Conséquemment, une vision commune, centrée sur la personne n'était alors pas possible (Reeves et al., 2015).

Alexanian et al. (2015), tout comme Reeves et al. (2015) et Kendall-Gallagher et al. (2017) ont mis en évidence que l'équipe médicale formait, au sein de l'équipe de l'USI, une équipe *unie* professionnelle singulière responsable de la prise de décision. Les médecins invitaient d'autres sous-groupes à rapporter des informations pour qu'ils puissent prendre leurs décisions. De ce fait, la majorité des interactions entre les médecins et les autres professionnels dans ces USI était informelle, en dehors des tournées médicales sans structure officielle (Alexanian et al., 2015). Goldman et al. (2018) précisaient que malgré des tournées interprofessionnelles systématisées, ce

ne sont pas tous les membres de l'équipe qui pouvaient être présents et faire valoir leur contribution. Dans ces circonstances, les infirmières devenaient aussi le porte-parole des autres professionnels.

Kendall-Gallagher et al. (2017), dans une recherche ethnographique sur la perspective des infirmières sur le travail d'équipe en USI (n = 15 infirmières), concluent que la base du travail d'équipe est la confiance qui s'établit au fur et à mesure que les membres apprennent à s'appuyer sur l'expertise et les connaissances démontrées de chacun. Ainsi, pour les infirmières, leur implication dans le fonctionnement de l'équipe et dans les tournées ou rencontres interprofessionnelles dépendait de leur expertise, de leur crédibilité et de leur volonté à s'engager dans les processus décisionnels. La nécessité de former adéquatement les infirmières pour qu'elles puissent s'investir dans le fonctionnement de l'équipe découle de ces constats (Kendall-Gallagher et al., 2017). Selon ces auteurs, les infirmières doivent être mieux préparées à participer à la prise de décision partagée, par une communication efficace et persuasive sur des éléments cliniques qui sont significatifs pour les résultats des patients. Cet argument sous-tend également une formation continue sur des sujets cliniques (Kendall-Gallagher et al., 2017).

La clarté de rôle entre les différents membres de l'équipe de soin a été identifiée comme un facteur important dans le fonctionnement de l'équipe. Selon Kilpatrick et al. (2019), suite à un sondage sur la perception d'efficacité des équipes (n = 283) ( $\alpha$  0,72 à 0,88), la clarté de rôle était associée positivement au bon fonctionnement de l'équipe ( $p < 0.001$ ). De même, Kilpatrick et al. (2021), dans le cadre d'une enquête transversale auprès de 485 patients et leur famille ( $\alpha = 0.771$  à 0.877) de différents milieux de soins au Québec, ont démontré qu'une clarté de rôle élevée était un prédicteur significatif des résultats chez les patients grâce à l'effet médiateur des processus d'équipes élevés. De façon semblable, Karam et al. (2018), dans une revue systématique de recherches qualitatives sur la collaboration (n = 16 articles), ont souligné que la clarification des rôles et des champs d'exercice de chacun était centrale au travail d'équipe. C'est-à-dire que tous doivent comprendre les tâches et les limites des autres professionnels, mais également, leur perspective et leur formation. Cette clarification des rôles passe par une communication ouverte entre les différents acteurs. De fait, selon Brault et al. (2014), les équipes les plus performantes étaient celles qui avaient introduit des processus organisationnels formels pour soutenir la clarification des rôles.

Dans un même ordre d'idées, la perception que possède l'équipe face à son propre fonctionnement va influencer son efficacité. Lors d'une enquête transversale réalisée auprès d'équipes de soins en santé mentale au Québec (n = 315 participants), Markon et al. (2017) expliquent que la perception d'interdépendance dans la réalisation des tâches, dans l'utilisation des ressources et l'établissement des buts avait, collectivement, un effet positif sur la performance au travail. Considérant que la perception d'interdépendance entre les membres de l'équipe exige une responsabilité et une imputabilité de chacun, celle-ci influence positivement le fonctionnement de l'équipe, car elle suscite la nécessité de s'impliquer (Huth et al., 2017; Markon et al., 2017). Cependant, ce processus demeure peu exploré dans les équipes de soins selon Sebok-Syer et al. (2021). Ceux-ci ont constaté, lors de leur revue de la portée sur les approches pour mesurer l'interdépendance dans les équipes (n = 27 articles), qu'il y avait peu d'écrits sur l'interdépendance dans les équipes de soins et que ce concept était décrit de façon hétérogène d'où une difficulté à le mesurer. Il demeure que les infirmières, en contribuant au fonctionnement de l'équipe, peuvent susciter l'implication des autres membres en raison de cette perception d'interdépendance.

### **La contribution des infirmières au fonctionnement de l'équipe**

Dans le présent projet, les membres de l'équipe ne travaillaient pas efficacement ensemble en interdépendance, mais plutôt en sous-unités qui interagissaient seulement dans certaines situations. Pour rallier ces sous-groupes, il faut qu'ils soient tous intégrés dans un but commun. Or, c'est dans cette conjoncture que les infirmières apportaient une contribution particulière, en amalgamant et en formant cette équipe, en se substituant aux membres qui sont présents que ponctuellement et en reliant toutes ces expertises pour mettre l'emphase sur le patient. Cet aspect informel du rôle infirmier était même associé aux activités des infirmières dans l'équipe lors du SVM en raison de la vision globale et holistique qui est propre à la discipline infirmière (Meier, 2015). Comme mentionné par Meier (2015), la vision du patient en tant qu'objet de frontière force les membres de l'équipe à maintenir leur vision disciplinaire respective. Ainsi, les infirmières créent ce lien entre les différentes visions en agissant comme liant.

D'autres formes de contribution au travail d'équipe par les infirmières sont évoquées. Schot et al. (2020) ont mentionné que les infirmières contribuaient au maintien de l'efficacité du travail d'équipe, en comblant les lacunes des autres professionnels, c'est-à-dire qu'elles anticipaient et les aidaient dans la réalisation de leurs tâches. De même, Goldman et al. (2018) avaient décrit que les

infirmières devenaient les porte-paroles des membres de l'équipe qui étaient présents que ponctuellement auprès des patients. Ces formes de substitution nécessitent une familiarisation avec les connaissances, les valeurs et les normes professionnelles des autres membres de l'équipe, voire même d'adopter leur langage pour effectuer par exemple, le transfert d'informations. Ce sont les infirmières qui sont les plus engagées à combler ces écarts comparativement aux autres professionnels, car elles ont une position centrale dans les flux de communication entre les différents membres de l'équipe (Schot et al., 2020).

Pour mieux comprendre les contributions des infirmières au fonctionnement de l'équipe, Postma et al. (2015) ont mis de l'avant le concept du travail d'articulation. Ce concept, préalablement élaboré par Strauss (1985), décrit le travail d'articulation comme un *supra travail* qui relie, intègre et crée des maillons entre les activités à accomplir. Les acteurs, avec leurs tâches et responsabilités respectives et les efforts de chacun, établissent ainsi un « arc total de travail » [traduction libre] (Postma et al., 2015, p. 62), soit la totalité de la tâche. Ce travail d'articulation se produit dans toute situation où le travail est divisé et qu'une coordination est nécessaire pour éviter la fragmentation du patient en plus de contribuer à un flux, tel que retrouvé en situation de SVM. Le travail d'articulation nécessite un effort implicite et intangible afin de raccorder différents mondes sociaux pour qu'ils soient reliés de façon harmonieuse et efficace.

Suite à la réalisation d'une recherche qualitative auprès d'infirmières en soins à domicile (n = 84 entrevues), Postma et al. (2015) ont décrit le travail d'articulation en tant qu'effort d'organiser et de créer les maillons, 1) intraprofessionnels (p. ex., activités des infirmières selon les besoins spécifiques des patients), 2) interprofessionnels (p. ex., rallier les autres professionnels qui ne travaillent pas toujours ensemble) et 3) informels (p. ex., l'effort d'articulation, la gestion des interactions). Dans le présent projet, le travail d'articulation était l'effort des infirmières pour intégrer et relier ensemble leurs propres activités de soins, celles des autres membres de l'équipe, et ce, tout en tenant compte des ressources disponibles et des éléments organisationnels du travail (p. ex., une tournée multidisciplinaire, des examens, lieux physiques, les personnes impliquées). Planifier, organiser, coordonner, gérer les priorités et négocier deviennent au cœur du travail des infirmières en situation de SVM.

VanHeuvelen (2020) s'est également intéressée au travail d'articulation dans une recherche ethnographique dans une USI en néonatalogie aux États-Unis. Les infirmières accordaient les deux

tiers de leur temps aux activités liées au travail d'articulation. Ces activités regroupaient les tâches quotidiennes adaptées au contexte de l'unité de soins, les procédures exigées, l'aménagement des lieux physiques et les membres de l'équipe impliqués. Le travail d'articulation est intégré dans la façon dont les professionnels accomplissent leur travail et interagissent avec leurs collègues. Pour cette raison, ce concept multidimensionnel sous-tend l'interdépendance, puisque qu'il réunit les différentes activités interdépendantes réalisées par chacun des membres de l'équipe et qui une fois réunie, forment un travail accompli en équipe (VanHeuvelen, 2020).

Un rapprochement peut se faire entre le travail d'articulation et la coordination. Cette dernière était définie telle l'organisation des ressources, des activités et des ajustements de l'équipe pour qu'elles soient intégrées dans un ensemble puis synchronisées afin d'être terminées dans un délai donné (Kilpatrick et al., 2016; Kilpatrick et al., 2013). Similairement pour les deux processus, les activités qui les sous-tendent s'avèrent difficiles à saisir dans la réalité et à les décrire, car elles ne relèvent pas toujours d'un rôle direct de prestation de soins (Allen, 2014; Anderson et Hewner, 2021; Karam et al., 2021; Postma et al., 2015; VanHeuvelen, 2020). Ils sont constitués d'un amalgame d'activités transversales, hétérogènes, relevant à la fois de soins directs et indirects, intégré aux activités quotidiennes et pouvant être mis en place et modelé au contexte, aux caractéristiques des patients et au fonctionnement de l'équipe (Karam et al., 2021; Postma et al., 2015; VanHeuvelen, 2020). En fait, le travail d'articulation implique la coordination, mais aussi tous les autres processus liés au fonctionnement de l'équipe (p. ex., communication, résolution de problèmes), et ce, dans l'objectif de réaliser le *travail total*, en l'occurrence le SVM d'un patient en particulier (Postma et al., 2015; VanHeuvelen, 2020). Au-delà de l'enchaînement des activités, il amenuise la façon dont le travail est distribué et fragmenté par spécialité en intégrant des maillons entre les différents professionnels impliqués (Postma et al., 2015). Ainsi, le travail d'articulation sous-tend une gestion des tensions entre les différents mondes sociaux, c'est-à-dire, la négociation des rôles (Postma et al., 2015; VanHeuvelen, 2020).

De fait, plusieurs chercheurs, préalablement présentés (Abbey et al., 2012; Michel et al., 2021; Müller et al., 2021; Schenk et al., 2017) ont noté que les infirmières étaient souvent affairées à accomplir d'autres activités, tant au niveau de la coordination, de la discussion, les tournées, les tâches cléricales, etc. Le temps passé à exercer ces activités, sans être nécessairement auprès du

patient, les négociations, les échanges d'informations et les discussions pourraient être liés à ce travail d'articulation réalisé par les infirmières en situation de SVM.

Cela étant dit, il émerge des résultats et des différents écrits empiriques, que bien qu'il soit reconnu comme étant important, le travail d'équipe n'est pas optimal. Conséquemment, cela nuit au déploiement de la MOR des infirmières en USI et qu'en retour, le faible fonctionnement de l'équipe devient une barrière à leur contribution. Plusieurs facteurs précurseurs à un bon fonctionnement d'équipe et au déploiement de la MOR infirmier en USI dans les processus d'équipe lors du SVM sont présentés. Par surcroît, il émerge du présent projet, un travail d'articulation qu'effectuent les infirmières en contexte de SVM où elles doivent intégrer, gérer un ensemble d'activités pour assurer un fonctionnement efficace de l'équipe et compléter le SVM des patients. Enfin, une interdépendance entre les membres de l'équipe de soins sous-tend le processus du SVM et influence le fonctionnement de l'équipe.

## **Les stratégies pour améliorer la mise en œuvre du rôle des infirmières et le fonctionnement de l'équipe**

Considérant qu'il existe une relation réciproque entre le fonctionnement de l'équipe et la MOR des infirmières lors du SVM, des facteurs modulant soit le fonctionnement de l'équipe, soit directement la MOR ont émergés des analyses.

### **Les rencontres d'équipes**

Heip et al. (2022), dans une revue systématique sur les résultats de rencontres d'équipes (n = 33 articles), soulignent des résultats positifs sur l'efficacité du travail d'équipe et sur les résultats des patients, notamment la durée de séjour. Ervin et al. (2018) expliquent que dans les USI, le fondement de la collaboration et de la prise de décision siègent dans les tournées quotidiennes, car elles fournissent un contexte formel où les membres de l'équipe peuvent échanger des informations et discuter (Conn et al., 2016; Ervin et al., 2018). Comme relevé dans le présent projet, la *tournee médicale* était le moment où le médecin exposait son plan, les objectifs à atteindre pour le patient. La participation à ces rencontres uniformise les messages entre les membres de l'équipe, permet l'établissement de la confiance et du respect, ce qui favorise du même coup le fonctionnement de l'équipe (Conn et al., 2016; Costa et al., 2014; Heip et al., 2022; Kendall-Gallagher et al., 2017).



Plusieurs chercheurs (Ervin et al., 2018; Goldman et al., 2018; Heip et al., 2022; Zamanzadeh et al., 2020) ont identifié des défis à implanter les rencontres d'équipes, car de multiples facteurs doivent être pris en compte (p. ex., les horaires des membres des équipes). Les obstacles perçus, selon Heip et al. (2022), sont les contraintes de temps, le manque d'objectifs partagés, les responsabilités des différents membres et la hiérarchie. Zamanzadeh et al. (2020), dans une revue intégrative (n = 7 articles), indiquent qu'outre le manque de temps, les infirmières avaient une réticence à participer (p. ex., crainte de dévaluation de leur contribution par les médecins). Les rencontres d'équipe sont plus faciles à implanter lorsque les gestionnaires soutiennent cette démarche et que des structures sont mises en place pour qu'elles se réalisent de façon systématique.

### **Les outils d'aide à la décision**

Dans les écrits empiriques, il est constaté que le recours aux protocoles ou à des listes à cocher pour favoriser un déploiement de la MOR des infirmières lors du SVM est répandu et efficace (Gunther et al., 2021; Hirzallah et al., 2019; Jordan et al., 2016; Ladbrook et al., 2019; Madhuvu et al., 2021; Paquette et Kilpatrick, 2020; Starnes et al., 2019). Ces outils guident les infirmières dans les différentes activités reliées au SVM. Plusieurs de ceux-ci adressent des ensembles d'interventions pour les patients sous VM (p. ex., prévention des PAVM), ainsi que des listes identifiant les critères pour évaluer si les patients sont prêts à amorcer le SVM. Des outils de rappels au chevet pour des interventions favorisant le SVM ou encore, différentes modalités de formation sont aussi aidantes.

Des résultats favorables ont été engendrés grâce à ces outils. Notamment, ils ont permis d'augmenter la confiance des infirmières dans la manipulation des paramètres du respirateur, favoriser un sentiment d'autonomie, la perception d'un travail d'équipe efficace avec les inhalothérapeutes et une augmentation de la satisfaction au travail (Gunther et al., 2021; Ladbrook et al., 2019). Ils ont fourni une structure pour leurs activités quotidiennes et permis d'intégrer les pratiques basées sur les résultats probants (Ladbrook et al., 2019). Également, Blackwood et al. (2014) et Jordan et al. (2016) exposent que les protocoles comblaient le manque d'expérience, favorisaient le déploiement des rôles des infirmières nouvellement diplômées, mais pouvaient limiter les infirmières ayant déjà de l'autonomie.

Des barrières ont été soulevées quant à leur application, notamment la surcharge de travail. En pareilles circonstances, certaines interventions telles que les activités de prévention des PAVM, la

mobilisation, les soins buccodentaires, n'étaient pas une priorité face à l'instabilité hémodynamique des patients ou lors d'un manque de personnel (Ladbrook et al., 2019; Tanguay et al., 2018). Ceux-ci sont également complexes à intégrer et requièrent du temps pour les réaliser (Ervin et al., 2018). Conséquemment, Jordan et al. (2016) concluent à une sous-utilisation de l'expertise infirmière malgré la disponibilité et l'utilisation des outils d'aide à la décision. Également, Starnes et al. (2019) dénoncent une limite dans la littérature portant sur les protocoles gérés par les infirmières, signifiant qu'il en existe peu ou que leurs procédés sont insuffisamment documentés. Or, selon Starnes et al. (2019), la présence constante au chevet des infirmières et leur connaissance approfondie du patient, font en sorte qu'elles ont une contribution précieuse au processus du SVM comparativement aux autres intervenants.

Il existe également des outils favorisant un travail d'équipe plus efficace. Pour les équipes en USI, les outils d'aide à la décision contribuent au travail d'équipe en clarifiant les rôles, en favorisant la communication, la coordination et la prise de décision (Ervin et al., 2018). Ils systématisent les discussions pour les interventions, et établissent des objectifs communs (Ervin et al., 2018).

### **La connaissance approfondie du patient**

Paquette et Kilpatrick (2020) ont mis de l'avant dans leur analyse de concept que la connaissance approfondie du patient soit *Connaître le patient* avait une influence majeure dans le déploiement de la MOR des infirmières lors du SVM et par le fait même, dans leur contribution au fonctionnement de l'équipe. Ce développement d'un corpus de connaissances où les schémas de réponses cliniques du patient s'allient avec une connaissance de ce qu'il est en tant que personne, devient le fondement à leur jugement clinique leur permettant d'établir des constats infirmiers, d'élaborer des plans d'interventions et de poser des actions (Paquette et Kilpatrick, 2020). Cela engendre une confiance et une autonomie dans la prise de décision et permet aux infirmières de s'investir dans les décisions prises en interdépendance.

Ce processus représente une importante composante du soin et est central à une approche individualisée (Zolnierek, 2014). Il influence la capacité des infirmières à fournir des soins sécuritaires, à développer des relations positives et à s'engager dans l'exercice optimal de son rôle. Connaître le patient s'acquiert via les interactions et implique un engagement dans une recherche d'informations et une démarche réflexive pour développer une compréhension globale du patient. Selon une revue systématique suivie d'une méta-analyse (n = 46 articles) de Goldfarb et al. (2017),

cette connaissance approfondie permet une diminution moyenne de la durée de séjour en USI de 1,21 jour (n = 3 études ; IC à 95 %, -2,25 à -0,16;  $p = 0,02$ ;  $I^2 = 26$  %), une diminution des coûts d'hospitalisation en USI, une amélioration de la satisfaction de la famille, de l'expérience du patient, de la réalisation des objectifs médicaux et des résultats en matière de santé mentale du patient ainsi que de la famille ont également été soulevés.

De plus, lors d'une étude phénoménologique menée auprès d'infirmières d'USI nouvellement diplômées (n = 9 participantes), Paquette et al. (2018) ont exposé qu'en apprenant à connaître leur patient, les infirmières transcendaient les appareils technologiques et développaient une relation avec celui-ci et avec ses proches et qu'il s'en suivait un engagement infirmier dans le soin. Par le biais de l'établissement d'un accompagnement et motivé par ce nouveau sens qu'elles attribuaient au soin, les infirmières s'efforçaient de mettre l'emphase sur le patient, ses proches et leur expérience de soins. Le temps passé auprès du patient et de sa famille favorisait également un sentiment de reconnaissance du patient et de sa famille qui stimulait l'emphase sur eux. À cet effet, Xyrichis et al. (2017) mentionnaient qu'un faible ratio de patient par infirmière (p. ex., 1 patient par infirmière) favorisait le développement d'une familiarité avec le patient et encourageait l'implication des infirmières dans les décisions.

### **Les caractéristiques liées aux infirmières**

Le leadership et l'engagement des infirmières dans le SVM de leurs patients soutiennent le déploiement optimal de leur rôle. Keyko et al. (2016) inspiré par les travaux de Schaufeli et Bakker (2003) ont résumé l'engagement des infirmières par un état d'esprit positif face à leur exercice professionnel démontrant de la vigueur, de la persévérance et une volonté de s'investir dans leur travail. Keyko et al. (2016) ont identifié au terme de leur revue systématique (n = 18 articles), des caractéristiques personnelles comme le leadership en tant que facteurs qui influencent l'engagement. Or, le leadership a un effet positif sur l'autonomie, la clarté du rôle et l'accomplissement personnel (Cummings et al., 2018).

Paquette et Kilpatrick (2020) avaient aussi identifié des antécédents à l'autonomie décisionnelle des infirmières lorsqu'elles sont responsables d'un patient en SVM, dont leurs caractéristiques individuelles telles que leurs connaissances, leur expérience et un désir de s'engager dans le SVM. À ce sujet, Fealy et al. (2015) mentionnaient que le déploiement de la MOR dépendait entre autres

du niveau d'engagement des infirmières. Ces caractéristiques pourraient concorder avec la notion d'effort qui est précurseur au travail d'articulation précédemment présenté.

Dans plusieurs écrits empiriques, il est nommé que l'acquisition de connaissances reliées à la VM et son sevrage ainsi que l'expérience, favorisaient un déploiement plus optimal de la MOR des infirmières (Guilhermino et al., 2018; Jansson et al., 2019; Kendall-Gallagher et al., 2017; Michaud et Gagnon, 2018). Cependant, Guilhermino et al. (2018), dans une revue systématique soulignaient que les formations continues sur la VM pour les infirmières étaient très variables d'un milieu à l'autre, tant au niveau du contenu, de la durée et de la méthode, qu'elles étaient insuffisantes et qu'il y a peu de formation sur la gestion du SVM. Dans les écrits recensés, les participants provenaient d'USI situées principalement dans des hôpitaux universitaires ou affiliés à l'enseignement. Également, (Jansson et al., 2018), ont conduit un devis transversal auprès d'infirmières (n = 86 participantes) d'USI en Finlande, mentionnaient que même si les infirmières avaient les connaissances requises, les taux d'adhésion aux bonnes pratiques pour les patients sous VM demeuraient bas en raison de facteurs organisationnels (p. ex., présence d'inhalothérapeutes, ratios patients par infirmières). Ces auteurs rapportent que le niveau de connaissances était plus élevé chez les répondants qui avaient reçu une formation continue sur les ensembles d'interventions aux personnes ventilées mécaniquement comparativement aux répondants qui n'avaient pas reçu de formation continue (27,0 contre 24,0 [ $P = 0,012$ ]).

### **Les caractéristiques liées à l'unité de soins intensifs**

Dans le présent projet, des caractéristiques liées à l'USI ont été identifiées comme influençant la MOR des infirmières d'USI en situation de SVM. Des éléments hors de leur contrôle tel des facteurs liés à l'environnement, les ressources inadéquates et le manque de temps ont été identifiés dans plusieurs écrits empiriques en tant que des barrières à la MOR (Costa et al., 2017; Jansson et al., 2019; Rose, Blackwood, Burns, et al., 2011). Abbey et al. (2012) mentionnaient que le ratio de patients par infirmières était différent d'un pays à l'autre et influençait les activités réalisées par les infirmières, en plus du temps passé auprès des patients et de leurs proches. Michaud et al. (2021), mais également Schenk et al. (2017) ont avancé qu'il était nécessaire d'avoir une dotation en personnel suffisante et un faible ratio de patients par infirmière pour leur permettre d'être présentes au chevet et d'effectuer une surveillance assidue. Ces chercheurs expliquent que la responsabilité d'un patient sous VM demande du temps, une présence constante et est exigeante.

Boehm et al. (2020), dans un sondage multicentrique (n = 28 USI dans 18 centres hospitaliers) aux États-Unis sur les attitudes et l'adhésion des infirmières (n = 1661) à l'égard de l'ensemble d'intervention ABCDEF, soulignent que l'infirmière gestionnaire, les médecins de l'USI et que l'environnement de l'USI (p. ex., disponibilité des équipements, nombre de personnels suffisant) sont des facteurs facilitateurs d'adhésion aux interventions de cet ensemble, donc, l'optimisation de la MOR.

### **Le soutien du gestionnaire**

Costa et al. (2017) indiquent qu'il est nécessaire de soutenir les membres de l'équipe et de l'organisation soit par le biais de politiques ou de lignes directrices à l'interne et des rencontres d'équipe comme source de soutien. Dans une revue systématique sur les barrières à l'implantation d'ensemble d'interventions (n = 49 articles), Costa et al. (2017) exposent que l'appui des gestionnaires est essentiel, car ce sont eux, qui généralement ont la possibilité d'instaurer des modalités favorisant le plein exercice du rôle des infirmières lors du SVM et faire valoir leur contribution.

Les gestionnaires soutiennent le travail des infirmières à plusieurs niveaux. Tout d'abord, ils peuvent permettre de renverser certaines barrières précédemment identifiées. En particulier, assurer que les infirmières aient les ressources nécessaires pour accomplir les exigences liées au travail, notamment par une planification adéquate des ressources en fonction des demandes, de l'aide temporaire en cas de besoin, la répartition d'une charge de travail équitable (Connolly et al., 2018; Keyko et al., 2016). Ils assurent un maintien des compétences, fournissent des améliorations technologiques pour la documentation et les équipements d'observation pour permettre aux infirmières de travailler efficacement (Connolly et al., 2018; Keyko et al., 2016). Les comportements des gestionnaires d'USI influencent également la qualité des soins donnés par les infirmières, selon une revue intégrative (n = 19 articles) d'Adams et al. (2019). En effet, ils doivent impliquer les infirmières dans la recherche de solutions efficaces et faisables, les encourager et respecter les sentiments vécus ce qui simultanément favorisera un climat de confiance entre les infirmières et les gestionnaires (Furukawa et Kashiwagi, 2021; Keyko et al., 2016).

Les gestionnaires ont pour rôle de montrer la voie, guider les infirmières, les motiver et qu'ils peuvent également influencer la culture dans leur USI. Une congruence des valeurs et de la vision de l'exercice du rôle entre les infirmières et les gestionnaires est essentielle pour favoriser

l'engagement de celles-ci dans leur rôle professionnel et l'exercice de leur leadership (Furukawa et Kashiwagi, 2021; Keyko et al., 2016). De surcroît, ils exercent un leadership dans leur façon d'administrer l'unité, de tout mettre en œuvre pour soutenir un travail de qualité pour les infirmières et favorisent la contribution des infirmières au fonctionnement de l'équipe travail d'équipe chez les infirmières (Furukawa et Kashiwagi, 2021). Enfin, la mesure dans laquelle les infirmières gestionnaires interagissent avec les membres de l'équipe (p. ex., donner des conseils, être à l'écoute) influence la façon dont les infirmières se comportent au sein de l'équipe (Furukawa et Kashiwagi, 2021).

## **Les propositions de modifications au cadre conceptuel**

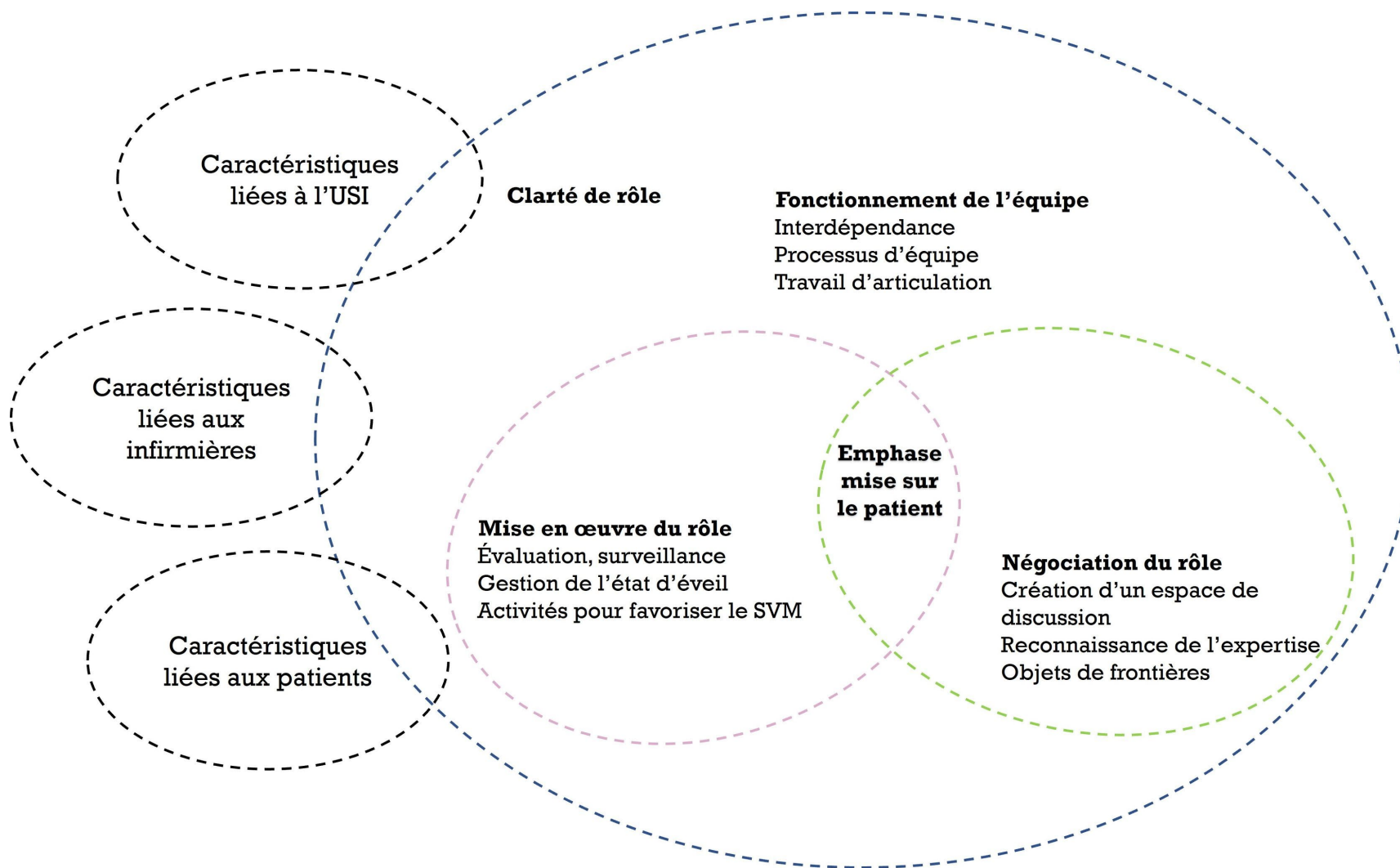
Les conclusions de la présente étude renforcent empiriquement les propositions initiales du cadre conceptuel (Siedlecki, 2020; Yin, 2018). Comme proposé par Yin (2018), la généralisation analytique permet de corroborer, mais également de modifier et d'affermir les concepts théoriques initialement utilisés pour la conception du projet.

Cette recherche a permis d'identifier les principaux éléments de la MOR des infirmières d'USI lorsqu'elles sont responsables des patients en SVM. Il a été mis en évidence leur façon de négocier leur rôle face aux autres membres de l'équipe de soins et leur contribution au fonctionnement de cette équipe lors du SVM. Il est ressorti des relations réciproques entre les structures que sont les caractéristiques liées aux infirmières et à l'USI, avec les concepts centraux, tels la MOR, le fonctionnement de l'équipe, la négociation du rôle. De même, la clarté de rôle est apparue comme un facteur qui influence les concepts centraux, tandis que l'emphase mise sur le patient est positionnée au milieu des concepts centraux, car elle agit comme une matrice sur laquelle ces concepts se sont érigés (Figure 3).

### **Les structures**

Les caractéristiques liées à l'unité de soins intensifs

Les caractéristiques liées à l'USI représentent des attributs qui influencent la MOR des infirmières, le fonctionnement de l'équipe et la négociation des rôles en contexte de SVM. Elles incluent le modèle de soins, les rencontres d'équipe, les outils d'aide à la décision, une présence constante, le leadership des gestionnaires et les caractéristiques physiques de l'USI.



**Figure 3.** Proposition d'un cadre conceptuel illustrant la mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique.

Note : Inspiré de Kilpatrick et al. (2013).

En USI, la responsabilité des intensivistes à l'égard des patients et dans l'élaboration des plans de traitement fournit des balises à la MOR des infirmières. Autrement, des rencontres d'équipe régulières et planifiées, des outils d'aide à la décision favorisent une clarté de rôle et fournissent des espaces de discussions pour la négociation des rôles. D'autres éléments (p. ex., niveau d'activité de l'USI, dotation en personnel, ratios patients par infirmières) sont tributaires de la continuité de soins et la présence constante qui sont des facteurs déterminants d'une MOR des infirmières d'USI optimale. Ceux-ci sous-tendent l'apport du leadership des gestionnaires pour mettre en place des conditions favorisant un environnement stimulant et propice au déploiement de la MOR des infirmières (Connolly et al., 2018).

Tandis que des caractéristiques physiques de l'USI sont identifiées. Soit la façon dont les lieux physiques sont organisés, par exemple les aires communes pour la rédaction des dossiers ou pour les repas, un poste central et une USI à aire ouverte favorisent une proximité et un développement d'une familiarité entre les membres de l'équipe.

#### Les caractéristiques liées aux infirmières

Des caractéristiques liées aux infirmières incluant les connaissances et caractéristiques personnelles vont influencer leur MOR en situation de SVM. Dans la sphère des savoirs, se retrouve la connaissance du champ d'exercice infirmier, des connaissances sur tout ce qui associé à la VM et à son sevrage, ainsi que du savoir expérientiel. Ces éléments sont des points d'ancrage nécessaires pour mieux comprendre leur rôle et parvenir à le déployer. Ensuite, des caractéristiques personnelles propres aux infirmières vont influencer positivement leur MOR lors du SVM, soit d'avoir une vision positive de leur rôle, d'être engagées et d'exercer leur leadership.

#### Les caractéristiques liées aux patients

L'état de santé mentale (p. ex., agitation, délirium) ou de santé physique (p. ex., instabilité hémodynamique, difficulté respiratoire) vont influencer la MOR des infirmières. Au sens, où le SVM est moins une priorité dans ces situations et que la gestion de la sédation est plus complexe. En contrepartie, des patients stables offrent un plus grand potentiel de développement de l'autonomie décisionnelle des infirmières et de l'optimisation de la mise en œuvre de leur rôle lors du SVM.



## **Les concepts centraux**

### **La mise en œuvre du rôle**

En ce qui a trait aux concepts centraux, la MOR d'infirmières d'USI lorsqu'elles sont responsables des patients en SVM, est décrite en termes d'activités quotidiennes de surveillances continues, de gestion de l'état d'éveil et d'activités favorisant le SVM ainsi que le développement d'une connaissance approfondie du patient. Cette connaissance sous-tend l'intérêt pour les infirmières à mettre l'emphase sur le patient. Elle consiste à le reconnaître comme une personne à part entière, lui donner une voix, reconnaître et défendre ses besoins et intérêts, développer une relation avec lui, l'impliquer dans les soins et individualiser le SVM (Cederwall et al., 2018).

### **Le fonctionnement de l'équipe**

Celui-ci est constitué des différents processus d'équipe que sont la communication, la prise de décision, la résolution de problème, la coordination et la cohésion.

### **Les processus d'équipe**

Il s'agit des mécanismes qui expliquent comment les actions se déroulent au fil du temps en réponse à ce qui se produit dans le contexte environnant (Kilpatrick, Jabbour et al., 2019). Les infirmières ont une contribution importante dans le bon fonctionnement de l'équipe via ces différents processus.

### **Le travail d'articulation**

De façon plus spécifique, les infirmières exercent des activités qui permettent de rallier les membres de l'équipe, d'assurer une continuité de soins et que collectivement, tout a été fait pour le SVM du patient (Postma et al., 2015). À la lumière des présents résultats et du concept sur le travail d'articulation décrit par Postma et al. (2015), il est proposé d'ajouter celui-ci au fonctionnement de l'équipe.

Le travail d'articulation se réalise dans l'objectif d'accomplir le travail total, en l'occurrence, le SVM d'un patient en particulier. Ainsi il prend ses fondements sur une connaissance approfondie et l'emphase mise sur ce patient et nécessite une perception claire du rôle pour l'infirmière (Cederwall et al., 2018; Postma et al., 2015). Il consiste en l'engagement intentionnel des infirmières dans la création de maillons, entre leurs activités et les besoins des patients, entre

chaque membre de l'équipe, chaque tâche accomplie, les particularités, soit les rôles, responsabilités et les disponibilités des différents membres impliqués ainsi qu'avec les facteurs qui influencent les activités (p. ex., la charge de travail de l'unité, la dotation en personnel). Il s'agit de l'ensemble de tout ce qui doit être réalisé par les infirmières pour tisser ces liens, entre le patient, la famille et les ressources tout en assurant que l'emphase soit sur le patient pour le succès de son SVM.

#### L'interdépendance

La nature même du processus de SVM prend ses assises sur une interdépendance entre les différents membres de l'équipe qui module de façon importante le travail d'équipe. En effet, il existe une influence mutuelle entre l'accomplissement des activités de chacun des membres de l'équipe de soin en situation de SVM. Avantagement, l'interdépendance suscite leur implication, une attitude positive et un engagement dans le déroulement du SVM et conséquemment sur le fonctionnement de l'équipe. À cet effet, elle s'ajoute aux autres processus constituant le fonctionnement de l'équipe.

### **La négociation du rôle**

Pour s'impliquer dans le bon fonctionnement de l'équipe et optimiser la MOR, les infirmières négocient leur rôle et prennent leur place via un espace de discussion où elles démontrent une reconnaissance de l'expertise des autres membres de l'équipe.

#### La création d'un espace de discussion

Les infirmières ayant une perception positive et claire de leur rôle et engagées dans la réussite du SVM, créent ou intègrent un espace de discussion. Il s'agit d'un espace formel ou informel, par exemple, un temps de discussion planifié ou une interaction spontanée émanant d'une situation, une tournée médicale planifiée. Cet espace peut aussi offrir des occasions privilégiées d'enseignement et d'apprentissage. Cet espace de discussion permet aux infirmières de mettre de l'avant leur contribution au sein de discussion, des échanges d'informations et d'implication dans les décisions. Par le fait même, elles peuvent ainsi, décrire et clarifier leur rôle et négocier les activités et favoriser l'assouplissement des frontières professionnelles.

### La reconnaissance de l'expertise

Au sein de l'espace précédemment décrit, les infirmières démontrent une reconnaissance de l'expertise des autres membres de l'équipe pour négocier leur rôle. Ainsi, elles vont demander conseil, ou de l'aide pour régler une situation. Également, il s'agira d'adopter une attitude positive, d'aviser, d'informer les autres membres de l'équipe ou de leur déléguer des activités faisant partie des exercices qui se chevauchent.

### Les objets de frontières

L'espace de discussion s'organise autour des objets de frontières (c.-à-d. : le patient, le respirateur, les pompes volumétriques, les décisions), qui eux déterminent les activités, les rôles et les responsabilités. Ceux-ci émergent du champ d'exercice, des connaissances et de l'expérience. Le travail de frontières est un concept dynamique qui dépend du contexte, de ce qui se passe dans le milieu, des soins donnés, des individus, de la confiance et de la crédibilité accordées aux membres impliqués.

Il ressort notamment que le patient est un objet de frontière autour duquel la négociation du rôle s'organise, et ce, pour l'ensemble des membres de l'équipe. Ce constat était mis en évidence dans le cadre de la recherche de Meier (2015), soit que le travail d'équipe s'instaurait par l'intermédiaire des patients en tant qu'objets de frontières et où chacun maintenait ou assouplissait ses frontières professionnelles, car ils avaient une responsabilité partagée en regard aux soins du patient. Ainsi, mettre l'emphase sur le patient assouplit les frontières (Meier, 2015).

### **La relation entre les concepts**

À lumière de ces constats, il apparaît une relation mutuelle entre la MOR des infirmières en USI lors du SVM, le fonctionnement de l'équipe et la négociation du rôle avec les autres membres de l'équipe de soins.

Parallèlement, le développement d'une connaissance approfondie et l'emphase mise sur le patient émergent telle une assise au déploiement optimal de la MOR des infirmières dans les USI. Cette emphase catalyse la contribution des infirmières au fonctionnement de l'équipe, rallie chacun des membres de l'équipe et assouplit les frontières interprofessionnelles.

Somme toute, il est illustré dans la figure, un diagramme de Venne démontrant que les trois concepts centraux s'entrecroisent et s'auto-influencent. L'emphase mise sur le patient représente

le fondement même sur lequel reposent les trois concepts centraux. Tandis que la clarté de rôle a été située entre la sphère des concepts et de l'espace contenant les structures parce qu'elle peut simultanément être influencée par ceux-ci. La clarté de rôle se place à l'extérieur des concepts centraux en raison de son influence sur ces derniers. L'ensemble des cercles ont une circonférence en pointillé démontrant la relation réciproque entre chacun des concepts.

## **Les forces**

Ce projet doctoral semble être la première recherche à s'intéresser à la MOR infirmier lors du SVM, la négociation des rôles infirmiers face aux autres membres de l'équipe de soins et le fonctionnement de celle-ci dans ces circonstances. Il a permis d'explorer les processus au niveau macro et micro entre les infirmières et les autres membres de l'équipe de soins ainsi que les relations dynamiques entre les différents concepts clés. Les résultats ont mené à des propositions pour améliorer le cadre conceptuel proposé à priori (Yin, 2018).

Une étude de cas multiples soutient des résultats plus robustes et favorisent une généralisation analytique de ceux-ci (Yin, 2018). La présente étude de cas multiple a favorisé l'émergence de connaissances situées à même le contexte, ce qui a augmenté la compréhension de la MOR des infirmières lors du SVM et des enjeux qui l'influence. Xyrichis et al. (2017) ont souligné l'importance d'avoir des études de cas plus détaillées sur les processus au niveau micro à même le contexte où les enjeux se réalisent. Tel que mentionné dans plusieurs écrits portant sur le champ d'exercice et la MOR des infirmières, il importe de tenir compte du contexte dans lequel se situe l'exercice du rôle ainsi que des différents facteurs professionnels et personnels en raison de leur influence sur la MOR (Allen, 2007; Birks et al., 2016; Fealy et al., 2014). Il est important que les études sur les frontières de rôle s'intéressent aux éléments microcontextuels, étant donné qu'elles résultent d'interprétations et de constructions sociales dans les milieux où elles se produisent. Ceci représente une force du présent projet, soit l'observation de la pratique quotidienne pour cerner les circonstances qui entourent la négociation des rôles (Chreim et al., 2013).

L'étude pilote a permis de peaufiner les outils de collecte de données et d'effectuer la validation transculturelle du Questionnaire 1 sur les rôles et responsabilités lors du SVM (Rose, Blackwood, Egerod, et al., 2011). La collecte de données mixtes, avec un recours à des outils de collectes validés et utilisés préalablement dans d'autres études, a permis de colliger un grand nombre de données sur les participants, mais aussi sur le contexte, de cibler les informations à collecter tout

en minimisant l'influence de biais (Johnson et al., 2020; Yin, 2018). Également, cela a permis une convergence des données qui a facilité l'identification de liens entre les thèmes, les concepts et la comparaison des données recueillies selon chacune des méthodes de collecte et entre chacun des cas (Siedlecki, 2020; Yin, 2018).

Le cadre conceptuel initial a permis de cibler les données à collecter et les analyser. Il a également fourni une matrice pour identifier les relations entre les concepts et les données empiriques et des mesures diversifiées du même phénomène (Yin, 2018), ce qui a engendré l'émergence de nouvelles facettes, de corroborer ou de répondre à des questionnements en plus d'ajouter à la validité du cadre conceptuel et de la présente étude (Siedlecki, 2020; Yin, 2018).

L'observation des interactions lors de situations de SVM a permis de saisir les nuances entre ce qui était observé comparativement à ce qui se fait dans la réalité. L'unique recours à un questionnaire n'aurait pas permis (Fealy et al., 2014). L'observation a permis de saisir des éléments que certains participants n'étaient peut-être pas en mesure d'expliquer (Liberati et al., 2016). Elle a aussi favorisé la saisi en temps réel du déploiement des rôles infirmiers en situation de SVM tout en captant ce qui influence ce déploiement dans un milieu donné. Il a également été rendu possible de situer ces activités dans l'exercice de la discipline infirmière (Risjord, 2011).

En ce qui a trait à l'observation, l'étudiante-chercheuse possédait de l'expérience avec l'utilisation de la grille d'observations des interactions, elle détenait de l'expérience comme infirmière en USI et d'être connue des milieux choisis pour les deux Cas. Elle a également passé beaucoup de temps pour la collecte de données et le recrutement. Ainsi, un engagement prolongé et une familiarité avec les normes et le contexte entourant les participants et la situation étudiée permettaient à l'étudiante-chercheuse d'obtenir des interactions et des réponses plus ouvertes et plus honnêtes des participants en plus de saisir les nuances qui n'auraient pas été possibles dans un milieu inconnu (Johnson et al., 2020; Patton, 1999). La supervision de la directrice de thèse, qui détient de l'expérience avec les mêmes outils de collecte et qui est l'auteurice du cadre conceptuel, a assuré une rigueur dans le codage, l'interprétation des données et une minimisation des risques de biais par l'étudiante chercheuse (Chammas, 2020; Francis et al., 2010).

En ciblant le SVM, cela a donné lieu à l'observation d'interactions avec différents professionnels, tandis que la plupart du temps, les infirmières et les autres membres de l'équipe vont vaquer chacun à leurs activités respectives. Le SVM est un lieu de croisement de différents professionnels où doit

avoir lieu un travail de frontières. L'analyse détaillée de ces micro événements (activités liées au SVM) nous fournit une compréhension plus nuancée des nombreux types d'activités dans lesquelles le travail aux frontières est inhérent (Meier, 2015).

## **Les limites**

Ce projet doctoral est circonscrit à un milieu très précis, soit des USI situées dans la province du Québec. Les interactions interprofessionnelles et l'organisation des soins pourraient différer dans d'autres milieux de soins (Goldman et al., 2018). Le choix de procéder à une étude de cas multiples dans deux milieux différents, soit une USI universitaire en milieu urbain versus une USI non universitaire à vocation régionale a favorisé une généralisation conceptuelle (Yin, 2018). Il demeure qu'en réalisant une étude de cas multiples, la triangulation des données et l'utilisation d'un cadre conceptuel renforcent la validité de construit et favorisent la généralisation analytique en fournissant plusieurs mesures du même phénomène (Yin, 2018). Ainsi, les concepts, les propositions théoriques sont généralisables à des USI qui ont des caractéristiques similaires. Dans cette perspective, certaines stratégies proposées peuvent être appliquées, notamment dès qu'il s'agit d'une situation où des rôles professionnels se chevauchent, que la MOR, le travail de frontière ou le fonctionnement de l'équipe sont questionnés. Le taux de réponse et la taille de l'échantillon pour les questionnaires étaient faibles. Par comparaison, un questionnaire distribué directement auprès d'infirmières d'une USI ciblée au Québec sur la réanimation cardiorespiratoire, était de 40,4 % (Vincelette et al., 2018). Selon une revue systématique sur les taux de réponse aux sondages et les facteurs qui sont associés à un haut taux de réponse (Meyer et al., 2022), il a été constaté que les professionnels de la santé avaient des taux de réponse plus faibles. Ceux-ci participent moins souvent aux sondages postaux et en ligne que les patients (Meyer et al., 2022). Les sondages en personne donnent un taux de réponse moyen de 76 % et ils sont plus faibles si le questionnaire est en ligne, soit 46 % sur le Web et 51 % par courriel. Ainsi tant au niveau des questionnaires distribués en personne que pour la version via courriel, le taux de réponse demeure faible pour le présent projet malgré l'utilisation de stratégies de recrutement reconnues efficaces.

Il a été difficile pour l'étudiante-chercheuse de rejoindre les infirmières, les inhalothérapeutes et les intensivistes, car elle n'avait pas accès à leur adresse courriel. Elle devait transiger via les agents administratifs et les gestionnaires d'unité. L'étudiante-chercheuse a agi selon les recommandations (Corner et Lemonde, 2019; Dillman et al., 2014), c'est-à-dire 1) qu'elle était régulièrement présente

sur les unités durant la période de collecte de données à partir du questionnaire, 2) remettaient en main propre une copie imprimée ou invitait les membres de l'équipe à compléter le questionnaire en ligne et 3) le questionnaire contenait des questions de nature quantitative. Également des rappels ont été régulièrement acheminés (Dillman et al., 2014). Cependant, le nombre de questions était peut-être un peu élevé et il prenait environ trente minutes à compléter. D'où l'intérêt de l'étudiante-chercheuse à le revoir, de le mettre à jour selon les résultats de la présente recherche et de créer un questionnaire plus restreint qu'elle pourrait administrer à un plus grand échantillon.

L'observation des activités réalisées par les infirmières en situation du SVM s'est avérée plus difficile que prévue, car les infirmières réalisent plusieurs activités qui ne sont pas nécessairement visibles (p. ex., la réflexion, la prise de décision, l'évaluation) (Allen, 2014). Également, la vitesse à laquelle les différentes interactions pouvaient se réaliser et la configuration des lieux ont fait en sorte que certaines observations pertinentes n'ont probablement pas été captées. Cependant, dans les deux Cas, la durée d'observation d'environ 58 heures pour capter huit heures d'interaction assure la saisie d'une quantité et d'une qualité des données.

Le recours à de l'observation directe est une possible source de biais, soit l'effet Hawthorne (Sujatha et al., 2019). Des mesures ont été prises pour réduire ce risque. L'étudiante-chercheuse se faisait le plus discrète possible lors de la collecte de données, les données ont été collectées sur une longue période de temps. Considérant qu'elle était connue par plusieurs, elle était considérée comme une des leurs plutôt qu'une personne de l'extérieur pouvant limiter le sentiment de désirabilité sociale.

## **Les implications selon les domaines en sciences-infirmières**

### **Les implications pour la pratique**

Afin de favoriser un meilleur déploiement du rôle des infirmières, Déry et al. (2021) soutenaient de donner plus de latitude décisionnelle aux infirmières, notamment en les incitant à se positionner sur les objectifs de soins dans le cadre de leur champ d'exercice. Le plan thérapeutique infirmier (Burns et al., 2018) est un exemple d'outil où les infirmières établissent et colligent leurs constats infirmiers, identifient les besoins prioritaires des patients et déterminent des interventions (soins, plan traitements), le suivi clinique nécessaire et les réévaluations prévues. Cet outil permet aux infirmières de se réapproprier les activités qui relèvent de leur propre champ d'exercice. Les

infirmières doivent distinguer les activités qui relèvent de prescriptions médicales et infirmières comparativement à celles qui sont indépendantes et qui découlent des lignes directrices, des pratiques exemplaires, des résultats probants et qui ne sont pas assujetties à une ordonnance (Larsen et al., 2022). De ce fait, la connaissance et le recours à des pratiques exemplaires, des résultats probants et des lignes directrices fournissent des pistes pour la réalisation d'interventions autonomes par les infirmières (Paquette et Kilpatrick, 2020).

Pour optimiser la MOR d'infirmières d'USI lors du SVM, il est suggéré de recourir à une combinaison de stratégies, notamment des outils d'aide à la décision, utiliser des affiches ou des annotations via des dispositifs technologiques en guise d'aide-mémoire (p. ex., ensemble d'interventions pour les PAVM ou des soins aux patients sous VM), de courtes activités formatives informelles et le recours des personnes-ressources, dites *champions* sur place (Balas et al., 2021; Barr et al., 2020; Bjurling-Sjöberg et al., 2018; Jansson et al., 2019; Ladbrook et al., 2019).

Dans un même ordre d'idées, l'implantation de parcours clinique favorise le déploiement de la MOR en clarifiant les rôles de chacun de membres de l'équipe (Balas et al., 2021; Barr et al., 2020; Buljac-Samardzic et al., 2020). En effet, ils sollicitent l'ensemble des concepts identifiés influençant la MOR des infirmières en USI. Ils adressent des activités multidisciplinaires tout en considérant les structures locales et incluent les outils précédemment mentionnés (Bjurling-Sjöberg et al., 2018; Lawal et al., 2016). Ils permettent d'intégrer au fonctionnement de l'équipe les différentes expertises, génèrent l'interdépendance et l'engagement en plus d'aligner les intérêts de chacun dans un but commun (Allen, 2009; Bjurling-Sjöberg et al., 2018).

Les infirmières ont un rôle prépondérant dans le fonctionnement de l'équipe et considérant la relation réciproque existante entre eux deux, il importe d'encadrer les processus sous-jacents. Selon Kilpatrick et al. (2020), l'utilisation d'outils de structuration des communications pourrait permettre aux infirmières de s'impliquer davantage dans l'équipe de soins. Notamment, le *Situation, Background, Assessment, Recommendation* (SBAR) et *Stop; Notify; Assessment; Plan; Priorities; Invite ideas* (SNAPPI) permettent non seulement d'identifier les éléments importants à transmettre, mais incluent également l'apport de recommandations ou de propositions, favorisant directement l'implication des infirmières dans le processus décisionnel et l'établissement d'objectifs. Buck et al. (2018) et Berlin et al. (2021) ont évoqué l'incorporation de canaux de



communication efficaces (p. ex., rencontres d'équipe formelles, outils de communication verbale) et les technologies (p. ex., tablette, tableau) pour améliorer les communications.

De courtes interventions peuvent être réalisées pour améliorer la clarté de rôle et le déploiement de la MOR des infirmières au sein de l'équipe de soins. Kilpatrick et al. (2020) ont identifié dans une revue systématique (n = 19 articles) que pour les habiletés non techniques, de courtes sessions d'interventions animées (c.-à-d. : simulation, outils de communication, prise de parole) d'une durée de 30-60 minutes, réparties sur plusieurs semaines avec un breffage et un débriefage, permettent d'améliorer la clarté de rôle. Dans une revue systématique conduite par Buljac-Samardzic et al. (2020) (n = 297 articles), il est proposé que la simulation et le débriefage qui s'en suit sont parmi les stratégies les plus efficaces pour le fonctionnement de l'équipe. Plus précisément, Abildgren et al. (2022) dans une revue systématique (n = 72 articles) concluent que la simulation en multidisciplinarité est un outil d'apprentissage efficace pour améliorer le facteur *humain* qui influence le fonctionnement des équipes de soins. C'est-à-dire, les compétences sociales, cognitives et la prise de décision. Également, la simulation permet de mettre l'accent sur la façon dont l'environnement, l'organisation et les humains interagissent, d'où l'efficacité de cette approche.

Il appert essentiel d'instaurer de rencontres d'équipe formelles pour créer un espace de discussion où les infirmières peuvent contribuer au déploiement de leur MOR et du fonctionnement de l'équipe (Caronia et al., 2020; Schot et al., 2020). Celles-ci permettent d'établir un plan et d'identifier des buts partagés, ce qui favorise le travail d'équipe (Wei et al., 2022). Pendant la rencontre, des listes des éléments à vérifier et des activités à réaliser peuvent être utilisées pour faciliter le processus et clarifier les rôles de chacun (Heip et al., 2022).

La pandémie a drastiquement transformé la nature des soins dans les USI mettant en évidence l'importance du travail d'équipe (Dinh et al., 2021). En effet, c'est grâce à un travail d'équipe efficace que les différents professionnels dans les USI ont pu faire face à la sévérité et à la complexité des soins requis par les patients atteints de la COVID (Elpern et al., 2021). Par exemple, une équipe dans une USI aux États-Unis, a formé une équipe d'intervention spécialisée dans le positionnement ventrale des patients atteints de détresse respiratoire en raison de la COVID (Elpern et al., 2021). Plusieurs constats ont émergé de cette initiative. En équipe, les membres se sont organisés, ont clarifié et distribué les rôles, ils ont pris des décisions ensemble dans un but commun,

ce qui a favorisé un fonctionnement efficace pour la réalisation de l'intervention (position ventrale). Ils ont appris à mettre en place des rôles complémentaires, car ils ont dû s'aider mutuellement pour atteindre un but commun. Ils ont mis à profit le chevauchement des champs d'exercice, leurs connaissances et expertises respectives pour être plus efficaces ensemble que seuls (Elpern et al., 2021). La COVID aura mis en évidence l'importance du travail d'équipe, de mettre à contribution le chevauchement des champs d'exercice, les expertise et les compétences de chacun.

### **Les implications pour la gestion**

Il est suggéré de revoir l'organisation des soins infirmiers dans les USI et donner aux infirmières des moyens pour qu'elles puissent accomplir au quotidien les activités qui relèvent de leur champ d'exercice et conséquemment mettre de l'avant leur contribution (Déry et al., 2021; McNamara et al., 2011). Une partie du temps de travail des infirmières est accordée à des tâches qui ne relèvent pas de leurs activités, n'exigent pas explicitement des connaissances ou un jugement clinique et peuvent parfois servir à combler des lacunes dans d'autres domaines (Buck et al., 2018; Déry et al., 2021). Ainsi, il faut établir le modèle de distribution des soins à partir de la MOR infirmier optimal, mais également des recommandations pour les USI émises par les instances ayant autorité en matière de santé et à partir de là, établir la dotation en personnel (Bloomer et al., 2019; Déry et al., 2017, p. 62). À ce sujet, la World Federation of Critical Care Nurses (Bloomer et al., 2019) recommande d'optimiser le recours au personnel de soutien non professionnel pour aider aux tâches cléricales ou administratives et ainsi permettre aux infirmières d'assurer des soins infirmiers et le travail d'articulation.

Toutefois, certaines des activités *non cliniques* permettent d'orchestrer les activités de soins, de communiquer de l'information, d'aider à la prise de décision et de relier les différents services ou membres de l'équipe pour permettre l'ensemble du travail, ce qui a été décrit comme le « travail d'articulation » par Postma et al. (2015). À cet effet, Buck et al. (2018, p. 270) décrivent les infirmières en tant que « pôle de communication », ou « l'épicentre » des soins au patient. Ces activités se doivent d'être reconnues, mais également nuancer entre ce qui peut être délégué ou non, et ce, toujours dans la perspective où les infirmières contribuent à l'ensemble des activités de soins et de leur bon déroulement.

Toujours dans l'objectif de favoriser un plein déploiement de la MOR des infirmières, plusieurs chercheurs soutiennent l'implantation de mécanismes favorisant une présence constante des

infirmières auprès des patients (Barr et al., 2020; Chamberlain et al., 2018). Notamment, d'offrir des ratios d'un à deux patients par infirmière et que cette répartition soit établie selon la sévérité de l'état des patients et la complexité de leurs besoins, mais également en tenant compte du profil des infirmières et des activités sur l'unité (Bloomer et al., 2019). D'après une étude transversale sur l'impact des horaires et de l'organisation du travail (n = 2990 infirmières), Emmanuel et al. (2020) ont exposé que chaque patient additionnel attribué à l'infirmière occasionnait des résultats plus faibles au niveau de la continuité de soins et des activités auxiliaires (p. ex., discuter des problèmes de soins avec les collègues, qualité des informations lors des transferts). Ces activités, ainsi que la continuité de soins, permettent d'assurer une meilleure connaissance du patient, le relaie d'informations entre les différents membres de l'équipe et une coordination des soins optimale (Bahr et Weiss, 2019).

Dans l'objectif d'implanter des parcours cliniques, tels qu'abordés précédemment, ou encore pour établir des ensembles d'interventions facilitant le SVM basées sur des résultats probants, les gestionnaires pourraient recourir à un projet de co-conception avec les membres de l'équipe de soins. Selon Walter et al. (2022), cette initiative permet de réduire la résistance aux changements et d'incorporer de nouvelles pratiques. Simultanément, les ateliers en groupe employés dans la co-conception crée l'espace de discussion nécessaire pour le partage de connaissances et d'expériences de chacun, la délimitation des rôles et la reconnaissance de l'expertise de chacun (Dimopoulos-Bick et al., 2019; Walter et al., 2022). Cette approche permet de soutenir la cohésion et les dynamiques interpersonnelles au sein des groupes en place (Dimopoulos-Bick et al., 2019) et d'intervenir sur les différents processus qui influencent la MOR et le fonctionnement de l'équipe.

Dans un autre registre, la COVID a entraîné une augmentation fulgurante des besoins en USI et en VM au Canada (ICIS, 2021). Une forte pression s'est exercée sur les USI pour répondre à cette demande de soins. Il a été nécessaire de redéployer des infirmières insuffisamment préparées dans les USI (Bourgault et Goforth, 2021; Vera San Juan et al., 2022).—Les offres de formations d'intégration dans les USI ont dû mettre l'emphasis sur les priorités les plus urgentes en omettant des éléments fondamentaux de contenu de formation et en offrant un temps insuffisant des périodes d'orientation (Vera San Juan et al., 2022). Conséquemment, cela a entraîné chez les infirmières, un stress énorme et un manque de confiance en leurs compétences générant ainsi un désir de quitter la profession (Berlin et al., 2021; Lavoie-Tremblay et al., 2022). Il faut donc impérativement

reconstruire un contexte de travail dans les USI pour ces infirmières qui les rendra plus confiantes, compétentes et les soutiendra dans l'exercice de leur rôle.

Différentes stratégies de formation doivent être explorées par les gestionnaires des USI, et ce, tout en tenant compte de la complexité du contexte actuel. Dans une revue de la portée (n = 38 articles), menée par Baxendale et al. (2022) il est souligné les impacts positifs de la simulation in-situ. Cette stratégie est reconnue pour sa facilité à être instaurée, pour ses coûts plus abordables et parce qu'elle permet l'intégration de l'apprentissage dans le contexte où l'exercice du rôle se situe (Baxendale et al., 2022). Ce type de stratégie peut s'avérer plus facile à planifier car les participants sont déjà sur place et qu'elle peut être structurée selon le contexte et les ressources disponibles.

De même, le soutien aux nouvelles infirmières ou aux infirmières qui intègrent les USI est une avenue à considérer par les gestionnaires. Dans une revue de la portée (n = 13 articles) de Flores et al. (2021), il est mis en évidence l'importance d'intégrer la simulation, où sont abordés notamment la communication et le travail d'équipe. Des mécanismes comme le préceptorat, sont recommandés, mais également, il est identifié l'importance d'offrir de la rétroaction et d'instaurer un climat de bienveillance pour les infirmières nouvellement intégrées dans les USI.

Avec la situation liée à la pandémie, des signes d'épuisement chez le personnel de la santé se font sentir. Macedo et al. (2019) recommandent de miser sur des interventions favorisant la motivation et l'engagement des membres de l'équipe. Suite à une étude de cas dans une USI au Brésil, Macedo et al. (2019) mentionnent que la formation dispensée dans un contexte de travail a augmenté le bien-être des infirmières, ainsi que le niveau de satisfaction et de motivation. Il est conclu que les gestionnaires avaient fait preuve de leadership pour instaurer des modèles de formation qui ont permis de créer un environnement professionnel de qualité pour les infirmières. L'attractivité de cette organisation est liée à la valorisation et à la reconnaissance qu'elle peut offrir aux professionnels. Ce constat est soutenu par les résultats d'une enquête transversale de Berlin et al. (2021) effectuée auprès de 1705 infirmières au Québec, dont 782 avaient pris soin de patients atteints de la COVID-19. Ces auteurs expliquent que les gestionnaires doivent mettre en place des stratégies témoignant de leur reconnaissance (p. ex., appréciation, récompenses économiques), des moments où les infirmières peuvent se ressourcer, discuter entre elles. Comme formulé par Macedo et al. (2019), il faut aussi favoriser le maintien et le développement de compétences, car les infirmières veulent des opportunités de développement professionnel (Berlin et al., 2021).

Les différentes stratégies proposées ci-haut (p. ex., formation in situ, co conception), offrent des pistes diversifiées basées sur les résultats probants, la MOR des infirmières en contexte des USI et favorise une offre de soins de qualité.

### **Les implications pour la formation infirmière**

La formation et les connaissances spécifiques à la VM sont des caractéristiques liées aux infirmières qui favorisent leur MOR lorsqu'elles sont responsables d'un patient en SVM. La formation sur la VM est sommairement abordée, et ce, de façon variable dans les programmes de premier cycle universitaire (ACESI, 2015). Ainsi, dès la formation initiale, les infirmières doivent être informées de leurs contributions aux soins des patients lors du SVM (Guilhermino et al., 2018; Saritas et al., 2019).

En ce qui concerne la formation à l'intégration et la formation continue, elles doivent refléter le champ d'exercice infirmier et les compétences attendues (p. ex., l'Association des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Canada). Selon Conley (2019), la formation continue et le maintien des connaissances et compétences en USI sont une responsabilité partagée entre les hôpitaux et les infirmières. Il faut instaurer et supporter une culture d'apprentissage et de transfert de connaissances, notamment par un engagement des gestionnaires et par le biais de l'implication des chercheurs (Conley, 2019; Hill et al., 2019; Susomrith et Coetzer, 2019). La formation favorise l'adhésion aux pratiques exemplaires liées au SVM et conséquemment permet aux infirmières de déployer davantage leur rôle d'où la nécessité de l'offrir de façon continue (Adiyeke et al., 2021; Guilhermino et al., 2018; Madhuvu et al., 2020; Paquette et Kilpatrick, 2020; Saritas et al., 2019).

De surcroît, la certification en soins intensifs est suggérée, car elle est reconnue pour améliorer les connaissances, les compétences et l'autonomisation des infirmières (Conley, 2019; Guilhermino et al., 2018; Halm, 2021; Madhuvu et al., 2020; Saritas et al., 2019). Les organismes qui offrent soit, la certification, des formations continues, des bourses d'études ou proposent des normes de compétences doivent être encouragés à développer davantage leur offre de service et soutenir les infirmières en USI à développer une culture d'excellence et prendre confiance en leur identité. Simultanément, ces regroupements fournissent une identité professionnelle unifiée forte et sont une voix pour faire valoir les besoins des infirmières en USI aux gestionnaires, aux instances décisionnelles et gouvernementales (Canadian Association of Critical Care Nurses [CACCN], 2022; Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec [RIISIQ], 2022).

Les résultats montrent la nécessité d'offrir de la formation interprofessionnelle, qui selon plusieurs auteurs, renforce le sentiment d'appartenance et l'engagement, permet une compréhension des rôles, le développement de nouvelles compétences et l'opportunité d'un regard différent sur une situation donnée (Hägg-Martinell et al., 2019; Hill et al., 2019; Homeyer et al., 2018; Wei et al., 2022). De la formation sur l'interprofessionnalisme est déjà intégrée sous différentes modalités dans les curriculums (Grace, 2021). Ainsi, c'est au quotidien que ces apprentissages doivent être intégrés.

Les interactions entre les membres de l'équipe offrent des opportunités d'apprentissage (p. ex., notions sur la VM) et parallèlement, suscitent de bonnes dynamiques interpersonnelles et un travail d'équipe efficace. Cette forme d'apprentissage informelle entre les professionnels doit être favorisée via des activités de stimulations, de formations offertes simultanément aux différents membres de l'équipe ou des groupes de discussion plus formels (Buljac-Samardzic et al., 2020; Hägg-Martinell et al., 2019; Hill et al., 2019; Kilpatrick et al., 2020). La création d'espaces physiques communs (p. ex., salle de repos, pièce pour compléter les dossiers) ou encore l'organisation d'activités sociales (p. ex., team building) favorisent des opportunités d'interactions où les différents membres de l'équipe peuvent développer une familiarité et de bonnes dynamiques interpersonnelles (Hägg-Martinell et al., 2019; Hill et al., 2019; Wei et al., 2022). De plus, offrir des moments de supervision clinique ou d'accompagnement avec d'autres professionnels lors de stage ou de l'intégration dans une unité de soins permettrait cet espace d'échanges (Hägg-Martinell et al., 2019).

### **Les implications pour la recherche**

Considérant que les regroupements d'interventions en interdisciplinarité sont la panacée lors du SVM, il faudrait davantage explorer les effets de ces ensembles d'interventions lorsqu'elles sont menées à la fois par les infirmières et les inhalothérapeutes (Balas et al., 2021). Également, les résultats de ce projet ont mis en évidence la relation réciproque entre la MOR infirmière et le fonctionnement de l'équipe lors du SVM. Ce constat pointe vers l'intérêt à explorer les effets d'une intervention d'équipe sur le SVM et ses résultats sur les patients. Chaque équipe a ses caractéristiques et cela influence leur fonctionnement. Ainsi l'implantation d'interventions pour le SVM, mais selon un devis de recherche participative permettrait d'adapter les activités selon le fonctionnement de l'équipe et les caractéristiques du milieu.

D'autre part, il s'avère impératif de mettre en évidence la contribution des infirmières au SVM. Notamment, en réalisant des recherches portant sur des indicateurs de qualité sensibles aux infirmières. En se basant sur les propositions d'indicateurs de qualité des soins infirmiers (n = 20) issues d'une méthode Delphi (n = 44 experts en USI) de Yang et al. (2019), il est possible d'identifier ceux qui cibleraient la MOR des infirmières lors du SVM, soit le taux d'extubation non planifiée à l'USI, de mobilisation précoce et de PAVM, ainsi que la fréquence de l'évaluation de l'état d'éveil, de la douleur et du délirium.

Les résultats sensibles à la pratique des infirmières lors de la VM et du SVM sont également à exposer. À l'heure actuelle, le taux de PAVM est plus spécifiquement associé aux infirmières (Danielis et al., 2020). D'autres mesures de résultats associés aux interventions visant à modifier la durée de la VM ont été déterminées lors d'un consensus international (p. ex., extubation, taux de réintubation, durée de la VM) (Blackwood et al., 2019). Toutefois, ces résultats ne font pas ressortir la contribution unique des infirmières, car ils sont des résultats interdépendants, c'est-à-dire qu'ils sont influencés par des interventions impliquant différents professionnels ou sont dépendants d'une prescription médicale (Danielis et al., 2020; Doran, 2010).

Ainsi, il est conseillé d'explorer des résultats issus d'interventions autonomes effectuées par des infirmières. De ce fait, ces interventions ont été moins souvent étudiées d'après la revue de la portée de Danielis et al. (2020) (n = 112 articles). Ces chercheurs ont identifié 35 résultats rattachés aux soins infirmiers en USI et parmi lesquels certains pourraient être directement reliés à la VM et son sevrage (p. ex., le confort, le statut de la santé buccale, le niveau d'anxiété). En accord avec les recommandations de Danielis et al. (2020), il faut établir des définitions conceptuelles et opérationnelles homogènes de ces indicateurs pour identifier des résultats perceptifs, issus du champ d'exercice infirmier et des compétences attendues afin de mieux dépeindre l'apport des infirmières en USI (Danielis et al., 2020). Parallèlement, cela désigne la nécessité de développer des interventions situées à l'intérieur du champ d'exercice des infirmières et qui ont une influence sur le SVM. Par exemple, des interventions non pharmacologiques pour favoriser le sommeil ou prévenir le délirium (Burry et al., 2021; Hofhuis et al., 2018). Cependant, il faut soutenir les interventions déjà reconnues et qui manquent d'adhésion, par exemple, les soins buccodentaires ou la mobilisation précoce (Bilodeau et al., 2018; Tanguay et al., 2018).

Il a été décrit dans le présent projet que les infirmières réalisaient des activités moins visibles et identifiables lors du SVM, mais qu'elles font une réelle différence dans le cheminement du patient et dans le fonctionnement de l'équipe. Une étude de temps et mouvement permettrait de mieux comprendre la teneur du déploiement du rôle des infirmières en USI en décrivant les différentes activités cliniques et non cliniques effectuées. Ainsi, pourront être revus les ratios, les notions de charge de travail et la dotation en personnel. Considérant que les caractéristiques des patients (p. ex., délirium, agitation, instabilité hémodynamique) influençaient la MOR des infirmières lors du SVM, il serait pertinent de collecter des données sur les patients dans le cadre d'une étude de temps et mouvements, pour identifier plus clairement l'influence de leurs caractéristiques sur les activités ou la MOR des infirmières.

Lors de l'observation des interactions, l'étudiante-chercheuse a reçu des commentaires favorables des infirmières indiquant que la participation à ce projet de recherche les amenait à se questionner sur leur rôle, approfondir leurs connaissances et développer des liens cliniques. Ainsi, il est suggéré de mettre davantage les infirmières en contact avec des pairs qui font de la recherche pour les sensibiliser à son utilisation dans et pour le développement de l'exercice de leur rôle et dans l'intégration des pratiques exemplaires. Les infirmières chercheuses qui font de la recherche directement sur les unités font office de ressources et de modèles de rôle (Conley, 2019). Idéalement, il faut aussi impliquer les infirmières dans les projets de recherche, car cela favorise une adhésion supérieure aux meilleures pratiques et un déploiement optimal de la MOR infirmier (Friesen-Storms et al., 2015).





## **Chapitre 7 — La conclusion**

Les infirmières en USI ont une contribution importante au déroulement du SVM. Dans le cadre de l'exercice de leur rôle, elles effectuent nombre d'activités en ce qui concerne la surveillance en continu de l'état clinique du patient, la gestion de l'état d'éveil, la prévention des complications associées à la VM et réalisent des activités pour favoriser le SVM. Elles peuvent négocier une place dans l'équipe interprofessionnelle en créant un espace de discussion et en démontrant une reconnaissance de l'expertise des autres membres de l'équipe. Elles ont également une contribution importante dans le fonctionnement de l'équipe en situation de SVM. En fait, il apparaît une relation réciproque entre leur MOR, le travail de frontières et le fonctionnement de l'équipe. Ces concepts centraux sont également associés dans une relation réciproque avec la clarté de rôle et l'emphase mise sur le patient. Lorsqu'assemblés, ces concepts sont les assises d'un déploiement optimal de la MOR des infirmières lors du SVM, d'un travail de frontières réussi et du bon fonctionnement de l'équipe.

Une pleine étendue de la MOR favorise des résultats positifs chez les patients ventilés mécaniquement. Or, les constats du présent projet doctoral ont mis en évidence une MOR sous déployée et un fonctionnement d'équipe modérément positif en situation de SVM. Des infirmières qui ont une vision claire et positive de leur rôle, des connaissances sur la VM, de l'expérience clinique, vont prendre leur place dans l'équipe et contribuer à l'efficacité de son fonctionnement.

Des stratégies ont été identifiées pour améliorer le déploiement de la MOR des rôles infirmiers et le fonctionnement de l'équipe et ainsi favoriser la réussite du SVM chez les patients en USI. Celles-ci incluent l'utilisation d'un protocole, les réunions d'équipe, la formation sur la VM et la connaissance approfondie du patient. Des éléments organisationnels au niveau de l'USI incluant un faible ratio de patients par infirmières sont à revoir pour favoriser une présence continue des infirmières au chevet des patients.

La complexité grandissante des cas hospitalisés en USI montre la nécessité de travailler en interdépendance avec les différents membres de l'équipe de soins. Les futures recherches sur le déploiement de la MOR des infirmières en USI doivent considérer la relation entre la MOR, le fonctionnement de l'équipe et le milieu de soins

## Références

- Abbey, M., Chaboyer, W. et Mitchell, M. (2012). Understanding the work of intensive care nurses: a time and motion study. *Australian Critical Care*, 25(1), 13-22.
- Abbott, A. (2005). Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions\*. *Sociological Theory*, 23(3), 245-274. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.0735-2751.2005.00253.x>
- Abbott, A. D. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press. <http://catalogue.bnf.fr/ark:/12148/cb374728036>
- Abildgren, L., Lebahn-Hadidi, M., Mogensen, C. B., Toft, P., Nielsen, A. B., Frandsen, T. F., Steffensen, S. V. et Hounsgaard, L. (2022). The effectiveness of improving healthcare teams' human factor skills using simulation-based training: a systematic review. *Advances in Simulation*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s41077-022-00207-2>
- Adams, A. M. N., Chamberlain, D. et Giles, T. M. (2019). The perceived and experienced role of the nurse unit manager in supporting the wellbeing of intensive care unit nurses: An integrative literature review. *Australian Critical Care*, 32(4), 319-329.
- Adiyeke, E., Koc, B. I., Coskun, N., Bakan, N., Sen, E., Turan, A. et Ozturk, H. (2021). The Impact of a Multidisciplinary Education Program for Intensive Care Unit Staff Regarding Ventilator Care Bundle on the Frequency of Ventilator-Associated Events. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 40(4), 210-216. <https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000484>
- Aghaie, B., Anoosheh, M., Foroughan, M., Mohammadi, E. et Kazemnejad, A. (2021). A Whirlpool of Stress in Families of Intensive Care Unit Patients: A Qualitative Multicenter Study. *Critical Care Nurse*, 41(3), 55-64. <https://doi.org/10.4037/ccn2021322>
- Alaparthy, G. K., Gatty, A., Samuel, S. R., Amaravadi, S. K. et Plackett, T. (2020). Effectiveness, safety, and barriers to early mobilization in the intensive care unit. *Critical Care Research and Practice*, 2020, 1-14. <https://doi.org/10.1155/2020/7840743>

- Alexanian, J. A., Kitto, S., Rak, K. J. et Reeves, S. (2015). Beyond the team: understanding interprofessional work in two North American ICUs. *Critical care medicine*, 43(9), 1880-1886.
- Allen, D. (2007). What do you do at work? Profession building and doing nursing. *International Nursing Review*, 54(1), 41-48.
- Allen, D. (2009). From boundary concept to boundary object: The practice and politics of care pathway development. *Social Science & Medicine*, 69(3), 354-361. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.002>
- Allen, D. (2014). *The Invisible Work of Nurses: Hospitals, Organisation and Healthcare* (1<sup>e</sup> éd.). Routledge.
- Almerud, S., Alapack, R. J., Fridlund, B. et Ekebergh, M. (2008). Beleaguered by technology: care in technologically intense environments. *Nursing Philosophy*, 9(1), 55-61.
- Almost, J. (2021). *Les soins infirmiers réglementés au Canada : le portrait de 2021*. [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Regulated-Nursing-in-Canada\\_f.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Regulated-Nursing-in-Canada_f.pdf)
- Aloush, S. M. (2018). Nurses' implementation of ventilator-associated pneumonia prevention guidelines: an observational study in Jordan. *Nursing in critical care*, 23(3), 147-151.
- Anderson, A. et Hewner, S. (2021). Care Coordination: A Concept Analysis. *AJN The American Journal of Nursing*, 121(12), 30-38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000803188.10432.e1>
- Anekwe, D. E., Koo, K. K.-Y., de Marchie, M., Goldberg, P., Jayaraman, D. et Spahija, J. (2019). Interprofessional survey of perceived barriers and facilitators to early mobilization of critically ill patients in Montreal, Canada. *Journal of intensive care medicine*, 34(3), 218-226.
- Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). (2015). *Domaine de pratique au niveau du baccalauréat en sciences infirmières : lignes directrices pour les stages cliniques et la simulation*.

Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs (ACIISI). (2017). *Normes pour la pratique infirmière en soins critiques*. A. c. d. i. e. i. e. s. intensifs. [https://www.caccn.ca/en/files/STCACCN%202017%20Standards%20\(5th%20Ed\).pdf](https://www.caccn.ca/en/files/STCACCN%202017%20Standards%20(5th%20Ed).pdf)

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2017). *Plan directeur de l'examen et compétences de la spécialité*. [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/exam\\_blueprint\\_and\\_specialty\\_competencies\\_critical\\_care\\_fr\\_jan2019.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/exam_blueprint_and_specialty_competencies_critical_care_fr_jan2019.pdf)

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2021). *Nombre de certifications de l'AIIC en règle par spécialité/domaine de la pratique infirmière et province ou territoire*. [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Certification-statistics-2021-by-specialty-area-and-province-territory\\_f.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/Certification-statistics-2021-by-specialty-area-and-province-territory_f.pdf)

Atwal, A. et Caldwell, K. (2005). Do all health and social care professionals interact equally: a study of interactions in multidisciplinary teams in the United Kingdom. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 268-273. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2005.00338.x>

Bahr, S. J. et Weiss, M. E. (2019). Clarifying model for continuity of care: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 25(2), e12704. <https://doi.org/10.1111/ijn.12704>

Baid, H. (2016). Patient safety: Identifying and managing complications of mechanical ventilation. *Critical Care Nursing Clinics*, 28(4), 451-462.

Bakhru, R. N., McWilliams, D. J., Wiebe, D. J., Spuhler, V. J. et Schweickert, W. D. (2016). Intensive care unit structure variation and implications for early mobilization practices. An international survey. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(9), 1527-1537.

Balas, M. C., Pun, B. T., Pasero, C., Engel, H. J., Perme, C., Esbrook, C. L., Kelly, T., Hargett, K. D., Posa, P. J. et Barr, J. (2019). Common challenges to effective ABCDEF bundle

- implementation: the ICU liberation campaign experience. *Critical Care Nurse*, 39(1), 46-60.
- Balas, M. C., Tate, J., Tan, A., Pinion, B. et Exline, M. (2021). Evaluation of the Perceived Barriers and Facilitators to Timely Extubation of Critically Ill Adults: An Interprofessional Survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(3), 201-209. <https://doi.org/10.1111/wvn.12493>
- Balas, M. C., Vasilevskis, E. E., Burke, W. J., Boehm, L., Pun, B. T., Olsen, K. M., Peitz, G. J. et Ely, E. W. (2012). Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Critical Care Nurse*, 32(2), 35-47. <https://doi.org/10.4037/ccn2012229>
- Bales, R. F. (1950). *Interaction process analysis; a method for the study of small groups*. Addison-Wesley.
- Barr, J., Fraser, G. L., Puntillo, K., Ely, E. W., Gélinas, C., Dasta, J. F., Davidson, J. E., Devlin, J. W., Kress, J. P. et Joffe, A. M. (2013). Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit: executive summary. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(1), 53-58.
- Barr, J., Ghaferi, A. A., Costa, D. K., Hedlin, H. K., Ding, V. Y., Ross, C., Pun, B. T., Watson, S. R. et Asch, S. M. (2020). Organizational Characteristics Associated With ICU Liberation (ABCDEF) Bundle Implementation by Adult ICUs in Michigan. *Critical care explorations*, 2(8), e0169-e0169. <https://doi.org/10.1097/CCE.000000000000169>
- Baumgarten, M. et Poulsen, I. (2015). Patients' experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 205-214. <https://doi.org/10.1111/scs.12177>
- Baxendale, B., Evans, K., Cowley, A., Bramley, L., Miles, G., Ross, A., Dring, E. et Cooper, J. (2022). GENESS 1—Generating Standards for In-Situ Simulation project: a scoping review and conceptual model. *BMC Medical Education*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03490-9>

- Baxter, P. et Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2008.1573>
- Béduneau, G., Pham, T., Schortgen, F., Piquilloud, L., Zogheib, E., Jonas, M., Grelon, F., Runge, I., Terzi, N. et Grangé, S. (2017). Epidemiology of weaning outcome according to a new definition. The WIND study. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 195(6), 772-783.
- Beebe, T. J., Jacobson, R. M., Jenkins, S. M., Lackore, K. A. et Rutten, L. J. F. (2018). Testing the Impact of Mixed-Mode Designs (Mail and Web) and Multiple Contact Attempts within Mode (Mail or Web) on Clinician Survey Response. *Health Services Research*, 53(S1), 3070-3083. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12827>
- Bellani, G., Laffey, J., Pham, T., Fan, E., Brochard, L., Esteban, A., Gattinoni, L., Van Haren, F., Larsson, A. et McAuley, D. (2016). Epidemiology, patterns of care, and mortality for patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care units in 50 countries. *JAMA*, 315(8), 788-800. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0291>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), 219-234. <https://doi.org/10.1177/1468794112468475>
- Berlin, G., Lapointe, M., Murphy, M. et Viscardi, M. (2021). *Nursing in 2021: Retaining the healthcare workforce when we need it most*. McKinsey & Company Healthcare System & Services. <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/nursing-in-2021-retaining-the-healthcare-workforce-when-we-need-it-most>
- Bilodeau, C., Gallagher, F. et Tanguay, A. (2018). Early mobilization of mechanically ventilated patients: Nursing practice in Quebec intensive care units. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 29 (4), 21-24.



- Birks, M., Davis, J., Smithson, J. et Cant, R. (2016). Registered nurse scope of practice in Australia: an integrative review of the literature. *Contemporary Nurse*, 52(5), 522-543. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1238773>
- Bjurling-Sjöberg, P., Wadensten, B., Pöder, U., Jansson, I. et Nordgren, L. (2018). Struggling for a feasible tool – the process of implementing a clinical pathway in intensive care: a grounded theory study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 831. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3629-1>
- Blackwood, B., Burns, K. E., Cardwell, C. R. et O'Halloran, P. (2014). Protocolized versus non-protocolized weaning for reducing the duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients. *Cochrane database of systematic reviews*, (11).
- Blackwood, B., Junk, C., Lyons, J. D. M., McAuley, D. F. et Rose, L. (2013). Role Responsibilities in Mechanical Ventilation and Weaning in Pediatric Intensive Care Units: A National Survey. *American Journal of Critical Care*, 22(3), 189-197. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013784>
- Blackwood, B., Ringrow, S., Clarke, M., Marshall, J. C., Connolly, B., Rose, L. et McAuley, D. F. (2019). A Core Outcome Set for Critical Care Ventilation Trials. *Critical care medicine*, 47(10), 1324-1331. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003904>
- Bloomer, M. J., Fulbrook, P., Goldsworthy, S., Livesay, S. L., Mitchell, M. L., Williams, G. et Friganovic, A. (2019). World Federation of Critical Care Nurses 2019 Position Statement: Provision of a Critical Care Nursing Workforce. *CONNECT: The World of Critical Care Nursing*, 13(1), 3-7. <https://doi.org/10.1891/1748-6254.13.1.3>
- Bloomer, M. J., Tiruvoipati, R., Tsiripillis, M. et Botha, J. A. (2010). End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study. *Australian Critical Care*, 23(1), 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2009.10.002>
- Boehm, L. M., Pun, B. T., Stollings, J. L., Girard, T. D., Rock, P., Hough, C. L., Hsieh, S. J., Khan, B. A., Owens, R. L. et Schmidt, G. A. (2020). A multisite study of nurse-reported

- perceptions and practice of ABCDEF bundle components. *Intensive and Critical Care Nursing*, 60, 102872.
- Bonner, A. et Tolhurst, G. (2002). Insider-outsider perspectives of participant observation. *Nurse Researcher (through 2013)*, 9(4), 7.
- Bourgault, A. M. et Goforth, C. (2021). Embrace teamwork to create and maintain a positive workplace culture. *Critical Care Nurse*, 41(3), 8-10. <https://doi.org/10.4037/ccn2021662>
- Brault, I., Kilpatrick, K., D'Amour, D., Contandriopoulos, D., Chouinard, V., Dubois, C.-A., Perroux, M. et Beaulieu, M.-D. (2014). Role Clarification Processes for Better Integration of Nurse Practitioners into Primary Healthcare Teams: A Multiple-Case Study. *Nursing Research and Practice*, 2014, 170514. <https://doi.org/10.1155/2014/170514>
- Bucher, S. V., Chreim, S., Langley, A. et Reay, T. (2016). Contestation about collaboration: Discursive boundary work among professions. *Organization Studies*, 37(4), 497-522.
- Buck, J., Loversidge, J., Chipps, E., Gallagher-Ford, L., Genter, L. et Yen, P.-Y. (2018). Top-of-license nursing practice: Describing common nursing activities and nurses' experiences that hinder top-of-license practice, part 1. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(5), 266-271.
- Bucknall, T. K. (2000). Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of clinical nursing*, 9(1), 25-35.
- Buljac-Samardzic, M., Doekhie, K. D. et van Wijngaarden, J. D. H. (2020). Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Human Resources for Health*, 18(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
- Burns, K. E., Raptis, S., Nisenbaum, R., Rizvi, L., Jones, A., Bakshi, J., Tan, W., Meret, A., Cook, D. J. et Lellouche, F. (2018). International practice variation in weaning critically ill adults from invasive mechanical ventilation. *Annals of the American Thoracic Society*, 15(4), 494-502.

- Burns, K. E. A., Rizvi, L., Cook, D. J., Lebovic, G., Dodek, P., Villar, J., Slutsky, A. S., Jones, A., Kapadia, F. N. et Gattas, D. J. (2021). Ventilator Weaning and Discontinuation Practices for Critically Ill Patients. *JAMA*, 325(12), 1173-1184.
- Burns, S. M. (2009). Pulmonary critical care in the United States of America: a complex issue. *Intensive & critical care nursing*, 25(1), 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.11.001>
- Burns, S. M. (2012). Adherence to sedation withdrawal protocols and guidelines in ventilated patients. *Clinical Nurse Specialist*, 26(1), 22-28.
- Burns, S. M., Fisher, C., Tribble, S. S., Lewis, R., Merrel, P., Conaway, M. R. et Bleck, T. P. (2010). Multifactor Clinical Score and Outcome of Mechanical Ventilation Weaning Trials: Burns Wean Assessment Program. *American Journal of Critical Care*, 19(5), 431-439. <https://doi.org/10.4037/ajcc2010273>
- Burry, L. D., Cheng, W., Williamson, D. R., Adhikari, N. K., Egerod, I., Kanji, S., Martin, C. M., Hutton, B. et Rose, L. (2021). Pharmacological and non-pharmacological interventions to prevent delirium in critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 47(9), 943-960. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06490-3>
- Canadian Association of Critical Care Nurses (CACCN). (2022). *About CACCN*. <https://caccn.ca/about-caccn/>
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). (2010). *A National Interprofessional Competency Framework, Canadian*. Interprofessional Health Collaborative (CIHC), Vancouver, Canada, 2010. <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>
- Carnevale, F. A., Macdonald, M. E., Bluebond-Langner, M. et McKeever, P. (2008). Using participant observation in pediatric health care settings: ethical challenges and solutions. *Journal of Child Health Care*, 12(1), 18-32. <https://doi.org/10.1177/1367493507085616>
- Caronia, L., Saglietti, M. et Chierigato, A. (2020). Challenging the interprofessional epistemic boundaries: The practices of informing in nurse-physician interaction. *Social Science & Medicine*, 246, 112732. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112732>

- Casey, D. (2004). Challenges of collecting data in the clinical setting. *NT Research*, 9(2), 131-141. <https://doi.org/10.1177/136140960400900208>
- Casey, D. (2007). Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 580-592. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01557.x>
- Casey, D. et Houghton, C. (2010). Clarifying case study research: Examples from practice. *Nurse researcher*, 17(3).
- Catchpole, K., Neyens, D. M., Abernathy, J., Allison, D., Joseph, A. et Reeves, S. T. (2017). Framework for direct observation of performance and safety in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 26(12), 1015-1021. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006407>
- Cederwall, C.-J., Olausson, S., Rose, L., Naredi, S. et Ringdal, M. (2018). Person-centred care during prolonged weaning from mechanical ventilation, nurses' views: an interview study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 46, 32-37.
- Chahoud, J., Semaan, A. et Almoosa, K. F. (2015). Ventilator-associated events prevention, learning lessons from the past: A systematic review. *Heart & Lung*, 44(3), 251-259. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.01.010>
- Chamberlain, D., Pollock, W. et Fulbrook, P. (2018). ACCCN workforce standards for intensive care nursing: systematic and evidence review, development, and appraisal. *Australian Critical Care*, 31(5), 292-302.
- Chammas, G. (2020, Feb 2020). The Insider-Researcher Status: A Challenge for Social Work Practice Research. *The Qualitative Report*, 25(2), 537-552. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/insider-researcher-status-challenge-social-work/docview/2397634422/se-2>
- Cherryholmes, C. H. (1992). Notes on pragmatism and scientific realism. *Educational Researcher*, 21(6), 13-17.

- Chreim, S., Langley, A., Comeau-Vallée, M., Huq, J.-L. et Reay, T. (2013). Leadership as boundary work in healthcare teams. *Leadership*, 9(2), 201-228.
- Cohen, S. G. et Bailey, D. E. (1997). What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite. *Journal of Management*, 23(3), 239-290. <https://doi.org/10.1177/014920639702300303>
- Cometti, J.-P. (2010). *Qu'est-ce que le pragmatisme?* Montréal : Gallimard, Folio essais.
- Congdon, J., Craft, J. et Christensen, M. (2020). Are we measuring nursing workflow correctly? A literature review. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 29(21), 1252–1259. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.21.1252>
- Conley, P. (2019). Certified and Advanced Degree Critical Care Nurses Improve Patient Outcomes. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(2), 108-112. <https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000342>
- Conn, L. G., Haas, B., Cuthbertson, B. H., Amaral, A. C., Coburn, N. et Nathens, A. B. (2016). Communication and culture in the surgical intensive care unit: Boundary production and the improvement of patient care. *Qualitative Health Research*, 26(7), 895-906.
- Connolly, M., Jacobs, S. et Scott, K. (2018). Clinical leadership, structural empowerment and psychological empowerment of registered nurses working in an emergency department. *Journal of Nursing Management*, 26, 881– 887. <https://doi.org/10.1111/jonm.12619>
- Connor, L. O. (2012). Critical care nurses' judgement of pain status: A case study design. *Intensive & Critical Care Nursing*, 28(4), 215-223. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.01.004>
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNGC) et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2018). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. <https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2018-fr-interactive-final.pdf>

- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSHC), Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNGC) et Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2021). *Cadre de référence des trois organismes sur la Conduite responsable de la recherche*. <https://rcr.ethics.gc.ca/fra/documents/framework-cadre-2021-fr.pdf>
- Corner, B. et Lemonde, M. (2019). Survey techniques for nursing studies. *Canadian oncology nursing journal = Revue canadienne de nursing oncologique*, 29(1), 58-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31148667>
- Costa, D. K., Barg, F. K., Asch, D. A. et Kahn, J. M. (2014). Facilitators of an interprofessional approach to care in medical and mixed medical/surgical ICUs: a multicenter qualitative study. *Research in nursing & health*, 37(4), 326-335.
- Costa, D. K., Valley, T. S., Miller, M. A., Manojlovich, M., Watson, S. R., McLellan, P., Pope, C., Hyzy, R. C. et Iwashyna, T. J. (2018). ICU team composition and its association with ABCDE implementation in a quality collaborative. *Journal of critical care*, 44, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.09.180>
- Costa, D. K., White, M., Ginier, E., Manojlovich, M., Govindan, S., Iwashyna, T. J. et Sales, A. E. (2017). Identifying barriers to delivering the ABCDE bundle to minimize adverse outcomes for mechanically ventilated patients: a systematic review. *Chest*, 152(2), 304.
- Creswell, J. W. et Poth, C. N. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Crocker, C. et Scholes, J. (2009). The importance of knowing the patient in weaning from mechanical ventilation. *Nursing in critical care*, 14(6), 289-296.
- Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micaroni, S. P. M. et Chatterjee, G. E. (2018, 2018/09/01/). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 85, 19-60. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016>

- 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. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255.
- Danielis, M., Palese, A., Terzoni, S. et Destrebecq, A. L. L. (2020). What nursing sensitive outcomes have been studied to-date among patients cared for in intensive care units? Findings from a scoping review. *International journal of nursing studies*, 102, 103491.
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., Kon, A. A., ... et Curtis, J. R. (2017). Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Critical care medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>
- Davis, D., Maughan, E. D., White, K. A. et Slota, M. (2021). School nursing for the 21st century: assessing scope of practice in the current workforce. *The Journal of School Nursing : The Official Publication of the National Association of School Nurses*, 37(5), 374–386. <https://doi.org/10.1177/1059840519880605>
- Delisle, S., Ouellet, P., Bellemare, P., Tétrault, J.-P. et Arsenault, P. (2011). Sleep quality in mechanically ventilated patients: comparison between NAVA and PSV modes. *Annals of intensive care*, 1(1), 1-8.
- DeMellow, J. M., Kim, T. Y., Romano, P. S., Drake, C. et Balas, M. C. (2020). Factors associated with ABCDE bundle adherence in critically ill adults requiring mechanical ventilation: An observational design. *Intensive and Critical Care Nursing*, 60, 102873.
- Déry, J., Clarke, S. P., D'Amour, D. et Blais, R. (2016). Education and role title as predictors of enacted (actual) scope of practice in generalist nurses in a pediatric academic health sciences center. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 46(5), 265-270.
- Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55.

- Déry, J., Paquet, M., Boyer, L., Dubois, S., Lavigne, G. et Lavoie-Tremblay, M. (2021). Optimizing nurses' enacted scope of practice to its full potential as an integrated strategy for the continuous improvement of clinical performance: A multicentre descriptive analysis. *Journal of Nursing Management*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/jonm.13473>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G. L., Harris, J. E., Joffe, A. M., Kho, M. E., Kress, J. P., Lanphere, J. A., McKinley, S., Neufeld, K. J., Pisani, M. A., Payen, J. F., Pun, B. T., Puntillo, K. A., Riker, R. R., Robinson, B. R. H., Shehabi, Y., Szumita, P. M., Winkelman, C., Centofanti, J. E., Price, C., Nikayin, S., Misak, C. J., Flood, P. D., Kiedrowski, K. et Alhazzani, W. (2018). Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Critical care medicine*, 46(9), e825–e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
- Dewey, J. (2005). La réalité comme expérience. *Tracés. Revue de sciences humaines*, (9), 83-91. <https://doi.org/10.4000/traces.204>
- Dietz, A. S., Pronovost, P. J., Mendez-Tellez, P. A., Wyskiel, R., Marsteller, J. A., Thompson, D. A. et Rosen, M. A. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit: what do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *Journal of critical care*, 29(6), 908-914.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D. et Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: the tailored design method*. John Wiley & Sons.
- Dimopoulos-Bick, T. L., O'Connor, C., Montgomery, J., Szanto, T., Fisher, M., Sutherland, V., Baines, H., Orcher, P., Stubbs, J. et Maher, L. (2019). “Anyone can co-design?”: A case study synthesis of six experience-based co-design (EBCD) projects for healthcare systems improvement in New South Wales, Australia. *Patient Experience Journal*, 6(2), 93-104. <https://doi.org/10.35680/2372-0247.1365>



- Dinh, J. V., Schweissing, E. J., Venkatesh, A., Traylor, A. M., Kilcullen, M. P., Perez, J. A. et Salas, E. (2021). The study of teamwork processes within the dynamic domains of healthcare: a systematic and taxonomic review. *Frontiers in Communication*, 6. <https://doi.org/10.3389/fcomm.2021.617928>
- Dithole, K., Thupayagale-Tshweneagae, G., Akpor, O. A. et Moleki, M. M. (2017). Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. *BMC nursing*, 16(1), 1-6.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. how can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Donnelly, G. et Domm, L. (2014). Conceptualizing an expanded role for RNs.
- Donovan, A. L., Aldrich, J. M., Gross, A. K., Barchas, D. M., Thornton, K. C., Schell-Chaple, H. M., Gropper, M. A. et Lipshutz, A. K. (2018). Interprofessional care and teamwork in the ICU. *Critical care medicine*, 46(6), 980-990.
- Doody, O. et Doody, C. M. (2015). Conducting a pilot study: case study of a novice researcher. *British Journal of Nursing*, 24(21), 1074-1078. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.21.1074>
- Doran, D. (2010). *Nursing outcomes*. Jones & Bartlett Learning.
- Drouot, X., Roche-Campo, F., Thille, A. W., Cabello, B., Galia, F., Margarit, L., d'Ortho, M.-P. et Brochard, L. (2012). A new classification for sleep analysis in critically ill patients. *Sleep medicine*, 13(1), 7-14.
- Durand, S., Harvey, B. et D'Anjou, H. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- Eckerblad, J., Eriksson, H., Kärner, A. et Edéll-Gustafsson, U. (2009). Nurses' conceptions of facilitative strategies of weaning patients from mechanical ventilation—A phenomenographic study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(5), 225-232.

- Egerod, I. (2002). Uncertain terms of sedation in ICU. How nurses and physicians manage and describe sedation for mechanically ventilated patients. *Journal of clinical nursing*, 11(6), 831-840.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550. <https://doi.org/10.5465/amr.1989.4308385>
- Eisenhardt, K. M. et Graebner, M. E. (2007). Theory Building From Cases: Opportunities And Challenges. *Academy of Management Journal*, 50(1), 25-32. <https://doi.org/10.5465/amj.2007.24160888>
- Eliassen, K. M. et Hopstock, L. A. (2011). Sleep promotion in the intensive care unit—a survey of nurses' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(3), 138-142.
- Elliott, S. et Morrell-Scott, N. (2017). Care of patients undergoing weaning from mechanical ventilation in critical care. *Nursing Standard*, 32(13), 41-51. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10854>
- Elpern, E. H., Nedved, P., Weiss, T., Patel, A. D., et Cerda, F. (2021). Implementing a multidisciplinary prone positioning team. *The American Journal of Nursing*, 121(6), 48-53. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000753652.63203.78>
- Elo, S. et Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Ely, E. W. (2017). The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. *Critical care medicine*, 45(2), 321-330. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002175>
- Ely, E. W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J. W. W., Wheeler, A. P., Gordon, S., Francis, J., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Sessler, C. N., Dittus, R. S. et Bernard, G. R. (2003). Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA*, 289(22), 2983-2991. <https://doi.org/10.1001/jama.289.22.2983>

- Emmanuel, T., Dall'Ora, C., Ewings, S. et Griffiths, P. (2020). Are long shifts, overtime and staffing levels associated with nurses' opportunity for educational activities, communication and continuity of care assignments? A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 2, 100002. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2020.100002>
- Engel, H. J., Needham, D. M., Morris, P. E. et Gropper, M. A. (2013). ICU Early Mobilization: From Recommendation to Implementation at Three Medical Centers. *Critical care medicine*, 41(9), S69-S80. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a240d5>
- Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R. et Weingart, L. R. (2018). Teamwork in the intensive care unit. *American Psychologist*, 73(4), 468.
- Esteban, A., Ferguson, N. D., Meade, M. O., Frutos-Vivar, F., Apezteguia, C., Brochard, L., Raymondos, K., Nin, N., Hurtado, J. et Tomicic, V. (2008). Evolution of mechanical ventilation in response to clinical research. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 177(2), 170-177.
- Fealy, G., Casey, M., Brady, A.-M., Hegarty, J., Kennedy, C., McNamara, M., O'Reilly, P., Prizeman, G. et Rohde, D. (2014). National review of the scope of nursing and midwifery practice framework. Final report.
- Fealy, G., Casey, M., Rohde, D., Brady, A.-M., Hegarty, J., Kennedy, C., McNamara, M., O'Reilly, P. et Prizeman, G. (2015). Scope of practice decision making: findings from a national survey of Irish nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), 2871-2880. <https://doi.org/10.1111/jocn.12896>
- Feringa, M. M., De Swardt, H. C. et Havenga, Y. (2018). Registered nurses' knowledge, attitude, practice and regulation regarding their scope of practice: A literature review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 8, 87-97. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.04.001>
- Fetters, M. D. et Freshwater, D. (2015). The 1 + 1 = 3 Integration Challenge. *Journal of Mixed Methods Research*, 9(2), 115-117. <https://doi.org/10.1177/1558689815581222>

- Flores, D., Imperadeiro, I., Correia, P., Madureira, M., Sousa, P. et Veludo, F. (2021). Difficulties and strategies associated with nurse integration in critical care provision: a scoping review. *Enfermeria Global*, 21(2), 501-516. <https://doi.org/10.6018/eglobal.478501>
- Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P. et Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology & Health*, 25(10), 1229-1245. <https://doi.org/10.1080/08870440903194015>
- Freedman, N. S., Gazendam, J., Levan, L., Pack, A. I. et Schwab, R. J. (2001). Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 163(2), 451-457.
- Freidson, E. (1976). The division of labor as social interaction. *Social problems*, 23(3), 304-313.
- Friesen-Storms, J. H., Moser, A., van der Loo, S., Beurskens, A. J. et Bours, G. J. (2015). Systematic implementation of evidence-based practice in a clinical nursing setting: a participatory action research project. *Journal of Clinical Nursing*, 24(1-2), 57-68. <https://doi.org/10.1111/jocn.12697>
- Furukawa, A. et Kashiwagi, K. (2021). The relationship between leadership behaviours of ward nurse managers and teamwork competency of nursing staff: A cross-sectional study in Japanese hospitals. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 2056-2064.
- Ganz, F. D., Toren, O. et Fadlon, Y. (2016). Factors Associated With Full Implementation of Scope of Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(3), 285-293. <https://doi.org/10.1111/jnu.12203>
- Gérard, B., D'hont, L. et Oboeuf, A. (2013). Repérer les relations socio-affectives dans les groupes organisés. Le «détournement» de la grille d'observation de Bales». *Recherches Qualitatives*, 32(2), 103-128.
- Goldfarb, M. J., Bibas, L., Bartlett, V., Jones, H. et Khan, N. (2017). Outcomes of patient-and family-centered care interventions in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Critical care medicine*, 45(10), 1751-1761.

- Goldman, J., Kitto, S. et Reeves, S. (2018). Examining the implementation of collaborative competencies in a critical care setting: Key challenges for enacting competency-based education. *Journal of interprofessional care*, 32(4), 407-415.
- Grace, S. (2021, 2021/09/03). Models of interprofessional education for healthcare students: a scoping review. *Journal of Interprofessional Care*, 35(5), 771-783. <https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1767045>
- Griffith, A. I. (1998). Insider / Outsider: Epistemological privilege and mothering work. *Human Studies*, 21(4), 361–376.
- Guetterman, T. C., Feters, M. D. et Creswell, J. W. (2015). Integrating Quantitative and Qualitative Results in Health Science Mixed Methods Research Through Joint Displays. *The Annals of Family Medicine*, 13(6), 554-561. <https://doi.org/10.1370/afm.1865>
- Guilhermino, M. C., Inder, K. J. et Sundin, D. (2018). Education on invasive mechanical ventilation involving intensive care nurses: a systematic review. *Nursing in critical care*, 23(5), 245-255. <https://doi.org/10.1111/nicc.12346>
- Gunther, I., Pradhan, D., Lubinsky, A., Urquhart, A., Thompson, J. A. et Reynolds, S. (2021). Use of a Multidisciplinary Mechanical Ventilation Weaning Protocol to Improve Patient Outcomes and Empower Staff in a Medical Intensive Care Unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 40(2), 67-74.
- Hägg-Martinell, A., Hult, H., Henriksson, P. et Kiessling, A. (2019). Possibilities for interprofessional learning at a Swedish acute healthcare ward not dedicated to interprofessional education: an ethnographic study. *BMJ Open*, 9(7), e027590. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027590>
- Haines, K. J., Kelly, P., Fitzgerald, P., Skinner, E. H. et Iwashyna, T. J. (2017). The Untapped Potential of Patient and Family Engagement in the Organization of Critical Care. *Critical care medicine*, 45(5), 899-906. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000002282>
- Halm, M. A. (2021). Specialty Certification: A Path To Improving Outcomes. *American Journal of Critical Care*, 30(2), 156-160. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021569>

- Haugdahl, H. S., Storli, S., Rose, L., Romild, U. et Egerod, I. (2014). Perceived decisional responsibility for mechanical ventilation and weaning: a Norwegian survey. *Nursing in critical care*, 19(1), 18-25. <https://doi.org/10.1111/nicc.12051>
- Hawryluck, L. A., Espin, S. L., Garwood, K. C., Evans, C. A. et Lingard, L. A. (2002). Pulling together and pushing apart: tides of tension in the ICU team. *Academic Medicine*, 77(10), S73-S76.
- Hayashida, K., Umegaki, T., Ikai, H., Murakami, G., Nishimura, M. et Imanaka, Y. (2016). The relationship between sedative drug utilization and outcomes in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *Journal of anesthesia*, 30(5), 763-769.
- He, Q., Wang, W., Zhu, S., Wang, M., Kang, Y., Zhang, R., Zou, K., Zong, Z. et Sun, X. (2021). The epidemiology and clinical outcomes of ventilator-associated events among 20,769 mechanically ventilated patients at intensive care units: an observational study. *Critical Care*, 25(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03484-x>
- Heip, T., Van Hecke, A., Malfait, S., Van Biesen, W. et Eeckloo, K. (2022). The Effects of Interdisciplinary Bedside Rounds on Patient Centeredness, Quality of Care, and Team Collaboration: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e40-e44. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000695>
- Hill, H., Morehead, E. K., Gurbutt, D., Keeling, J. et Gordon, M. (2019). 12 tips for developing inter-professional education (IPE) in healthcare. *MedEdPublish*, 8(1). <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000069.1>
- Hirzallah, F. M., Alkaissi, A. et do Céu Barbieri-Figueiredo, M. (2019). A systematic review of nurse-led weaning protocol for mechanically ventilated adult patients. *Nursing in critical care*, 24(2), 89-96.
- Hofhuis, J. G. M., Rose, L., Blackwood, B., Akerman, E., McGaughey, J., Egerod, I., Fossum, M., Foss, H., Georgiou, E., Graff, H. J., Kalafati, M., Sperlinga, R., Berardo, A., Schäfer, A., Wojnicka, A. G. et Spronk, P. E. (2018). Clinical practices to promote sleep in the ICU: A

- multinational survey. *International journal of nursing studies*, 81, 107-114.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.001>
- Homeyer, S., Hoffmann, W., Hingst, P., Oppermann, R. F. et Dreier-Wolfgramm, A. (2018). Effects of interprofessional education for medical and nursing students: enablers, barriers and expectations for optimizing future interprofessional collaboration—a qualitative study. *BMC nursing*, 17(1), 1-10.
- Houghton, C. E., Casey, D., Shaw, D. et Murphy, K. (2010). Ethical challenges in qualitative research: examples from practice. *Nurse researcher*, 18(1), 15-25.
- Hudson, C. C., Gauvin, S., Tabanfar, R., Poffenroth, A. M., Lee, J. S. et O’Riordan, A. L. (2017). Promotion of role clarification in the Health Care Team Challenge. *Journal of Interprofessional Care*, 31(3), 401-403. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1258393>
- Hunter, A., Johnson, L. et Coustasse, A. (2020). Reduction of Intensive Care Unit Length of Stay: The Case of Early Mobilization. *The Health Care Manager*, 39(3), 109-116.  
<https://doi.org/10.1097/hcm.0000000000000295>
- Huth, C., Kelly, B. et Van Sell, S. (2017). Interdependence: A Concept Analysis.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2016). *Les unités de soins intensifs au Canada*.  
[https://secure.cihi.ca/free\\_products/ICU\\_Report\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/ICU_Report_FR.pdf)
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2021). *Incidence de la COVID-19 sur les services hospitaliers*. <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/services-hospitaliers>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). *État des connaissances sur les modes d'organisation des services de soins intensifs*.  
<https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2019). *La prévention de la pneumonie acquise sous ventilation mécanique - Comité sur les infections nosocomiales du Québec*.

[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2602\\_prevention\\_pneumonie\\_ventilation.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2602_prevention_pneumonie_ventilation.pdf)

Institute for Healthcare Improvement (IHI). (2022). *Tools - Ventilator bundle checklist*.

<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/VentilatorBundleChecklist.aspx>

International Council of Nurses (ICN). (2013). *Le domaine de la pratique des soins infirmiers - Prise de position du CII*. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07_Domaine_pratique_soins-Fr.pdf)

[files/B07\\_Domaine\\_pratique\\_soins-Fr.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07_Domaine_pratique_soins-Fr.pdf)

Irvine, D., Sidani, S. et Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 56-64.

Jackson, K., White, D. E., Besner, J. et Norris, J. M. (2014). Optimizing enactment of nursing roles: redesigning care processes and structures. *Journal of Healthcare Leadership*, 6, 1-14.

Jansson, M. M., Syrjälä, H. P. et Ala-Kokko, T. I. (2019). Implementation of strategies to liberate patients from mechanical ventilation in a tertiary-level medical center. *American journal of infection control*, 47(9), 1065-1070.

Jansson, M. M., Syrjälä, H. P., Talman, K., Meriläinen, M. H. et Ala-Kokko, T. I. (2018, 2018/09/01/). Critical care nurses' knowledge of, adherence to, and barriers toward institution-specific ventilator bundle. *American Journal of Infection Control*, 46(9), 1051-1056. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.02.004>

Johnson, J. L., Adkins, D. et Chauvin, S. (2020). A Review of the Quality Indicators of Rigor in Qualitative Research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(1), 7120. <https://doi.org/10.5688/ajpe7120>

Jordan, J., Rose, L., Dainty, K. N., Noyes, J. et Blackwood, B. (2016). Factors that impact on the use of mechanical ventilation weaning protocols in critically ill adults and children: a qualitative evidence-synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).



- Kamdar, B. B., Knauert, M. P., Jones, S. F., Parsons, E. C., Parthasarathy, S. et Pisani, M. A. (2016). Perceptions and practices regarding sleep in the intensive care unit. A survey of 1,223 critical care providers. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(8), 1370-1377.
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T. et Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International journal of nursing studies*, 79, 70-83.
- Karam, M., Chouinard, M.-C., Poitras, M.-E., Couturier, Y., Vedel, I., Grgurevic, N. et Hudon, C. (2021). Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review. *International journal of integrated care*, 21(1), 16-16. <https://doi.org/10.5334/ijic.5518>
- Kaushik, V. et Walsh, C. A. (2019). Pragmatism as a Research Paradigm and Its Implications for Social Work Research. *Social Sciences*, 8(9), 255. <https://www.mdpi.com/2076-0760/8/9/255>
- Kendall-Gallagher, D., Reeves, S., Alexanian, J. A. et Kitto, S. (2017). A nursing perspective of interprofessional work in critical care: Findings from a secondary analysis. *Journal of critical care*, 38, 20-26.
- Keyko, K., Cummings, G. G., Yonge, O. et Wong, C. A. (2016). Work engagement in professional nursing practice: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 61, 142-164.
- Khalafi, A., Elahi, N. et Ahmadi, F. (2016). Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 37, 37-45.
- Kilpatrick, K. (2013). How do nurse practitioners in acute care affect perceptions of team effectiveness? *Journal of Clinical Nursing*, 22(17-18), 2636-2647. <https://doi.org/10.1111/jocn.12198>

- Kilpatrick, K., Jabbour, M. et Fortin, C. (2016). Processes in healthcare teams that include nurse practitioners: what do patients and families perceive to be effective? *Journal of Clinical Nursing*, 25(5-6), 619-630. <https://doi.org/10.1111/jocn.13085>
- Kilpatrick, K., Jabbour, M., Tchouaket, É., Acorn, M., Donald, F. et Hains, S. (2019). Implementing primary healthcare nurse practitioners in long-term care teams: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(6), 1306-1315. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jan.13962>
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L. et Doran, D. (2012). Boundary work and the introduction of acute care nurse practitioners in healthcare teams. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1504-1515. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05895.x>
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Ritchie, J. A., Lamothe, L., Doran, D. et Rochefort, C. (2012). How are acute care nurse practitioners enacting their roles in healthcare teams? A descriptive multiple-case study. *International journal of nursing studies*, 49(7), 850-862. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.01.011>
- Kilpatrick, K., Lavoie-Tremblay, M., Lamothe, L., Ritchie, J. A. et Doran, D. (2013). Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 205-217.
- Kilpatrick, K., Paquette, L., Bird, M., Jabbour, M., Carter, N. et Tchouaket, É. (2019). Team Functioning And Beliefs About Team Effectiveness In Inter-Professional Teams: Questionnaire Development And Validation. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 12, 827-839. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S218540>
- Kilpatrick, K., Paquette, L., Jabbour, M., Tchouaket, E., Fernandez, N., Al Hakim, G., Landry, V., Gauthier, N., Beaulieu, M.-D. et Dubois, C.-A. (2020). Systematic review of the characteristics of brief team interventions to clarify roles and improve functioning in healthcare teams. *PloS one*, 15(6), e0234416.

- Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Fernandez, N., Jabbour, M., Dubois, C.-A., Paquette, L., Landry, V., Gauthier, N. et Beaulieu, M.-D. (2021). Patient and family views of team functioning in primary healthcare teams with nurse practitioners: a survey of patient-reported experience and outcomes. *BMC Family Practice*, 22(1), 1-14.
- Kiyoshi-Teo, H., Cabana, M. D., Froelicher, E. S. et Blegen, M. A. (2014). Adherence to institution-specific ventilator-associated pneumonia prevention guidelines. *American Journal of Critical Care*, 23(3), 201-215.
- Klem, H. E., Tveiten, T. S., Beitland, S., Malerød, S., Kristoffersen, D. T., Dalsnes, T., Nupen-Stieng, M. B. et Larun, L. (2021). Early activity in mechanically ventilated patients - a meta-analysis. Tidlig aktivitet hos respiratorpasienter – en metaanalyse. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*, 141(8). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0351>
- Klompas, M., Anderson, D., Trick, W., Babcock, H., Kerlin, M. P., Li, L., Sinkowitz-Cochran, R., Ely, E. W., Jernigan, J. et Magill, S. (2015). The preventability of ventilator-associated events. The CDC prevention epicenters wake up and breathe collaborative. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 191(3), 292-301.
- Knauert, M. P., Malik, V. et Kamdar, B. B. (2014). Sleep and sleep disordered breathing in hospitalized patients. Dans. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*.
- Kobayashi, H., Uchino, S., Takinami, M. et Uezono, S. (2017). The impact of ventilator-associated events in critically ill subjects with prolonged mechanical ventilation. *Respiratory Care*, 62(11), 1379–1386. <https://doi.org/10.4187/respcare.05073>
- Koo, K. K., Choong, K., Cook, D. J., Herridge, M., Newman, A., Lo, V., Guyatt, G., Priestap, F., Campbell, E. et Burns, K. E. (2016). Early mobilization of critically ill adults: a survey of knowledge, perceptions and practices of Canadian physicians and physiotherapists. *CMAJ open*, 4(3), E448.
- Kotfis, K., Marra, A. et Ely, E. W. (2018). ICU delirium - A diagnostic and therapeutic challenge in the intensive care unit. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 50(2).

<https://www.termedia.pl/ICU-delirium-a-diagnostic-and-therapeutic-challenge-in-the-intensive-care-unit,118,37993,1,1.html>

- Kydonaki, K., Huby, G. et Tocher, J. (2014). Difficult to wean patients: cultural factors and their impact on weaning decision-making. *Journal of clinical nursing*, 23(5-6), 683-693.
- Ladbrook, E., Bouchoucha, S. L. et Hutchinson, A. (2019). Lessons learned from a rapid implementation of a ventilator-associated pneumonia prevention bundle. *Journal of infection prevention*, 20(6), 274-280.
- Larsen, M. H., Johannessen, G. I. et Heggdal, K. (2022). Nursing interventions to cover patients' basic needs in the intensive care context – A systematic review. *Nursing Open*, 9(1), 122-139. <https://doi.org/10.1002/nop2.1110>
- Lavelle, C. et Dowling, M. (2011). The factors which influence nurses when weaning patients from mechanical ventilation: findings from a qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(5), 244-252.
- Lavoie-Tremblay, M., Gélinas, C., Aubé, T., Tchouaket, E., Tremblay, D., Gagnon, M.-P. et Côté, J. (2022). Influence of caring for COVID-19 patients on nurse's turnover, work satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 30(1), 33–43. <https://doi.org/10.1111/jonm.13462>
- Lawal, A. K., Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Ronellenfitsch, U., Scott, S. D., Goodridge, D., Plishka, C. et Groot, G. (2016). What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. *BMC Medicine*, 14(1), 35. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0580-z>
- Lebel, V. et Charette, S. (2021). Nursing Interventions to Reduce Stress in Families of Critical Care Patients: An Integrative Review. *Critical Care Nurse*, 41(1), 32-44. <https://doi.org/10.4037/ccn2021188>
- Lee, P. S. P., Lee, K. L., Betts, J. A. et Law, K. I. (2017). Metabolic requirement of septic shock patients before and after liberation from mechanical ventilation. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 41(6), 993-999.

- Leite, M. A., Osaku, E. F., Costa, C. R. L. d. M., Cândia, M. F., Toccolini, B., Covatti, C., Costa, N. L., Nogueira, S. T., Ogasawara, S. M. et de Albuquerque, C. E. (2014). Delirium during weaning from mechanical ventilation. *Critical Care Research and Practice*, 2014.
- Liberati, E. G., Gorli, M. et Scaratti, G. (2016). Invisible walls within multidisciplinary teams: disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Social Science & Medicine*, 150, 31-39.
- Lindberg, K., Walter, L. et Raviola, E. (2017). Performing boundary work: The emergence of a new practice in a hybrid operating room. *Social science & medicine*, 182, 81-88.
- Luck, L., Jackson, D. et Usher, K. (2006). Case study: a bridge across the paradigms. *Nursing Inquiry*, 13(2), 103-109. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2006.00309.x>
- Ly, O., Sibbald, S. L., Verma, J. Y. et Rocker, G. M. (2018). Exploring role clarity in interorganizational spread and scale-up initiatives: the ‘INSPIRED’ COPD collaborative. *BMC Health Services Research*, 18(1), 680. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3474-2>
- Maben, J., Latter, S. et Clark, J. M. (2006). The theory–practice gap: impact of professional–bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 465-477.
- Macedo, A. P. M. d. C., Padilha, K. G. et Püschel, V. A. d. A. (2019). Professional practices of education/training of nurses in an intensive care unit. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(2), 321–328. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0793>
- MacIntyre, N., Rackley, C. et Khusid, F. (2021). Fifty Years of Mechanical Ventilation—1970s to 2020. *Critical care medicine*, 49(4), 558-574. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004894>
- Madhuvu, A., Endacott, R., Plummer, V. et Morphet, J. (2020). Nurses’ knowledge, experience and self-reported adherence to evidence-based guidelines for prevention of ventilator-associated events: A national online survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 59, 102827. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102827>

- Madhuvu, A., Endacott, R., Plummer, V. et Morphet, J. (2021). Ventilation bundle compliance in two Australian intensive care units: An observational study. *Australian Critical Care*, 34(4), 327-332.
- Markon, M.-P., Chiocchio, F. et Fleury, M.-J. (2017). Modelling the effect of perceived interdependence among mental healthcare professionals on their work role performance. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 520-528. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1305951>
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., Fowler, R. A., Meyfroidt, G., Nakagawa, S. et Pelosi, P. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of critical care*, 37, 270-276.
- McConville, J. F. et Kress, J. P. (2012). Weaning Patients from the Ventilator. *New England Journal of Medicine*, 367(23), 2233-2239. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1203367>
- McNamara, M. S., Fealy, G. M., Casey, M., Geraghty, R., Johnson, M., Halligan, P., Treacy, P. et Butler, M. (2011). Boundary matters: clinical leadership and the distinctive disciplinary contribution of nursing to multidisciplinary care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3502-3512. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03719.x>
- Meier, N. (2015). Collaboration in healthcare through boundary work and boundary objects. *Qualitative sociology review*, 11(3).
- Messick, S. (1989). The science and ethics of assessment. *Educational Researcher*, 18(2), 5-11. <https://doi.org/10.3102/0013189X018002005>
- Meyer, V. M., Benjamens, S., Moumni, M. E., Lange, J. F. M. et Pol, R. A. (2022). Global overview of response rates in patient and health care professional surveys in surgery: a systematic review. *Annals of Surgery*, 275(1), 81. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004078>
- Michaud, M. S. et Gagnon, M. (2018). Rappel explicite d'une ventilation mécanique à l'unité des soins intensifs: une revue narrative de la littérature. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4(3), e143-e151.

- Michaud, M. S., Gagnon, M., Jacob, J.-D. et Lewis, K. B. (2021). Rôle de l'infirmière lors de la prise en charge d'une personne ventilée aux soins intensifs : une revue narrative. *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 32, 20-29. <https://doi.org/10.5737/23688653-3222029>
- Michel, O., Garcia Manjon, A.-J., Pasquier, J. et Ortoleva Bucher, C. (2021). How do nurses spend their time? A time and motion analysis of nursing activities in an internal medicine unit. *Journal of Advanced Nursing*, 77(11), 4459-4470. <https://doi.org/10.1111/jan.14935>
- Miles, M., Huberman, M. et Saldana, J. (2013). *SAGE: Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. London: Sage.
- Milhomme, D. et Gagnon, J. (2010). Étude descriptive des facteurs facilitant et contraignant le développement de la compétence des infirmières en soins critiques. *Recherche en soins infirmiers*, (4), 78-91.
- Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2020). *I-8, r. 2 - Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%202/>
- Moraes, F. d. S., Marengo, L. L., Moura, M. D. G., Bergamaschi, C. d. C., de Sá Del Fiol, F., Lopes, L. C., Silva, M. T. et Barberato-Filho, S. (2022). ABCDE and ABCDEF care bundles - A systematic review of the implementation process in intensive care units. *Medicine*, 101(25), e29499. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029499>
- Morgan, S. J., Pullon, S. R. H., Macdonald, L. M., McKinlay, E. M. et Gray, B. V. (2017). Case Study Observational Research: A Framework for Conducting Case Study Research Where Observation Data Are the Focus. *Qualitative Health Research*, 27(7), 1060-1068. <https://doi.org/10.1177/1049732316649160>
- Müller, R., Cohen, C., Delmas, P., Pasquier, J., Baillif, M. et Ortoleva Bucher, C. (2021). Scope of nursing practice on a surgery ward: A time-motion study. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1785-1800. <https://doi.org/10.1111/jonm.13318>

- Myers, H., Pugh, J. D. et Twigg, D. E. (2018). Identifying nurse-sensitive indicators for stand-alone high acuity areas: A systematic review. *Collegian*, 25(4), 447-456. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.10.004>
- Nelson, S., Turnbull, J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., Kendel, D., ... et Shamian, J. (2014). *Optimisation des champs d'exercice : de nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé*. [https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Optimisation-des-champs-dexercice\\_RAPPORT-French.pdf](https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Optimisation-des-champs-dexercice_RAPPORT-French.pdf)
- Nydahl, P., Sricharoenchai, T., Chandra, S., Kundt, F. S., Huang, M., Fischill, M. et Needham, D. M. (2017). Safety of Patient Mobilization and Rehabilitation in the Intensive Care Unit. Systematic Review with Meta-Analysis. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(5), 766-777. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201611-843SR>
- Oelke, N. D., White, D., Besner, J., Doran, D., Hall, L. M. et Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: An examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Leadership-Academy of Canadian Executive Nurses*, 21(1), 58.
- Office des professions du Québec (OPQ). (2022). *Code des professions*. <https://www.opq.gouv.qc.ca/lois-et-reglements/code-des-professions/>
- Orchard, C., Bainbridge, L., Bassendowski, S., Stevenson, K., Wagner, S. J., Weinberg, L., Curran, V., Di Loreto, L. et Sawatsky-Girling, B. (2010). A national interprofessional competency framework.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*. [https://www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport\\_statistique\\_2020-2021.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2022a). *Accéder à la profession infirmière au Québec - Choisir sa formation*. <https://www.oiiq.org/accéder-profession/decouvrir-la-profession/choisir-sa-formation>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2022b). *Du nouveau pour votre préparation à l'examen*. <https://www.oiiq.org/du-nouveau-pour-votre-preparation-a-l-examen>



- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1471865/oiiq-nouveau-reglement-mai-2016.pdf/45b5fbcd-487b-756d-984f-26ae1e7a8def?version=1.0>
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). (2017a). *Activités professionnelles en physiothérapie : Champ d'exercice de la physiothérapie*. <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Champ-exercice-fiche.pdf>
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). (2017b). *Activités réservées en physiothérapie : Introduire un instrument dans le corps humain dans et au-delà du pharynx ou au-delà du vestibule nasal*. <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Fiche-activite-reserve-D.pdf>
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). (2022). *Code des professions - Le champ d'exercice*. <https://oppq.qc.ca/membres/politiques-et-reglements/code-des-professions/>
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ), Ministère des Affaires sociales et de la Santé et Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. (2014). *Codification administrative de l'arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles*. Codification administrative de l'arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles
- Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ). (2022). *Activités réservées*. <https://www.opiq.qc.ca/membres/activites-reservees/>
- Ouellette, D. R., Patel, S., Girard, T. D., Morris, P. E., Schmidt, G. A., Truwit, J. D., Alhazzani, W., Burns, S. M., Epstein, S. K. et Esteban, A. (2017). Liberation from mechanical ventilation in critically ill adults: an official American College of Chest Physicians/American Thoracic Society clinical practice guideline: inspiratory pressure augmentation during spontaneous breathing trials, protocols minimizing sedation, and noninvasive ventilation immediately after extubation. *Chest*, 151(1), 166-180.

- Paquette, L. et Kilpatrick, K. (2020). L'autonomie décisionnelle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une analyse de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 143(4), 76-91. <https://doi.org/10.3917/rsi.143.0076>
- Paquette, L., Saint-Pierre, C. et Leclerc, M. M. (2018). Étude phénoménologique descriptive sur l'expérience du prendre soin dans un environnement de soins intensifs selon la perspective d'infirmières nouvellement diplômées. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 4(4), e223-e235.
- Paradis, E., Leslie, M., Puntillo, K., Gropper, M., Aboumatar, H. J., Kitto, S. et Reeves, S. (2014). Delivering interprofessional care in intensive care: a scoping review of ethnographic studies. *American Journal of Critical Care*, 23(3), 230-238.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Services Research*, 34(5 Pt 2), 1189-1208. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10591279>
- Phillippi, J. et Lauderdale, J. (2018). A Guide to Field Notes for Qualitative Research: Context and Conversation. *Qualitative Health Research*, 28(3), 381-388. <https://doi.org/10.1177/1049732317697102>
- Pisani, M. A., Devlin, J. W. et Skrobik, Y. (2019). Pain and delirium in critical illness: an exploration of key 2018 SCCM PADIS guideline evidence gaps. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 40(05), 604–613. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1698809>
- Plano Clark, V. L. (2019). Meaningful integration within mixed methods studies: Identifying why, what, when, and how. *Contemporary Educational Psychology*, 57, 106-111. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2019.01.007>
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2020). *Nursing research. Generating and assessing evidences for nursing practice* (11<sup>e</sup> éd.). Wolters Kluwer Health.
- Porhomayon, J., Nader, N. D., El-Solh, A. A., Hite, M., Scott, J. et Silinskie, K. (2013). Pre-and post-intervention study to assess the impact of a sedation protocol in critically ill surgical patients. *journal of surgical research*, 184(2), 966-972. e964.

- Postma, J., Oldenhof, L. et Putters, K. (2015). Organized professionalism in healthcare: articulation work by neighbourhood nurses. *Journal of Professions and Organization*, 2(1), 61-77.
- Pun, B. T. et Dunn, J. (2007). The sedation of critically ill adults: part 2: management. *AJN The American Journal of Nursing*, 107(8), 40-49.
- Qi, Z., Yang, S., Qu, J., Li, M., Zheng, J., Huang, R., Yang, Z., Han, Q. et Li, H. (2021). Effects of nurse-led sedation protocols on mechanically ventilated intensive care adults: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, 34(3), 278-286. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.07.013>
- Randen, I. et Bjørk, I. T. (2010). Sedation practice in three Norwegian ICUs: a survey of intensive care nurses' perceptions of personal and unit practice. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 270-277.
- Randen, I., Lerdal, A. et Bjørk, I. T. (2013). Nurses' perceptions of unpleasant symptoms and signs in ventilated and sedated patients. *Nursing in critical care*, 18(4), 176-186.
- Reeves, S., McMillan, S. E., Kachan, N., Paradis, E., Leslie, M. et Kitto, S. (2015). Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. *Journal of interprofessional care*, 29(3), 230-237.
- Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ). (2022). *La mission du RIISIQ*. <https://www.riisiq.qc.ca/mission-du-riisiq/>
- Resar, R., Pronovost, P., Haraden, C., Simmonds, T., Rainey, T. et Nolan, T. (2005). Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(5), 243-248.
- Richardson, J., West, M. A. et Cuthbertson, B. H. (2010). Team working in intensive care: current evidence and future endeavors. *Current Opinion in Critical Care*, 16(6), 643-648.

- Riege, A. M. (2003). Validity and reliability tests in case study research: a literature review with “hands-on” applications for each research phase. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 6(2), 75-86. <https://doi.org/10.1108/13522750310470055>
- Riker, R. R. et Fraser, G. L. (2005). Adverse events associated with sedatives, analgesics, and other drugs that provide patient comfort in the intensive care unit. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 25(5P2), 8S-18S.
- Riker, R. R., Picard, J. T. et Fraser, G. L. (1999). Prospective evaluation of the Sedation-Agitation Scale for adult critically ill patients. *Critical Care Medicine*, 27(7), 1325-1329. [https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/1999/07000/Prospective\\_evaluation\\_of\\_the\\_Sedation\\_Agitation.22.aspx](https://journals.lww.com/ccmjournals/Fulltext/1999/07000/Prospective_evaluation_of_the_Sedation_Agitation.22.aspx)
- Risjord, M. (2011). *Nursing knowledge: Science, practice, and philosophy*. John Wiley & Sons.
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? *Nursing in critical care*, 16(1), 5-10.
- Rose, L. (2015). Strategies for weaning from mechanical ventilation: A state of the art review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(4), 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.003>
- Rose, L., Blackwood, B., Burns, S. M., Frazier, S. K. et Egerod, I. (2011). International perspectives on the influence of structure and process of weaning from mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care*, 20(1), e10-e18.
- Rose, L., Blackwood, B., Egerod, I., Haugdahl, H. S., Hofhuis, J., Isfort, M., Kydonaki, K., Schubert, M., Sperlinga, R., Spronk, P., Storli, S., McAuley, D. F. et Schultz, M. J. (2011). Decisional responsibility for mechanical ventilation and weaning: an international survey. *Critical Care*, 15(6), R295. <https://doi.org/10.1186/cc10588>
- Rose, L., Dainty, K. N., Jordan, J. et Blackwood, B. (2014). Weaning from mechanical ventilation: a scoping review of qualitative studies. *American Journal of Critical Care*, 23(5), e54-e70.

- Rose, L., Fowler, R. A., Fan, E., Fraser, I., Leasa, D., Mawdsley, C., Pedersen, C., Rubenfeld, G. et group, C. (2015). Prolonged mechanical ventilation in Canadian intensive care units: a national survey. *Journal of critical care*, 30(1), 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.07.023>
- Rose, L., Nelson, S., Johnston, L. et Presneill, J. J. (2007). Decisions made by critical care nurses during mechanical ventilation and weaning in an Australian intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 16(5), 434-443.
- Rose, L., Nelson, S., Johnston, L. et Presneill, J. J. (2008). Workforce profile, organisation structure and role responsibility for ventilation and weaning practices in Australia and New Zealand intensive care units. *Journal of clinical nursing*, 17(8), 1035-1043.
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J. et Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433.
- Salas, E. (2015). *Team training essentials: A research-based guide*. Routledge.
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing & Health*, 33(1), 77-84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Sangster-Gormley, E. (2013). How case-study research can help to explain implementation of the nurse practitioner role. *Nurse researcher*, 20(4), 6-11.
- Saritas, S., Kaya, A. et Dolanbay, N. (2019). Knowledge and Practices of Intensive Care Nurses on Mechanical Ventilation. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), 30-39.
- Schaufeli, W. B. et Bakker, A. (2003). Utrecht work engagement scale. *Occupational Health Psychology Unit Utrecht University*, 1.
- Schenk, E., Schleyer, R., Jones, C. R., Fincham, S., Daratha, K. B. et Monsen, K. A. (2017). Time motion analysis of nursing work in ICU, telemetry and medical-surgical units. *Journal of Nursing Management*, 25(8), 640-646. <https://doi.org/10.1111/jonm.12502>

- Schot, E., Tummers, L. et Noordegraaf, M. (2020, 2020/05/03). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332-342. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., Nigos, C., Pawlik, A. J., Esbrook, C. L., Spears, L., Miller, M., Franczyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G. A., Bowman, A., Barr, R., McCallister, K. E., Hall, J. B. et Kress, J. P. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 373(9678), 1874-1882. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60658-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60658-9)
- Sebok-Syer, S. S., Shaw, J. M., Asghar, F., Panza, M., Syer, M. D. et Lingard, L. (2021). A scoping review of approaches for measuring ‘interdependent’ collaborative performances. *Medical Education*.
- Sedwick, M. B., Lance-Smith, M., Reeder, S. J. et Nardi, J. (2012). Using evidence-based practice to prevent ventilator-associated pneumonia. *Critical Care Nurse*, 32(4), 41-51.
- Sessler, C. N., Gosnell, M. S., Grap, M. J., Brophy, G. M., O’Neal, P. V., Keane, K. A., Tesoro, E. P. et Elswick, R. K. (2002). The Richmond Agitation–Sedation Scale. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 166(10), 1338-1344. <https://doi.org/10.1164/rccm.2107138>
- Sidani, S. et Irvine, D. (1999). A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 58-66. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01049.x>
- Siedlecki, S. L. (2020). Understanding Descriptive Research Designs and Methods. *Clinical Nurse Specialist*, 34(1), 8-12. <https://doi.org/10.1097/nur.0000000000000493>
- Speck, K., Rawat, N., Weiner, N. C., Tujuba, H. G., Farley, D. et Berenholtz, S. (2016). A systematic approach for developing a ventilator-associated pneumonia prevention bundle. *American journal of infection control*, 44(6), 652-656.

- Starnes, E., Palokas, M. et Hinton, E. (2019). Nurse-initiated spontaneous breathing trials in adult intensive care unit patients: a scoping review. *JBI Evidence Synthesis*, 17(11), 2248-2264.
- Stewart, M. L., Biddle, M. et Thomas, T. (2017). Evaluation of current feeding practices in the critically ill: A retrospective chart review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 38, 24-30.
- Strauss, A. (1985). Work and the division of labor. *Sociological quarterly*, 26(1), 1-19.
- Suddaby, R. et Viale, T. (2011). Professionals and field-level change: Institutional work and the professional project. *Current Sociology*, 59(4), 423-442. <https://doi.org/10.1177/0011392111402586>
- Suhonen, R., Stolt, M., Habermann, M., I., H., Vryonides, S., Tonnessen, S., Halvorsen, K., Harvey, C., Toffoli, L. et cott, P. A. (2018). Ethical elements in priority setting in nursing care: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 88, 25-42. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.006>
- Sujatha, B. K., Reddy, M. T. et P., P. (2019). Camouflage in research – the hawthorne effect. *International Journal of Development Research*, 9(4), 26996-26999.
- Susomrith, P. et Coetzer, A. (2019). Effects of informal learning on work engagement. *Personnel Review*, 48(7), 1886-1902. <https://doi.org/10.1108/PR-10-2018-0430>
- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2019). *Using Multivariate Statistics* (7<sup>e</sup> éd.). Pearson.
- Tanguay, A., Reeves, I., LeMay, S., Khadra, C., Gosselin, E. et St-Cyr-Tribble, D. (2018). Survey of oral care practices in Quebec for intensive care patients receiving mechanical ventilation. *Can J Crit Care Nurs [Internet]*, 29(3), 39-44.
- Tanner, C. A., Benner, P., Chesla, C. et Gordon, D. R. (1993). The phenomenology of knowing the patient. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 273-280.
- Taylor, B. E., McClave, S. A., Martindale, R. G., Warren, M. M., Johnson, D. R., Braunschweig, C., McCarthy, M. S., Davanos, E., Rice, T. W. et Cresci, G. A. (2016). Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient:

Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN). *Critical care medicine*, 44(2), 390-438.

Thoresen, L. et Öhlén, J. (2015). Lived Observations: Linking the Researcher's Personal Experiences to Knowledge Development. *Qualitative Health Research*, 25(11), 1589-1598. <https://doi.org/10.1177/1049732315573011>

Tingsvik, C., Johansson, K. et Mårtensson, J. (2015). Weaning from mechanical ventilation: factors that influence intensive care nurses' decision-making. *Nursing in critical care*, 20(1), 16-24. <https://doi.org/10.1111/nicc.12116>

Tume, L. N., Kneyber, M. C., Blackwood, B. et Rose, L. (2017). Mechanical ventilation, weaning practices, and decision making in European PICUs. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18(4), e182-e188.

Ulrich, B. et Crider, N. M. (2017). Using Teams to Improve and Performance. *Nephrology Nursing Journal*, 44(2), 141-152.

Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680. <https://doi.org/10.1037/h0079856>

Van den Bulcke, B., Vyt, A., Vanheule, S., Hoste, E., Decruyenaere, J. et Benoit, D. (2016). The perceived quality of interprofessional teamwork in an intensive care unit: A single centre intervention study. *Journal of Interprofessional Care*, 30(3), 301-308. <https://doi.org/10.3109/13561820.2016.1146876>

VanHeuvelen, J. S. (2020). Professional engagement in articulation work: Implications for experiences of clinical and workplace autonomy. Dans *Professional work: Knowledge, power and social inequalities*. Emerald Publishing Limited.

Vasilevskis, E. E., Han, J. H., Hughes, C. G. et Ely, E. W. (2012). Epidemiology and risk factors for delirium across hospital settings. *Best practice & research Clinical anaesthesiology*, 26(3), 277-287.



- Vera San Juan, N., Clark, S. E., Camilleri, M., Jeans, J. P., Monkhouse, A., Chisnall, G. et Vindrola-Padros, C. (2022). Training and redeployment of healthcare workers to intensive care units (ICUs) during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMJ Open*, 12(1), e050038. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050038>
- Vincelette, C., Lavoie, S., Fortin, O. et Quiroz-Martinez, H. (2018). Intensive care unit nurses' knowledge, skills and attitudes regarding three resuscitation procedures: A cross-sectional survey. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 29(4), 29-35.
- Volmar, E. et Eisenhardt, K. M. (2020). Case Study Research: A State-of-the-Art Perspective. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190224851.013.206>
- Walter, J. K., Hill, D., Drust, W. A., Lisanti, A., DeWitt, A., Seelhorst, A., Hasiuk, M. L., Arnold, R. et Feudtner, C. (2022, 2022/07/01/). Intervention Codesign in the Pediatric Cardiac Intensive Care Unit to Improve Family Meetings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64(1), 8-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.03.010>
- Wang, T., Zhou, D., Zhang, Z. et Ma, P. (2021). Tools are needed to promote sedation practices for mechanically ventilated patients. *Frontiers in Medicine*, 8, article n° 744297. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.744297>
- Ward, D. et Fulbrook, P. (2016). Nursing strategies for effective weaning of the critically ill mechanically ventilated patient. *Critical Care Nursing Clinics*, 28(4), 499-512.
- Weber, C. E., Kortkamp, C., Maurer, I. et Hummers, E. (2022). Boundary work in response to professionals' contextual constraints: micro-strategies in interprofessional collaboration. *Organization Studies*, (20220216). <https://doi.org/10.1177/01708406221074135>
- Wei, H., Horns, P., Sears, S. F., Huang, K., Smith, C. M. et Wei, T. L. (2022). A systematic meta-review of systematic reviews about interprofessional collaboration: facilitators, barriers, and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1973975>

- Weideman, A. (2012). Validation and validity beyond Messick. *Per Linguam : A Journal of Language Learning = Per Linguam : Tydskrif Vir Taalaanleer*, 28(2), 1-14.
- Weigl, M., Müller, A., Zupanc, A. et Angerer, P. (2009). Participant observation of time allocation, direct patient contact and simultaneous activities in hospital physicians. *BMC Health Services Research*, 9(1), 110. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-110>
- Weled, B. J., Adzhigirey, L. A., Hodgman, T. M., Brill, R. J., Spevetz, A., Kline, A. M., Montgomery, V. L., Puri, N., Tisherman, S. A., Vespa, P. M., Pronovost, P. J., Rainey, T. G., Patterson, A. J. et Wheeler, D. S. (2015). Critical care delivery: the importance of process of care and ICU structure to improved outcomes: an update from the American College of Critical Care Medicine Task Force on Models of Critical Care. *Critical care medicine*, 43, 1520-1525. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000978>
- White, D., Oelke, N. D., Besner, J., Doran, D., Hall, L. et Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: Descriptions and challenges. *Nursing Leadership-Academy of Canadian Executive Nurses*, 21(1), 44.
- Xyrichis, A., Lowton, K. et Rafferty, A. M. (2017). Accomplishing professional jurisdiction in intensive care: An ethnographic study of three units. *Social Science & Medicine*, 181, 102-111. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.047>
- Yan, X., Xiao, L., Liao, M., Huang, J., He, Z. et Yan, T. (2022, 2022/04/08). The validity, reliability and feasibility of four instruments for assessing the consciousness of stroke patients in a neurological intensive care unit compared. *BMC Medical Research Methodology*, 22(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12874-022-01580-2>
- Yang, S., Huang, L.-H., Zhao, X.-H., Xing, M.-Y., Shao, L.-W., Zhang, M.-Y., Shao, R.-Y., Wei, J.-H. et Gao, C.-H. (2019). Using the Delphi method to establish nursing-sensitive quality indicators for ICU nursing in China. *Research in Nursing & Health*, 42(1), 48-60. <https://doi.org/10.1002/nur.21925>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications : design and methods* (6<sup>e</sup> éd.). SAGE.

- Zamanzadeh, V., Orujlu, S., Beykmirza, R. et Ghofrani, M. (2020). Barriers for nurse participation in multidisciplinary ward rounds: An integrative review. *Nursing Practice Today*.
- Zampieri, F. G., Salluh, J. I. F., Azevedo, L. C. P., Kahn, J. M., Damiani, L. P., Borges, L. P., Viana, W. N., Costa, R., Corrêa, T. D., Araya, D. E. S., Maia, M. O., Ferez, M. A., Carvalho, A. G. R., Knibel, M. F., Melo, U. O., Santino, M. S., Lisboa, T., Caser, E. B., Besen, B. A. M. P., Bozza, F. A., Angus, D. C., Soares, M. et the, O. S. I. (2019). ICU staffing feature phenotypes and their relationship with patients' outcomes: an unsupervised machine learning analysis. *Intensive Care Medicine*, 45(11), 1599-1607. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05790-z>
- Zhang, L., Hu, W., Cai, Z., Liu, J., Wu, J., Deng, Y., Yu, K., Chen, X., Zhu, L. et Ma, J. (2019). Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(10), e0223185. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223185>
- Zilberberg, M. D., Nathanson, B. H., Ways, J. et Shorr, A. F. (2020). Characteristics, Hospital Course, and Outcomes of Patients Requiring Prolonged Acute Versus Short-Term Mechanical Ventilation in the United States, 2014–2018. *Critical care medicine*, 48(11), 1587-1594.
- Zolnierek, C. D. (2014). An integrative review of knowing the patient. *Journal of nursing scholarship*, 46(1), 3-10.



## **Annexes**

## Annexe A

### Exemple de stratégie de recherche

Concept	Thèmes utilisés et équations
Mechanical ventilation  Artificial respirator	"respiration, artificial"[MeSH Terms] OR ("respiration"[All Fields] AND "artificial"[All Fields]) OR "artificial respiration"[All Fields] OR ("mechanical"[All Fields] AND "ventilation"[All Fields]) OR "mechanical ventilation"[All Fields]  (Mechanical OR Artificial) AND (ventilat* OR Respiration OR breath*)
Nurse  Nursing role,  Scope of nursing practice	MH "Nurse-Physician Relations") OR (MH "Nurse-Patient Ratio") OR (MH "Nurses+") OR (MH respiratory therapist) (MH "Nurses+") OR (MH "Practical Nurses") OR (MH "Clinical Nurse Specialists") OR (MH "Nurses") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Practice+")
Critical care nursing  Intensive care unit  Critical care unit	MH "Intensive Care Units, Pediatric") OR (MH "Intensive Care Units+") OR (MH "Critical Care Nursing+")

#### Exemples d'agencement avec les articles booléens:

AND ("respiration, artificial"[MeSH Terms] OR ("respiration"[All Fields] AND "artificial"[All Fields]) OR "artificial respiration"[All Fields] OR ("mechanical"[All Fields] AND "ventilation"[All Fields]) OR "mechanical ventilation"[All Fields])) AND "nurse"[Title/Abstract] AND Nurs\*

MH « Respiration, Artificial ») OR (MH "Ventilator Patients") OR (MH "Respiratory Therapy Equipment and Supplies") ) AND Nurs\*

#### Exemples de recherches plus spécifiques pour chaque dimension dans les banques de données

(MH "Sleep") AND mechanical ventilation AND nurs\*

(MH "Delirium") AND mechanical ventilation AND nurs\*

(MH "Sedation") AND mechanical ventilation AND nurs\*

Mechanical ventilation [ABS] and critical care nurse [ABS]

Ventilator associated pneumonia or vap or ventilator acquired pneumonia and Nurs\* OR critical care nurse

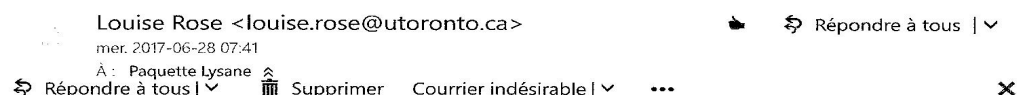









## Annexe B

# Autorisation pour l'utilisation du questionnaire « survey of mechanical ventilation and weaning role responsabilites »

04/07/2017

RE: Survey of Mechanical Ventilation and Weaning Role Responsibilities

RE: Survey of Mechanical Ventilation and Weaning Role Responsibilities



 Louise Rose <louise.rose@utoronto.ca>   Répondre à tous |   
mer. 2017-06-28 07:41  
À : Paquette Lysane   
 Répondre à tous |   Supprimer Courrier indésirable |   

Boîte de réception

Vous avez répondu le 2017-07-04 17:31.

Survey of ventilation\_we...   
135 Ko

Télécharger Enregistrer dans OneDrive - Université de Montréal

 Éléments d'action 

Dear Lysane

Thank you very much for your interest in our work. I have attached for you the French version of the survey we used for French speaking Swiss sites in the paper published in Critical Care in 2012.

Can I ask that if you are using the survey that you acknowledge me as the source in any presentations or publications. I would also be very interested in the results of your study and happy to help in any way.

Kind regards

Louise

Dr. Louise Rose, RN, PhD, FAAN

TD Nursing Professor in Critical Care Research, Sunnybrook Health Sciences Centre  
Associate Professor, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto  
Director of Research, Provincial Centre of Weaning Excellence, Michael Garron Hospital  
Adjunct Scientist Institute for Clinical Evaluative Sciences; West Park Healthcare Centre  
CIHR New Investigator  
Honorary Visiting Professor, Lane Fox Unit, Guy's and Saint Thomas's NHS Trust

Postal Address

155 College St, Suite 276  
Toronto, ON, M5T 1P8  
Office: +1 416 978 3492  
Mobile: +1 647 267 3492  
Fax: +1 416 946 0665

<https://outlook.office.com/owa/projection.aspx>

1/2




## Annexe C

### Propositions des modifications et commentaires pour le Questionnaire 1

Survey of Mechanical Ventilation and Weaning Role Responsibilities 2

**LR** Louise Rose <louise.rose@utoronto.ca>  
Ven 2018-12-14 04:12  
À : Paquette Lysane <lysane.paquette@umontreal.ca>  
Cc : Kilpatrick Kelley


 Questionnaire RISVM\_VA\_Fin...  
54 ko


Hi Lysane  
I've inserted some comments in your document for you.


Kind regards  
Louise

Prof. Louise Rose, RN, PhD, FAAN  
TD Nursing Professor in Critical Care Research, Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Canada  
Professor of Nursing, Florence Nightingale Faculty of Nursing, Midwifery, and Palliative Care, Kings College London, London, UK  
Associate Professor, Lawrence S. Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto, Toronto, Canada  
Director of Research, Provincial Centre of Weaning Excellence, Michael Garron Hospital, Toronto, Canada  
Honorary Professor, Lane Fox Respiratory Unit, Guy's and St Thomas' NHS Trust, London, UK  
Adjunct Scientist, Institute for Clinical Evaluative Sciences Toronto, Canada and West Park Healthcare Centre, Toronto, Canada

...

 Traduire le message en Français | Ne jamais traduire la langue Anglais

 Paquette Lysane  
Mer 2018-12-05 08:57  
À : louise.rose@utoronto.ca  
Cc : Kilpatrick Kelley

 Questionnaire RISVM\_VA\_Fin...  
54 ko

## Annexe D

### Questionnaire 1

#### « Ventilation et sevrage de ventilation: tâches, compétences et responsabilités du personnel infirmier des soins intensifs »

Dans le cadre d'une étude sur  
le sevrage de la ventilation mécanique: tâches, compétences et  
responsabilités du personnel des soins intensifs

Adaptation du questionnaire « Mechanical Ventilation and Weaning Role Responsibilities »  
Rose, L., Blackwood, B., Egerod, I., Haugdahl, H. S., Hofhuis, J., Isfort, M., . . . Schultz, M. J. (2011). Decisional responsibility for  
mechanical ventilation and weaning: an international survey. *Critical Care*, 15(6). doi: 10.1186/cc 10588

Par

Lysane Paquette, Inf., MSc., PhD. (c)

Université de Montréal



## RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE DU RÔLE D'INFIRMIÈRES DE SOINS INTENSIFS LORS DU SEVRAGE DE LA VENTILATION MÉCANIQUE

Ce questionnaire regroupe deux outils de mesure, ce qui permettra d'identifier les facteurs qui influencent la mise en œuvre du rôle (section I, II, III : voir Annexe I). De plus, il serait permis d'identifier les tâches, les compétences et les responsabilités des différents membres de l'équipe lors du sevrage de la ventilation mécanique (section IV). Bien lire les instructions pour chacune des questions. Veuillez prévoir environ trente minutes pour répondre.

MP-12-2019-1737

Questionnaire -Intervenant-RIUSI SVM\_2019-05-10

Numéro identifiant : \_\_\_\_\_

### Section IV- Tâches, compétences, responsabilités lors du sevrage de la ventilation mécanique

Les questions suivantes concernent spécifiquement les tâches, compétences et responsabilités du personnel des soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique.

<b>Dans votre unité de soins intensifs :</b> <i>(Vous pouvez choisir plus d'une réponse par question)</i>	<b>Médecin</b>	<b>Inhalothérapeute</b>	<b>Physiothérapeute</b>	<b>Kinésithérapeute</b>	<b>Infirmière</b>
1. Qui détermine la <b>sélection initiale</b> des paramètres du ventilateur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Qui <b>évalue la réponse</b> ou la réaction du patient à la ventilation mécanique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Qui <b>adapte les réglages</b> de la ventilation mécanique selon la réaction du patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Qui décide quand un <b>patient est prêt</b> pour être sevré du ventilateur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Qui décide de la <b>méthode de sevrage</b> de la ventilation mécanique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Qui décide lorsqu'un patient est prêt à être <b>extubé</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Qui décide lorsque le <b>sevrage échoue</b> pour un patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Qui est responsable <b>d'évaluer et d'adapter la sédation</b> lors de la ventilation mécanique et du sevrage de ventilation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Quel(s) médecin(s) est(sont) responsable(s) des éléments suivants :</b> <i>(Vous pouvez choisir plus d'une réponse par question)</i>	<b>Intensiviste (spécialiste en soins intensifs)</b>	<b>Médecin spécialiste : interniste, anesthésiste, pneumologue</b>	<b>Omnipraticien</b>	<b>Résident, Fellow</b>	<b>Externe</b>
9. Régler les <b>paramètres initiaux</b> de la ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <b>Adapter les réglages</b> du ventilateur à la réaction du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Déterminer le <b>moment du sevrage</b> de la ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Déterminer la <b>méthode de sevrage</b> de ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Déterminer si le patient est prêt à être <b>extubé</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Déterminer l' <b>échec du sevrage</b> de la ventilation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. <b>Adapter la sédation</b> lors de la ventilation mécanique et du sevrage de la ventilation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Si cela s'applique, quelle(s) infirmière(s) est (sont) responsable (s) des éléments suivants :</b> <i>(Vous pouvez choisir plus d'une réponse par question)</i>	<b>Infirmière clinicienne assistante infirmière-chef, Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat</b>	<b>Infirmière clinicienne spécialisée, Conseillère en soins infirmiers, Infirmière première assistante en chirurgie</b>	<b>Infirmière praticienne spécialisée</b>	<b>Infirmière, infirmière clinicienne</b>	<b>Tout le personnel intégré</b>
16. Régler les <b>paramètres initiaux</b> de la ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. <b>Adapter les réglages</b> du ventilateur selon la réaction du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Déterminer le <b>moment de sevrage</b> de ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Déterminer la <b>méthode de sevrage</b> de ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Déterminer si le patient est prêt à être <b>extubé</b> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Déterminer l' <b>échec du sevrage</b> de ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. <b>Adapter la sédation</b> lors de la ventilation mécanique et du sevrage de ventilation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
23. Comment évaluez-vous <b>l'autonomie du personnel infirmier</b> lors des pratiques liées à la ventilation mécanique? (0= aucune autonomie, 10= pleine autonomie)											
24. Précisez la fréquence à laquelle le <b>personnel infirmier influence les décisions</b> relatives à la ventilation mécanique. (0=jamais, 10=toujours)											

<b>Précisez la fréquence à laquelle le personnel infirmier prend et applique les décisions suivantes de manière indépendante</b> (Décision indépendante: sans consultation préalable directe avec le médecin)						
	Jamais 0%	Rarement 1 à 25%	Fréquemment 26 à 50%	Souvent 51 à 75%	De routine > 75%	Je ne sais pas
25. Changement du mode de ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Réglage de la fréquence respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Réglage du volume courant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Réglage de la pression inspiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Augmentation de la pression inspiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Diminution de la pression inspiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Augmentation de la pression positive en fin d'expiration (PEEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Diminution de la pression positive en fin d'expiration (PEEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Diminution de la FiO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Augmentation de la FiO2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Bolus de FiO2 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>À quelle fréquence les modes de sevrage automatique suivants sont-ils utilisés dans votre unité de soins intensifs?</b>						
	Jamais 0%	Rarement 1 à 25%	Fréquemment 26 à 50%	Souvent 51 à 75%	De routine > 75%	Je ne sais pas
36. Ventilation automatisée (SmartCare/PS™)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Pression de support ventilatoire (PSV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38a. Ventilation assistée contrôlée intermittente (VACI) ou Ventilation assistée contrôlée (VAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38b. Ventilation assistée contrôlée intermittente (VACI) avec Aide inspiratoire (AI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ventilation spontanée (VS) avec Aide inspiratoire (AI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ventilation assistée proportionnelle (VAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Neurally Adjust Ventilatory Assist (NAVA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non	Je ne sais pas
<b>42. Dans votre unité de soins intensifs, avez-vous des directives/règlements/protocoles pour la gestion de la ventilation mécanique?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Si oui, est-ce qu'ils contiennent des informations sur la gestion des patients pour lesquels le sevrage de ventilation échoue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>43. Dans votre unité de soins intensifs, avez-vous des directives/règlements/protocoles pour la gestion de la ventilation non invasive (VNI)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>44. Est-ce que les infirmières reçoivent une formation sur la ventilation durant leur intégration aux soins intensifs?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>45. Disposez-vous de possibilités de formation continue sur la thématique de la ventilation mécanique au sein de votre unité de soins intensifs?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Si oui, pouvez décrire cette formation ?			

### Section V- Profil socio-démographique

**1) Vous êtes :**

<sub>1</sub> Homme

<sub>2</sub> Femme

<sub>3</sub> Je préfère ne pas répondre

**2) Quelle est l'année de votre naissance : \_\_\_\_\_ aaaa**

**3) Veuillez sélectionner le titre qui décrit le mieux votre groupe professionnel ou position:**

<sub>1</sub> Infirmière praticienne spécialisée

<sub>12</sub> Technologue en radiologie

<sub>2</sub> Infirmière clinicienne spécialisée

<sub>13</sub> Inhalothérapeute

<sub>3</sub> Infirmière éducatrice/Monitrice

<sub>14</sub> Diététiste

<sub>4</sub> Infirmière auxiliaire autorisée

<sub>15</sub> Ergothérapeute

<sub>5</sub> Infirmière cheffe

<sub>16</sub> Pharmacien

<sub>6</sub> Assistante-Infirmière chef

<sub>17</sub> Travailleur social

<sub>7</sub> Infirmière

<sub>18</sub> Physiothérapeute

<sub>8</sub> Infirmière clinicienne

<sub>19</sub> Commis

<sub>9</sub> Médecin de soins primaires

<sub>20</sub> Gestionnaire\_\_\_ (*veuillez spécifier*)

<sub>10</sub> Médecin résident

<sub>21</sub> Autre\_\_\_\_\_ (*veuillez spécifier*)

<sub>11</sub> Médecin spécialiste

**4) Veuillez indiquer le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint?**

*(Cochez une seule réponse)*

<sub>1</sub> Diplôme études secondaires (DEP)

<sub>4</sub> MD\_\_\_ (*veuillez spécifier*)

<sub>7</sub> Certificat de spécialité

<sub>2</sub> CEGEP (DEC)

<sub>5</sub> Maîtrise

<sub>8</sub> Autre\_\_\_ (*veuillez spécifier*)

<sub>3</sub> Baccalauréat

<sub>6</sub> PhD



**5) Quel est votre statut d'emploi actuel? (Cochez une seule réponse)**

- <sub>1</sub> Permanent temps plein      <sub>3</sub> Temporaire ou Contractuel  
<sub>2</sub> Permanent temps partiel      <sub>4</sub> Congé prolongé (par ex., maternité, maladie)

**6) Depuis combien de temps avez-vous votre permis de pratique professionnel?**

Nombre d'années \_\_\_\_\_

ou si, depuis moins d'un an: \_\_\_\_\_ nombre de mois

**7) Depuis combien de temps pratiquez-vous votre rôle professionnel actuel au sein de cette organisation?**

Nombre d'années \_\_\_\_\_

ou si, depuis moins d'un an: \_\_\_\_\_ nombre de mois

**8) Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette équipe?**

Nombre d'années \_\_\_\_\_

ou si, depuis moins d'un an: \_\_\_\_\_ nombre de mois

**9) Avez-vous quelque chose à ajouter?**

---

---

---

---

Vous avez fini de remplir le questionnaire.  
Nous apprécions grandement le temps et les efforts que vous avez consacrés à cette étude.  
**MERCI!!!**

Si vous avez des questions au sujet de ce projet de recherche, veuillez communiquer avec :  
Lysane Paquette, inf., MSc., PhD (c), Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal,  
Stagiaire doctorante Centre de recherche Hôpital Maisonneuve-Rosemont.  
Téléphone : ██████████ Courriel : [lysane.paquette@umontreal.ca](mailto:lysane.paquette@umontreal.ca)

## Annexe E

### Questionnaire 2 : Le fonctionnement de l'équipe

MP-12-2019-1737

Questionnaire -Intervenant-RIUSI SVM\_2019-05-10

Numéro identifiant : \_\_\_\_\_

#### RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE DU RÔLE D'INFIRMIÈRES DE SOINS INTENSIFS LORS DU SEVRAGE DE LA VENTILATION MÉCANIQUE

Ce questionnaire regroupe deux outils de mesure. Le premier permettra d'identifier les facteurs qui influencent la mise en œuvre du rôle (section I, II, III). Le deuxième concerne les tâches, les compétences et les responsabilités lors du sevrage de la ventilation mécanique (section IV). Bien lire les instructions pour chacune des questions. Veuillez prévoir environ trente minutes pour répondre.

#### Section I-Équipe de soins

Dans cette section, nous sommes intéressés par les caractéristiques de l'équipe de soins de santé avec laquelle vous travaillez. Les équipes sont définies comme un groupe de deux personnes ou plus travaillant ensemble pour atteindre un objectif commun.

Si vous avez travaillé dans plus d'une équipe de soins dans la dernière semaine, veuillez svp sélectionner vos réponses en lien avec l'équipe des soins intensifs.

#### 1) Veuillez indiquer la province ou le territoire du Canada où vous travaillez. (Cochez une seule réponse)

- |                                                            |                                                               |                                                                  |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Colombie-Britannique | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Québec                  | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> Yukon                     |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Alberta              | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Nouveau-Brunswick       | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub> Territoires du Nord-Ouest |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Saskatchewan         | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Nouvelle-Écosse         | <input type="checkbox"/> <sub>13</sub> Nunavut                   |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Manitoba             | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Terre-Neuve et Labrador |                                                                  |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Ontario              | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> Île-du-Prince-Édouard  |                                                                  |

#### 2) Dans quel type de milieu de soins travaillez-vous? (Cochez une seule réponse)

- |                                                                              |                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Unité d'hospitalisation                | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Santé publique                 |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Clinique externe                       | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Autorité régionale de la santé |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Soins ambulatoires/première ligne      | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Gouvernement provincial        |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Établissement de soins de longue durée | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Gouvernement fédéral           |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Soins à domicile                       |                                                                      |

**3) Décrivez la région dans laquelle est située votre équipe de soins. (Cochez une seule réponse)**

- <sub>1</sub> Milieu urbain (Municipalité comptant plus de 10 000 habitants)
- <sub>2</sub> Milieu rural (Municipalité /ville comptant moins de 10 000 habitants située à proximité d'un centre urbain)
- <sub>3</sub> Région éloignée (Municipalité/ville ayant peu d'interaction sociale ou économique avec les régions urbaines)
- <sub>4</sub> Milieu mixte (Mélange de régions rurales et urbaines sur le territoire desservi du milieu de soins)

**4) Combien de professionnels de la santé font partie de votre équipe de soins? (Cochez une seule réponse)**

- <sub>1</sub> Moins de 5 membres d'équipe
- <sub>2</sub> Entre 5 et 15 membres d'équipe
- <sub>3</sub> Plus de 15 membres d'équipe

**5) Les patients soignés par l'équipe de soins sont surtout de(s) : (Cochez une seule réponse)**

- |                                                                                                                                |                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Premières Nations ou Inuit                                                               | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Aînés                            |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Nouveaux-arrivants au Canada                                                             | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Adultes                          |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Caucasiens                                                                               | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Femmes                           |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Statuts sociaux-économiques faibles                                                      | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> Hommes                          |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Tous les âges de la durée de vie                                                         | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> Enfants ou jeunesse             |
| <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Patients avec une condition spécifique<br>ou problème de santé _____ (veuillez préciser) | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub> Autre _____ (veuillez préciser) |

**6) Quel est votre principal domaine de spécialité? (Cochez une seule réponse)**

- |                                                                     |                                                                |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Soins de première ligne       | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Réadaptation             | <input type="checkbox"/> <sub>13</sub> Santé mentale      |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Médecine                      | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Hospice-Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> <sub>14</sub> Soins longue durée |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Chirurgie                     | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Santé communautaire      | <input type="checkbox"/> <sub>15</sub> Autre              |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Soins maternels et périnataux | <input type="checkbox"/> <sub>10</sub> Soins à domicile        | _____ ( <i>veuillez préciser</i> )                        |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Urgence-Soins intensifs       | <input type="checkbox"/> <sub>11</sub> Oncologie               |                                                           |
| <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Soins cardiovasculaires       | <input type="checkbox"/> <sub>12</sub> Psychiatrie             |                                                           |

**7) Chaque membre de l'équipe de soins prend en charge un groupe désigné de patients**

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Ne sais pas

Les **infirmières praticiennes spécialisées** possèdent une expérience et une formation plus approfondies pour poser des diagnostics, prescrire des médicaments et accomplir des procédures médicales spécifiques de façon autonome.

**8) Mon équipe de soins comprend une infirmière praticienne spécialisée**

- <sub>1</sub> Oui      <sub>2</sub> Non      <sub>3</sub> Ne sais pas

**8a.** Combien d'infirmières praticiennes travaillent présentement dans votre équipe de soins? \_\_\_\_\_ (*indiquer le nombre*)

## Section II-Les processus de l'équipe de soins

Dans cette section, nous sommes intéressés à mieux comprendre comment les membres de l'équipe de soins travaillent ensemble pour offrir des soins de santé et quels facteurs influencent vos croyances sur l'efficacité de l'équipe de soins. Veuillez sélectionner la réponse qui reflète le mieux votre point de vue.

Si vous avez travaillé dans plus d'une équipe de soins dans la dernière semaine, veuillez svp sélectionner vos réponses en lien avec l'équipe des soins intensifs.

Question	Fortement en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5	6
9. Les rôles des membres de l'équipe de soins sont bien définis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je suis content(e) de la manière dont le travail est divisé entre les membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai un rôle à jouer dans l'équipe de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai confiance aux membres de l'équipe de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mon équipe de soins est efficace à fournir des soins de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Les membres de l'équipe de soins partagent les informations nécessaires pour que le patient prenne des décisions sur ses soins de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Des rencontres d'équipes interprofessionnelles sont prévues régulièrement pour planifier les soins des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Les membres de l'équipe de soins connaissent les objectifs de soins des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Les résultats d'examen et les consultations sont à jour dans le dossier du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question	Fortement en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	En accord	Fortement en accord
	1	2	3	4	5	6
18. L'échange d'information entre les membres de l'équipe et les patients et les proches est <b>restreint</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Les membres de l'équipe travaillent ensemble pour solutionner les problèmes rencontrés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. L'équipe de soins se rencontre selon les besoins pour aborder des problématiques de soins complexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ma contribution est valorisée par l'équipe de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mes idées, informations ou observations sont prises en compte par les membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Les désaccords entre les membres de l'équipe sont traités équitablement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Les différences d'opinion parmi les membres de l'équipe sont respectées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Les membres de l'équipe de soins ne travaillent <b>pas</b> avec les familles pour régler des questions portant sur les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. L'équipe de soins ajuste les traitements face aux changements dans la condition de santé du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Les soins prodigués par l'équipe de soins sont bien organisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Section III-Résultats de soins

La section suivante porte sur les résultats de soins fournis par votre équipe de soins de santé. Veuillez sélectionner la réponse qui reflète le mieux votre point de vue.

Si vous avez travaillé dans plus d'une équipe de soins dans la dernière semaine, veuillez svp sélectionner vos réponses en lien avec l'équipe des soins intensifs.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Un peu en désaccord	Un peu en accord	En accord	Fortement en accord
Question	1	2	3	4	5	6
28. Les soins de santé sont offerts dans un délai convenable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Les membres de l'équipe de soins ont accès facilement à un intervenant qui peut prescrire des examens ou des médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Les complications potentielles ou réelles sont gérées rapidement par l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Le patient a son congé de l'unité avec des questions <b>non</b> répondues sur sa médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Toutes les informations pertinentes sont disponibles à l'équipe de soins lorsque le patient est transféré dans un autre établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Le patient quitte l'unité avec toutes les questions sur ses soins de santé répondues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Les membres de l'équipe possèdent les connaissances approfondies et l'expertise nécessaires pour prodiguer les soins de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Annexe F

### Items reliés au processus d'équipe

Perception d'efficacité	Thèmes	Description / question	Items
<b>Facteurs</b>	Clarté de rôle	Les rôles des membres de l'équipe de soins sont bien définis  Je suis content(e) de la manière dont le travail est divisé entre les membres de l'équipe	9, 10
	Confiance	J'ai confiance aux membres de l'équipe de soins	12
	Rencontre d'équipe	Des rencontres d'équipes interprofessionnelles sont prévues régulièrement pour planifier les soins des patients  L'équipe de soins se rencontre selon les besoins pour aborder des problématiques de soins complexes	15, 20
<b>Fonctionnement d'équipe (14)</b>			11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27
<b>Processus</b>	Perception d'efficacité	Mon équipe de soins est efficace à fournir des soins de santé	13
	Prise de décision	Les membres de l'équipe de soins partagent les informations nécessaires pour que le patient prenne des décisions sur ses soins de santé  Mes idées, informations ou observations sont prises en compte par les membres de l'équipe	14,22
	Communication	Les membres de l'équipe de soins connaissent les objectifs de soins des patients  Les résultats d'examen et les consultations sont à jour dans le dossier du patient  L'échange d'information entre les membres de l'équipe et les patients et les proches est restreint	16, 17, 18
	Coordination	L'équipe de soins ajuste les traitements face aux changements dans la condition de santé du patient  Les soins prodigués par l'équipe de soins sont bien organisés	26, 27



	Cohésion	Les membres de l'équipe travaillent ensemble pour solutionner les problèmes rencontrés	19
	Résolution de problèmes	Les désaccords entre les membres de l'équipe sont traités équitablement  Les différences d'opinion parmi les membres de l'équipe sont respectées	23, 24
	Focus patient	J'ai un rôle à jouer dans l'équipe de soins  Ma contribution est valorisée par l'équipe de soins  Les membres de l'équipe de soins ne travaillent pas avec les familles pour régler des questions portant sur les soins	11, 21, 25

## Annexe G

### Grilles d'observation

Émotion positive	1	<b>Solidarité</b> : offre de l'aide, encourage, valorise les autres, félicite
	2	<b>Détente</b> : cherche à diminuer la tension, plaisante, rit, démontre une satisfaction
	3	<b>Accord</b> : accepte passivement, comprend, se conforme
Domaine de la tâche	4	<b>Suggestion</b> : directives avec respect de l'autonomie d'autrui
	5	<b>Donne son opinion</b> : analyse, évalue, exprime un sentiment, son souhait
	6	<b>Donne une orientation</b> : informe, répète, clarifie, confirme
	7	<b>Demande une orientation</b> : demande une information, une confirmation, une répétition
	8	<b>Demande une opinion</b> : demande une évaluation, une analyse, une impression
	9	<b>Demande des suggestions</b> : demande une direction, différentes façons d'agir
Émotion négative	10	<b>Désaccord</b> : rejette passivement, refuse l'aide
	11	<b>Tension</b> : démontre de la tension, réclame de l'aide, se retire de la situation
	12	<b>Antagonisme</b> : fait preuve d'opposition, dévalorise l'autre, se défend ou s'affirme

Code	Activité observée
S	<b>Amorce du sevrage</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Décision d'amorcer le sevrage</li> <li>Diminuer la sédation</li> <li>Aviser l'inhalo pour les changements de paramètres</li> <li>Médecin avise l'inhalo</li> <li>Se coordonner avec l'inhalo pour la gestion de la sédation et le réglage du ventilateur</li> </ol>
R	<b>Évaluation de la réponse / réaction du patient au sevrage en cours</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Vérifie les paramètres vitaux</li> <li>Vérifie les paramètres respiratoires</li> <li>Partage ses constats à l'inhalothérapeutes</li> <li>Fait des recommandations / suggestions</li> <li>Encourage/ stimule le patient</li> </ol>
E	<b>Échec du sevrage</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Reconnait l'échec : désaturation, dyspnée, altération des SV</li> <li>Avisé le médecin</li> <li>Avisé l'inhalo</li> <li>Agit en cas de détérioration (fiO2, sédation, aspiration)</li> </ol>
X	<b>Extubation</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Prépare le patient</li> <li>Assiste l'inhalo</li> <li>Procède à l'extubation</li> <li>Évaluation respiratoire post extubation (immédiat)</li> </ol>

(Source : [Traduction libre] de Bales, 1950, p. 9.)

	Intervenants
I	Infirmières /iers
AIC	Assistante infirmière chef
N	Inhalothérapeutes
Md	Médecin (intensivistes, généralistes, spécialistes)
R	Résidents
Pb	Préposé aux bénéficiaires

**Exemple de canevas**

Situation	Intervenants /activités	Bales			Commentaires
S	N= 1	N= 6			Inf fâchée car pas avisée d'avance
	I=2	I=10			
9h02- 9h04	I=5	I=5			Suggère un déroulement pour le sevrage
		N=3			Entente pour la coordination
		I=4			
		N=4			
		1=3			

## Annexe H

### Entente de confidentialité

#### Formulaire d'engagement à la protection de la confidentialité des renseignements personnels

**Projet : La mise en œuvre du rôle d'infirmières aux soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples**


Je soussigné(e), Chantal Vanasse, en tant que transcriptrice dans le projet de recherche mentionnée en titre, m'engage à ne pas communiquer ni divulguer ni révéler de quelque façon que ce soit à quiconque n'ayant pas signé un engagement à la confidentialité concernant la présente recherche, les renseignements personnels qui me seront communiqués dans le cadre de cette recherche.

Je m'engage également à prendre les mesures de sécurité propres à assurer la protection des renseignements personnels collectés, utilisés, communiqués, conservés ou détruits et qui sont raisonnables compte tenu notamment de leur sensibilité, de la finalité de leur utilisation, de leur quantité, de leur répartition et de leur support. Je m'engage à ne divulguer aucune information pouvant permettre d'identifier une personne et à détruire les enregistrements audio de mes fichiers une fois la transcription terminée et acheminée à l'équipe de Dre Kilpatrick.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À Montréal, le 23 sept 2019

Nom : Chantal Vanasse

Titre : transcriptrice

Signature : 

# Annexe I

## Guide d'entrevue : Professionnels

### 1. Présentation et remerciement

- a. Bonjour, mon nom est Lysane Paquette. Je vous remercie d'accepter de participer à ce projet de recherche.

### 2. Décrire brièvement l'objectif de l'entrevue

- a. Dans la discussion d'aujourd'hui, il sera abordé la mise en œuvre du rôle des infirmières de soins intensifs lorsqu'elles sont responsables d'un patient en sevrage de la ventilation mécanique. La mise en œuvre du rôle, signifie ce qu'elles font dans une pratique quotidienne, et ce, tout en tenant compte qu'elles travaillent avec d'autres professionnels.

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Je suis intéressée à entendre votre perspective.

Le contenu demeure confidentiel.

L'entrevue durera environ 45-60 minutes. Elle sera audio enregistrée pour m'aider à me rappeler avec précision ce qui est dit. Par la suite, l'ensemble des entrevues seront retranscrites en verbatims, soit sous forme de texte pour en faire l'analyse.

Je peux aussi prendre des notes au cours de notre discussion et vérifier le magnétophone pour être certaine de sa fonctionnalité.

Merci encore pour votre participation.

### 3. Lire et signer le formulaire de consentement pour l'étude

- a. Veuillez consulter le formulaire de consentement pour l'étude. Je vais vous demander de signer le consentement si vous n'avez pas de questions.
- b. Je vous remets également une copie signée pour vos dossiers
- c. Veuillez compléter le profil démographique avant de commencer

### 4. Questions avant de commencer l'entrevue

- a. Avez-vous des questions avant de commencer?

5. Comment décrivez-vous votre rôle lorsqu'un patient est en sevrage de la ventilation mécanique?
  - a. Sous-questions : que faites-vous? Quelles sont vos interventions?
6. Quelles sont les différences et les ressemblances dans votre rôle comparativement aux autres professionnels
  - a. Avez-vous un exemple?
  - b. Comment expliquez-vous les ressemblances?
7. Quelles sont les limites à votre rôle lors du sevrage de la VM?
  - a. Comment reconnaissez-vous ces limites?
  - b. Qu'est-ce qui vous informe de vos limites?
8. Parlez-moi des facteurs qui facilitent ou qui sont des barrières à votre rôle lorsque vous êtes responsable d'un patient en sevrage de la VM?
  - a. Avez-vous un exemple à fournir pour expliquer votre réponse?
9. En contexte de sevrage de la VM, comment se passe la communication avec les autres professionnels?
  - a. Parlez-moi des conflits ?
  - b. Comment contribuer à résoudre les conflits, les problèmes?
10. En contexte de sevrage de la VM, qui prend principalement les décisions?
  - a. De quels ordres sont ces décisions? Donnez-moi des exemples.
  - b. Racontez-moi comment vous participez aux décisions?
11. En contexte de VM, qui assure la coordination des soins dans l'équipe?
  - a. Comment s'effectue cette coordination, avez-vous un exemple?
12. Avez-vous quelque chose à ajouter qui pourrait nous informer sur le rôle de l'infirmière lors du sevrage de la VM?

Je vous remercie de votre participation

## **Annexe J**

### **Guide d'entrevue : Questionnaires**

1. Présentation et remerciement

- a. Bonjour, mon nom est Lysane Paquette. Je vous remercie d'accepter de participer à ce projet de recherche.

2. Décrire brièvement l'objectif de l'entrevue

- a. Dans la discussion d'aujourd'hui, il sera abordé la mise en œuvre du rôle des infirmières de soins intensifs lorsqu'elles sont responsables d'un patient en sevrage de la ventilation mécanique. La mise en œuvre du rôle, signifie ce qu'elles font dans une pratique quotidienne, et ce, tout en tenant compte qu'elles travaillent avec d'autres professionnels.

Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. Je suis intéressée à entendre votre perspective.

Le contenu demeure confidentiel.

L'entrevue durera environ 45-60 minutes. Elle sera audio enregistrée pour m'aider à me rappeler avec précision ce qui est dit. Par la suite, l'ensemble des entrevues seront retranscrites en verbatim, soit sous forme de texte pour en faire l'analyse.

Je peux aussi prendre des notes au cours de notre discussion et vérifier le magnétophone pour être certaine de sa fonctionnalité.

Merci encore pour votre participation.

3. Lire et signer le formulaire de consentement pour l'étude

- a. Veuillez consulter le formulaire de consentement pour l'étude. Je vais vous demander de signer le consentement si vous n'avez pas de questions.
- b. Je vous remets également une copie signée pour vos dossiers
- c. Veuillez compléter le profil démographique avant de commencer

4. Questions avant de commencer l'entrevue

- a. Avez-vous des questions avant de commencer?

5. Comment décrivez-vous le rôle de l'infirmière lorsqu'elle est responsable d'un patient en sevrage de la ventilation mécanique?
  - a. Sous-questions : que fait-elle? Quelles sont ses interventions?
  - b. Parlez-moi de vos attentes quant à son rôle.
6. Expliquez-moi quelles sont les différences dans leur rôle avec celui des autres professionnels impliqués dans le sevrage de la ventilation mécanique.
7. Parlez-moi des facteurs qui facilitent ou qui sont des barrières à son rôle lorsqu'elle est responsable d'un patient en sevrage de la VM?
  - c. Avez-vous un exemple à fournir pour expliquer votre réponse?
8. Quelles sont les limites dans son rôle lors du sevrage de la ventilation mécanique?
9. Comment pouvez-vous optimiser les rôles dans l'équipe de soins?
10. Comment l'infirmière peut faire une différence dans le sevrage de la ventilation mécanique?
11. En contexte de sevrage de la VM, comment se passe la communication avec les autres professionnels?
  - d. Parlez-moi des conflits ?
  - e. Comment est-ce que vous contribuez à résoudre les conflits, les problèmes?
12. En contexte de sevrage de la VM, qui prend principalement les décisions?
  - f. De quels ordres sont ces décisions? Donnez-moi des exemples.
  - g. Racontez-moi comment vous participez aux décisions?
13. En contexte de VM, qui assure la coordination des soins dans l'équipe?
  - h. Comment s'effectue cette coordination, avez-vous un exemple?
14. Parlez-moi de vos attentes quant au rôle de l'infirmière lors du sevrage de la ventilation mécanique.
15. Avez-vous quelque chose à ajouter qui pourrait nous informer sur le rôle de l'infirmière lors du sevrage de la VM.

Merci de votre participation



## Annexe K

### Profil sociodémographique des professionnels

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

Dans cette section nous sommes intéressés à en apprendre plus sur vous.

#### 1. Vous êtes :

.1 Homme

.1 Femme

2. Quelle est l'année de votre naissance : \_\_\_\_\_  
aaaa

#### 3. Veuillez sélectionner le titre qui décrit le mieux votre groupe professionnel ou position:

.1 Infirmière Praticienne Spécialisée

.11 Médecin Spécialiste

.2 Infirmière Clinicienne Spécialisée

.12 Inhalothérapeute

.3 Infirmière Éducatrice/Monitrice

.13 Diététiste

.4 Infirmière Auxiliaire Autorisée

.14 Ergothérapeute

.5 Infirmière Cheffe ou Gestionnaire

.15 Pharmacien

.6 Assistante-Infirmière Chef

.16 Travailleur Social

.7 Infirmière

.17 Physiothérapeute

.8 Infirmière Clinicienne

.18 Commis

.9 Médecin de Soins Primaires

.19 Gestionnaire\_\_\_\_(veuillez spécifier)

.10 Médecin Résident

.20 Autre\_\_\_\_(veuillez spécifier)

#### 4. Veuillez indiquer le plus haut niveau de scolarité que vous avez atteint? (Cochez une seule réponse)

.1 Diplôme Études Secondaires  
(DES, DEP)

.5 PhD

.2 CEGEP (DEC)

.6 MD\_\_\_\_(veuillez spécifier)

.3 Baccalauréat

.7 Certificat de spécialité\_\_\_\_

.4 Maîtrise

\_\_\_\_(veuillez spécifier) .8 Autre  
\_\_\_\_(veuillez spécifier)

**5. Quel est votre statut d'emploi actuel? (Cochez une seule réponse)**

- <sub>1</sub> Permanent, à Temps Plein  
<sub>2</sub> Permanent, à Temps Partiel  
<sub>3</sub> Temporaire ou Contractuel  
<sub>4</sub> Congé Prolongé (maternité, maladie, accident de travail)

**6. Depuis combien de temps avez-vous votre permis de pratique professionnel?**

Nombre d'années \_\_\_\_\_ ou  
Si depuis moins d'un an: \_\_\_\_\_ nombre de mois

**7. Depuis combien de temps pratiquez-vous votre rôle professionnel actuel au sein de cette organisation?**

Nombre d'années \_\_\_\_\_ ou  
Si depuis moins d'un an: \_\_\_\_\_ nombre de mois

**8. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette équipe?**

Nombre d'années \_\_\_\_\_ ou  
Si depuis moins d'un an: \_\_\_\_\_ nombre de mois

**9. Avez-vous quelque chose à ajouter?**

---

---

MERCI!!! Vous avez fini de remplir le questionnaire.

Nous apprécions grandement le temps et les efforts que vous avez consacrés à cette étude.  
Si vous avez des questions au sujet de ce projet de recherche, veuillez communiquer avec :

Lysane Paquette, Inf. MSc. PhD. (c)  
CIUSSS EIM—Installation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
CSA —RC - Aile bleue - Bureau F121  
5415 boul. l'Assomption, Montréal (QC) H1T 2M4  
Téléphone :  
Courriel : [lysane.paquette@umontreal.ca](mailto:lysane.paquette@umontreal.ca)

Kilpatrick, K., Jabbour, M., & Fortin, C. (2016). Processes in healthcare teams that include nurse practitioners: what do patients and families perceive to be effective?. *Journal of clinical nursing*, 25(5-6), 619–630. <https://doi.org/10.1111/jocn.13085>

## Annexe L

### Courriel et annonce pour recrutement



#### Projet doctoral sur la mise en œuvre du rôle d’infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique.

Si vous êtes **infirmières, inhalothérapeutes** ou **médecins** et que vous travaillez aux soins intensifs, vous êtes **invités à participer** à un projet de recherche qui vise à comprendre la mise en œuvre du rôle d’infirmières de soins intensifs lors de la prise en charge des patients en sevrage de la ventilation mécanique.

1) Votre contribution est sollicitée pour un **sondage** qui devrait requérir 30 minutes pour être complété. Vous pouvez le compléter en ligne via le lien suivant :

<https://recherche-services-sante.ca/index.php/122514?lang=fr>.

Si vous préférez, une version « papier » est disponible auprès de la chercheuse.

2) Vous êtes aussi invité à participer à une **entrevue** d’une durée de 45 min. Si vous êtes intéressés, vous pouvez communiquer avec :

Lysane Paquette

Tel : [REDACTED]

Ou par courriel : [lysane.paquette@umontreal.ca](mailto:lysane.paquette@umontreal.ca)

## Annexe M

### Modes et fréquences de recrutement

#### *Cas 1*

<b>Mode de communication</b>	<b>Groupe de professionnels visés</b>	<b>Date</b>
Présentation du projet de recherche	Médecins	7 Février 2019
Rencontre salle à café	Inhalothérapeutes	21-22- 23 mai 2019
	Infirmières	24-27-28-31 mai
Courriels	Infirmière, médecins	27 mai 2019
		5, 25 juin
		24 juillet
	Inhalothérapeutes	5 août
		11 sept
		20 sept (médecins)
Présence pour collecte de données (observations, entrevues, collecter les questionnaires)	Tout le personnel	27 mai
		24 juin
		23 juillet
		8 septembre
		31 mai
		6-7-10 — 12-14-20-21 juin 2019
3-5-11 — 12-23 juillet		
1 août, 14 août		
9 -20-25 septembre		
3 -9-25 octobre		

#### *Cas 2*

<b>Mode de communication</b>	<b>Groupe de professionnels visés</b>	<b>Date</b>
Présentation du projet de recherche	Médecins	Janvier, mars 2019 (courriels)
Rencontre salle à café	Inhalothérapeutes	18-19 juin 2019
	Infirmières	13-19 juin 2019
Courriels	Infirmière, médecins	5- 18 novembre 2019
		10 décembre 2019
		11-18-27 juin 2019
	Inhalothérapeutes	8 juillet 2019
		20 août 2019
		9 décembre 2019
Présence pour collecte de données (observations, entrevues, collecter les questionnaires)	Tout le personnel	25-26 juin 2019
		8-10-24-31 juillet 2019
		16-20-22-28 août 2019
		3-4-5-9-11-19-24-26 sept.
		1-2-4-5-7-9-10-17-22-24-29 octobre 2019
		1-4-6-7-8-14-21-27 nov. 2019
		27 janvier 2020

# Annexe N

## Considérations éthiques

### Approbation scientifique du projet



Faculté des sciences infirmières

#### PROGRAMME CONJOINT DE DOCTORAT (SCIENCES INFIRMIERES) APPROBATION SCIENTIFIQUE DU PROJET DE RECHERCHE DE THÈSE

Remplir en caractère d'imprimerie s.v.p.

Remplir en caractère d'imprimerie s.v.p.

Nom de l'étudiant(e) : Paquette, Lysane  
Code Permanent : [REDACTED]

Nom de la directrice : Kelley Kilpatrick  
Codirectrice : \_\_\_\_\_

**Titre du projet : Mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples**

**PROBLÉMATIQUE** La ventilation mécanique (VM) est un traitement courant dans les unités de soins intensifs (USI). Au Canada, environ 33% des patients hospitalisés en USI reçoivent cette assistance respiratoire [1]. Cependant, son application prolongée augmente le séjour aux USI, les coûts d'hospitalisation et le taux de mortalité [1]. Le sevrage, qui vise le retrait de cette assistance respiratoire, est un processus qui doit être amorcé dès que l'état du patient le permet [2]. Le déroulement du sevrage est une période cruciale, car elle correspond à 40% du temps passé sous VM [2].

La réussite du sevrage requiert un travail concerté avec différents professionnels. Les infirmières en USI ont un rôle de premier plan étant donné leur présence et leur surveillance continue [3]. Leur rôle lors du sevrage de la VM a été exploré dans plusieurs recherches. Il est décrit qu'elles participent aux décisions, identifient les candidats au sevrage, évaluent la réaction du patient, règlent les paramètres du respirateur, gèrent l'analgésie-sédation, etc. [2,3]. Aussi, les infirmières développent une connaissance approfondie du patient qui favorise une personnalisation des soins, informe les prises de décisions et permet de coordonner l'ensemble des activités (mobilisation, examens, soins, visites professionnelles, etc.) [3]. Ces constats illustrent la discipline infirmière en USI au nord de l'Europe et dans des pays tels l'Australie, la Nouvelle-Zélande, là où les infirmières partagent essentiellement les responsabilités de la VM avec les médecins [3].

En Amérique du Nord, les équipes de soins incluent aussi des inhalothérapeutes qui sont des experts en soins cardiorespiratoires. Les inhalothérapeutes ont un champ d'exercice juxtaposé de près à celui des infirmières pour tout ce qui relève de la VM, sa surveillance et son sevrage [1,3,4]. Des constats semblables se retrouvent avec les médecins à l'USI; leurs tâches et celles des infirmières se complètent et peuvent se superposer [1]. Ce chevauchement d'activités engendre une négociation constante des rôles et du partage des tâches qui déplacent les frontières interprofessionnelles et influencent la mise en œuvre du rôle des infirmières [5]. De fait, différentes recherches réalisées en contexte nord-américain illustrent une mise en œuvre sous optimale du rôle des infirmières en USI lors du sevrage de la VM [3]. Par exemple, peu d'infirmières (7%) s'impliquent dans les décisions sur les réglages de la VM et moins du tiers évaluent si le patient est prêt à amorcer le sevrage [2]. Différents facteurs peuvent influencer la mise en œuvre du rôle des infirmières et expliquer ces constats: le modèle de distribution des soins, l'expérience clinique, les connaissances sur la VM, le ratio de patients par infirmière, l'envergure et le type de l'USI, la vocation du centre hospitalier, l'utilisation de protocole, etc. [3].

À notre connaissance, la façon dont les infirmières mettent en œuvre leur rôle et comment


elles le négocient avec les autres professionnels lorsqu'elles sont responsables d'un patient en sevrage de la VM demeurent peu explorés en contexte québécois. Considérant que la mise en œuvre de leur rôle semble sous-optimale, il devient essentiel de décrire et comprendre comment les rôles infirmiers sont déployés.

**Objectifs de recherche :** Le projet vise à comprendre comment les infirmières en USI mettent en œuvre leur rôle lors du sevrage de la VM. Plus précisément, 1) décrire cette mise en œuvre du rôle; 2) examiner les facteurs qui l'influencent, 3) explorer comment les infirmières négocient leur rôle en présence des autres professionnels impliqués dans le sevrage de la VM.



**STRATÉGIE(S) D'INTERVENTIONS:** Une **étude de cas multiples** selon Yin (2006) [6] avec une collecte de données mixtes et concurrentes est proposée dans deux cas :deux USI identifiées pour leurs caractéristiques spécifiques (ex. : territoire, vocation, ratios patients par infirmières, niveau d'éducation des infirmières). Chaque cas est défini comme étant le processus de mise en œuvre du rôle des infirmières en USI lors du sevrage de la VM, en considérant qu'elles travaillent en interdépendance avec d'autres professionnels [5]. Le cadre conceptuel de la mise en œuvre des rôles dans les équipes de soins soutient l'ensemble de l'étude [5]. La mise en œuvre des rôles signifie les activités faites au quotidien [5]. **Source de données quantitatives :** sondage auprès des infirmières, inhalothérapeutes et intensivistes (n=50/cas, en tenant compte d'un taux de réponse de 50%). Questionnaire 1 « Ventilation et sevrage de ventilation: tâches, compétences et responsabilités du personnel des soins intensifs » pour décrire les dimensions du rôle et les facteurs associés (objectifs 1-2). Questionnaire 2 «Questionnaire pour les Intervenants : perceptions de l'efficacité de l'équipe de soins » , concerne les processus d'équipe qui influence la mise en œuvre du rôle (objectif 2) (alpha de Cronbach entre 0,72 à 0,90 pour les sous-échelles). Un total de 30 minutes est prévu pour les compléter. Observations non participantes d'intractions et des activités réalisées lors de situations où il y a chevauchement d'activités lors du sevrage de la VM entre les inhalothérapeutes, les médecins et les infirmières.**Source de données qualitatives** (objectifs 1,2,3): Des entrevues seront complétées avec les parties prenantes telles que les infirmières, les inhalothérapeutes, les médecins et les gestionnaires (n=15/cas) pour comprendre comment les infirmières négocient leur rôle en présence des autres professionnels impliqués dans le sevrage de la VM. **Analyses :** Les données quantitatives seront analysées avec SPSS 24. Des statistiques descriptives et bivariées ainsi que la somme des comportements et des activités seront effectuées pour décrire les dimensions du rôle et identifier les facteurs associés à sa mise en œuvre (objectifs 1, 2). Une analyse de contenu sera réalisée pour les données qualitatives. Les données de chaque cas seront analysées séparément, codifiées selon le cadre conceptuel puis comparées et amalgamées en un tout cohérent pour contribuer à une compréhension globale [6].

**Références bibliographiques.**

1. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Les unités de soins intensifs au Canada. Ottawa, Ontario: ICIS; 2016.
2. Burns KE, Raptis S, Nisenbaum R, Rizvi L, Jones A, Bakshi J, et al. International practice variation in weaning critically ill adults from invasive mechanical ventilation. *Annals of the American Thoracic Society*. 2018;15(4):494-502.
3. Rose L, Dainty K, Jordan J, Blackwood B. Weaning from mechanical ventilation : A scoping review of qualitative studies. *American Journal of Critical Care*. 2014;23(5):54-71.
4. Durand S, Thibault C, Brodeur J, Laflamme F, D'Anjou H. Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières. 3 ed. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec; 2016.
5. Kilpatrick K, Lavoie-Tremblay M, Lamothe L, Ritchie JA, Doran D. Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness. *Journal of advanced nursing*. 2013;69(1):205-17.
6. Yin RK. *Case study research and applications : design and methods*. 6 ed. Thousand Oaks, Californie: Sage; 2018. 319 p.

	2018-10-31
Signature de l'étudiant(e)	Date

Ce projet de recherche est conforme aux règles d'éthique concernant l'utilisation des êtres humains en expérimentation.

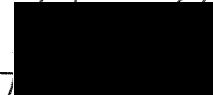
	2018-10-31	
Date	Date	Dir. de la recherche

Cette thèse sera rédigée par articles : Oui  Non

SIGNATURES

*Suite à l'évaluation de ce projet de recherche effectué dans le cadre d'une thèse de doctorat, nous considérons qu'il répond aux exigences d'un travail scientifique.*

NOM : JÉRÔME GAUVIN-LEPAGE Signature :   
Présidente du comité d'approbation

NOM : PATRICK LAJOLIE Signature :   
Membre du comité d'approbation

Date : 2018/10/30<sup>18</sup> (10L)

# Autorisation pour réaliser la recherche du centre évaluateur



Le 30 janvier 2019

Madame Kelley Kilpatrick  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
Installation Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :**

Titre du projet : *Mise en oeuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples*

Numéro attribué par le CÉR évaluateur : MP-12-2019-1737

Madame Kilpatrick,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre dans notre établissement, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEM TL) - installation Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du CÉR du CEM TL portant la date du 29 janvier 2019 qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen éthique dont le résultat est positif. De plus, votre projet a reçu l'approbation de la convenance institutionnelle le 23 janvier 2019. Si ce CÉR vous informe, pendant le déroulement de cette recherche, d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR évaluateur.

En raison de la nature du projet, veuillez noter que ce dernier n'a pas été soumis à notre Comité d'évaluation scientifique de la recherche. D'autre part, le CÉR du CEM TL reconnaît l'évaluation scientifique positive du projet réalisée par l'instance suivante : Université de Montréal - Faculté des sciences infirmières .

Notre établissement a reçu une copie de la version finale des documents se rapportant à la recherche, approuvée par le CÉR évaluateur.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

- à vous conformer aux demandes du CÉR évaluateur, notamment pour le suivi éthique de la recherche;
- à rendre compte au CÉR évaluateur et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
- à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CÉR évaluateur;
- à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans notre établissement, à savoir : La tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés dans notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Cette autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement sera renouvelée annuellement à la date du renouvellement de



l'approbation éthique du CÉR évaluateur.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec notre Bureau de coordination de la recherche clinique (BCRC) au 514-252-3400, poste 3724 ou poste 5963, ou par courriel au [brcr.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:brcr.cemtl@ssss.gouv.qc.ca), pendant le déroulement de cette recherche dans notre établissement, si besoin est. Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre Comité d'éthique de la recherche au 514-252-3400, poste 5708, ou par courriel au [cer.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cer.cemtl@ssss.gouv.qc.ca) pour obtenir les conseils et le soutien voulu.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre projet par notre établissement ou celui attribué au projet de recherche par le CÉR.

Avec l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Sylvain Lemieux  
Président-directeur général  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

c. c. : Dr Stéphane P. Ahern, président du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

# Convenance institutionnelle étude Pilote

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

## Approbation finale de la convenance institutionnelle

Statut de l'évaluation : **Approuvé**  
Numéro(s) de projet : **MP-12-2019-1737**  
Identifiant Nagano : **paly**

Type d'évaluation : **Approbation finale**  
Évaluateur/trice : **Fontaine, Pierre**  
Grille d'évaluation : **F16 - 14901**

### Section 1 : Renseignements généraux

1. **Indiquez, en français, le titre complet du projet de recherche**

Mise en oeuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples

2. **Indiquez le nom du chercheur responsable dans notre établissement**

Kilpatrick, Kelley

3. **Votre projet de recherche a été évalué à la convenance institutionnelle. Suite à cette évaluation, ce projet est conforme.**  
**Vous recevrez votre lettre d'autorisation de la personne formellement mandatée du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal pour débiter votre projet de recherche dans l'établissement lorsque toutes les conditions seront remplies.**  
**Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.**



Monsieur Pierre Fontaine  
Directeur adjoint administratif  
Direction de la recherche  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

**Date**  
2019-01-23

# Autorisation de réaliser la recherche *Cas 1*

Centre Intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Nord-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec



Bureau du président-directeur général

Le 26 mars 2019

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Madame Caroline Arbour  
Centre de recherche  
Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal  
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

N Réf CER évaluateur (CIUSSS de l'Est): MP-12-2019-1737  
N Réf CIUSSS NIM : MEO-12-2019-1731

**Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :**

**- Titre du projet** «La mise en œuvre du rôle d'infirmières aux soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples»

Madame,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Cette autorisation vous permet de réaliser la recherche dans le lieu suivant :

- Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement reconnaît l'examen éthique qui a été effectué par le CER du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal:

- qui agit comme CER évaluateur pour ce projet, conformément au Cadre de référence des établissements publics du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (le Cadre de référence);
- qui a confirmé dans sa lettre du 29 janvier 2019 le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique du projet; et
- qui a approuvé la version réseau du formulaire de consentement en français utilisé pour cette recherche.

Nous accusons réception du formulaire d'information et de consentement que vous avez préparé pour notre établissement à partir de la version réseau et nous le joindrons à la copie de cette autorisation qui sera transmise au CER évaluateur. La date de la présente autorisation peut figurer sur ce formulaire de consentement.

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche;
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;

... 2

Siège social  
555, boul. Gouin Ouest  
Montréal (Québec) H3L 1K5  
Téléphone : 514 338-2184

- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CER évaluateur puisse en prendre connaissance; et
- respecter les exigences fixées par le CER évaluateur pour le suivi éthique continu de la recherche.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CER évaluateur dans sa décision de renouveler son approbation éthique de cette recherche.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation ou à son renouvellement ou au sujet de changements d'ordre administratif qui auraient été apportés à la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CER évaluateur, est Madame Julie Hammamji au (514) 338-2222 poste 3581 ou [julie.hamamji.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:julie.hamamji.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca).

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par notre établissement ainsi que le numéro attribué au projet de recherche par le CER évaluateur.

Veillez recevoir, Madame, mes respectueuses salutations.

Le président-directeur général,



Frédéric Abergel, Ph. D., CHE

*Personne formellement mandatée pour autoriser la réalisation des recherches*

p.j. *Formulaire d'information et de consentement, version française, en date du 23 janvier 2019*

c. c. : Stéphane Ahern, M.A., M.D., Ph. D., Président du CER évaluateur (CIUSSS de l'Est)  
Élodie Petit, Présidente du CER de l'établissement (CIUSSS NIM)  
Kelly Kilpatrick, Ph. D., Chercheuse principale (CIUSSS de l'Est)  
Lysane Paquette, inf., M. Sc., Candidate au doctorat (CIUSSS de l'Est)

# Autorisation de réaliser la recherche *Cas 2*

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides

Québec



Direction de l'enseignement et de la recherche

## COURRIER ÉLECTRONIQUE

Saint-Eustache, le 6 mai 2019

Madame Kelley Kilpatrick  
Chercheuse responsable  
Université McGill - Sciences infirmières  
Courriel : kelly.kilpatrick@mcgill.ca

Madame Lysane Paquette  
Chercheuse étudiante  
Université de Montréal – Faculté des sciences infirmières  
Courriel : lysane.paquette@umontreal.ca

**Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :**  
**« Mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples »**  
**CÉR du CIUSSS EIM : MP-12-2019-1737**

Mesdames,

Nous avons le plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

Cette autorisation vous permet de réaliser les activités de recherche dans l'installation suivante :

- Unité des soins intensifs de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du Comité d'éthique de la recherche CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal :

- 1) qui agit comme CÉR évaluateur pour ce projet, conformément au Cadre de référence des établissements publics du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement (le Cadre de référence);
- 2) qui confirme dans sa lettre du 29 janvier 2019 le résultat positif de l'examen scientifique et de l'examen éthique du projet, valide pour un an, à compter du 29 janvier 2019.
- 3) qui a approuvé la version réseau du formulaire d'information et de consentement en français utilisé pour cette recherche.

Nous accusons réception du formulaire d'information et de consentement que vous avez préparé pour notre établissement à partir de la version réseau et nous le joindrons à la copie de cette autorisation qui sera transmise au CÉR évaluateur.

520, boulevard Arthur-Sauvé  
Saint-Eustache, Québec J7R 5B1  
Téléphone : 450 473-6811  
Télécopieur : 450 473-6966  
www.santelaurentides.gouv.qc.ca

LE CIUSSS DES LAURENTIDES  
complice de votre santé

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez à :


- 1) respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche;
- 2) respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;
- 3) utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CÉR évaluateur puisse en prendre connaissance;
- 4) respecter les exigences fixées par le CÉR évaluateur pour le suivi éthique continu de la recherche;
- 5) présenter au sein de l'établissement les résultats de cette étude afin de favoriser le transfert des connaissances vers les équipes cliniques. Les modalités de ce partage des connaissances seront établies entre l'établissement et le chercheur principal.

L'autorisation qui vous est donnée ici de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement sera renouvelée sans autre procédure à la date indiquée par le CÉR évaluateur, à moins d'un changement majeur impliquant le CISSS des Laurentides.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation ou à son renouvellement ou au sujet de changements d'ordre administratif qui auraient été apportés à la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur, est madame Louise Leduc, responsable de la recherche au CISSS des Laurentides au 450 473-6811 poste 44343.

En terminant, il est important de toujours mentionner dans votre correspondance en lien avec cette recherche, le numéro attribué au projet de recherche par le CÉR évaluateur.

Veillez agréer, Mesdames, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

  
Marie-Josée Lafontaine  
Directrice des services multidisciplinaires et  
Directrice de l'enseignement et de la recherche par intérim

p.j. Formulaire d'information et de consentement

- c.c. Dr Stéphane Ahem, président du CÉR du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
M. Sylvain Pomerleau, directeur adjoint, soins critiques et spécialisés, CISSS des Laurentides  
M. Dany Maheux, chef des soins critiques et coronariens, CISSS des Laurentides  
Dr Sylvain-Luc Amyot, chef médical des soins intensifs, CISSS des Laurentides  
Mme Louise Leduc, APPR, responsable de la recherche, CISSS des Laurentides

# Certificat d'approbation éthique Université de Montréal



CERSES-19-011-D

Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples
Étudiante requérante	Lysane Paquette, Candidate au Ph.D en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de:	Kelley Kilpatrick, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé


Approbation reconnue	
Approbation émise par	1
Certificat:	

### MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au Comité qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au Comité.

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du Comité.

  
Dominique Langeron, présidente  
Comité d'éthique de la recherche en sciences  
et en santé (CERSES)  
Université de Montréal

**2 avril 2019**  
Date de délivrance

**1er mai 2020**  
Date de fin de validité

**1er mai 2020**  
Date du prochain suivi

adresse postale  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

adresse civique  
3333, Queen Mary  
Local 220-3  
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
cereses@umontreal.ca  
www.cereses.umontreal.ca

# Renouvellement éthique du centre évaluateur



Le 27 janvier 2020

Madame Kelley Kilpatrick  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
Installation Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Objet : Renouvellement de l'autorisation de réaliser la recherche suivante :**

Projet n° : MP-12-2019-1737

Titre : *Mise en oeuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples*

---

Madame Kilpatrick,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à poursuivre la recherche identifiée en titre du 30 janvier 2020 au 29 janvier 2021 dans notre établissement, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL).

Cette autorisation de prolongation vous est accordée suite à la soumission du formulaire de renouvellement annuel de l'approbation éthique que vous avez déposé auprès du CÉR-CEMTL et qui a fait l'objet d'une évaluation positive.

Je vous rappelle que la présente autorisation vaut pour la période mentionnée ci-haut et peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR-CEMTL en sera alors informé.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Sylvain Lemieux  
Président-directeur général  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal



Le 24 janvier 2020

Madame Kelley Kilpatrick  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
Installation Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Objet : Approbation de la demande de renouvellement**

Projet n<sup>o</sup> MP-12-2019-1737

*Titre : Mise en oeuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples*

Madame Kilpatrick,

Vous avez soumis au Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, le 23 janvier 2020, un formulaire de Renouvellement annuel de l'approbation éthique d'un projet de recherche, F9 - 18944.

De plus, vous avez soumis au Comité les documents suivants :

- Rapport autres établissements (Rapport annuel autre\_CEMTL.docx)
- Rapport autres établissements (CIUSSS\_NIM.docx)
- Rapport autres établissements (Rapport annuel des autres établissement\_CISSSLAU.docx)

Votre demande a fait l'objet d'une évaluation en comité accéléré.

J'ai le plaisir de vous informer que votre demande de renouvellement a été approuvée par le Comité d'éthique pour la période du **30 janvier 2020** au **29 janvier 2021** inclusivement. Ainsi, vous pouvez poursuivre votre étude pour cette période. Deux mois avant la date d'échéance vous devez faire une demande de renouvellement auprès du Comité, en utilisant le formulaire prévu à cet effet.

Veuillez prendre note que cette décision s'applique également aux établissements suivants :

- CISSS des Laurentides
- CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Il est à noter qu'aucun membre du comité d'éthique participant à l'évaluation et à l'approbation de ce projet n'est impliqué dans celui-ci.

Nous vous rappelons que dans le cadre de son suivi continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires du Comité prévus à cet effet et de soumettre, le cas échéant :

1. toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet.
2. tout nouveau renseignement ou toute modification à l'équilibre clinique susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, d'accroître les risques et les inconvénients pour les participants, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un participant de continuer à participer au projet.
3. les réactions indésirables qui rencontrent tous les critères suivants : a) cette réaction concerne un sujet recruté dans notre établissement ou dans un établissement pour lequel le CÉR a juridiction et; b) il doit s'agir de réaction indésirable grave et inattendue et; c) cette réaction doit être reliée ou possiblement, probablement ou certainement reliée au médicament à l'étude ou à une procédure de recherche.

4. tout accident survenu dans votre site.
5. l'interruption prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente.
6. tout problème constaté à la suite d'une activité de surveillance ou de vérification menée par un tiers et susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche
7. toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation.
8. toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthicité ainsi que des résultats de la procédure.
9. toute déviation au projet de recherche susceptible d'augmenter le niveau de risque ou susceptible d'influer sur le bien-être du participant ou d'entacher le consentement du participant.
10. une demande de renouvellement annuel de l'approbation du projet de recherche.
11. le rapport de la fin du projet de recherche.

De plus, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Finalement, je vous rappelle que la présente décision vaut pour la période ci-haut mentionnée et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour les fins d'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il adhère aux directives publiées dans l'Énoncé de politique des trois conseils (ÉPTC 2, 2014), au Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique (MSSS 1998) et aux exigences édictées pour les comités d'éthique de la recherche à la Partie C, Titre 5 du Règlement sur les aliments et drogues du Canada (C.R.C. ch.870). Il agit également en conformité avec les standards du *United States Code of Federal Regulations* encadrant la recherche avec des participants humains. Le Comité fonctionne de manière compatible avec les standards internationaux en appliquant, notamment, la Ligne directrice de l'ICH adoptée par Santé Canada : Les bonnes pratiques cliniques.

De plus, nous vous avisons que les règles de fonctionnement du Comité d'éthique de la recherche du CIUSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal satisfont aux exigences de Santé Canada relatives à l'Attestation du comité d'éthique pour la recherche. La recherche nécessitant un numéro de « US Federal Wide Assurance » est effectuée au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal sous les numéros suivants : FWA00001935 et IRB00002087.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Vanessa Chenel, Ph. D.  
Conseillère en éthique  
Vice-Présidente  
Comité d'éthique de la recherche  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
5415, boul. de l'Assomption  
Tél. : 514-252-3400, poste 5708  
cer.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Le 04 février 2021

Madame Kelley Kilpatrick  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
Installation Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Objet : Renouvellement de l'autorisation de réaliser la recherche suivante :**

Projet n° : MP-12-2019-1737

Titre : *Mise en oeuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples*

---


Madame Kilpatrick,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à poursuivre la recherche identifiée en titre du 30 janvier 2021 au 29 janvier 2022 dans notre établissement, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL).

Cette autorisation de prolongation vous est accordée suite à la soumission du formulaire de renouvellement annuel de l'approbation éthique que vous avez déposé auprès du CÉR-CEMTL et qui a fait l'objet d'une évaluation positive.

Je vous rappelle que la présente autorisation vaut pour la période mentionnée ci-haut et peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR-CEMTL en sera alors informé.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Sylvain Lemieux  
Président-directeur général  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Le 19 janvier 2022

Madame Kelley Kilpatrick  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  
Installation Hôpital Maisonneuve-Rosemont

**Objet : Renouvellement de l'autorisation de réaliser la recherche suivante :**

Projet n<sup>o</sup> : MP-12-2019-1737

Titre : *Mise en oeuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples*

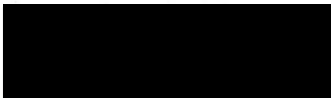
Madame Kilpatrick,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à poursuivre la recherche identifiée en titre à compter du 30 janvier 2022 au 29 janvier 2023 dans notre établissement, soit le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CEMTL).

Cette autorisation de prolongation vous est accordée suite à la soumission du formulaire de renouvellement annuel de l'approbation éthique que vous avez déposé auprès du CÉR-CEMTL et qui a fait l'objet d'une évaluation positive.

Je vous rappelle que la présente autorisation vaut pour la période mentionnée ci-haut et peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR-CEMTL en sera alors informé.

Avec l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Monsieur Jean-François Fortin-Verreault  
Président-directeur général  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

2021-03-23

**OBJET : Rapport annuel et renouvellement – reconnaissance**

**Chercheur requérant : Lysane Paquette**

**Sous-la direction : Kilpatrick Kelley**

**Titre du projet : Mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples**

**No de projet : CERSES 19-011-D (R)**

**Financement : non**

---

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé reconnaît le renouvellement de l'approbation éthique datée du 4 février 2021 émise par le CÉR-CEMTL.

**Mesures de suivi éthique continu**

Le CERSES demeure responsable de l'acceptabilité éthique des activités de recherche menées sous son autorité. À cette fin, le CERSES fixe les mesures suivantes de suivi éthique continu de votre projet de recherche :

- Un rapport d'étape annuel;
- Toute modification au projet de recherche qui touche les participants;
- Tout évènement indésirable, de tout accident ou de tout incident lié à la réalisation du projet de recherche;
- Toute cessation prématurée, interruption temporaire ou suspension, qu'elle soit temporaire ou permanente;
- Le rapport de fin de projet.

À ces fins, veuillez avoir l'obligeance de faire suivre au CERSES les mesures de suivi et les lettres de décisions approuvées par le CER-CEMTL dès qu'elles vous sont transmises.

Tout défaut de respecter une de ces mesures de suivi éthique pourrait résulter en une suspension ou une révocation de l'approbation.

Le CERSES de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'Énoncé de politique des trois conseils (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

La présente lettre d'approbation éthique est une décision officielle du CERSES.

Cordialement,

Pour le CERSES

Josée Côté

Responsable de l'évaluation éthique continue

Bureau de la conduite responsable en recherche

Université de Montréal, [Josee.cote.1@umontreal.ca](mailto:Josee.cote.1@umontreal.ca)

Comité desservi : [Comité d'éthique de la recherche en sciences et santé \(CERSES\)](#)

<https://recherche.umontreal.ca/responsabilite-en-recherche/et-hique-humaine/comites/cerses/>



## Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Bureau de la conduite  
responsable en recherche



07 janvier 2022

Kelley Kilpatrick  
Professeure associée  
Faculté des sciences infirmières

Lysanne Paquette

OBJET :	Projet # 2019-754 - Renouvellement de l'approbation éthique Mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples Financement : non-financé
---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bonjour,

Vous avez soumis au Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal, en date du 7 janvier 2022, une demande de renouvellement pour votre projet cité en rubrique.

Votre demande de renouvellement a fait l'objet d'une évaluation. Suite à celle-ci, le tout étant jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre demande de renouvellement a été approuvée par le CERSES.

Ainsi, vous pouvez poursuivre votre projet de recherche pour un an, et ce, à compter du 29 janvier 2022 jusqu'au 29 janvier 2023.

Il est de votre responsabilité de compléter le prochain formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de la présente approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique délivrée par le CERSES sera suspendue.

Dans le cadre du suivi éthique continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de **modification** au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toutes **informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses** (formulaire F2).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout **incident ou accident** lié à la réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'**interruption prématurée** du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute **déviatio**n au projet de recherche susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).
- Soumettre une demande de **renouvellement** un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).

- Soumettre le rapport de la **fin du projet de recherche** (formulaire F10).

Finalement, nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le CERSES de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'*Énoncé de politique des trois conseils* (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

Cordialement,

Pour la présidente du CERSES, Christine Grou,

**Julie Allard, Ph.D.**

Conseillère en éthique de la recherche  
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)  
Bureau de la conduite responsable en recherche  
Université de Montréal  
Tél: (514) 343-6111, poste 2604

Envoyé par :

Julie Allard



## Annexe O

### Formulaires de consentement

#### Étude Pilote

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

#### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

<b>Titre du projet de recherche :</b>	Phase pilote pour l'étude principale : « La mise en œuvre du rôle d'infirmières aux soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples »
<b>Chercheuse responsable du projet de recherche :</b>	Lysane Paquette, Inf., MSc. Candidate au doctorat
<b>Co-chercheur(s)/site(s) :</b>	Directrice de thèse : Kelley Kilpatrick, inf., PhD. Chercheuse en néphrologie, Installation de l'Hôpital Maisonneuve Rosemont
<b>Installation(s) ou site(s) :</b>	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal <b>Installation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont</b> 5415, boulevard de l'Assomption Montréal, Québec H1T 2M4

#### INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

#### NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Il s'agit d'une étude pilote réalisée pour évaluer la faisabilité et l'acceptabilité d'une étude de plus grande envergure qui sera effectuée ultérieurement. L'étude pilote permettra de raffiner les

instruments de collectes de données et vérifier la logistique du déroulement de l'étude. Le projet de recherche principal vise à 1) comprendre la mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors de la prise en charge des patients en sevrage de la ventilation mécanique; 2) examiner les facteurs qui influencent la mise en œuvre, 3) explorer comment les frontières changent entre les infirmières et les autres professionnels dans ce contexte.

Pour la réalisation de ce pilote, nous comptons recruter des infirmières (n=4), des inhalothérapeutes (n=2) et des médecins (n=2) pour compléter un sondage. Une période d'observation des interactions où il y a chevauchement des activités lors du sevrage de la VM (n=8 heures). Des entrevues seront réalisées (infirmières n=1, inhalothérapeutes n=1, médecins n=1) pour vérifier la grille d'entrevue.

## **DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

L'étude pilote de ce projet de recherche se déroulera au CISSS de l'Est de l'Île de Montréal, installation de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont à l'unité des soins intensifs. La recherche principale sera effectuée au CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal, installation de l'Hôpital du Sacré-Cœur et au CISSS des Laurentides, installation de l'hôpital de Saint-Jérôme.

### **1. Durée et nombre de visites**

L'étude pilote durera 1 mois. Le projet de recherche est d'une durée de 24 mois. La durée de votre participation dépendra du nombre d'activités à laquelle (auxquelles) vous participerez.

### **2. Nature de votre participation**

**Pour réaliser le projet, jusqu'à trois (3) activités peuvent vous être proposées :**

**a) Observations des activités et des interactions :** entre les membres des équipes de soins.

Si vous consentez à prendre part à cette portion de l'étude, l'observateur réalisera un total de huit heures d'observations des interactions de l'équipe de soins. Les interactions entre les membres de l'équipe seront notées avec crayon et papier. L'observation est prévue pour comprendre comment se prennent les décisions dans les équipes. L'observatrice écoutera les discussions dans l'équipe de soins et sera la plus discrète possible pour ne pas déranger le déroulement habituel du travail. Les périodes d'observations sont prévues lors d'activités en lien avec le sevrage de la ventilation mécanique.

**b) Entrevues** avec les infirmières, les inhalothérapeutes, les médecins, les gestionnaires.

Si vous consentez à prendre part à l'étude, vous devrez répondre à des questions sur votre travail comme professionnel de l'équipe de soins impliqué dans le sevrage de la ventilation mécanique pour comprendre comment se négocient les rôles de chacun. Le membre de l'équipe de recherche vous rencontrera à une reprise. Une entrevue individuelle d'environ 45 minutes sera enregistrée avec votre permission. L'intervieweur vous demandera de remplir un profil démographique. Les entrevues seront réalisées au lieu de travail ou par téléphone.

**c) Questionnaire sur les caractéristiques organisationnelles de l'unité** sera complété par le chef d'unité gestionnaire pour décrire l'unité de soins intensifs.

## **AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Vous ne retirerez pas de bénéfices de votre participation à ce projet de recherche. Nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine et au développement de meilleures interventions pour les patients.

## **RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Le seul inconvénient sera le temps consacré aux activités de recherche.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur l'exercice de vos fonctions, sur la qualité de la relation avec les gestionnaires ou les membres de l'équipe de recherche.

La chercheuse responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable de ce projet recueillera dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable de ce projet de recherche et sa directrice de thèse. Des analyses secondaires pourraient être effectuées sous la supervision de la chercheuse principale (Lysane Paquette) pour répondre à de nouvelles questions concernant les rôles infirmiers. Comme pour les analyses primaires, les résultats des analyses secondaires seront présentés sous forme de données réunies. L'utilisation des données dans le cadre d'un autre projet de recherche se fera après que ce projet ait été approuvé par un Comité d'éthique de la Recherche (CER) et sera soumise aux mêmes règles et normes que pour le présent projet.

Les données de recherche codées pourront être transmises par la chercheuse responsable du projet aux membres du comité de thèse. Cependant, la chercheuse responsable et les personnes à qui elle transmettra les données de recherche sont tenues de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada, et ce, quels que soient les pays.

Ces données de recherche seront conservées pendant sept (7) ans par la chercheuse responsable de ce projet de recherche et sa directrice de thèse.

Les données collectées seront rapportées par groupes pour préserver la confidentialité des individus. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, le dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des représentants de l'établissement ou du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Par ailleurs, l'accès à certaines informations avant la fin de l'étude pourrait impliquer que vous soyez retiré du projet afin d'en préserver l'intégrité.

## **FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

L'étudiante chercheuse responsable de ce projet de recherche a reçu une bourse du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur pour mener à bien ce projet de recherche.

## **COMPENSATION**

Il n'y a aucune compensation pour votre participation.

## **EN CAS DE PRÉJUDICE**

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

## **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable de ce projet de recherche au numéro suivant : [REDACTED].

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Est de l'île de Montréal : 514 861-5998.

## **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE**

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a *approuvé* le projet et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au 514-252-3400, poste 5708.

**Titre du projet de recherche :** Phase pilote pour l'étude principale : « La mise en œuvre du rôle d'infirmières aux soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples ».

### CONSENTEMENT :

➤ **À quelle(s) activité(s) consentez-vous de participer parmi les suivantes** (*veuillez cocher et mettre vos initiales à celle(s) que vous acceptez*):

- a. Observations des interactions \_\_\_\_\_ (initiales)
- b. Entrevues \_\_\_\_\_ (initiales)
- c. Questionnaire sur les caractéristiques organisationnelles de l'unité \_\_\_\_\_ (initiales)
- d. J'accepte que mes données soient conservées pour une utilisation secondaire dans le domaine de la gestion de projet sous la responsabilité de Lysane Paquette: \_\_\_\_\_ (initiales)

### SIGNATURES

#### *Signature du participant*

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

---

Nom et signature du participant	Signature	Date
---------------------------------	-----------	------

#### *Signature de la personne qui obtient le consentement*

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date
-------------------------------------------------------------	-----------	------

# Formulaire d'informations et de consentement *Cas 1*

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

<b>Titre du projet de recherche :</b>	La mise en œuvre du rôle d'infirmières aux soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples.
<b>Chercheuse responsable du projet de recherche :</b>	Lysane Paquette, Inf., MSc. Candidate au doctorat
<b>Directrice de thèse :</b>	Kelley Kilpatrick, inf., Ph. D. Chercheuse en néphrologie, Installation de l'Hôpital Maisonneuve Rosemont
<b>Collaboratrice locale au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal</b>	Caroline Arbour, inf. Ph. D
<b>Installation(s) ou site(s) :</b>	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal <b>Installation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont</b> 5415, boulevard de l'Assomption Montréal, Québec H1T 2M4

## INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le projet de recherche vise à 1) comprendre la mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors de la prise en charge des patients en sevrage de la ventilation mécanique; 2) examiner les facteurs qui influencent la mise en œuvre, 3) explorer comment les frontières changent entre les infirmières et les autres professionnels dans ce contexte.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter pour chaque site un minimum de 50 professionnels impliqués dans le sevrage de la ventilation mécanique pour compléter le sondage. Pour les entrevues : infirmières (n=10/cas), inhalothérapeutes (n=5/cas), intensivistes (n=5/cas). De surcroit, le gestionnaire de l'unité (n=1), l'assistante infirmière-chef (n=3), le chef médical de l'USI (n=1), le chef des inhalothérapeutes (n=1), autres professionnels impliqués dans le sevrage de la ventilation mécanique (n=2).

## **DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Ce projet de recherche se déroulera au CIUSSS du Nord de l'Île de Montréal, installation de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal à l'unité des soins intensifs.

### **1. Durée et nombre de visites**

Le projet de recherche est d'une durée de 24 mois. La durée de votre participation dépendra du nombre d'activités à laquelle (auxquelles) vous participerez.

### **2. Nature de votre participation**

**Pour réaliser le projet, différentes activités peuvent vous être proposées :**

**a) Observations des activités et des interactions :** entre les membres des équipes de soins (n = 8 heures d'interaction/site).

Si vous consentez à prendre part à cette portion de l'étude, l'observateur réalisera huit heures d'observations des interactions de l'équipe de soins. Les interactions entre les membres de l'équipe seront notées avec crayon et papier. L'observation est prévue pour comprendre comment se prennent les décisions dans les équipes. L'observatrice écoutera les discussions dans l'équipe de soins et sera la plus discrète possible pour ne pas déranger le déroulement habituel du travail. Les périodes d'observations sont prévues lors d'activités en lien avec le sevrage de la ventilation mécanique.

**b) Entrevues** (n = 15/site) avec les infirmières, les inhalothérapeutes, les médecins, les gestionnaires.

Si vous consentez à prendre part à l'étude, vous devrez répondre à des questions sur votre travail comme professionnel de l'équipe de soins impliqué dans le sevrage de la ventilation mécanique pour comprendre comment se négocient les rôles de chacun. Le membre de l'équipe de recherche vous rencontrera à une reprise. Une entrevue individuelle d'environ 45 minutes sera enregistrée avec votre permission. L'intervieweur vous demandera de remplir un profil démographique. Les entrevues seront réalisées au lieu de travail ou par téléphone.

**c) Questionnaire sur les caractéristiques organisationnelles de l'unité** sera complété pour décrire chaque unité de soins intensifs.

## **AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Vous ne retirerez pas de bénéfices de votre participation à ce projet de recherche. Nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine et au développement de meilleures interventions pour les patients.

## **RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Le seul inconvénient sera le temps consacré aux activités de recherche.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur l'exercice de vos fonctions, sur la qualité de la relation avec les gestionnaires ou les membres de l'équipe de recherche.

La chercheuse responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable de ce projet de recherche et la directrice de thèse. Des analyses secondaires pourraient être effectuées sous la supervision de la chercheuse principale (Lysane Paquette) pour répondre à de nouvelles questions concernant les rôles infirmiers. Comme pour les analyses primaires, les résultats des analyses secondaires seront



présentés sous forme de données réunies. L'utilisation des données dans le cadre d'un autre projet de recherche se fera après que ce projet ait été approuvé par un Comité d'éthique de la Recherche (CER) et sera soumise aux mêmes règles et normes que pour le présent projet.

Les données de recherche codées pourront être transmises par la chercheuse responsable du projet aux membres du comité de thèse. Cependant, la chercheuse responsable et les personnes à qui elle transmettra les données de recherche sont tenues de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada, et ce, quels que soient les pays.

Ces données de recherche seront conservées pendant sept (7) ans par la chercheuse responsable de ce projet de recherche et par sa directrice de thèse.

Les données collectées seront rapportées par groupes pour préserver la confidentialité des individus. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, le dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des représentants de l'établissement ou du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Par ailleurs, l'accès à certaines informations avant la fin de l'étude pourrait impliquer que vous soyez retiré du projet afin d'en préserver l'intégrité.

## **FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

L'étudiante chercheuse responsable de ce projet de recherche a reçu une bourse du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur pour mener à bien ce projet de recherche.

## **COMPENSATION**

Il n'y a aucune compensation pour votre participation.

## **EN CAS DE PRÉJUDICE**

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas la chercheuse responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

## **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable de ce projet de recherche au numéro suivant : [REDACTED]

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-Montréal (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal) Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal au (514) 338-2222, poste 2259.

## **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE**

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a *approuvé* le projet et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au 514-252-3400, poste 5708.

**Titre du projet de recherche :** La mise en œuvre du rôle d'infirmières aux soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples

4

### **CONSENTEMENT :**

➤ **À quelle(s) activité(s) consentez-vous de participer parmi les suivantes** (*veuillez cocher et mettre vos initiales à celle(s) que vous acceptez*):

- a. Observations des interactions \_\_\_\_\_(initiales)
- b. Entrevues \_\_\_\_\_(initiales)
- c. Questionnaire sur les caractéristiques organisationnelles de l'unité
- d. J'accepte que mes données soient conservées pour une utilisation secondaire dans le domaine de la gestion de projet sous la responsabilité de Lysane Paquette:  
\_\_\_\_\_ (initiales)

### **SIGNATURES**

#### ***Signature du participant***

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

---

Nom et signature du participant

Signature

Date

#### ***Signature de la personne qui obtient le consentement***

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de

consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

---

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date
-------------------------------------------------------------	-----------	------

***Signature et engagement du chercheur responsable de l'étude***

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

---

Nom du chercheur responsable du  
projet de recherche (en lettres moulées)

---

Signature

---

Date (jj-mm-aaaa)

## Formulaire d'informations et de consentement *Cas 2*

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

<b>Titre du projet de recherche :</b>	La mise en œuvre du rôle d'infirmières aux soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples.
<b>Chercheuse responsable du projet de recherche :</b>	Lysane Paquette, Inf., MSc. Candidate au doctorat
<b>Co-chercheur(s)/site(s) :</b>	Directrice de thèse : Kelley Kilpatrick, inf., PhD. Chercheuse en néphrologie, Installation de l'Hôpital Maisonneuve Rosemont
<b>Installation(s) ou site(s) :</b>	CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal <b>Installation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont</b> 5415, boulevard de l'Assomption Montréal, Québec H1T 2M4

### INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

### NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le projet de recherche vise à 1) comprendre la mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors de la prise en charge des patients en sevrage de la ventilation mécanique; 2) examiner les facteurs qui influencent la mise en œuvre, 3) explorer comment les frontières changent entre les infirmières et les autres professionnels dans ce contexte.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter pour chaque site un minimum de 50 professionnels impliqués dans le sevrage de la ventilation mécanique pour compléter le sondage. Pour les entrevues : infirmières (n=10/cas), inhalothérapeutes (n=5/cas), intensivistes

(n=5/cas). De surcroît, le gestionnaire de l'unité (n=1), l'assistante infirmière-chef (n=3), le chef médical de l'USI (n=1), le chef des inhalothérapeutes (n=1), autres professionnels impliqués dans le sevrage de la ventilation mécanique (n=2).

## **DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

Ce projet de recherche se déroulera au CISSS des Laurentides, installation de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme à l'unité des soins intensifs.

### **1. Durée et nombre de visites**

Le projet de recherche est d'une durée de 24 mois. La durée de votre participation dépendra du nombre d'activités à laquelle (auxquelles) vous participerez.

### **2. Nature de votre participation**

**Pour réaliser le projet, différentes activités peuvent vous être proposées :**

**a) Observations des activités et des interactions :** entre les membres des équipes de soins (n = 8 heures d'interaction/site).

Si vous consentez à prendre part à cette portion de l'étude, l'observateur réalisera huit heures d'observations des interactions de l'équipe de soins. Les interactions entre les membres de l'équipe seront notées avec crayon et papier. L'observation est prévue pour comprendre comment se prennent les décisions dans les équipes. L'observatrice écoutera les discussions dans l'équipe de soins et sera la plus discrète possible pour ne pas déranger le déroulement habituel du travail. Les périodes d'observations sont prévues lors d'activités en lien avec le sevrage de la ventilation mécanique.

**b) Entrevues** (n = 15/site) avec les infirmières, les inhalothérapeutes, les médecins, les gestionnaires.

Si vous consentez à prendre part à l'étude, vous devrez répondre à des questions sur votre travail comme professionnel de l'équipe de soins impliqué dans le sevrage de la ventilation mécanique pour comprendre comment se négocient les rôles de chacun. Le membre de l'équipe de recherche vous rencontrera à une reprise. Une entrevue individuelle d'environ 45 minutes sera enregistrée avec votre permission. L'intervieweur vous demandera de remplir un profil démographique. Les entrevues seront réalisées au lieu de travail ou par téléphone.

**c) Questionnaire sur les caractéristiques organisationnelles de l'unité** sera complété pour décrire chaque unité de soins intensifs.

## **AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Vous ne retirerez pas de bénéfices de votre participation à ce projet de recherche. Nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine et au développement de meilleures interventions pour les patients.

## **RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE**

Le seul inconvénient sera le temps consacré aux activités de recherche.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur l'exercice de vos fonctions, sur la qualité de la relation avec les gestionnaires ou les membres de l'équipe de recherche.

La chercheuse responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable de ce projet de recherche et la directrice de thèse. Des analyses secondaires pourraient être effectuées sous la supervision de la chercheuse principale (Lysane Paquette) pour répondre à de nouvelles questions concernant les rôles infirmiers. Comme pour les analyses primaires, les résultats des analyses secondaires seront présentés sous forme de données réunies. L'utilisation des données dans le cadre d'un autre projet de recherche se fera après que ce projet ait été approuvé par un Comité d'éthique de la Recherche (CER) et sera soumise aux mêmes règles et normes que pour le présent projet.

Les données de recherche codées pourront être transmises par la chercheuse responsable du projet aux membres du comité de thèse. Cependant, la chercheuse responsable et les personnes à qui elle transmettra les données de recherche sont tenues de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada, et ce, quels que soient les pays.

Ces données de recherche seront conservées pendant sept (7) ans par la chercheuse responsable de ce projet de recherche et par sa directrice de thèse.

Les données collectées seront rapportées par groupes pour préserver la confidentialité des individus. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, le dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des représentants de l'établissement ou du Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Par ailleurs, l'accès à certaines informations avant la fin de l'étude pourrait impliquer que vous soyez retiré du projet afin d'en préserver l'intégrité.

## **FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE**

L'étudiante chercheuse responsable de ce projet de recherche a reçu une bourse du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur pour mener à bien ce projet de recherche.

## **COMPENSATION**

Il n'y a aucune compensation pour votre participation.

## **EN CAS DE PRÉJUDICE**

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas la chercheuse responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

## **IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable de ce projet de recherche au numéro suivant : XXXXXXXXXX

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de l'Est de l'île de Montréal : 514 861-5998.

## **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE**

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a *approuvé* le projet et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au 514-252-3400, poste 5708.

**Titre du projet de recherche :** La mise en œuvre du rôle d’infirmières aux soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples

**CONSENTEMENT :**

➤ **À quelle(s) activité(s) consentez-vous de participer parmi les suivantes (veuillez cocher et mettre vos initiales à celle(s) que vous acceptez):**

- a. Observations des interactions \_\_\_\_\_(initiales)
- b. Entrevues \_\_\_\_\_(initiales)
- c. Questionnaire sur les caractéristiques organisationnelles de l’unité
- d. J’accepte que mes données soient conservées pour une utilisation secondaire dans le domaine de la gestion de projet sous la responsabilité de Lysane Paquette:  
\_\_\_\_\_ (initiales)

**SIGNATURES**

***Signature du participant***

J’ai pris connaissance du formulaire d’information et de consentement. On m’a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d’information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m’a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

---

Nom et signature du participant	Signature	Date
---------------------------------	-----------	------

***Signature de la personne qui obtient le consentement***

J’ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d’information et de consentement et j’ai répondu aux questions qu’il m’a posées.

---

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date
-------------------------------------------------------------	-----------	------

**Titre du projet de recherche :** La mise en œuvre du rôle d’infirmières aux soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples



## Annexe P

### Consentement au questionnaire en ligne

Le projet de recherche vise à comprendre la mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors de la prise en charge des patients en sevrage de la ventilation mécanique.

En remplissant et en soumettant ce questionnaire, je consens à participer au projet de recherche intitulé « Mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples » de Lysane Paquette, inf. candidate au doctorat. J'ai lu le formulaire de consentement et je comprends que ma participation à ce sondage est volontaire et que je suis libre de ne pas répondre aux questions de mon choix. Il est entendu que je peux également choisir de ne pas remplir ni retourner le questionnaire, qu'il s'agirait dans ce cas d'un retrait de l'étude et que cela ne m'exposerait à aucune pénalité. Par ailleurs, je comprends qu'une fois que j'aurai rempli et retourné le questionnaire, les renseignements que j'ai fournis dans le sondage ne pourront pas être retirés, car les questionnaires sont anonymes et les chercheurs seraient incapables de savoir lequel est le mien. Il est également entendu que toute réponse que je fournirai demeurera anonyme et que mon nom ne figurera pas sur le questionnaire dûment rempli. Des analyses secondaires pourraient être effectuées sous la supervision de la chercheuse principale (Lysane Paquette) pour répondre à de nouvelles questions concernant les rôles infirmiers. Comme pour les analyses primaires, les résultats des analyses secondaires seront présentés sous forme de données réunies. L'utilisation des données dans le cadre d'un autre projet de recherche se fera après que ce projet ait été approuvé par un Comité d'éthique de la Recherche (CER) et sera soumise aux mêmes règles et normes que pour le présent projet.

J'accepte

Je refuse

Au besoin, le formulaire de consentement est disponible en version intégrale [ici](#)

Consentement

## **Annexe Q**

### **Affiche à l'entrée de l'USI pour la collecte**

**Recherche :**

**Mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples.**

**Collecte de données en cours**

Observation des interactions entre les infirmières et les membres de l'équipe de soins

**Aucune** information personnelle ne sera collectée.

Vous serez identifié par un code.

Veillez aviser l'observatrice si vous ne voulez pas être inclus (e) dans la collecte de données. <sup>1</sup>

---

Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter Lysane Paquette au [REDACTED] ou au [lysane.paquette@umontreal.ca](mailto:lysane.paquette@umontreal.ca)

5415, boul. de l'Assomption  
Montréal QC H1T 2M4  
Tél. (514) 252-3400 poste 5708

## Annexe R

### Caractéristiques des répondants du Cas 1 aux entrevues

**Tableau 15.** – *Caractéristiques des répondants du Cas 1 aux entrevues*

Variables	n	%	M	Mdn	ET	Intervalle
Groupe professionnel						
Infirmières	5	20				
Infirmières cliniciennes	6	24				
Gestionnaires	5	20				
Inhalothérapeutes	5	20				
Nutritionniste	1	4				
Médecins intensivistes	3	12				
Âge			39,5	41,0	9,5	22-52
Genre						
Homme	8	32				
Femme	17	68				
Préfère ne pas répondre						
Statut d'emploi						
Temps complet	14	56				
Temps partiel	11	44				
Congé prolongé						
Scolarité						
Diplôme d'études collégiales	10	40				
Baccalauréat	8	32				
Maitrise	2	8				
Certificat de spécialité	4	16				
Autre	1	4				
Temps de permis de pratique (années)			16,3	14,0	9,7	1,8-31
Temps dans l'établissement (années)			13,3	9,55	9,6	1-31
Temps avec cette équipe (années)			13,8	9,02	9,2	0,5-30

n = 25

## Annexe S

### Thèmes des entrevues Cas 1

**Tableau 16. – Thèmes des entrevues Cas 1**

Participants	Structures		MOR Inf.				Fonctionnement équipe				Négociation frontières				Ext						
	Thèmes liés aux infirmières	Thèmes liés aux patients	Thèmes liés à l'USI	Thèmes liés aux intensivistes	Perception du SVM	Connaître patient	Activités quotidiennes	Confort	Communication	Résolution problème	Prise de décision	Cohésion	Coordination	Focus patient	Perte d'une fonction valorisée	Temps	Créer un espace	Dynamique interperso.	Négociation du rôle	Objet de frontière	Clarté de rôle
INF 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1		1			
INF 2	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
INF 3	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1				1	1	1	1	1
INF 4	1				1	1	1	1	1		1	1	1	1			1	1	1		1
INF 5		1			1		1	1	1	1		1	1				1	1	1	1	1
INF 6	1		1		1	1	1	1	1		1	1		1		1			1		1
INF 7	1	1			1	1	1		1	1	1	1								1	1
INF 8	1		1			1		1	1	1	1		1	1	1		1	1	1	1	1
INF 9		1				1	1	1	1	1	1	1	1						1		1
INF 10	1	1					1		1		1	1					1	1		1	1
INF 11	1	1				1	1	1	1		1	1	1	1							1
GEST 3	1	1			1		1	1	1	1	1	1	1					1		1	
GEST 1	1	1			1	1	1	1	1		1	1		1	1					1	1
GEST 2	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1
INH 1		1	1	1			1	1	1		1	1	1				1	1		1	1
INH 2			1				1		1	1	1	1	1		1		1	1	1	1	
INH 3	1	1	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1				1	1	1	1
INH 4	1	1				1	1	1	1	1		1	1				1	1			1
INH 5	1	1			1	1	1	1	1		1	1		1			1	1	1	1	1
GESTINH	1		1		1	1	1	1	1		1	1	1		1	1	1				1
MD 1	1	1	1				1	1	1		1	1	1	1							1
MD 2	1		1		1		1	1	1		1	1		1			1				1
MD 3	1	1	1		1				1		1		1				1		1		1
MD 4	1	1	1				1	1	1	1	1		1				1				
MEI 1	1				1	1	1		1		1	1		1	1						1
<b>Total</b>	21	18	14	3	14	13	23	20	25	14	24	22	18	21	5	5	18	14	13	13	21

Note : INF : Infirmière, INH : Inhalothérapeut, MD : Intensiviste, GEST : Gestionnaire, MEI : Membre de l'équipe interdisciplinaire

## Annexe T

### Caractéristiques des répondants du Cas 2 aux entrevues

**Tableau 17.** – *Caractéristiques des répondants du Cas 2 aux entrevues*

Variables	n	%	M	Mdn	ET	Étendue
Groupe professionnel						
Infirmières	4	16,7				
Infirmières cliniciennes	6	15,0				
Gestionnaires	6	25,0				
Inhalothérapeutes	4	16,7				
Nutritionniste	0	0				
Intensivistes	3	12,5				
Physiothérapeutes	1	4,2				
Âge			36,9	36,0	8,7	24-56
Genre						
Homme	9	37,5				
Femme	15	62,5				
Préfère ne pas répondre	0	0				
Statut d'emploi						
Temps complet	9	79,2				
Temps partiel	5	20,8				
Congé prolongé	0	0				
Scolarité						
Diplôme d'études collégiales	9	37,5				
Baccalauréat	10	41,7				
Maitrise	1	4,2				
Certificat de spécialité	4	16,7				
Temps de permis de pratique (années)			12,5	11,5	7,9	2-32
Temps dans l'établissement (années)			9,6	8,5	7,3	1,3-31
Temps avec cette équipe (années)			8,9	5,0	7,5	0,75-30

n = 24

## Annexe U

### Thèmes des entrevues Cas 2

Tableau 18. – *Thèmes des entrevues Cas 2*

	Structures				MOR Inf.	Fonctionnement équipe						Négociation frontières					Ext									
Participants	Thèmes liés aux infirmières	Thèmes liés aux patients	Thèmes liés à l'USI	Thèmes liés aux intensivistes	Perception du SVM	Connaitre patient	Activités quotidiennes	Confort	Communication	Résolution problème	Prise de décision	Cohésion	Coordination	Focus patient	Continuité de soin	Présence constante	Planification des soins	Perte d'une fonction valorisée	Temps	Créer un espace	Dynamique interperso	Négociation du rôle	Confiance	Objet de frontière	Clarté de rôle	
INF 1		1	1			1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1				1	1			
INF 2	1		1		1		1	1	1	1	1	1	1	1		1	1			1	1	1	1	1	1	1
INF 3	1		1		1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1			1	1	1	1		1	1
INF 4	1					1	1	1	1		1			1	1	1	1				1		1	1	1	1
INF 5	1		1		1	1	1	1	1		1	1	1	1			1				1	1	1	1	1	1
INF 6	1		1				1	1	1	1	1		1	1			1			1						1
INF 7	1		1			1	1	1	1	1		1	1			1	1						1	1	1	1
INF 8	1		1				1	1	1	1	1		1	1		1	1			1	1	1		1	1	1
INF 9	1		1			1	1	1	1		1	1	1	1	1		1			1	1	1				
INF 10	1						1	1	1			1		1		1	1			1	1	1				
INH 1			1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1				1
INH 2	1	1	1				1	1	1	1	1		1	1		1	1					1	1		1	1
INH 3	1	1	1				1	1	1		1	1	1	1		1						1				1
INH 4	1	1					1	1	1	1	1		1	1	1	1							1			1
MD 1	1	1			1		1		1		1	1	1	1		1	1				1	1	1	1	1	1
MD 2	1	1					1		1		1	1	1	1		1	1					1	1	1	1	1
MD 3	1		1			1	1	1	1		1		1	1	1	1	1			1						
MD 4		1					1	1	1	1	1		1				1					1	1			1
MEI	1		1				1				1	1	1	1		1				1			1	1	1	1
GEST1	1		1			1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1			1				1	1	1
GEST2	1	1				1	1	1	1	1	1	1	1	1				1				1		1	1	1
GEST3	1		1			1	1	1	1		1			1		1	1					1	1		1	1
GEST4	1	1	1			1		1	1		1	1	1	1	1		1	1					1			1
GEST5	1		1			1	1		1				1			1		1				1			1	1
Total	21	9	17	0	5	13	23	20	23	12	21	17	18	20	6	18	19	5	0	10	16	11	12	13	20	

Note : INF : Infirmière, INH : Inhalothérapeut, MD : Intensiviste, GEST : Gestionnaire, MEI : Membre de l'équipe interdisciplinaire

## Annexe V

### Intercas

Concepts	Cas 1	Cas 2
<b>MOR</b>	<p><b>Constats sommaires du cas</b></p> <p><u>MOR peu déployée</u> Contribution des infirmières peu reconnue dans les tâches d'évaluation (évaluation de la réponse au SVM, si le patient est prêt pour le SVM, s'il est prêt pour l'extubation).</p> <p>Tâche d'évaluation et de gestion de la sédation est fortement attribuée aux infirmières, mais partagé avec les intensivistes.</p> <p>Évaluation continue du patient (présence constante)</p> <p>Infirmière = principales initiatrices et réceptrices des interactions pendant le SVM.</p> <p>Sommes inhalo et MD dépassent les initiations des interactions des infirmières (suggestions, opinions, informations) * ne s'impliquent autant qu'elles devraient étant donné qu'elles sont considérées comme ayant un rôle pivot.</p>	<p><b>Constats sommaires du cas</b></p> <p><u>MOR peu déployée :</u> Partage de l'évaluation de la réponse au SVM dans la même proportion que les intensivistes (75 %). Contribution non reconnue pour les autres évaluations : si le patient est prêt pour le SVM, s'il est prêt pour l'extubation.</p> <p>Tâche d'évaluation et de la gestion de la sédation est fortement attribuée aux infirmières, mais fortement partagée avec les intensivistes.</p> <p>Infirmière = principales initiatrices et réceptrices des interactions pendant le SVM. Elles donnent leur opinion et des directions.</p> <p>Évaluation continue du patient (présence constante)</p> <p>Les intensivistes prennent peu de place comparativement aux inhalothérapeutes dans les interactions. Les PAB sont davantage impliqués. Les infirmières demeurent majoritaires.</p>

	<p><u>Faible autonomie</u> Évaluation du niveau d'autonomie et d'influence des décisions est faible.</p> <p>Les infirmières s'évaluent plus autonomes et ayant plus d'influence que ce que perçoivent les autres membres de l'équipe.</p> <p>Les infirmières n'ont pas toute l'initiative de favoriser un RASS moins élevé : valeur cible dépend d'une prescription. Elles vont donner des bolus FiO<sup>2</sup>, ne modulent pas les autres paramètres. Donnent des bolus de FiO<sup>2</sup> lors des aspirations parce que le patient désature. Pas de sevrage de la FiO<sup>2</sup></p> <p>Elles ont de l'autonomie dans les activités qui relèvent strictement de leur champ d'activité : évaluation du patient, gestion des sécrétions ET, effectuent plusieurs activités pour favoriser le SVM (activités de prévention de PAVM), mais sans associer celles-ci au SVM, Coaching, gestion du délirium, Connaitre le patient</p>		<p><u>Faible autonomie :</u> Évaluation du niveau d'autonomie et d'influence des décisions est moyen, car un peu plus élevé que dans Cas 1. Les infirmières s'évaluent plus autonomes et ayant plus d'influence que ce que perçoivent les autres membres de l'équipe.</p> <p>Les infirmières sont en attentes de l'intensivistes pour diminuer la sédation : dépendent d'une prescription.</p> <p>Autonomie pour certaines activités de leur champ d'exercice : évaluation respiratoire, activités de prévention des PAVM que la plupart ont associées au SVM, gestion des sécrétions ET. Elles vont ajuster la FiO<sup>2</sup> (sevrage de la FiO<sup>2</sup>) en plus de donner des bolus d'O<sup>2</sup>. Considèrent que ça fait partie de leur rôle. Ancien protocole à cet effet et entente récente avec les inhalothérapeutes pour le faire. Coaching du patient, prévention du délirium, connaitre le patient</p>	
<b>Particularités</b>	<b>+ (ce qui permet le déploiement)</b>	<b>- Ce qui restreint le déploiement</b>	<b>+ (ce qui permet le déploiement)</b>	<b>- Ce qui restreint le déploiement</b>
	+ Connaitre les objectifs de soins des intensivistes : permet de décider de leurs propres activités pour contribuer aux objectifs	-Ont l'impression de ne pas être écoutées  -Manque de connaissances sur la VM pour s'impliquer dans les décisions.	+Les intensivistes perçoivent une contribution importante des infirmières au déroulement du SVM : le patient est prêt ou non, échec du SVM, l'évaluation du patient.  + Connaitre le patient	-Les intensivistes perçoivent un manque de connaissance et de compréhension des infirmières pour tout ce qui relève de la VM=préfèrent en discuter avec inhalothérapeutes



	<p>+ Avoir les connaissances pour déterminer ce qui peut favoriser le SVM</p> <p>+Connaitre le patient permet de s'impliquer dans tous les processus.</p>	<p>-Manque d'initiative et/ou dépendance envers les intensivistes</p> <p>-Manque de connaissance des rôles des autres membres de l'équipe</p>	<p>+Affiche mnémotechnique pour la prévention des PAVM. Formation reçue sur la mobilisation précoce et ajout des physiothérapeutes ont favorisé l'ouverture à mobiliser davantage les patients ventilés.</p>	<p>-Présence des intensivistes surtout le jour : les décisions se règlent là, sinon, une attente s'installe.</p> <p>- Les inhalothérapeutes sont davantage investis dans les interactions que les intensivistes : prennent la place des infirmières.</p> <p>* Inhalothérapeutes s'impliquent dans pleins d'activités de chevauchement : sédation, HD, parlent au MD, coordonner des activités... ont de l'initiative</p>
<p><b>Facteurs qui influencent la MOR</b></p>	<p>La présence de protocole (cela a aidé à clarifier les rôles, même lorsque ce n'est pas une chx cardiaque)</p> <p>Des caractéristiques propres aux infirmières : connaissances, expérience, mais surtout être engagées dans le SVM.</p> <p>La sévérité de l'état de santé des patients</p> <p>Fonctionnement de l'équipe est modérément positif</p> <p>+ élevé : perception d'efficacité</p> <p>+ faible : communication, résolution de problèmes. La communication est problématique, perte d'informations sur les patients, certaines informations ne sont pas transmises.</p> <p>Les infirmières sont reconnues comme étant les pivots, centrales à tous les processus du fonctionnement de l'équipe</p>	<p>Manque de clarté de rôle : ont l'impression de ne pas tout savoir, zone grise.</p> <p>Fonctionnement de l'équipe est modérément positif.</p> <p>La communication est problématique (ne pas connaître les objectifs, mauvaise transmission d'info, pas toutes les infos dans les dossiers)</p> <p>+ élevé : perception d'efficacité</p> <p>+ faible : communication, résolution de problème</p> <p>Importance des notes au dossier dans la communication : car bpc de communication sont verbales ou par téléphone, il faut laisser une trace.</p> <p>Segmentation de la communication : plusieurs dyades = risque de bris de communication, car ne passe pas toujours par l'infirmière au chevet = permutation de la contribution aux processus... selon qui a le temps, qui a le plus d'initiative...</p>		

	Les rencontres d'équipe sont essentiellement pour les résidents. Parfois les infirmières sont invitées. Réquisitionnées par une majorité de participants.			
<b>Particularités</b>	<b>+Ce qui permet le déploiement)</b>	<b>- Ce qui restreint le déploiement</b>	<b>+ Ce qui permet le déploiement)</b>	<b>- Ce qui restreint le déploiement</b>
	<p><b>+</b></p> <p>+ les protocoles clarifient les rôles et donnent une marche à suivre.</p> <p>+ être engagée = <u>proactive</u>, penser en dehors de la boîte, initiative</p> <p>+ Les jeunes infirmières ont été moins exposées au SVM : les plus vieilles ont connu les périodes où les patients étaient moins instables à l'USI</p> <p>+Perception positive de l'efficacité de l'équipe</p> <p>Ratio 1 patient parfois 2 par infirmières</p> <p>+<u>Reconnaissance</u> des membres de l'équipe de la</p>	<p><b>-</b></p> <p>- Les infirmières ls sont habituées à bcp d'instabilité tant au niveau respiratoire qu'hémodynamique. Les SVM longs sont transférés dans un autre département = Moins d'expositions au SVM, habituées avec des patients dont l'état est précaire donc attendent l'avis du MD avant de modifier quelque chose.</p> <p>-Rencontres d'équipe peu fréquentes et infirmières pas toujours impliquées : c'Est l'endroit où sont exposées les objectifs de soins et décisions sur les activités.</p>	<p><b>+</b></p> <p>+déjà eu un protocole où la modification FiO<sup>2</sup> était permise (Ce qui a amené des conflits et une obligation de statuer sur cet aspect, en faveur des infirmières)</p> <p>+Caractéristiques infirmières : proactive, expérience, connaissance : vont en faire davantage. Elles vont s'organiser pour être au centre des processus.</p> <p>+ Avoir la confiance des intensivistes.</p> <p>+USI fermée : plus d'intensivistes qu'avant, plus jeunes et expérience de ce qui se fait ailleurs : ils ont impliqué davantage les infirmières.</p>	<p><b>-</b></p> <p>- Ratio de 2-3 patients par infirmière et lieux physiques : empêche une présence constante. Diminue implication dans certains processus. D'autres membres de l'équipe vont prendre le relai.</p> <p>-Pas de rencontre d'équipe pour déterminer les objectifs, ou régler des problèmes de cas complexes (il faut attraper le MD quand il passe)</p>

	<p>contribution des infirmières aux différents processus (= clarté de rôle) / reconnaissance de l'infirmière de son propre rôle</p> <p>+ <u>Présence</u> constante/continuité de <u>soins</u>, font en sorte que l'infirmière développe une connaissance approfondie du patient, ce qui favorise son implication dans tous les processus et conséquemment de sa MOR.</p> <p>+ <u>Rencontres d'équipe</u> où l'infirmière est invitée à participer et où les <u>objectifs</u> de soins sont communiqués.</p> <p>Emphase sur le patient : leitmotiv, catalyseur</p> <p>* les activités sont très compartimentées. L'inhalothérapeute est ponctuel, ne s'occupe que de la VM (ne s'ingèrent pas dans ce que l'infirmière fait)</p>		<p>+Patients plus stables, long SVM. Infirmières plus exposées à des SVM et les patients sont présents plus longtemps, tout le monde fini par les connaître (connaissance approfondie du patient).</p>	
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<b>Négociation du rôle</b>	<p>Lorsque l'infirmière a conscience de son propre rôle dans le SVM, elle va créer un espace d'échange (discuter, pour faire valoir sa contribution.</p> <p>Puis, elle va reconnaître l'expertise des autres membres de l'équipe (demander conseil à l'autre, demander de valider, demander des apprentissages) (fait une place pour le membre de l'équipe puisse faire valoir, à son tour, sa contribution, son expertise. Démontrer du respect,</p> <p>Certains membres de l'équipe s'approprient des objets autour desquels ils négocient leur rôle et leurs frontières</p>		<p>Création d'un espace pour discuter, réfléchir ensemble avec les membres de l'équipe, pour avoir de l'info sur le patient. Dans cet espace, certaines vont d'imposer, prendre leur place. D'autres ferment l'espace.</p> <p>Sentiment d'être exclue</p> <p>Reconnaissance de l'expertise de l'autre membre de l'équipe : partage des activités qu'ils ont en commun, donner de l'information, aviser de ce qui est fait ou sera fait (tenir au courant), demander conseils/de l'aide pour régler des problèmes. Être convivial.</p> <p>Objets de frontières surtout pour les plus vieux</p>	
<b>Particularités</b>	<b>+ Ce qui permet le déploiement)</b>	<b>- Ce qui restreint le déploiement</b>	<b>+ Ce qui permet le déploiement)</b>	<b>- Ce qui restreint le déploiement</b>
	<p>+ Les infirmières qui connaissent bien leur propre rôle et celui des autres membres de l'équipe (clarté de rôle acquise).</p> <p>+Caractéristiques de l'infirmière (personnalité, attitude conviviale)</p> <p>+Emphase mise sur le patient</p>	<p>-Mauvaise attitude à l'égard des autres membres de l'équipe</p> <p>- Non connaissance du rôle / connaissances / formation des autres professionnels.</p>	<p>+ Proximité entre les membres de l'équipe (activités d'équipe, salle à café commune)</p> <p>+Il y a eu un effort collectif pour régler des conflits autour des objets de frontière.</p>	<p>- Ceux qui sont là depuis longtemps : ont connu une AIC qui encourageait fortement les inf à prendre leur place. Plusieurs conflits ont été générés à cette époque... du ressentiment persiste.</p> <p>Les inhalothérapeutes ont l'impression d'avoir été mis de côté par les intensivistes depuis la fermeture des soins... ils sont en réaction : soit qu'ils en</p>

				font beaucoup ou qu'ils se sont retirés. - Non connaissance du rôle / connaissances / formation des autres professionnels.
--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------