

Université de Montréal

L'étendue effective de la pratique des infirmières œuvrant en soins de longue durée

Par

Marie-Claude Richer

Faculté des Sciences infirmières

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc.) en Sciences infirmières, option Administration des services infirmiers

Janvier 2020

© Marie-Claude Richer, 2020

Résumé

D'après les données démographiques mondiales, la population est vieillissante et la complexité des problèmes de santé et la demande en soins de gériatrie ne cessent d'augmenter. Au Québec, on estime que 3 % des personnes âgées en perte d'autonomie vivent en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Les problèmes de santé complexes des résidents en soins de longue durée sont connus et en progression. En effet, 66 % des personnes hébergées sont atteintes de comorbidité, donc d'au moins trois problèmes de santé chronique. Il est donc urgent d'adapter les soins et les services offerts aux besoins spécifiques des résidents pour assurer une prestation de soins de qualité et sécuritaire. En 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ont émis des recommandations aux CHSLD pour l'optimisation de la pratique des infirmières. Or, pour répondre aux besoins spécifiques des résidents en CHSLD, les infirmières doivent être en mesure de déployer pleinement leur étendue de pratique. Les études disponibles dans la littérature scientifique sur ce sujet, ont jusqu'à maintenant surtout exploré l'étendue de la pratique des infirmières en milieu hospitalier plutôt qu'en CHSLD. Les résultats de ces études révèlent que l'infirmière n'applique que partiellement les connaissances issues de sa formation et de son expérience, et ce, dans divers milieux de soins. À notre connaissance, aucune étude n'a mesuré la pratique des infirmières en CHSLD. La présente étude a donc pour objectif de décrire l'étendue de la pratique des infirmières œuvrant en CHSLD, à l'aide du questionnaire de l'étendue de la pratique (QÉPI), et d'analyser s'il existe une association avec le niveau de formation, soit collégial ou universitaire. Pour réaliser cette étude un devis corrélationnel descriptif a été retenu. Des infirmières ($n = 93$) d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Québec ont participé à une enquête sous forme de questionnaire en ligne. Les résultats exposent une étendue effective de la pratique des infirmières œuvrant au CISSS de 4,58/6 ($ÉT = 0,74$), donc supérieure à celle d'autres études conduites avec le QÉPI au Québec. L'analyse des résultats n'a pas permis de conclure à une corrélation entre le niveau de formation collégial ou universitaire et l'étendue effective des infirmières œuvrant en CHSLD. Cette étude est la première à avoir décrit et analysé l'étendue effective de la pratique des infirmières à l'aide du QÉPI en CHSLD. D'autres études seront donc nécessaires pour en savoir davantage sur l'étendue de la pratique dans ce milieu.

Mots-clés : Étendue de pratique, Pratique en soins infirmiers, Champ de pratique des infirmières, Administration des soins infirmiers, Soins de longue durée, Niveau de formation, Infirmières bachelières, Baccalauréat.

Abstract

According to world demographics, the population is aging and the complexity of health problems and the demand for geriatric care will continue to increase. In Quebec, it is estimated that 3% of elderly people with loss of autonomy are living in long-term care centres (CHSLDs). The complex health problems of long-term care residents are well known and are on the rise. In fact, 66% of the people housed are suffering from comorbidity, i.e., they have at least three chronic health problems. There is therefore an urgent need to adapt the care and services offered for the specific needs of residents in order to ensure safe and quality care. In 2018, the Ministry of Health and Social Services of Québec (MSSS) and the Order of Nurses of Quebec (OIIQ) issued recommendations to CHSLDs for the optimization of nursing practice. However, to meet the specific needs of CHSLD residents, nurses must be able to exercise their full scope of practice. To date, the studies available in the scientific literature on this subject have mainly explored the scope of nursing practice in hospitals rather than in CHSLDs. The results of these studies show that nurses only partially apply the knowledge gained from their education and experience in various care settings. To our knowledge, no study has measured the practice of nurses in CHSLDs. The purpose of this study is therefore to describe the scope of practice of nurses working in CHSLDs, using the scope of practice questionnaire (QÉPI), and to analyze whether there is an association with their level of education, either collegial or university. A descriptive correlational design was used for this study. Nurses ($n = 93$) from an integrated health and social services center (CISSS) in Quebec participated in the survey in the form of an online questionnaire. The results show an effective scope of practice of nurses working at the CISSS of 4,58/6 ($SD = 0,74$), which is greater than the results of other studies conducted with the QÉPI in hospital settings in Quebec. Analysis of the results did not allow us to conclude that there was a correlation between the level of collegial or university education and the effective scope of practice of nurses working in CHSLDs. This study is the first to have described and analyzed the effective scope of nursing practice in this setting using the QÉPI. Further studies will therefore be necessary in order to learn more about the scope of practice in a long term care environment.

Keywords: Scope of practice, Nursing practice, Nursing scope of practice, Nursing administration, Long-term care, Education level, Baccalaureate nurses, Baccalaureate.

Table des matières

Résumé	3
Abstract	5
Liste des tableaux	11
Liste des figures	13
Liste des abréviations	15
Remerciements	17
Chapitre 1 – Problématique, but et questions de recherche	19
1.1 Problématique de recherche.....	19
1.1.1 But de la recherche	23
1.1.2 Questions de recherche.....	23
Chapitre 2 – Recension des écrits	25
2.1 Le niveau de formation des infirmières au Québec.....	25
2.1.1 L'étendue de la pratique : aspects théoriques.....	29
2.1.2 Les définitions de l'étendue de la pratique.....	29
2.1.3 Les cadres théoriques et l'étendue de la pratique.....	30
2.1.4 Les outils d'évaluation de l'étendue de la pratique	34
2.2 Les études empiriques de l'étendue de la pratique	38
2.2.1 L'étendue de la pratique en médecine-chirurgie, pédiatrie et santé mentale	38
2.2.2 L'étendue de la pratique et le niveau de formation	43
2.2.3 L'étendue de la pratique et le nombre d'années d'expérience	44
2.2.4 La pratique en CHSLD.....	45
2.3 Cadre conceptuel	46
2.3.1 Le niveau de formation.....	47

2.3.2 Le niveau d'expérience.....	48
2.3.3 L'étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI).....	48
Chapitre 3 – Méthode.....	51
3.1 Devis de recherche.....	51
3.2 Population et milieu.....	51
3.3 Stratégie de collecte des données.....	52
3.4 Instruments de collecte des données.....	53
3.4.1. Le QÉPI.....	53
3.4.2. Le questionnaire des caractéristiques sociodémographiques et d'emploi.....	54
3.5 Variables.....	55
3.6 Analyse des données.....	55
3.6.1 Portrait de l'échantillon (statistiques descriptives).....	56
3.6.2 Analyses bivariées.....	56
3.6.3 Analyses multivariées.....	57
3.7 Considérations éthiques.....	57
3.8 Conflits d'intérêts.....	58
Chapitre 4 – Résultats.....	59
4.1 Caractéristiques sociodémographiques des répondantes.....	59
4.2. Description de l'étendue effective de la pratique infirmière en CHSLD.....	63
4.3 La relation entre l'étendue effective de la pratique et le niveau de formation.....	64
4.4 Analyses multivariées : modèle de régression linéaire.....	66
4.4.1 Le niveau de formation.....	66
4.4.2 Le niveau d'expérience.....	66
4.4.3 Le statut d'emploi.....	69
4.4.4 Le poste occupé.....	69

4.4.5 L'horaire de travail	69
4.4.6 Le genre	70
Chapitre 5 – Discussion.....	71
5.1 Représentativité des répondantes.....	71
5.2 L'étendue effective de la pratique des infirmières œuvrant en CHSLD	71
5.2.1 Le score global	72
5.2.2 Les dimensions de l'étendue de la pratique.....	73
5.2.3 Les niveaux de complexité	76
5.3 L'étendue effective de la pratique selon le niveau de la formation.....	77
5.4 L'ÉEPI et les caractéristiques d'emploi	78
5.4.1 Le niveau d'expérience.....	78
5.4.2 Le statut d'emploi.....	78
5.4.3 Le poste occupé	79
5.5. Recommandations	79
5.5.1 Recommandation pour la recherche en sciences infirmières	79
5.5.2 Recommandation pour la formation	80
5.5.3 Recommandation pour la gestion	81
5.6. Limites et forces de la présente étude.....	82
5.6.1 Limites	82
5.6.2 Forces	82
Conclusion.....	85
.....	85
Références bibliographiques	87
Annexe A – Activités réservées	97

Annexe B – Questionnaire d’évaluation de l’étendue de la pratique infirmière (QÉPI)	99
Annexe C – Questionnaire des données sociodémographiques	101
Annexe D – Affiche promotionnelle.....	103
Annexe E – Lettre d’invitation et courriel de relance	105
Annexe F – Approbation du comité d’éthique de la recherche en santé du Centre intégré de santé et des services sociaux.....	107
Annexe G – Approbation du comité d’éthique de la recherche en sciences et en santé de l’Université de Montréal.....	109
Annexe H – Formulaire d’information et de consentement	110

Liste des tableaux

Tableau 1. – Sommaire des items inclus dans les outils Unfinished Care (Jones, Hamilton, & Murry, 2015).....	36
Tableau 2. – Dimensions, activités de soins et niveaux de complexité du QÉPI (D'Amour et al., 2012)	39
Tableau 3. – Résultats du questionnaire d'évaluation de l'ÉEPI par dimension en contexte médecine-chirurgie provenant de 10 centres hospitaliers et 1 centre en soins mère-enfant de différentes unités.....	41
Tableau 4. – Résultats du questionnaire d'évaluation de l'ÉEPI par dimension en contexte de santé mentale.....	42
Tableau 5. – Caractéristiques sociodémographiques et d'emploi des répondantes ($n = 93$)	61
Tableau 6. – Comparaison des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon et de la population totale	63
Tableau 7. – Description de l'étendue effective de la pratique des infirmières en CHSLD ($n = 93$)	64
Tableau 8. – Comparaison de l'étendue effective de la pratique selon le niveau de formation ($n = 93$)	65
Tableau 9. – Analyses multivariées : étendue effective de la pratique selon les caractéristiques sociodémographique ($n = 93$)	68

Liste des figures

Figure 1. – Le modèle d’utilisation des ressources infirmières (Dubois et al., 2012).....	32
Figure 2. – L’étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI; <i>SCOP Model</i> Déry et al., 2015) [traduction libre].....	33
Figure 3. – Le cadre conceptuel personnalisé de l’ÉEPI, inspiré du <i>SCOP Model</i> de Déry et al. (2015).....	47
Figure 4 – Répartition de la population totale.....	59

Liste des abréviations

AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ASI	Assistante infirmière chef
B. Sc.inf.	Baccalauréat ès Sciences en sciences infirmières
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
DEC	Diplôme d'études collégiales
ÉEPIC	Étendue effective de la pratique infirmière en CHSLD
ÉEPI	Étendue effective de la pratique infirmière
ICASI	Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LII	Loi sur les infirmières et infirmiers
QÉPI	Questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
SCOP	Enacte Scope of Nursing Practice
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

Remerciements

Je souhaite premièrement remercier madame Roxane Borgès Da Silva, directrice de recherche, pour le partage de ses précieuses connaissances, sa patience, sa rigueur et ses encouragements tout au long de la réalisation de ce mémoire de maîtrise.

Je tiens également à remercier monsieur Alexandre Prudhomme, professionnel de recherche, pour sa grande disponibilité et sa patience infinie à transmettre ses connaissances concernant autant de la collecte de données que des analyses des statistiques. Sans son aide, j'aurais difficilement pu mener à terme mon étude. J'adresse un remerciement spécial à madame Jocelyne Villeneuve Morin, une directrice des soins infirmiers, une femme d'exception dotée d'une rigueur scientifique qui invite au dépassement de soi, qui m'a offert un emploi et la possibilité de poursuivre mes études au 2^e cycle. Je remercie particulièrement mes employeurs pour leurs encouragements à poursuivre cette démarche. Je remercie mes formidables collègues de travail et amies qui ont été présentes tout au long de ce parcours parsemé de nombreuses épreuves personnelles. Vos encouragements étaient fort appréciés.

Je remercie chaleureusement toutes les infirmières et les infirmières cliniciennes des CHSLD qui ont accepté de participer à la réalisation de cette étude, malgré leurs nombreuses obligations personnelles et professionnelles. En dernier lieu, merci à ma fille Élisabeth à qui j'ai trop souvent refusé des activités de filles afin de me consacrer à mes études.

Chapitre 1 – Problématique, but et questions de recherche

1.1 Problématique de recherche

La population est vieillissante, et les maladies chroniques et les comorbidités sont en augmentation au niveau mondial. Les données démographiques montrent que la population âgée, la complexité des problèmes de santé et la demande en soins de gériatrie ne cessent d'augmenter et justifient l'urgence d'adapter les soins et les services (Bickford, 2018). L'Institut de la statistique du Québec (2014) estime que la proportion de la population âgée de 65 ans et plus, qui était de 18,1 % en 2016, soit 1 503 921 personnes, passera à 26,3 %, soit plus de 2 318 920 personnes d'ici 2031. Actuellement, on estime que 3 % des personnes âgées en perte d'autonomie au Québec sont hébergées dans un CHSLD (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2014). L'Institut national de santé publique du Québec prévoit un accroissement de près du double de soins et services requis en hébergement d'ici 2031 (INSPQ, 2010).

Les données épidémiologiques révèlent les besoins croissants de soins de santé complexes requis par ce groupe d'âge. Plus de 87 % des résidents en CHSLD sont atteints d'un problème de santé de type Alzheimer ou d'une autre forme de trouble neurocognitif, et ce taux ne cesse de croître depuis 2010 (Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS, 2018). Selon l'OIIQ (2014), 66 % des personnes hébergées sont atteintes de multiples pathologies, donc ont au moins trois problèmes de santé chroniques. De plus, 18 % des résidents en hébergement nécessitent des soins de fin de vie qui sont des soins complexes (OIIQ, 2014). En 2014 et en 2015, dans certaines régions du Québec, la durée de séjour des résidents hébergés en CHSLD était inférieure à 18 mois (Francoeur, 2016). En effet, durant ces années, la proportion du nombre de décès annuels des résidents en CHSLD se situait entre 30 et 50 % au Québec (Francoeur, 2016).

Au Québec, l'offre de services des CHSLD du réseau de santé et des services sociaux a dû s'ajuster aux besoins de la population. Actuellement, les CHSLD accueillent une clientèle présentant une diminution importante des capacités fonctionnelles, atteinte de maladies chroniques, de comorbidités et de troubles neurocognitifs avancés, et qui requière généralement des soins de fin de vie. Les soins et services offerts en CHSLD se décrivent comme suit :

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est d'offrir, de façon temporaire ou permanente, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel. (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2018a, en ligne)

Cette définition de l'offre de services indique que le MSSS reconnaît la complexité des soins et les besoins professionnels nécessaires pour assurer les soins et les services. Dans un souci d'efficacité, le MSSS a établi des critères d'admissibilité pour la clientèle en CHSLD. Les personnes doivent nécessiter de la stimulation ou de l'aide totale pour les activités de la vie quotidienne et domestique pour être admises (MSSS, 2016b). La complexité et la lourdeur clinique des personnes hébergées en CHSLD justifient la nécessité de leur prise en charge par des infirmières qualifiées. Face aux changements dans les besoins de la clientèle hébergée, plusieurs actions politiques ont été déployées pour décrire les besoins de la clientèle. Le MSSS a légiféré en matière de soins de fin de vie (MSSS, 2014) et organisé en 2016 le *Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD* (MSSS, 2016c), qui visait une démarche d'amélioration de l'organisation des soins et des services offerts aux résidents en CHSLD. Il a élaboré en 2018 un *Cadre de référence et des normes relatives à l'hébergement de soins de longue durée* (MSSS, 2018c), notamment en ce qui concerne l'optimisation de l'étendue de pratique de l'infirmière selon son champ d'exercice professionnel.

Mc Gilton et al. (2016) rapportent qu'en CHSLD, les particularités de l'organisation du travail font en sorte que l'infirmière occupe des tâches administratives plus fréquemment, ce qui réduit sa présence auprès de la clientèle, ou réalise des tâches non infirmières au lieu d'exercer ses activités réservées, comme l'évaluation, ou des activités liées à la qualité et sécurité des soins aux résidents (Voyer et al., 2016 ; Déry, 2019). D'ailleurs, les infirmières représentent le principal corps professionnel à prendre en charge les soins complexes des résidents, d'où l'importance d'optimiser et d'occuper pleinement leur étendue de la pratique permettant ainsi de réduire les effets indésirables et d'améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts aux résidents et la satisfaction au travail Magennis, Slevin et Cunningham (1999). Le ratio 40/60, soit 40 % d'infirmières et d'infirmières auxiliaires et 60 % de préposées aux bénéficiaires, est d'ailleurs connu (OIIQ, 2014). Pourtant, il arrive parfois qu'il n'y ait pas d'infirmières la nuit (OIIQ, 2014). L'OIIQ (2014) a présenté à la Commission de la santé et des services sociaux un mémoire sur les conditions de vie

des adultes hébergés en CHSLD dans lequel il recommandait la présence obligatoire d'une infirmière sur tous les quarts de travail visant ainsi une pratique infirmière de qualité et adaptée aux conditions cliniques des résidents. Cela a permis, en 2018, la publication du *Cadre de référence sur l'exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement* (OIIQ, 2018a). Cette mobilisation de la gouvernance ministérielle et professionnelle souligne l'importance d'une formation de pointe pour les professionnels. Ces deux instances soutiennent que les infirmières, plus particulièrement, devraient détenir une formation de premier ou de deuxième cycle universitaire qui leur permettrait de développer les compétences requises pour répondre aux exigences de soins de la clientèle en CHSLD (MSSS, 2013, 2018b ; OIIQ, 2013, 2014, 2018a).

Contrairement aux autres provinces et territoires du Canada, le Québec est la seule province qui n'exige pas le baccalauréat pour l'accès à la profession d'infirmière (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2015). Au Québec, sur le plan législatif, l'infirmière titulaire d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers ou d'un baccalauréat en sciences infirmières (B. Sc. inf.) a le même champ d'exercice professionnel à l'exception du droit de prescrire. Le champ d'exercice fait référence aux activités réservées, tant à l'infirmière technicienne qu'à l'infirmière bachelière, qui ont été définies par l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec (LII, 2009 ; OIIQ, 2018b). Le niveau de formation des infirmières et ses retombées ont fait l'objet de nombreuses recherches. L'étude de Goode et al. (2001) rapporte une différence de pratique entre les infirmières et les infirmières bachelières. L'infirmière démontre une habileté dans l'exécution des techniques de soins, alors que l'infirmière bachelière a une pensée critique plus développée (Goode et al., 2001). La qualité des soins prodigués par les infirmières bachelières semble être influencée par les compétences acquises lors de la formation initiale (Blegen, Vaughn, & Goode, 2001; Goode et al., 2001). En effet, selon le référentiel de compétences de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal, la formation universitaire favorise le développement de la pensée critique, d'une pratique réflexive et d'une prise en charge optimale des soins de la clientèle, amenant ainsi l'infirmière bachelière à utiliser l'étendue optimale de son champ d'exercice professionnel (Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, 2015).

L'étendue effective de la pratique de l'infirmière (ÉEPI) telle que définie par D'Amour et al. (2012) correspond à « l'utilisation des compétences et des expériences acquises en fonction des rôles et responsabilités appliqués dans la pratique des infirmières » [traduction libre] (D'Amour et al., 2012, p. 249). L'étendue de pratique des infirmières a considérablement évolué au cours de la dernière décennie et, pourtant, la recension des écrits sur ce sujet révèle une pratique sous-optimale dans différents milieux de soins. Des études rapportent que les infirmières appliquent partiellement l'ensemble des compétences acquises par l'expérience et la formation, peu importe les milieux de soins (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Oelke et al., 2008; White et al., 2008). L'étendue sous-optimale a d'ailleurs été rapportée dans plusieurs études réalisées dans différentes unités de soins hospitalières (D'Amour et al., 2012; Déry, 2013; Déry, D'Amour, Blais, & Clarke, 2015; Déry, Clarke, D'Amour, & Blais, 2018).

Au Québec, à notre connaissance, seule l'étude temps et mouvement de Voyer et al. (2016) s'est intéressée aux activités de soins réalisées quotidiennement par les infirmières en CHSLD. Les auteurs illustrent que les infirmières œuvrant en CHSLD occupent moins de 54 % de leur temps à effectuer l'évaluation et le suivi clinique des résidents. Ces résultats sont similaires à ceux d'Oelke et al. (2008) qui rapportent que 48 % des infirmières révèlent n'exercer qu'occasionnellement leur pleine étendue de pratique. De plus, Voyer et al. affirment que 46 % des activités réalisées par l'infirmière en CHSLD ne requièrent pas l'expertise d'une infirmière. Ces activités représentent les techniques de soins non complexes, les soins d'hygiène, la tenue de la salubrité des lieux et les tâches administratives qui pourraient être confiées à une autre catégorie de personnel. Malgré le fait que les conclusions de cette étude indiquent que la répartition du temps infirmier est sous-optimale, l'étude n'a pas permis de décrire l'étendue effective de la pratique des infirmières en CHSLD. Voyer et al. (2016) se sont intéressés à la répartition du temps infirmier consacré aux activités de soins et aux activités ménagères et d'assistance réalisées quotidiennement par les infirmières et non spécifiquement aux dimensions de l'étendue de la pratique telles qu'opérationnalisées par D'Amour et al. (2012). Cette étude de Voyer et al. (2016) n'a pas permis de mesurer l'étendue de la pratique infirmière selon le niveau de formation et la complexité des soins attendus d'une infirmière en CHSLD. À notre connaissance, aucune étude de l'étendue de pratique faite en tenant compte de l'influence du niveau de formation n'a été réalisée en CHSLD. Il est donc primordial de décrire l'étendue de pratique des infirmières en CHSLD ainsi que de

vérifier le lien entre le niveau de formation et l'étendue de pratique de ces dernières. Ce projet vise à décrire et analyser l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en CHSLD en tenant compte de leur niveau de formation, d'expérience au travail, des caractéristiques sociodémographiques et d'emploi.

1.1.1 But de la recherche

Le but de l'étude sera de décrire l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en CHSLD et d'identifier s'il existe un lien avec la formation.

1.1.2 Questions de recherche

1. Quelle est l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en CHSLD?
2. L'étendue de pratique des infirmières dans les CHSLD est-elle différente selon le niveau de formation de l'infirmière, soit collégial ou universitaire (DEC et B. Sc. inf.), son expérience au travail, les caractéristiques sociodémographiques (genre, âge) et les caractéristiques d'emploi (poste occupé, quart et horaire de travail) ?

Chapitre 2 – Recension des écrits

Ce deuxième chapitre présente la recension des écrits et les concepts clés à l'étude. Les thèmes abordés sont les suivants : le niveau de formation des infirmières au Québec, les définitions de l'étendue de la pratique, les cadres théoriques qui définissent les facteurs influençant l'étendue de la pratique, les outils d'évaluation de l'étendue de la pratique, les études empiriques sur l'étendue de la pratique et leurs résultats, l'étendue de la pratique infirmière en CHSLD et le cadre conceptuel.

2.1 Le niveau de formation des infirmières au Québec

Au Québec, contrairement à ailleurs au Canada, obtenir un diplôme universitaire n'est pas reconnu comme la voie officielle pour accéder à la profession d'infirmière (AIIC, 2015). En 2012, la présentation de l'OIIQ à l'Office des professions du mémoire sur le rehaussement de la formation initiale infirmière au Québec (OIIQ, 2013) et le rapport sur la formation de la relève infirmière présenté au docteur Réjean Hébert, alors ministre responsable des Aînés (MSSS, 2013), n'ont pas modifié la norme d'accès à la profession. Au Québec, la formation collégiale en soins infirmiers est régie par un référentiel de compétences émis par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (2020). Ce référentiel a été utilisé pour élaborer des contenus cliniques enseignés dans les cégeps ce qui permet, dans les programmes d'études collégiales en soins infirmiers, l'homogénéité des compétences des infirmières. La formation universitaire en sciences infirmières, quant à elle, n'a pas de référentiel de compétences commun et varie d'une université à l'autre. Au terme de leur formation, les infirmières cliniciennes ont donc un profil de compétences variable. De plus, les infirmières, tout en travaillant, peuvent poursuivre leur formation en réalisant des certificats pour obtenir un diplôme universitaire B. Sc. inf., par cumul de certificats pouvant s'échelonner sur une période de 8 à 10 ans. Depuis 2001, la création de la formation DEC-BAC ce cheminement permet d'obtenir un baccalauréat en deux ans et réduit l'accès au cheminement par cumul de certificats (OIIQ, 2013). Au Québec, selon Marleau (2018), le portrait de l'effectif infirmier 2018-2019 recense 71 487 infirmières exerçant la profession. De ce nombre, 46,3 % sont titulaires d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers, 41,5 % d'un baccalauréat en sciences infirmières et 7,5 % d'un baccalauréat par cumul de certificats. On recense 8 891

infirmières soit 12,4 % de l'effectif infirmier, exerçant en gériatrie et en CHSLD. Les deux cheminements possibles, soit le DEC en soins infirmiers et le B. Sc.inf., sont acceptés comme voie d'entrée. Comme mentionné précédemment, ces deux cheminements confèrent le même champ d'exercice professionnel prévu par l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII, article 36) du Québec. Ce dernier, changé avec l'adoption du projet de Loi n° 90, modifiant *le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Gouvernement du Québec, 2003), est demeuré le même malgré le fait qu'il existe deux niveaux de formations infirmières.

En 2002, l'adoption du projet de Loi n° 90 a entraîné la modification de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (RLRQ, c.c- I-8, art. 36) du Québec, la nouvelle loi reconnaissant 14 activités réservées aux infirmières et qui attestent leurs compétences. Ces activités réservées permettent à l'infirmière d'évaluer la condition physique et mentale des patients symptomatiques et de déterminer les besoins prioritaires. Elles l'obligent à consigner ses constats et ses directives dans le plan thérapeutique infirmier (OIIQ, 2009a). La norme de documentation du plan thérapeutique infirmier (PTI) confère à l'infirmière plus d'autonomie et permet de confier davantage d'activités de soins aux membres de l'équipe soignante, soit les infirmières techniciennes ou bachelières, les infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires (OIIQ, 2009a). La nouvelle législation vient clarifier les rôles des professionnels de la santé et des membres de l'équipe de soins et favorise une approche multidisciplinaire et interdisciplinaire dans les établissements de la santé.

Au Québec, en 2005, le MSSS a adopté le projet de loi n°145 qui établit la nomenclature des titres et des libellés d'emploi et impose aux établissements de la santé (MSSS, 2005). D'ailleurs, les infirmières du réseau peuvent se référer à une *Convention collective intervenue entre le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec* (10 juillet 2016–31 mars 2020; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2016) qui précise les responsabilités spécifiques concernant le titre d'infirmière bachelière qui a été changé par le titre d'infirmière clinicienne comme mentionné dans la nomenclature des titres d'emploi (MSSS, 2005). Chaque définition indique que l'infirmière, notamment l'infirmière clinicienne, par ses responsabilités, offre une contribution particulière à la clientèle qui présente des besoins de soins complexes. Les

responsabilités de l’infirmière et de l’infirmière clinicienne citées ci-dessous sont extraites de la convention collective, viennent définir le rôle de l’infirmière et celui de l’infirmière clinicienne décrits ci-après :

L’infirmière

Elle assume la responsabilité d’un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins bio-psycho-sociaux d’usagers ou de groupes de personnes qui lui sont confiés. Elle évalue l’état de santé de l’usager. Elle détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers. Elle prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie. Elle planifie, dispense et évalue l’enseignement aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes. Elle participe à la recherche visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie. (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2016; MSSS, 2016a, p. II. 60)

L’infirmière clinicienne

Elle conçoit, applique et évalue les programmes de soins requérant des connaissances avancées, visant des problématiques de santé complexes et/ou comportant des dimensions bio-psycho-sociales variées. Elle participe au développement ou adapte des outils cliniques et d’évaluation de la qualité des soins. Elle coordonne le travail d’équipe. Elle exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l’équipe interdisciplinaire. Elle identifie, pour les usagers, les besoins et interventions nécessitant une coordination de services dans l’établissement et entre différents établissements ou organismes du milieu. Elle assure, le cas échéant, la coordination de ces services, établissements ou organismes du milieu. Elle assure l’orientation du nouveau personnel. Elle participe à la formation des stagiaires. Elle supervise l’enseignement fait aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes dans les programmes spécifiques. Elle doit collaborer à la recherche. (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2016; MSSS, 2016a, p. II.25).

L’infirmière clinicienne, en plus de remplir le rôle d’infirmière, se voit confier des activités spécifiques, notamment l’évaluation des problèmes de santé complexes, l’orientation du nouveau personnel, la conception des programmes, ou toute autre activité que lui permet d’accomplir sa formation universitaire. En 2012, l’adoption du projet de loi n^o21 modifiant le *Code des professions et d’autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines reconnaît plus d’activités réservées*. En effet, la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec a été modifiée en 2012 (Gouvernement du Québec) pour reconnaître trois activités supplémentaires à l’infirmière, ce qui a fait passer le nombre d’activités réservées de 14 à 17 (Annexe A) et ce qui permettait à l’infirmière d’avoir davantage d’autonomie professionnelle. Le champ d’exercice se définit par l’article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII, 2012, article 36) du Québec :

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.

Jusqu'alors, le champ d'exercice conféré par la (LII, 2012, article 36) était le même, quel que soit le niveau de formation (collégial ou universitaire). Par contre, la nomenclature des titres d'emploi de l'infirmière proposait des fonctions spécifiques à l'infirmière clinicienne et des fonctions plus générales à l'infirmière. Les études révélaient donc à ce moment un lien peu significatif entre le niveau de formation et l'étendue de pratique des infirmières, et ce, malgré les distinctions apportées à la nomenclature des titres d'emploi et dans la LII (2012, article 36; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2016; MSSS, 2016a.p II, 25,60), sauf pour le droit de prescrire accordé aux infirmières admises dans la profession depuis 2017 (OIIQ, 2015).

Puis, en 2016, à la suite d'une entente survenue entre l'OIIQ (2015) et le Collège des médecins du Québec [CMQ] (OIIQ, 2015), les infirmières diplômées du B. Sc. inf., ont eu le droit de prescrire d'office, ce que n'a pas le droit de faire l'infirmière de formation collégiale. Le droit de prescrire est ainsi spécifié dans le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (RLRQ.,c.M-9, r.12.001), (OIIQ, 2015) Cette entente accorde à l'infirmière le droit de prescrire des analyses de laboratoire ainsi que des produits, des médicaments et des pansements pour le traitement des plaies, des altérations de la peau et des téguments. Elle permet aussi à l'infirmière de prescrire des médicaments lors de situations touchant la santé publique et pour certains problèmes de santé courants. Si l'infirmière détentrice d'un baccalauréat en sciences infirmières a le droit de prescrire du matériel et des médicaments dans le domaine de soins de plaies et de la santé publique, les infirmières titulaires d'un diplôme de formation collégiale en soins infirmiers, elles, n'ont pas ce droit. Cependant, celles-ci pouvaient se prévaloir d'une disposition transitoire qui leur permettait, en suivant une formation spécifique, d'exercer certaines activités de prescription dans le domaine des soins de plaies et de la santé publique. Elles devaient toutefois répondre à la condition prévue au règlement, soit celle d'avoir une formation et une expérience reconnues. Le droit de prescrire, appelé aussi « prescription infirmière », donne à l'infirmière, en particulier à l'infirmière clinicienne, plus d'autonomie professionnelle et pourra ainsi avoir une influence sur son étendue de la pratique.

2.1.1 L'étendue de la pratique : aspects théoriques

La prochaine section présentera les différents concepts et définitions de l'étendue de la pratique, les cadres théoriques et les outils pour évaluer l'étendue de la pratique.

2.1.2 Les définitions de l'étendue de la pratique

Les associations infirmières, les ordres professionnels infirmiers et les chercheurs proposent différentes définitions de l'étendue de la pratique et celles-ci ne font pas consensus. On rapporte l'ambiguïté du concept de l'étendue de la pratique dans la revue systématique de Birks, Davis et Cant (2016). Plusieurs auteurs rapportent le manque de clarté du concept (Aroke, 2014; Pryor, 2012; White et al., 2008). Ce manque de clarté entraîne de la confusion en ce qui a trait au rôle de l'infirmière (Birks et al., 2016). De plus, le flou du concept est un frein à l'optimisation de l'étendue de la pratique (Besner et al., 2005). Le Conseil international des infirmières (2013) définit l'étendue de la pratique comme la combinaison des connaissances, du jugement et des compétences de l'infirmière permettant à celle-ci d'offrir des soins directs à la clientèle. Le concept de l'étendue de la pratique d'Aroke (2014, p. 283) rejoint ceux de Besner et al. (2005) et de D'Amour et al. (2012) et se définit ainsi :

L'étendue de la pratique de l'infirmière est un état dynamique dans lequel les règlements, les politiques institutionnelles, l'éducation adéquate, l'expérience, les facteurs environnementaux et les traits personnels caractérisent l'essence même des soins tout en habilitant les infirmières à dispenser des soins de qualité, centrés sur le patient.

L'American Nurses Association (2010), elle, la définit comme un vaste éventail de la pratique infirmière, allant de la pratique générale à la spécialité, où chaque infirmière s'engage dans une pratique selon sa formation, son expérience, ses responsabilités et la clientèle desservie. L'AIIC (2015, p. 15), pour sa part, définit l'étendue de la pratique comme étant :

le champ d'exercice des infirmières [faisant] référence aux activités pour lesquelles elles ont reçu la formation nécessaire et qu'elles sont autorisées à exécuter de la façon établie dans la loi, que complètent les normes, les lignes directrices et les prises de position stratégiques des organismes de réglementation infirmière des provinces et des territoires.

Besner et al. (2005) vont dans le même sens en apportant une distinction entre l'étendue de la pratique dite optimale, qui fait référence aux compétences acquises à la formation de base de la profession, et l'appropriation du rôle d'infirmière comme une pratique appuyée sur l'application des connaissances selon la législation, les compétences, l'expérience, le contexte organisationnel et politique (Besner et al., 2005). D'Amour et al. (2012, p. 249) présentent plutôt la conception de l'étendue de la pratique effective comme « l'éventail des fonctions et des responsabilités déployées par l'infirmière en lien avec les compétences développées à travers la formation et l'expérience » [traduction libre]. Cette définition se rapproche de celle de Besner et al. (2005) comme l'étendue de la pratique effective soit celle véritablement déployée par l'infirmière (D'Amour et al., 2012; Dubois et al., 2012). C'est la définition de D'Amour et al. (2012) qui est retenue dans le contexte de la présente étude, puisqu'elle prend appui sur les activités de soins réalisées selon le niveau de complexité attendue d'une infirmière de formation collégiale ou universitaire. L'éventail des 26 activités de pratiques infirmières regroupées en 6 dimensions : évaluation et planification des soins; enseignement à la clientèle et aux familles; communication et coordination des soins; intégration et encadrement du personnel; optimisation de la qualité et de la sécurité des soins; et mise à jour et utilisation des connaissances en couvrant les principales activités en soins de longue durée. La définition de l'étendue de la pratique effective selon D'Amour et al. (2012) servira également de cadre théorique pour cette étude.

2.1.3 Les cadres théoriques et l'étendue de la pratique

Plusieurs cadres théoriques définissent les facteurs qui influencent l'étendue de la pratique. Le premier modèle est celui de l'utilisation des ressources infirmières de Dubois et al. (2012) (Figure 1) qui présente trois catégories qui interagissent, influençant les résultats sur la qualité des soins et la sécurité des patients, les services, la satisfaction des infirmières et le contexte organisationnel. La première catégorie comprend le déploiement du personnel heures-soins/jour, les caractéristiques des patients, le ratio infirmière et celui de l'infirmière auxiliaire et des préposées aux bénéficiaires. La deuxième catégorie correspond à l'étendue de la pratique et renvoie aux six dimensions suivantes : 1) évaluation et planification des soins; 2) enseignement à la clientèle et aux familles; 3) communication et coordination des soins; 4) intégration et encadrement du personnel; 5) optimisation de la qualité et de la sécurité des soins; et 6) mise à jour et utilisation des connaissances (D'Amour et al., 2012). La troisième catégorie fait référence à l'environnement

de travail et est constituée des deux éléments suivants : capacité d'innovation et environnement de la pratique. La capacité d'innovation figure parmi les pratiques novatrices inspirées des travaux de Kimball, Joynt, Cherner & O'Neil (2007). Elle comprend la disponibilité des ressources technologiques innovantes ayant la capacité de répondre en tout temps aux besoins de l'infirmière et du patient, cette fonction étant centrée sur le patient, sur la famille et sur l'efficacité des soins. L'environnement de la pratique comporte cinq dimensions : 1) la gestionnaire offre les leviers nécessaires aux infirmières pour remplir de nouvelles fonctions et développer une plus grande autonomie professionnelle ; 2) l'infirmière favorise des soins centrés sur les patients ; 3) l'infirmière implique les patients dans la réalisation leurs soins en vue d'un retour à domicile ; 4) l'infirmière s'assure de mesurer les indicateurs sensibles aux soins infirmiers à l'aide d'une technologie ; 5) l'infirmière analyse les résultats des soins prodigués avec des indicateurs sensibles aux soins infirmiers liés à la qualité, à la sécurité et aux coûts en collaboration avec la gestionnaire (Dubois et al., 2012) . Ces dimensions de l'environnement de la pratique inspirées des hôpitaux magnétiques favorisent la capacité d'innovation d'une unité de soins Dubois et al. (2012). Ces catégories ont une influence potentielle sur la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients, donc sur les indicateurs qualité (incidence des chutes, des erreurs de médicaments, des plaies, des infections urinaires et des pneumonies, sur l'utilisation des contentions) ainsi que sur la satisfaction professionnelle des infirmières. Le modèle de Dubois et al. (2012) présente une conceptualisation intéressante de l'étendue de la pratique et des catégories qui ont une influence possible sur les indicateurs de qualité. Cependant, il s'avère trop complexe pour l'objectif de la présente étude.

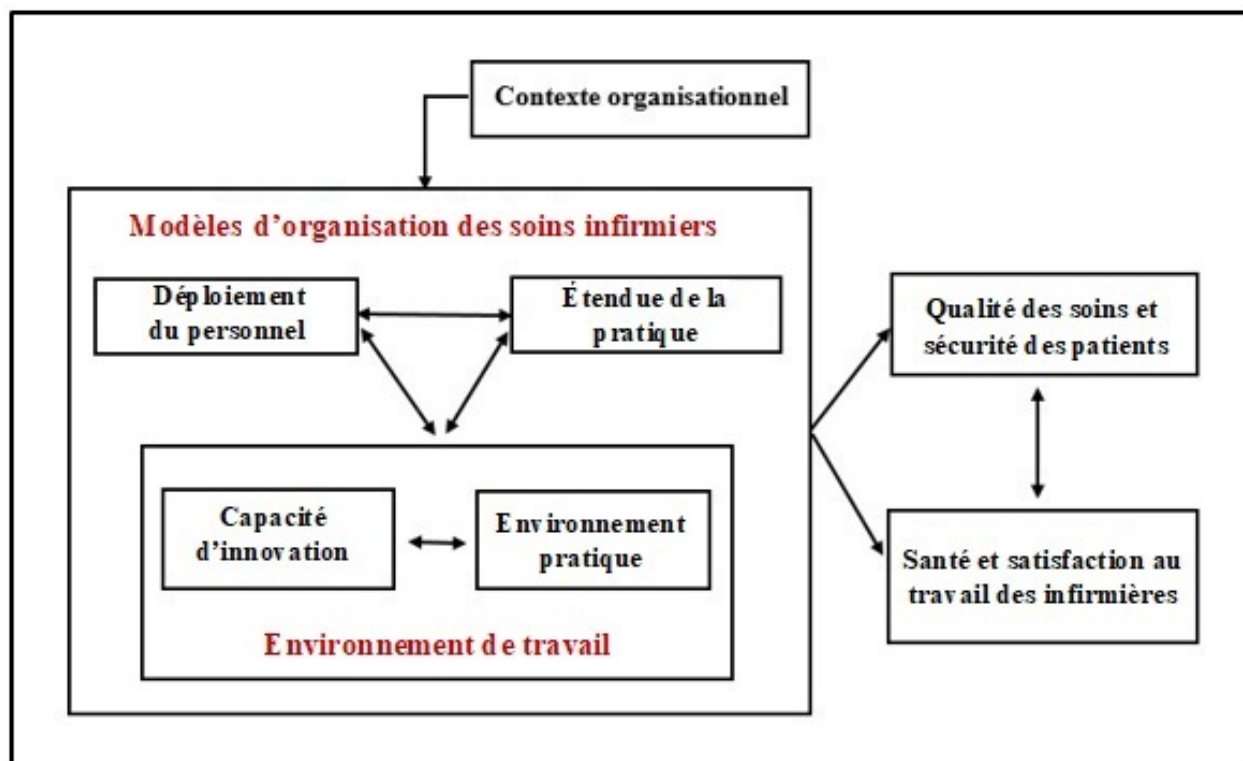


Figure 1. – Le modèle d’utilisation des ressources infirmières (Dubois et al., 2012)

Le deuxième modèle, celui de Déry et al. (2015), propose également une description des facteurs qui influencent directement l’étendue de la pratique de l’infirmière. Ce modèle (Figure 2) a été construit à partir de cadres conceptuels et théoriques robustes qui prennent appui sur les travaux de Biddle (1979), de D’Amour et al. (2012) et de Hackman et Oldham (1974). Il révèle trois composantes : les caractéristiques de l’emploi, les caractéristiques individuelles et l’étendue de la pratique. La première composante présente les caractéristiques du travail qui sont dérivées de la théorie de Hackman et Oldham et qui se déclinent en deux concepts : l’autonomie et les stressors psychologiques. Le modèle de Déry et al. (2015) s’inspire d’ailleurs des travaux de Biddle (1979) et aborde différents stressors liés aux rôles de l’infirmière, comme l’ambiguïté, les conflits de rôle et la surcharge de travail. La deuxième composante présente les caractéristiques individuelles qui sont appuyées par le modèle de *Karasek’s Job Strain Model* (1985), qui propose trois besoins : la formation continue afin de maintenir ses connaissances à jour, le niveau de formation initiale et l’expérience. La troisième composante est l’étendue effective de la pratique infirmière qui est inspirée des travaux de D’Amour et al. (2012), qui proposent d’évaluer les 26 activités professionnelles de l’infirmière selon les 6 dimensions qui ont été présentées précédemment.

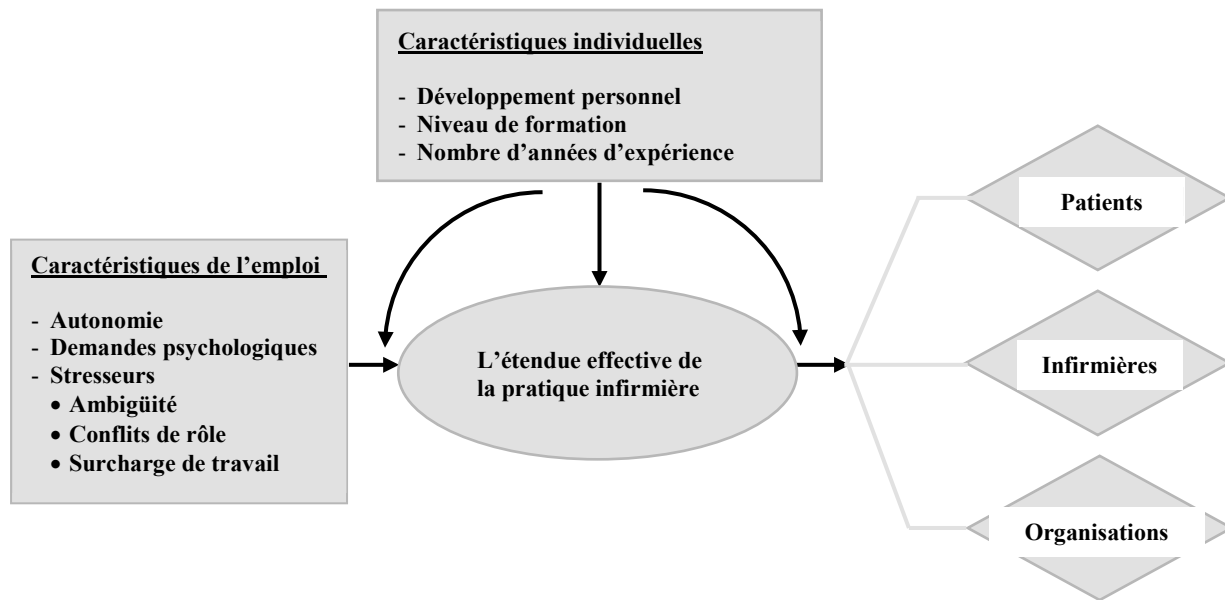


Figure 2. – L'étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI; *SCOP Model* Déry et al., 2015)
[traduction libre]

La description des composantes suivantes suivront : les caractéristiques individuelles de l'infirmière, les caractéristiques de l'emploi et l'étendue de la pratique de l'infirmière. Les caractéristiques individuelles correspondent au développement professionnel, au degré de formation, au niveau d'expérience, aux valeurs et aux croyances de l'infirmière. Les caractéristiques de l'emploi peuvent, elles aussi, influencer l'étendue de la pratique. Ces caractéristiques sont l'autonomie dans le rôle, les stressseurs psychologiques ainsi que les stressseurs reliés au rôle, dont l'ambiguïté de celui-ci, les conflits liés aux responsabilités et la surcharge de travail. Évidemment, l'ÉEPI est située au cœur de ce modèle (Déry et al., 2015), étant décrite à partir des six dimensions de D'Amour et al. (2012). Les caractéristiques individuelles et de l'emploi ont ainsi le potentiel d'influencer l'ÉEPI et auront une incidence sur les résultats des soins prodigués aux patients, sur la satisfaction professionnelle des infirmières et sur les résultats organisationnels (tels que l'accessibilité aux soins, la réduction des coûts en soins de santé et la durée de séjour d'un usager en établissement de santé). Les modèles de Dubois et al. (2012) et de Déry et al. (2015) illustrent les nombreux facteurs ayant le potentiel d'influencer l'étendue de la pratique, dont la qualité des soins, l'accessibilité aux soins, la satisfaction au travail et les coûts en soins de santé. Seuls ces deux cadres traitent l'étendue de la pratique telle qu'elle est présentée par D'Amour et al. (2012), c'est-à-dire en utilisant le QÉPI pour analyser l'étendue de la pratique.

L'étudiante-chercheuse retient de l'analyse de ces cadres que les niveaux de formation et d'expérience sont des facteurs importants à considérer puisque des études rapportent qu'une grande partie des connaissances utilisées sur le terrain par les infirmières sont issues de l'expérience et de la formation, et ce, peu importe le milieu de soins (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Oelke et al., 2008; White et al., 2008). La prochaine section traite des outils d'évaluation de l'étendue de la pratique.

2.1.4 Les outils d'évaluation de l'étendue de la pratique

Cette section présente les différents outils utilisés pour réaliser des recherches sur l'évaluation de l'étendue de la pratique. On recense plusieurs écrits (Aiken et al., 2001, 2013; Jones, Hamilton, & Murry, 2015; Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009; Schubert, Glass, Clarke, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2007) traitant d'outils de mesure de l'étendue de la pratique (mesure, entre autres, du rationnement infirmier, des soins non faits, des soins manqués), et témoignant de l'étendue de la pratique sous-optimale et de ses effets sur les indicateurs de qualité.

Les études empiriques présentées dans la présente étude figurent parmi celles qui ont été utilisées pour évaluer l'étendue de la pratique de différentes façons. La recension des écrits de Jones et al. (2015) présente plusieurs outils qui évaluent l'étendue de la pratique infirmière sous différents angles. Ces outils abordent la question de l'étendue de la pratique sous trois angles différents : 1) les tâches essentielles non réalisées; 2) le rationnement infirmier; 3) les soins manqués. Chaque outil a évolué au fil des années à travers les résultats probants. Le Tableau 1, réalisé par Jones et al. (2015), recense les principaux outils évaluant l'étendue de la pratique ainsi que les catégories d'activités de soins infirmiers évaluées par différents auteurs. D'abord, Schubert et al. (2007) abordent la question sous l'angle du rationnement des soins comme des soins requis pour l'utilisateur, mais qui ne seront pas réalisés. Ensuite, Aiken et al. (2001, 2013) parlent de tâches non faites, alors que Kalisch, Landstrom et Hinshaw (2009) parlent de soins manqués. Jones et al. (2015) illustrent que cette question est annonciatrice d'une baisse de la qualité de soins, d'augmentation d'événements indésirables et d'insatisfaction au travail.

Par ailleurs, les thèmes abordés concernent les résultats découlant d'évaluations de différentes activités infirmières recensées ainsi que d'activités non infirmières. À cet effet, Schubert et

al. (2007) présentent les résultats de leur outil de mesure, soit le *Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument* (BERNCA), concernant le rationnement infirmier (Tableau 1). L'étude quantitative de Schubert et al. s'est déroulée entre 2003 et 2004 en Suisse. Elle visait à examiner la validité de l'instrument BERNCA auprès de 957 infirmières sur des unités de médecine, de chirurgie, ainsi que de gynécologie, et ce, dans cinq hôpitaux. Cet instrument est composé de 20 items répartis dans les 5 catégories suivantes : 1) les activités de la vie quotidienne; 2) le soutien social; 3) l'enseignement et la réhabilitation; 4) le monitoring de la sécurité; et 5) la documentation. Le BERNCA présente un alpha de Cronbach de 0,93. Cet outil permet de mesurer le rationnement infirmier ou les soins non réalisés.

L'outil *Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care Instrument* (PIRNCA) est inspiré du BERNCA et a été bonifié par Jones (2014) afin d'y intégrer 12 items supplémentaires portant sur l'environnement de travail. Il présente une validation interne avec un coefficient alpha de Cronbach de 0,97. Bien que les résultats de validité du BERNCA et du PIRNCA soient robustes, ils ne permettent pas de répondre à l'objectif de la présente recherche qui est d'analyser les 26 activités de soins réalisées selon le niveau de complexité attendu d'une infirmière de formation collégiale ou de formation universitaire, comme mentionné précédemment.

Catégories d'activités	Nombre d'items								
	Tâches non faites ¹				Rationnement de soins ²			Soins manqués ³	
	TU-5	TU-7	TU-9	TU-13	BERNCA	BERNCA-R	PIRNCA	MISSECARE	MISSECARE ABRÉGÉ
Planification	0	1	0	1	1	1	1	0	0
Documentation	0	1	1	2	1	1	3	1	1
Évaluation	0	0	0	0	1	1	1	0	0
Surveillance	1	0	0	1	3	6	4	5	5
Supervision des soins	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Hygiène	1	2	3	2	3	6	3	2	1
Nutrition	0	0	0	0	1	1	2	2	0
Confort physique	1	0	0	1	0	0	1	0	0
Mobilité	0	0	0	1	2	3	2	2	0
Élimination	0	0	0	0	2	2	1	1	1
Traitements, tests et procédures	1	0	2	2	0	3	4	5	4
Enseignement	0	1	1	1	1	2	1	1	1
Confort émotionnel psychologique	0	1	1	1	2	2	1	1	1
Contrôle des infections	0	0	0	0	1	2	1	1	1
Rapidité des soins	0	0	0	0	1	1	1	1	0
Coordination et planification de départ	1	1	1	1	1	1	3	2	0
Total des catégories	5	6	6	10	13	14	16	12	8

Tableau 1. – Sommaire des items inclus dans les outils Unfinished Care (Jones, Hamilton, & Murry, 2015)

¹ TU-5 : Aiken et al. (2001, 2013); TU-7, TU-9, TU-13 : Ball et al. (2015) *Tasks Undone*

² Schubert et al. (2007) et Jones et al. (2014) BERNCA, PIRNCA

³ Kalisch et al. (2009) *MISSED Care*

Aiken et al. (2001) ont développé deux outils qui portent le nom de *Tasks Undone* et qui se déclinent en 7 et en 13 items (Aiken et al., 2013; Ball, Murrells, Rafferty, Morrow, & Griffiths, 2014). Ces outils mesurent les tâches non faites. Le *MISSED Care* (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009) est un outil de mesure sous forme d'enquête des soins manqués (Tableau 1). Les outils TU-7, TU-13 et le *MISSED Care* présentent d'excellents résultats et évaluent différentes catégories, surtout les soins non faits et leurs conséquences. Cependant, il n'y a aucune question spécifique en lien avec l'ÉEPI, notamment sur l'évaluation de la condition physique et mentale.

Le questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière (QÉPI; D'Amour et al. (2012)) propose d'évaluer plus précisément 26 activités de soins infirmiers regroupées en six dimensions. Le questionnaire utilise une échelle ordinale de type Likert en 6 points, où 1 = *Jamais*, 2 = *Très rarement*, 3 = *Parfois*, 4 = *Fréquemment*, 5 = *Presque toujours* et 6 = *Toujours*. Chaque activité de soins infirmiers est répartie en trois niveaux de complexité. Le niveau de complexité représente : 1) une complexité faible, soit des pratiques de base attendues de toute infirmière, y compris de l'infirmière novice; 2) une complexité modérée qui renvoie aux interventions plus compliquées pouvant être réalisées par toute infirmière expérimentée, indépendamment de son niveau de formation; et 3) une complexité élevée des interventions mises de l'avant par des infirmières qui possèdent une expérience et une formation universitaire de 1^{er} cycle (Annexe B). Le QÉPI évalue donc chacune des 26 questions en 3 niveaux de complexité, soit : 1) complexité faible; 2) complexité modérée; et 3) complexité élevée.

Le QÉPI, développé par D'Amour et al. (2012), couvre un ensemble de six dimensions : 1) évaluation et planification des soins; 2) enseignement à la clientèle et aux familles; 3) communication et coordination des soins; 4) intégration et encadrement du personnel; 5) optimisation de la qualité et sécurité des soins; et 6) mise à jour et utilisation des connaissances. L'infirmière réalise ces six dimensions dans son travail quotidien tout en tenant compte du continuum de soins de la clientèle. Chaque question apporte une précision du niveau de complexité de celle-ci et, du coup, rejoint l'infirmière autant novice qu'experte. De plus, les six dimensions du QÉPI en font un outil de choix puisqu'il présente une validité interne et un alpha de Cronbach de 0,89. Il se prête bien au rôle professionnel de l'infirmière en CHSLD et, de ce fait, sera retenu pour réaliser la présente étude. Pour bien comprendre l'ampleur de ce rôle professionnel, en incluant ces

dimensions aux activités professionnelles des infirmières œuvrant en CHSLD (les autres outils présentés précédemment n'incluaient pas ces dimensions), nous poursuivrons en présentant les données empiriques qui témoignent de l'importance de les mesurer.

2.2 Les études empiriques de l'étendue de la pratique

Cette section présente les résultats issus des recherches réalisées sur l'évaluation de l'étendue de la pratique. On constate plusieurs écrits qui exposent une association entre le niveau de formation des infirmières sur l'étendue de la pratique des infirmières. Dans le cadre de la présente étude, ces résultats sont importants puisque le Québec offre toujours deux niveaux de formation en soins infirmiers, offerts, soit la formation collégiale et la formation universitaire.

2.2.1 L'étendue de la pratique en médecine-chirurgie, pédiatrie et santé mentale

Dans leur texte, D'Amour et al. (2012) présentent les résultats de leur étude. L'étude portait sur le développement d'un nouvel outil, l'objectif étant l'essai et la validation d'un nouvel outil pour mesurer l'étendue de la pratique infirmière. Cette étude a été réalisée auprès de 285 infirmières, sur 22 unités de médecine et de chirurgie, dans 10 hôpitaux du Québec. Elle a permis la validation de l'outil QÉPI en évaluant ses six dimensions (Tableau 2). Les résultats pour chacune des six dimensions sont : 1) l'évaluation et planification des soins (4,19/6); 2) l'enseignement à la clientèle et aux familles (3,88/6); 3) la communication et coordination des soins (3,43/6); 4) l'intégration et encadrement du personnel (3,03/6); 5) l'optimisation de la qualité et sécurité des soins (3,11/6); et 6) la mise à jour et utilisation des connaissances (3,09/6). Les résultats de leur étude montrent que l'étendue de la pratique est sous-optimale, puisque le résultat moyen obtenu est de 3,47 sur une échelle de 1 à 6, c'est-à-dire que parfois, les infirmières réalisent ces activités dans le cadre de leur pratique. Toutefois, aucune différence significative n'a été constatée entre le niveau de formation des infirmières cliniciennes et celui des infirmières (D'Amour et al., 2012) (Annexe B).

Dimensions	Activités de soins	Niveaux
Évaluation et planification des soins	25. J'évalue la condition physique et mentale du client en considérant les dimensions biopsychosociales	1
	21. Je mets à jour systématiquement, par écrit, les informations sur la condition du client et les soins dispensés	1
	2. Pour planifier mes interventions, j'utilise des outils d'évaluation de problèmes de soins	2
	1. Je suscite l'implication du client et de sa famille dans la planification des soins	2
	11. Je participe à la conception, à l'application et à la mise à jour des programmes de soins	3
Enseignement à la clientèle et aux familles	10. J'évalue les besoins spécifiques d'information et d'enseignement propres à chaque client et à sa famille	1
	17. Je valide la compréhension du client et de sa famille par rapport à l'enseignement reçu	1
	5. J'emploie des stratégies d'enseignement adaptées à chaque client et à sa famille, en fonction du degré d'autonomie du client	2
	22. Je vérifie la qualité de l'enseignement dispensé à l'unité	3
Communication et coordination des soins	16. Je communique aux membres de l'équipe toute information pertinente susceptible d'influencer la coordination des soins	1
	12. Je coordonne le travail de l'équipe de soins infirmiers pour répondre aux besoins des clients et de sa famille	2
	24. Je communique toutes les informations pertinentes aux professionnels d'autres établissements en vue d'assurer la qualité des soins	2
	8. Je participe aux réunions ou à des activités de l'équipe interprofessionnelle	3
	15. Afin d'assurer la continuité des soins, je coordonne les interventions de l'équipe interprofessionnelle au sein de l'établissement	3
Intégration et encadrement du personnel	20. Je participe à l'identification des besoins de formation de mon unité	2
	9. Je participe à l'orientation et à l'encadrement des stagiaires ou du personnel nouvellement recruté	2
	6. J'agis à titre de mentor ou de monitrice auprès du personnel nouvellement recruté	3
	14. Je participe au développement et à la dispensation d'activités de formation à l'équipe de soins, selon mes compétences	3

Tableau 2. – Dimensions, activités de soins et niveaux de complexité du QÉPI (D'Amour et al., 2012)

Dimensions	Activités de soins	Niveaux
Optimisation de la qualité et sécurité des soins	7. Je signale les situations cliniques où je perçois une lacune dans la qualité et la sécurité des soins	1
	26. Je m'implique dans la mise à jour des pratiques en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins	2
	19. Je propose des approches ou stratégies pour améliorer la qualité et la sécurité des soins lorsque j'identifie des lacunes	2
	23. Je participe à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins	3
	3. Je participe au développement de la pratique infirmière	3
Mise à jour et utilisation des connaissances	4. Je maintiens à jour mes connaissances	1
	18. Je bonifie ma pratique en fonction des nouvelles connaissances issues des pratiques exemplaires et des projets de recherche en sciences infirmières ou en santé	2
	13. Lors d'une modification de la pratique, je partage avec l'équipe de soins infirmiers les connaissances issues de la recherche	3

Tableau 2. (suite) – Dimensions, activités de soins et niveaux de complexité du QÉPI (D'Amour et al., 2012)

Déry (2013) a réalisé une étude de type corrélationnel transversal basée sur le QÉPI en centre hospitalier universitaire en soins spécialisés mère-enfant. Le questionnaire QÉPI a été rempli en deux temps : d'abord, par 301 infirmières en 2010 et, ensuite, par 243 infirmières en 2012. Les résultats obtenus aux 6 dimensions des 26 activités essentielles infirmières ont démontré que l'étendue de la pratique était aussi sous-optimale. Les résultats pour chacune des six dimensions (Tableau 3) sont : 1) l'évaluation et planification des soins (3,95/6) et (3,88/6); 2) l'enseignement à la clientèle et aux familles (3,79/6) et (3,91/6); 3) la communication et coordination des soins (3,01/6) et (3,47/6); 4) l'intégration et encadrement du personnel (2,64/6) et (3,14/6); 5) l'optimisation de la qualité et sécurité des soins (2,84/6) et (3,37/6); et 6) la mise à jour et utilisation des connaissances (2,88/6) et (3,57/6). Ces résultats, pour la première collecte de données, affichent des écarts importants puisqu'ils varient de 2,88 (moins que *Parfois*) à 3,95 (*Fréquemment*), le score moyen étant de 3,21, et la deuxième collecte de données présente des résultats similaires, soit de 3,14 (moins que *Parfois*) à 3,91 (*Fréquemment*) et le score moyen est de 3,55. On constate qu'ils sont similaires à ceux de l'étude de D'Amour et al. (2012). Les résultats les plus élevés ont été obtenus pour les dimensions suivantes : l'évaluation et planification des

soins et l'enseignement à la clientèle et aux familles. Toutefois, pour les deux milieux de soins, médecine-chirurgie et mère-enfant, on constate une étendue de la pratique sous-optimale, ce qui témoigne d'une mauvaise utilisation des ressources infirmières (Tableau 3).

	Contexte de soins, nombre de répondants et années de la collecte		
	Médecine	Mère-enfant	Mère-enfant
Dimensions du questionnaire sur l'étendue de la pratique infirmière	<i>n</i> = 285 2008	<i>n</i> = 301 2010	<i>n</i> = 243 2012
1. Évaluation et planification des soins	4,19/6	3,95/6	3,88/6
2. Enseignement à la clientèle et aux familles	3,88/6	3,79/6	3,91/6
3. Communication et coordination des soins	3,43/6	3,01/6	3,47/6
4. Intégration et encadrement du personnel	3,03/6	2,64/6	3,14/6
5. Optimisation de la qualité et sécurité des soins	3,11/6	2,84/6	3,37/6
6. Mise à jour et utilisation des connaissances	3,09/6	2,88/6	3,57/6
Score total moyen	3,47/6	3,21/6	3,55/6

Source. D'Amour et al. (2012) et Déry (2013)

Tableau 3. – Résultats du questionnaire d'évaluation de l'ÉEPI par dimension en contexte médecine-chirurgie provenant de 10 centres hospitaliers et 1 centre en soins mère-enfant de différentes unités

Au Québec, Lafleur (2016) a réalisé une étude à devis corrélationnel descriptif qui s'est déroulée dans un centre universitaire en santé mentale. Le questionnaire QÉPI a été rempli par 80 infirmières. Les résultats pour chacune des six dimensions (Tableau 4) sont : 1) évaluation et planification des soins (4,54/6); 2) enseignement à la clientèle et aux familles (4,46/6); 3) communication et coordination des soins (4,42/6); 4) intégration et encadrement du personnel (3,70/6); 5) optimisation de la qualité et sécurité des soins (4,01/6); et 6) mise à jour et utilisation des connaissances (4,27/6). On constate ici des résultats oscillants de *Fréquent* à *Parfois*. Bien qu'ils soient plus souvent de type *Fréquent*, ils demeurent inférieurs à six : ils sont donc sous-optimaux. On constate ici une différence peu significative entre le groupe d'infirmières de formation collégiale et celui des infirmières de formation universitaire. Toutefois, ces résultats sont

cohérents avec ceux de D'Amour et al. (2012), qui ne démontraient aucune différence significative contrairement aux résultats de Déry (2013), où une différence significative a été observée entre les deux groupes d'infirmières. Cependant, l'étude de Lafleur (2016) ne disposait pas d'un échantillon aussi important que celui des deux précédentes études, ce qui en réduit la puissance statistique et le potentiel de généralisation.

	Contexte de soins, nombre de répondants et années de la collecte		
	Santé mentale	DEC	B. Sc. inf.
Dimensions du questionnaire sur l'étendue de la pratique infirmière	<i>n</i> = 80 2016	<i>n</i> = 22 2016	<i>n</i> = 41 2016
1. Évaluation et planification des soins	4,54/6	4,65/6	4,54/6
2. Enseignement à la clientèle et aux familles	4,46/6	4,43/6	4,54/6
3. Communication et coordination des soins	4,42/6	4,30/6	4,49/6
4. Intégration et encadrement du personnel	3,70/6	3,50/6	3,71/6
5. Optimisation de la qualité et sécurité des soins	4,01/6	3,98/6	3,86/6
6. Mise à jour et utilisation des connaissances	4,27/6	4,44/6	4,18/6
Score total moyen	4,24/6	4,22/6	4,23/6
Niveaux de complexité			
1	4,97	5,05	4,94
2	4,25	4,29	4,29
3	3,64	3,50	3,73

Source. Lafleur (2016)

Tableau 4. – Résultats du questionnaire d'évaluation de l'ÉEPI par dimension en contexte de santé mentale

Les études présentées par D'Amour et al. (2012), Déry (2013) et Lafleur (2016) présentent des résultats similaires. Ils mettent en évidence une étendue de pratique sous-optimale.

2.2.2 L'étendue de la pratique et le niveau de formation

Quelques études se sont intéressées au lien entre le niveau de formation et l'étendue de la pratique. Au Québec, l'étude de Lafleur (2016), présentée à la section précédente, montre un effet mitigé du niveau de formation sur l'ÉEPI. Mais le faible échantillon de cette étude ne permet pas de tirer de réelles conclusions. À l'extérieur du Québec, Goode et al. (2001) ont réalisé une étude qui visait à déterminer si les directrices de soins infirmiers représentantes du consortium universitaire aux États-Unis percevaient une différence entre la pratique des infirmières de formation collégiale et celle des infirmières bachelières. Selon Goode et al. (2001), 71 % des 43 directions des soins infirmiers ont mentionné avoir observé des différences entre les pratiques des deux groupes d'infirmières et préfèrent embaucher une infirmière bachelière, puisqu'elle fait preuve d'une pensée critique plus développée, démontre plus de professionnalisme et exerce davantage son leadership. Elle accorde plus d'importance à la communication, à l'enseignement au patient et à la continuité des soins (Goode et al., 2001). Toutefois, l'infirmière démontre une habileté dans l'exécution des techniques de soins (Goode et al., 2001) et les infirmières bachelières sont moins centrées sur la tâche (Besner et al., 2005; Goode et al., 2001; White et al., 2008). Blegen et al. (2001) rapportent des résultats similaires, mettant ainsi en relation la qualité des soins dispensés aux patients, l'expérience et le niveau de la formation des infirmières. Leurs résultats indiquent que l'infirmière bachelière a une pensée critique plus développée, porte une attention aux dimensions psychosociales, à la communication et à l'enseignement aux patients (Blegen et al., 2001). Elle est plus professionnelle et exerce plus de leadership (Blegen et al., 2001). Dans une revue systématique, Audet, Bourgault et Rochefort (2018) visaient à examiner le lien entre le niveau d'éducation et d'expérience des infirmières et le risque de mortalité, celui d'échec à porter secours et les effets indésirables en milieu hospitalier. Les résultats obtenus suggèrent une association plus forte de la proportion élevée d'infirmières bachelières avec la diminution du taux de mortalité qu'avec l'échec à porter secours, particulièrement pour la clientèle hospitalisée en chirurgie.

Ces résultats font état des compétences plus développées chez l'infirmière bachelière, notamment par le jugement clinique accru, l'exercice d'un leadership, la démonstration d'un professionnalisme et une communication accrue et axée sur l'enseignement. D'autre part, il a été démontré que l'infirmière qui exerce pleinement son rôle selon le niveau de formation reçue éprouve plus de satisfaction au travail et un sentiment d'appartenance plus marqué envers la profession (Besner et

al., 2005). D'ailleurs, Magennis, Slevin et Cunningham (1999) mentionnent que l'infirmière qui exerce pleinement son étendue de pratique améliore la qualité des soins à la clientèle et sa satisfaction au travail. Les études présentées dans cette section traitaient de l'étendue de la pratique des infirmières et infirmières bachelières dans différents milieux de soins. La prochaine section présente l'effet de l'expérience sur l'étendue de la pratique.

2.2.3 L'étendue de la pratique et le nombre d'années d'expérience

Outre l'effet du niveau de formation sur l'étendue de la pratique, le nombre d'années d'expérience des infirmières peut avoir un effet sur l'étendue de pratique. Blegen et al. (2001) ont examiné cette relation. Les résultats issus d'analyses secondaires provenant de leurs études appuient l'idée qu'une infirmière expérimentée offre des soins de qualité et sécuritaires (Blegen et al., 2001). Les résultats des deux études indiquent un taux moins élevé d'effets indésirables reliés aux erreurs de médicaments et une diminution du taux de chutes, et ce, sans égard au niveau de formation de l'infirmière (Blegen et al., 2001). Ils concluent que les infirmières plus expérimentées prodiguent des soins de plus haute qualité (Blegen et al., 2001). Des études affirment que le nombre d'années d'expérience des infirmières de l'équipe soignante, et ce, pour chaque quart de travail, est un facteur pouvant influencer la qualité et la sécurité des soins (Clarke & Donaldson, 2008; Rochefort, Buckeridge, & Abrahamowicz, 2015). L'étude de D'Amour et al. (2012) expose un lien significatif entre les infirmières de moins de cinq années d'expérience dans la profession et l'étendue de la pratique. Les résultats indiquent qu'elles occupent davantage leur étendue de la pratique plus précisément pour les dimensions suivantes : évaluation et planification, enseignement aux patients familles et mise à jour des connaissances (D'Amour et al., 2012).

Rochefort et al. (2015) soulignent l'influence du niveau d'expérience des infirmières de l'équipe soignante sur la qualité des soins. L'infirmière ayant été exposée à une multitude de situations de soins bénéficie d'un enrichissement de ses connaissances, de sa pensée critique et de ses compétences cliniques. Selon Phaneuf (2011), les savoirs d'expérience se traduisent par les compétences acquises lors d'une démarche scientifique, d'un jugement clinique ou d'une intention décisionnelle au sujet d'un acte d'ordre affectif, relationnel, technique ou organisationnel. Les savoirs d'expérience laissent des traces et s'enrichissent avec le temps en fonction du nombre de

situations vécues (Phaneuf, 2011). Cette expérience telle que décrite par Phaneuf (2011) influence la pratique professionnelle de l'infirmière.

Par contre, l'étude longitudinale 1999-2006 menée par Kutney-Lee, Sloane et Aiken (2013) n'a pu établir une association significative entre la réduction du taux de mortalité ou d'échec à porter secours, le nombre d'années d'expérience des infirmières et la qualité et la sécurité des soins. Le niveau d'expérience a aussi été étudié dans la revue systématique menée par Audet et al. (2018). Le but visait à examiner le lien entre les niveaux d'éducation et d'expérience des infirmières et le risque de mortalité, celui d'échec à porter secours et les effets indésirables en milieu hospitalier. Les résultats n'illustrent aucune association significative entre le niveau d'expérience des infirmières et le taux de mortalité ou l'échec à porter secours (Audet et al., 2018). Ces mêmes auteurs concluent leur recherche en évoquant le besoin de données probantes supplémentaires afin de démontrer une association entre le nombre d'années d'expérience des infirmières et l'avènement d'effets indésirables. Les résultats présentés témoignent de la complexité et du manque de consistance pour démontrer un lien robuste entre le niveau d'expérience et le taux de mortalité ou d'échec à porter secours. L'expérience est donc une variable indépendante importante dans l'analyse de l'étendue de la pratique des infirmières.

Les études présentées dans cette section traitaient de l'influence de l'expérience sur l'étendue de la pratique dans différents milieux de soins. La section suivante s'intéresse plus particulièrement à l'étendue de la pratique en CHSLD.

2.2.4 La pratique en CHSLD

Au Québec, l'étude descriptive corrélationnelle présentée par Voyer et al. (2016) analyse l'intensité des activités et la répartition du temps infirmier durant une journée sur le quart de jour. L'étude s'est déroulée dans 5 CHSLD de la région de Québec sur une période de 3 mois, auprès de 31 infirmières. La collecte de données comportait un questionnaire en sept catégories : fonction administrative, fonction de leader clinique, fonction d'évaluation, surveillance et suivi, fonction des soins techniques, fonction des soins d'assistance et fonction d'entretien ménager. Aucune information sur la validité interne de l'instrument n'est fournie. En plus du questionnaire, une étude temps mouvement a été réalisée par une observatrice qui mesurait chacune de ces activités à l'aide

d'un chronomètre afin d'établir la durée de chacune. Les résultats démontrent que seulement 54 % du temps des infirmières est lié aux fonctions de leader clinique, d'évaluation et de surveillance. Ainsi, 46 % du temps infirmier était consacré à des tâches ne nécessitant pas l'expertise d'une infirmière, dont les techniques de soins ou les soins d'hygiène qui peuvent être réalisés par un autre membre de l'équipe. L'étude de Voyer et al. (2016) démontre donc un déploiement non optimal des activités cliniques de l'infirmière en soins de longue durée.

Bien que l'étude de Voyer et al. (2016) ne précise pas les qualités psychométriques des outils de collecte de données utilisés, les résultats dressent un portrait qui reflète une réalité similaire dans cinq centres d'hébergement au Québec. La revue de littérature n'a pas permis de repérer une recherche quantitative ayant mesuré l'ÉEPI en soins de longue durée. Décrire l'étendue effective de la pratique des infirmières œuvrant en soins de longue durée et analyser s'il existe une association avec le niveau de formation de celles-ci s'avère pertinent et permettra l'avancement des connaissances en sciences infirmières. La prochaine section concerne le cadre conceptuel qui sera utilisé pour réaliser la présente étude.

2.3 Cadre conceptuel

Pour décrire l'étendue effective de la pratique en CHSLD, un cadre conceptuel personnalisé s'inspirant du *SCOP Model* de Déry et al. (2015) a été créé. Ce nouveau cadre a retenu trois concepts du *SCOP Model*, soit le niveau de formation de l'infirmière et de l'infirmière bachelière, son effet possible sur l'étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI) de D'Amour et al. (2012), utilisée par le *SCOP Model* (Déry et al., 2015), et l'expérience qui peut également influencer l'étendue effective de la pratique. L'ÉEPI présentée à la Figure 3 de la page suivante inspire la présente recherche puisqu'elle représente la variable dépendante à l'étude. Le niveau de formation des infirmières sera traité en variable indépendante et l'expérience de travail des infirmières sera traitée en variable indépendante afin de vérifier son influence possible sur l'étendue effective de la pratique des infirmières en CHSLD.

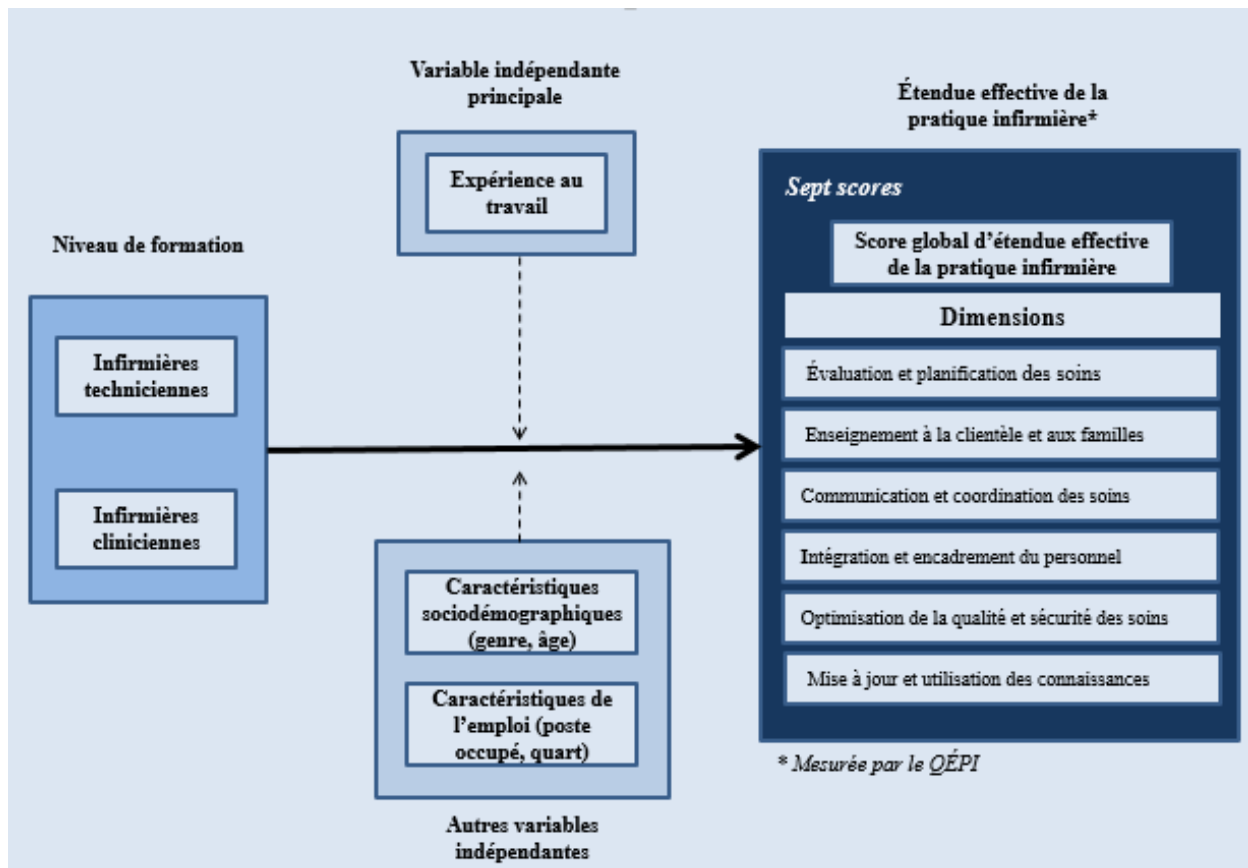


Figure 3. – Le cadre conceptuel personnalisé de l'ÉÉPI, inspiré du *SCOP Model* de Déry et al. (2015)

2.3.1 Le niveau de formation

Le Québec est l'un des rares endroits dans le monde où il y a deux niveaux de formation afin d'accéder à la profession d'infirmière. À l'exception du Québec, les provinces et territoires du Canada ont une seule voie pour l'accès à la profession d'infirmière (AIIC, 2015). Dans le cadre conceptuel personnalisé de l'étendue de la pratique infirmière en CHSLD (ÉÉPIC), le niveau de formation s'intéresse aux infirmières issues de formation collégiale ou universitaire pour répondre au contexte de formation du Québec. Comme mentionné précédemment, le niveau de formation peut influencer l'étendue effective de la pratique (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Déry, 2013; White et al., 2008) et la qualité des soins (Aiken et al., 2003; Blegen, Goode, Park, Vaughn, & Spetz, 2013; O'Brien-Pallas et al., 2004; Tourangeau et al., 2006). Le niveau de formation dans

le cadre de cette étude s'avère d'autant plus intéressant et fait l'objet de la variable indépendante du présent protocole de recherche.

2.3.2 Le niveau d'expérience

Le niveau d'expérience proposé dans ce cadre conceptuel personnalisé fait référence au nombre d'années de pratique infirmière en fonction des rôles et des responsabilités dans divers secteurs d'activités de soins. Comme mentionné précédemment, les données empiriques indiquent une relation significative entre le niveau d'expérience, soit le nombre d'années dans l'exercice d'une fonction et la qualité des soins. Les chercheurs indiquent un manque de données probantes liant les niveaux de formation et d'expérience des infirmières et le taux de mortalité ou d'échec à porter secours. Le niveau d'expérience sera traité en variable indépendante dans la présente étude et des analyses permettront de vérifier le lien entre le niveau de formation et l'étendue de la pratique des infirmières en CHSLD.

2.3.3 L'étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI)

L'ÉEPI du cadre conceptuel personnalisé fait référence à « l'éventail des fonctions et des responsabilités déployées par l'infirmière en lien avec les compétences développées à travers la formation et l'expérience » [traduction libre] (D'Amour et al., 2012, p. 249). Selon la mosaïque de compétences cliniques de l'infirmière (OIIQ, 2009b), le jugement clinique permet l'intégration des connaissances et la consolidation des apprentissages acquis au fur et à mesure des expériences cliniques ainsi que l'acquisition de compétences pour exercer la profession. De plus, l'ÉEPI renvoie au déploiement des 26 activités de soins spécifiques à la pratique des infirmières selon les 6 dimensions et les 3 niveaux de complexité tels que décrits par D'Amour et al. (2012). Ces dimensions regroupées en trois niveaux de complexité correspondent à la pratique attendue d'une infirmière qui œuvre en CHSLD. Le cadre conceptuel personnalisé pour l'étude prend appui sur les travaux de Déry et al. (2015). Le *SCOP Model* de Déry et al. (2015) propose un lien entre les caractéristiques individuelles et de l'emploi qui ont ainsi le potentiel d'influencer l'ÉEPI et les résultats des soins prodigués aux patients, la satisfaction professionnelle des infirmières et les résultats organisationnels tels que l'accessibilité, la réduction des coûts en soins de santé et la durée de séjour en établissement de santé (Déry et al., 2015).

Le cadre personnalisé de la présente recherche répond au but de l'étude puisque l'effet du niveau de la formation, l'expérience comme caractéristique personnelle et la définition de l'ÉEPI par D'Amour et al. (2012) utilisée dans Déry et al. (2015) permet de décrire et d'analyser l'ÉEPI ainsi que de visualiser la distribution de chaque activité professionnelle selon les six dimensions et les trois niveaux de complexité de la pratique attendue des infirmières en CHSLD. Il permet précisément la comparaison de l'ÉEPI selon les niveaux de formation et d'expérience pour chacune des dimensions.

Chapitre 3 – Méthode

Ce troisième chapitre aborde les aspects méthodologiques de la présente étude, soit le devis de recherche, la sélection du milieu et de la population, le mode de recrutement, l'analyse des données et les considérations éthiques.

3.1 Devis de recherche

Une étude quantitative a été utilisée dans le cadre de cette recherche. Le devis de recherche sélectionné était une étude corrélationnelle descriptive afin de décrire les relations possibles entre les variables indépendantes et dépendantes. Aucune intervention ou manipulation des variables n'a été réalisée. L'inconvénient d'une étude corrélationnelle descriptive est qu'elle ne permet pas d'établir un lien de causalité entre les variables (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). Cependant, le devis corrélationnel descriptif ne représente pas un enjeu dans le cadre de cette étude puisqu'il est pertinent et répond à son but, soit celui d'analyser l'étendue de la pratique des infirmières œuvrant en CHSLD dans un CISSS.

3.2 Population et milieu

Le milieu qui a été sélectionné pour la présente étude est le centre intégré de santé et de services sociaux d'une vaste région du Québec. Ce CISSS dessert une population de 595 000 personnes et offre des services sur un territoire de 21 500 km² de superficie. Il regroupe 14 CHSLD.

La population cible de la présente étude a été l'ensemble des infirmières œuvrant en CHSLD au CISSS sélectionné pour l'étude. Selon les données recensées par la Direction des ressources humaines du CISSS en 2019, 198 infirmières étaient titulaires d'un poste au sein des CHSLD. Aucun type d'échantillonnage n'a été prévu, puisque c'est l'ensemble de la population des infirmières qui a été sélectionné (Loiselle et al., 2007).

Les répondantes de l'étude devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : 1) œuvrer en CHSLD; 2) être détentrice d'un poste à temps complet ou à temps partiel ou d'une affectation

temporaire de plus d'un mois; 3) être inscrite sur la liste rappel ou d'une agence privée; 4) être inscrite au tableau de l'OIIQ.

Les critères d'exclusion étaient : 1) la candidate à l'exercice de la profession infirmière; 2) les infirmières absentes du travail, peu importe les formes d'absences (comme le congé de maternité, ou l'absence pour les études).

3.3 Stratégie de collecte des données

Le questionnaire a été présenté en ligne à l'aide de l'outil LimeSurvey et l'hyperlien a été acheminé par messagerie électronique le 29 mai 2019 à toutes les infirmières du CISSS travaillant en CHSLD (Annexe B). Ce type de collecte de données présente des avantages, soit une économie de coûts ainsi qu'une simplification pour la saisie et l'analyse de résultats (Loiselle et al., 2007). La durée approximative de la participation demandée aux infirmières a été estimée à environ 10 à 15 minutes. Le formulaire d'information et de consentement, devait être lu et accepté, puis suivait un questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques (Annexe C). Cela se terminait par le questionnaire d'évaluation de l'étendue de la pratique.

La collecte de données a été réalisée sur une période de cinq semaines, soit du 29 mai au 30 juin 2019, et ce, en s'inspirant de la démarche de Dillman, Smyth et Christian (2014) pour maximiser le taux de réponse.

Préalablement à la collecte de données, une présentation de l'étude a été effectuée auprès des membres de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées le 9 mai 2019. Les informations relatives à l'étude ont été transmises par la Direction de l'hébergement aux chefs d'unités des CHSLD visés.

Une présentation a été effectuée le 24 mai 2019 aux membres de l'équipe de la Direction des soins infirmiers, soit aux conseillères-cadres en soins infirmiers et aux conseillères en soins infirmiers. De plus, une lettre informative à propos de l'étude de la part de la Direction de l'hébergement a été

expédiée le 29 mai par messagerie électronique aux chefs d'unité et aux infirmières répondant aux critères d'admissibilité à l'étude.

Des affiches promotionnelles (Annexe D) annonçant le déroulement de l'étude ont également été distribuées et exposées le 29 mai 2019 par les chefs d'unités à des endroits stratégiques, et ce, en respectant les normes d'affichage des CHSLD. La promotion de l'étude a été réalisée lors des rencontres d'équipes de soins par les conseillères en soins infirmiers, qui ont répondu aux préoccupations des infirmières concernant le questionnaire et respecté la confidentialité des réponses. L'objectif de ces actions de précollecte était de faire connaître la nature et les particularités de l'étude et d'ainsi préparer les répondantes potentielles à la tenue imminente de l'enquête.

Un courriel groupé, incluant l'invitation de participation à l'étude et contenant l'hyperlien du questionnaire, a été acheminé le 29 mai par la Direction adjointe à l'hébergement aux chefs d'unités, qui eux l'ont fait suivre à l'ensemble des répondantes potentielles. L'objectif initial était d'atteindre un nombre de 128 participantes (taux de réponse $\geq 67\%$), pour pouvoir obtenir une marge d'erreur d'au plus 5 %, et ce, 19 fois sur 20. Pour atteindre ce seuil minimal de participantes, un courriel de relance (incluant l'hyperlien du questionnaire) a été envoyé hebdomadairement les 3, 10, 17 et 24 juin (Annexe E) par la Direction adjointe à l'hébergement à chacune des participantes potentielles (maximum de quatre relances).

3.4 Instruments de collecte des données

3.4.1. Le QÉPI

Le questionnaire QÉPI a été utilisé pour décrire l'étendue effective de la pratique infirmière (D'Amour et al., 2012). Le QÉPI est un outil possédant d'excellentes qualités psychométriques : la validité de l'outil a été antérieurement confirmée, tout comme sa cohérence interne (fiabilité des 26 items) ($\alpha = 0,89$). Ces attributs confirment que cet outil est fiable, donc que la validité du construit est dite acceptable (D'Amour et al., 2012).

Le QÉPI possède 26 questions (Tableau 2) mesurées par une échelle ordinale de type Likert en 6 points (où 1 = *Jamais* et 6 = *Toujours*). L'outil est divisé en six dimensions de l'étendue effective de la pratique infirmière, soit : 1) évaluation et planification des soins; 2) enseignement à la clientèle et aux familles; 3) communication et coordination des soins; 4) intégration et encadrement du personnel; 5) optimisation de la qualité et sécurité des soins; et 6) mise à jour et utilisation des connaissances. Chacun des items est également catégorisé selon le niveau de complexité : 1) complexité faible; 2) complexité modérée; et 3) complexité élevée.

Les 6 dimensions présentent des saturations allant de 0,48 à 0,72, ce qui assure une représentativité adéquate. L'indice Kaiser Mayer Olkin, qui mesure l'adéquation de l'échantillonnage pour les 6 dimensions du questionnaire, est de 0,855. Un résultat supérieur à 0,80 est considéré comme ayant une grande validité et le test de sphéricité de Bartlett ($p < 0,001$) est cohérent avec la structure proposée, ce qui confirme sa validité, selon Polit et Beck (2017). De plus, les niveaux de complexité des activités des infirmières démontrent une répartition adéquate qui suggère que les activités par niveau sont bien regroupées (D'Amour et al., 2012). Finalement, l'analyse en composante principale est supérieure à 0,5 et s'avère satisfaisante, selon D'Amour et al. (2012). D'Amour et al. (2012) mentionnent que cet outil permettra d'améliorer la performance d'une équipe de soins qui se concentre sur l'étendue de la pratique plutôt que sur le soin. Cela contribue à l'amélioration de la performance en fonction du coût, de la qualité des soins et de la satisfaction au travail.

3.4.2. Le questionnaire des caractéristiques sociodémographiques et d'emploi

Les données sociodémographiques et d'emploi ont été utilisées pour dresser le portrait des répondantes de l'étude. Elles s'inséraient en dernière partie du questionnaire. Les variables sociodémographiques étudiées étaient les suivantes : le genre, l'âge et le niveau de formation. Afin de détailler le portrait de l'emploi de chaque participant, les variables suivantes ont été choisies : l'horaire de travail, le statut d'emploi, le type de poste occupé, le nombre d'années d'expérience dans la profession et en CHSLD (Annexe C).

3.5 Variables

Les variables dépendantes ont été construites à partir du QÉPI et quantifient l'étendue effective de la pratique infirmière telle que définie plus haut. Dix scores différents ont été calculés : le score global, six scores spécifiques correspondant aux six dimensions et trois scores reliés aux niveaux de complexité. Ces dix scores correspondent à la valeur moyenne des réponses obtenues pour chaque item de l'échelle de Likert originale (minimum = 1; maximum = 6).

La variable indépendante est représentée par le niveau de formation des infirmières. Le lien entre le niveau de formation sur l'ÉEPI a été analysé selon les niveaux de diplomation suivants : 1) diplôme d'études collégiales en soins infirmiers (DEC); 2) diplôme universitaire de premier cycle, donc baccalauréat en sciences infirmières (B. Sc. inf.).

Les variables indépendantes qui peuvent influencer la relation entre les variables indépendantes (niveau de formation) et la variable dépendante (ÉEPI). La principale variable de la présente étude était le niveau d'expérience, comme illustré précédemment dans le cadre de référence (Figure 3). Cette variable a été construite en trois catégories, soit : 1) les infirmières moins expérimentées dans la profession et en CHSLD, représentant; 2) les infirmières plus expérimentées dans la profession, mais moins expérimentées en CHSLD; et 3) les infirmières plus expérimentées dans la profession et en CHSLD. Les autres variables indépendantes qui ont été retenues sont le genre, l'horaire de travail (jour, soir ou nuit), le poste occupé et le statut d'emploi (temps complet ou temps partiel). L'âge n'a pas été retenu pour les analyses multivariées puisqu'elle était fortement corrélée avec le niveau d'expérience, notamment avec le nombre d'années depuis le début de la pratique (coefficient : 0,816).

3.6 Analyse des données

Préalablement à l'analyse des données, un travail a été réalisé afin de construire la base des données. D'abord, les données recueillies à l'aide du logiciel LimeSurvey ont été exportées dans un fichier Excel pour construire la base de données. Par la suite, les données ont été validées, notamment en excluant les questionnaires incomplets. Cette base de données validée a ensuite été importée dans le logiciel SPSS 24 (IBM Corporation, 2016) afin de procéder aux analyses

statistiques et conservée dans une base de données exploitable. Cette étape a assuré la rigueur du processus d'analyse des données et a permis la vérification de celles-ci.

Lors de la présente étude, l'analyse des données a été réalisée en trois étapes : 1) le portrait de l'échantillon (statistiques descriptives); 2) les analyses bivariées; et 3) les analyses multivariées.

3.6.1 Portrait de l'échantillon (statistiques descriptives)

Des statistiques descriptives ont été réalisées afin de dresser un portrait général des répondantes de la présente étude en matière de caractéristiques sociodémographiques et d'emploi. Pour les variables nominales et ordinales, de simples sorties de fréquences ont été réalisées afin de décrire le niveau de scolarité, le poste occupé ainsi que l'horaire de travail. Pour les variables continues (l'âge et le nombre d'années d'expérience), les moyennes et les écarts-types ont été retenus. Ces mêmes analyses descriptives ont été utilisées pour comparer l'échantillon à la population totale en ce qui concerne l'âge, le genre et le niveau de formation afin de confirmer la représentativité de l'échantillon.

De plus, des moyennes et des écarts-types ont été calculés afin d'apprécier, de façon univariée, les scores d'étendue effective de la pratique (score global), les six dimensions et les trois niveaux de complexité.

3.6.2 Analyses bivariées

Comme recommandé par Polit (2013), des tests de normalité des distributions ont été réalisés afin de vérifier si celles-ci suivaient la loi normale. Le test statistique de Shapiro-Wilk a été réalisé pour confirmer la normalité de la distribution. La distribution du score global du QÉPI lors de la présente étude ne suivait pas une loi normale. Selon Yergeau et Poirier (2013), l'ANOVA est peu sensible aux écarts de normalité. En accord avec ces derniers, des analyses de variance ANOVA ont donc été utilisées dans la présente étude, pour la comparaison des moyennes de chacun des dix scores (score global, six dimensions et trois niveaux de complexité) selon le niveau de formation (DEC ou B. Sc. inf.).

3.6.3 Analyses multivariées

Finalement, afin d'isoler l'effet du niveau de formation (variable indépendante) sur les différents scores de l'étendue de la pratique (variable dépendante), des analyses multivariées ont été réalisées. Certaines variables sociodémographiques et d'emploi ont été introduites dans le modèle de régression linéaire, soit le niveau d'expérience (variable indépendante principale), le poste occupé, le statut d'emploi, l'horaire de travail, le genre, et ce, à titre de variables indépendantes. Ces dernières analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel STATA version 14 (StataCorp, 2015).

Comme recommandé par Polit (2013), le niveau de signification lors des analyses statistiques de la présente étude a été fixé selon la convention standard, soit à 5 % ($p < 0,05$).

3.7 Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le comité scientifique de la Faculté des sciences infirmières, par le corps professoral de l'Université de Montréal et par le comité d'éthique de la recherche du CISSS où les données ont été recueillies (numéro de protocole : CÉR 2019-371-É) (Annexe F). L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal (numéro du certificat éthique : CERSES 19 054 D) (Annexe G). Les principales considérations éthiques pour cette étude ont été l'obtention d'un consentement libre et éclairé ainsi que le respect de la confidentialité des données. Afin d'assurer le respect de ces considérations, le formulaire d'information et de consentement (Annexe H) a été intégré au questionnaire électronique, ainsi que toutes les informations recueillies avant le questionnaire en ligne. Le formulaire apparaissait sur la première page du questionnaire. Ce n'est qu'après avoir cliqué sur le bouton *J'ai lu et je consens à participer au projet de recherche* que les infirmières accédaient aux questions. Les répondantes étaient libres de participer ou non à l'étude.

Pour respecter la confidentialité des données recueillies, les réponses au questionnaire en ligne ont été conservées dans un ordinateur verrouillé avec un mot de passe et seules l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche y ont eu accès. Ces données seront conservées pour une période de 10 ans à des fins d'examen des résultats et elles seront détruites par la suite. Une liste anonymisée et

intégrale des infirmières occupant un poste à temps complet ou partiel ainsi que de celles en affectation temporaire a été fournie par la Direction des ressources humaines du CISSS. Cette liste regroupait certaines informations générales sur chacune des infirmières : âge, genre, titre d'emploi. L'étudiante-chercheuse s'est engagée à assurer la confidentialité des réponses obtenues lors de l'enquête.

Les invitations de participation à l'étude ont été acheminées par messagerie électronique par la Direction adjointe à l'hébergement. En aucun cas il n'a été possible d'identifier les répondantes. Le logiciel LimeSurvey dispose d'un environnement sécurisé. Les communications avec le service sont chiffrées par HTTPS. La base de données des réponses à l'enquête a été hébergée sur les serveurs Calcul Québec de l'Université de Montréal.

Les répondantes n'ont obtenu aucun bénéfice personnel et elles ont été informées qu'elles ne couraient aucun risque ou n'auraient aucune conséquence directe ou indirecte sur leur emploi pour leur participation ou non au questionnaire en ligne. Leurs réponses étaient anonymes et l'employeur n'a pas été informé de leur participation. Le bénéfice potentiel de la participation à l'étude a été de contribuer à l'avancement des connaissances de la discipline infirmière. De plus, participer leur permettait de décrire l'étendue de la pratique des infirmières en CHSLD, ce qui pourrait permettre l'opération d'un changement organisationnel pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

3.8 Conflits d'intérêts

L'étudiante-chercheuse travaille à la Direction des soins infirmiers aux pratiques professionnelles comme conseillère-cadre en soins infirmiers au CISSS. Toutefois, elle n'a aucun lien hiérarchique direct avec les infirmières visées par la présente étude.

Chapitre 4 – Résultats

Ce chapitre expose les résultats de la présente étude en trois sections. La première section présente les caractéristiques sociodémographiques des participantes de la présente étude. La deuxième section expose les résultats des statistiques descriptives de l'étendue de la pratique infirmière ainsi que des analyses bivariées entre l'étendue de la pratique et le niveau de formation. La troisième section présente les résultats de la régression linéaire visant à isoler l'effet du niveau de formation sur les différents scores de l'étendue de la pratique tout en considérant les différentes variables indépendantes.

4.1 Caractéristiques sociodémographiques des répondantes

La population totale pour la présente étude était composée de 198 infirmières. De ce nombre, 56 infirmières ont été exclues en raison de divers motifs d'absence, 46 infirmières ont accédé au questionnaire en ligne sans compléter le consentement et 3 infirmières n'ont pas terminé le questionnaire. L'échantillon a donc été constitué des 93 infirmières qui ont rempli le questionnaire en ligne. Ce taux de réponse indique que l'échantillon représente 67 % de la population totale (93/139). La Figure 4 ci-dessous présente la répartition de la population totale de la présente étude.

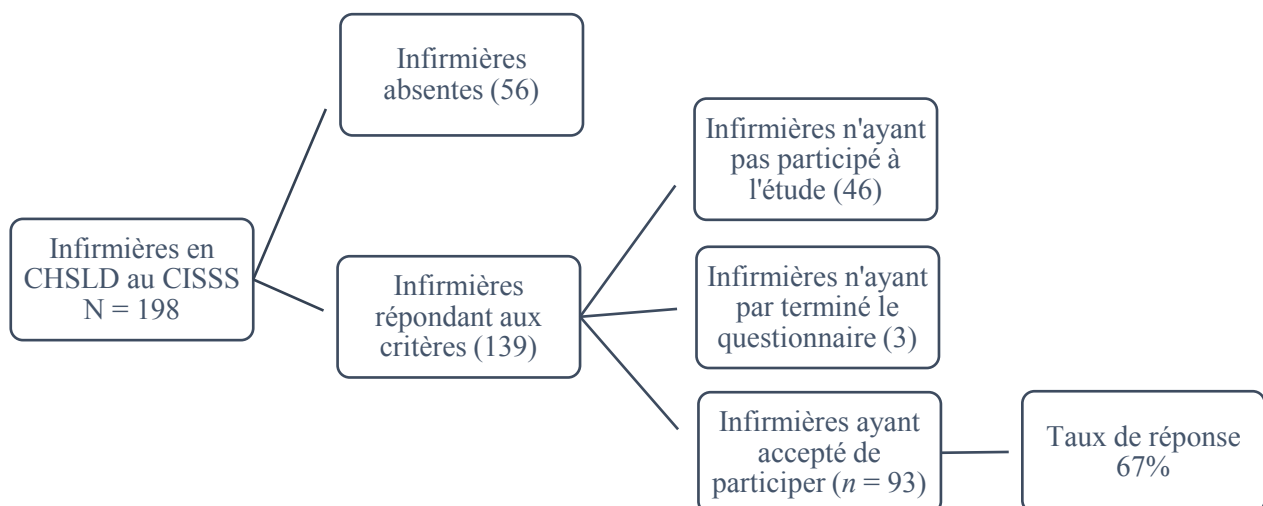


Figure 4 – Répartition de la population totale

Les caractéristiques sociodémographiques des répondantes se déclinent comme suit : 88,2 % des répondantes de l'échantillon sont de genre féminin, alors que la population totale a une proportion de 92,9 % de femmes. Les résultats indiquent que la majorité des répondantes sont âgées de 40 et 49 ans (32,3 %) et que le deuxième groupe d'âge est celui des 50 ans et plus (31,2 %). Les résultats indiquent que les répondantes âgées de 20 et 29 ans sont les moins nombreuses (15,1 %). L'âge moyen des femmes de l'échantillon se situe à 42,7 ans ($\acute{E}T = 10,6$), alors que l'âge moyen des femmes de la population totale se situe à 42,8 ans. La majorité des répondantes détiennent une formation de niveau collégial (67,7 %), tandis que 32,3 % des répondantes détiennent un baccalauréat. Dans la population totale, 73,7 % détiennent une formation de niveau collégial et 26,3 % un baccalauréat. Les répondantes de la présente étude ont une moyenne de 17,5 années ($\acute{E}T = 11,5$) d'expérience en tant qu'infirmière. Pour ce qui est de l'expérience en CHSLD, la majorité des répondantes travaillent en CHSLD depuis moins de cinq ans (37,6 %). En ce qui concerne le niveau d'expérience, les infirmières moins expérimentées dans la profession et en CHSLD représentent 30,1 % des répondantes. Les infirmières plus expérimentées dans la profession mais moins expérimentées en CHSLD constituent également près du tiers de l'échantillon (31,2 %), alors que les infirmières plus expérimentées dans la profession et en CHSLD sont les plus nombreuses (38,7 %). La proportion des répondantes occupant un poste d'infirmière assistante au supérieur immédiat est de 46,2 %, alors que 15,1 % des répondantes occupent un poste d'infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat. Pour ce qui est du statut d'emploi, 53,8 % des répondantes occupent un poste à temps complet. Plus de la moitié des répondantes (54,8 %) travaillent sur le quart de jour, alors que 32,3 % travaillent sur le quart de soir et 12,9 % sur le quart de nuit. Les résultats portant sur les caractéristiques sociodémographiques et d'emploi sont présentés au Tableau 5 à la page suivante. Une comparaison des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon avec celles de la population totale est présentée dans le Tableau 6 ci-après. Les résultats de l'analyse *one sample test proportion* exposent qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative entre l'échantillon et la population totale en matière de genre ($p = 0,076$); d'âge—20 à 29 ans ($p = 0,901$), 30 à 39 ans ($p = 0,783$), 40 à 49 ans ($p = 0,604$), 50 ans et plus ($p = 0,740$); et de niveau de formation ($p = 0,192$). L'hypothèse que l'échantillon est homogène à la population totale a donc été retenue pour les caractéristiques du genre, de l'âge et du niveau de formation.

Variables	Fréquence (%)	Moyenne (écart-type)
Genre		
Femme	82 (88,2)	
Homme	11 (11,8)	
Total	93 (100,0)	
Âge		
20 à 29 ans	14 (15,0)	
30 à 39 ans	20 (22,0)	
40 à 49 ans	30 (32,0)	
50 ans et +	29 (31,0)	
Total	93 (100,0)	
	Âge moyen	42,7 (10,6)
Niveau de formation		
Diplôme d'études collégiales	63 (67,7)	
Baccalauréat en sciences infirmières	30 (32,3)	
Total	93 (100,0)	
Années d'expérience en tant qu'infirmières		
0 à 5 ans	19 (20,4)	
5 à 9 ans	9 (9,7)	
10 à 25 ans	39 (41,9)	
26 ans et +	26 (28,0)	
Total	93 (100)	
	Nombre d'années moyen	17,5 (11,5)
Années d'expérience de travail en CHSLD		
Moins de 5 ans	35 (37,6)	
6 à 9 ans	22 (23,7)	
10 à 25 ans	24 (25,8)	
Plus de 25 ans	12 (12,9)	
Niveau d'expérience en tant qu'infirmière et en CHSLD		
Moins expérimentée globalement et en CHSLD	28 (30,1)	
Plus expérimentée globalement, mais moins en CHSLD	29 (31,2)	
Plus expérimentée globalement et en CHSLD	36 (38,7)	

Tableau 5. – Caractéristiques sociodémographiques et d'emploi des répondantes ($n = 93$)

Variables	Fréquence (%)	Moyenne (écart-type)
Poste occupé		
Infirmière	13 (14,0)	
Infirmière clinicienne	6 (6,4)	
Infirmière chef d'équipe	17 (18,3)	
Infirmière assistante au supérieur immédiat	43 (46,2)	
Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat	14 (15,1)	
Statut d'emploi		
Temps complet	53 (57,0)	
Temps partiel	38 (41,0)	
Temps partiel occasionnel	2 (2,0)	
Horaire de travail		
Nuit	12 (12,9)	
Jour	51 (54,8)	
Soir	30 (32,3)	

Tableau 5. (suite) – Caractéristiques sociodémographiques et d'emploi des répondantes ($n = 93$)

Variables	Échantillon (n = 93)		Population totale (N = 198)		Comparaison échantillon et population
	Fréquence (%)	Moyenne (ÉT)	Fréquence (%)	Moyenne (ÉT)	p^T *
Genre					
Femme	82 (88,2)		184 (92,9)		0,076
Homme	11 (11,8)		14 (7,1)		
Total	93 (100)		198 (100)		
Âge					
20 à 29 ans	14 (15,0)		29 (14,6)		0,901
30 à 39 ans	20 (21,5)		45 (22,7)		0,783
40 à 49 ans	30 (32,3)		59 (29,7)		0,604
50 ans et +	29 (31,2)		65 (33,0)		0,740
Total	93 (100)		198 (100)		
Âge moyen		42,7 (10,6)		42,8	
Niveau de formation					
DEC	30 (32,3)		52 (26,3)		0,192
B.Sc.inf.	93 (100)		198 (100)		
Total					

Notes. * T one sample test of proportion (analyse de différence de proportions échantillon vs population). Niveau de signification one sample test of proportion fixé à 5 % ($p < 0,05$)

Tableau 6. – Comparaison des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon et de la population totale

4.2. Description de l'étendue effective de la pratique infirmière en CHSLD

Le Tableau 7 de la page suivante présente les moyennes et les écarts-types du score global d'étendue effective de la pratique infirmière globale, les scores par dimensions (6) et les scores par niveau de complexité (3).

Le score global moyen de l'étendue effective de la pratique des infirmières en CHSLD est de 4,58 ($\acute{E}T = 0,74$) sur une possibilité de score de 6. Concernant les scores moyens par dimension, les plus élevées sont celui de l'évaluation et planification des soins ($M = 4,89$, $\acute{E}T = 0,71$) et celui de la communication et coordination des soins ($M = 4,82$, $\acute{E}T = 0,87$). La dimension qui obtient le score moyen le plus faible est l'intégration et l'encadrement du personnel ($M = 4,15$, $\acute{E}T = 1,12$) (Tableau 7).

	\bar{X} (résultat sur 6)	écart-type
Étendue effective de la pratique globale (score global, 26 activités)	4,58/6	0,74
Dimensions		
1. Évaluation et planification des soins	4,89/6	0,71
2. Enseignement à la clientèle et aux familles	4,53/6	0,94
3. Communication et coordination des soins	4,82/6	0,87
4. Intégration et encadrement du personnel	4,15/6	1,12
5. Optimisation de la qualité et sécurité des soins	4,45/6	0,93
6. Mise à jour et utilisation des connaissances	4,53/6	0,90
Niveaux de complexité		
1	5,01/6	0,68
2	4,67/6	0,73
3	4,15/6	0,96

Note. \bar{x} = moyenne.

Tableau 7. – Description de l'étendue effective de la pratique des infirmières en CHSLD ($n = 93$)

4.3 La relation entre l'étendue effective de la pratique et le niveau de formation

D'abord, l'analyse de Shapiro-Wilk a été réalisée pour confirmer la normalité de la distribution. La distribution du score global du QÉPI lors de la présente étude ne suit pas une loi normale puisque le résultat de Shapiro-Wilk est de 0,063, donc supérieur à 5 % ($p < 0,05$).

Ensuite, les analyses bivariées ont été réalisées pour comparer les moyennes du score global, des dimensions et des niveaux de complexité entre les deux niveaux de formation (ANOVA). Les résultats indiquent que les infirmières détentrices d'une formation collégiale (DEC) obtiennent un score global moyen à 4,64, comparativement à un score global moyen de 4,46 pour les infirmières bachelières (B. Sc. inf.). Cependant, le résultat de l'analyse de variance (ANOVA) indique qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative ($p = 0,228$) dans le score global entre les niveaux de formation collégial et universitaire.

Pour les six dimensions de l'étendue effective de la pratique, de même que pour les trois niveaux de complexité, les tests d'ANOVA indiquent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les niveaux de formation. Les résultats de la comparaison des scores d'étendue effective de la pratique selon le niveau de formation sont présentés dans le Tableau 8 ci-dessous.

Variables	DEC	B. Sc.inf.	p^{T*}
	($n = 63$)	($n = 30$)	
	\bar{x}	\bar{x}	
Étendue effective de la pratique globale (score global)	4,64/6	4,46/6	0,228
Dimensions			
1. Évaluation et planification des soins	4,98/6	4,69/6	0,065
2. Enseignement à la clientèle et aux familles	4,53/6	4,55/6	0,916
3. Communication et coordination des soins	4,86/6	4,74/6	0,538
4. Intégration et encadrement du personnel	4,28/6	3,88/6	0,104
5. Optimisation de la qualité et sécurité des soins	4,52/6	4,29/6	0,253
6. Mise à jour et utilisation des connaissances	4,54/6	4,51/6	0,887
Niveaux de complexité			
1	5,03/6	4,96	0,611
2	4,72/6	4,56	0,333
3	4,25/6	4,56	0,156

Notes. *T comparaison des Scores moyens (ANOVA). Niveau de signification de l'ANOVA fixé à 5 % ($p < 0,05$)

Tableau 8. – Comparaison de l'étendue effective de la pratique selon le niveau de formation ($n = 93$)

4.4 Analyses multivariées : modèle de régression linéaire

Bien qu'aucun résultat statistiquement significatif n'ait été constaté lors des analyses bivariées, des analyses multivariées ont été réalisées afin d'isoler l'effet du niveau de formation sur l'étendue effective de la pratique. Ce modèle de régression permet d'examiner un lien possible entre les variables indépendantes et l'étendue de la pratique et de vérifier la présence d'une association entre le niveau de formation et l'étendue effective de la pratique. Les variables utilisées dans le modèle de régression linéaire sont le niveau d'expérience (variable indépendante principale), le poste occupé, le statut d'emploi, l'horaire de travail, le genre. Le modèle de régression est présenté dans le Tableau 9 de la page suivante.

4.4.1 Le niveau de formation

Les résultats indiquent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative du score global sur le niveau de complexité de l'ÉEPI entre les niveaux de formation. Pour les six dimensions, une différence statistiquement significative entre les niveaux de formation a été constatée au score pour la dimension d'évaluation et la planification des soins ($\beta = -0,426$, $p = 0,006$) ainsi que pour la dimension de l'intégration et l'encadrement du personnel ($\beta = -0,497$, $p = 0,040$). Les scores de ces deux dimensions sont plus élevés chez les infirmières ayant une formation de niveau collégial (DEC) que chez les infirmières ayant une formation universitaire.

4.4.2 Le niveau d'expérience

Les résultats de l'analyse multivariée indiquent qu'il n'y a pas de différence significative sur le score global et sur le niveau de complexité en fonction des trois niveaux d'expérience des répondantes : 1) moins expérimentées dans la profession et en CHSLD; 2) plus expérimentées dans la profession, mais moins expérimentées en CHSLD; et 3) plus expérimentées dans la profession et en CHSLD. Toutefois, une différence significative en faveur des infirmières plus expérimentées dans la profession et en CHSLD a été constatée pour la dimension intégration et encadrement du personnel ($\beta = 0,646$, $p = 0,028$).

		Score global	Évaluation et planification des soins	Enseignement à la clientèle et aux familles	Communication et coordination des soins	Intégration et encadrement du personnel	Optimisation de la qualité et de la sécurité des soins	Mise à jour et utilisation des connaissances	Complexité		
									1	2	3
Niveau de formation	BAC (β)	-0,294	-0,426	-0,060	-0,230	-0,497	-0,350	-0,125	-0,181	-0,270	-0,408
(Ref : DEC)	<i>p</i>	0,064	0,006*	0,761	0,226	0,040*	0,068	0,546	0,208	0,087	0,055
Niveau d'expérience	Niveau 2 (β)	-0,251	-0,250	-0,270	-0,406	0,198	-0,346	-0,415	-0,204	-0,147	-0,404
(Ref : niveau 1)	<i>p</i>	0,234	0,204	0,316	0,091	0,542	0,175	0,110	0,256	0,492	0,152
	Niveau 3 (β)	0,153	-0,023	0,238	-0,196	0,646	0,283	0,044	0,083	0,217	0,138
	<i>p</i>	0,396	0,904	0,336	0,353	0,028*	0,197	0,827	0,637	0,249	0,541
Statut d'emploi	Temps complet (β)	0,319	0,365	0,242	0,345	0,055	0,420	0,481	0,372	0,284	0,316
(Ref : temps partiel)	<i>p</i>	0,043*	0,018*	0,207	0,079	0,815	0,022*	0,017*	0,013*	0,073	0,116
Poste occupé	ASI/ICASI (β)	0,273	0,325	0,302	0,153	0,575	0,222	0,033	0,196	0,336	0,264
(Ref : chef d'équipe)	<i>p</i>	0,118	0,068	0,207	0,449	0,068	0,272	0,884	0,263	0,084	0,216
	Infirmière (β)	0,496	0,689	0,596	0,273	0,410	0,482	0,553	0,513	0,579	0,390
	<i>p</i>	0,042*	0,001*	0,046*	0,268	0,334	0,099	0,038*	0,020*	0,020*	0,225
Quart de travail	Soir (β)	-0,236	0,021	-0,197	-0,660	-0,158	-0,326	0,032	-0,090	-0,148	-0,449
(Ref : jour)	<i>p</i>	0,129	0,901	0,338	0,001*	0,521	0,087	0,881	0,541	0,346	0,031*
	Nuit (β)	-0,116	0,081	-0,399	-0,542	-0,025	-0,041	0,398	-0,058	-0,078	-0,203
	<i>p</i>	0,668	0,697	0,343	0,068	0,950	0,896	0,087	0,799	0,761	0,556

		Score global	Évaluation et planification des soins	Enseignement à la clientèle et aux familles	Communication et coordination des soins	Intégration et encadrement du personnel	Optimisation de la qualité et de la sécurité des soins	Mise à jour et utilisation des connaissances	Complexité		
									1	2	3
Genre	Homme (β)	-0,393	-0,218	-0,218	-0,534	-0,564	-0,560	-0,175	-0,243	-0,372	-0,532
(Ref: femme)	<i>p</i>	0,089	0,399	0,559	0,008*	0,097	0,059	0,472	0,246	0,077	0,075

Notes. * ($p \leq 0,05$)

Légende. Niveaux d'expérience : 1) moins expérimentées dans la profession et en CHSLD
2) plus expérimentées dans la profession, mais moins expérimentées en CHSLD
3) plus expérimentées dans la profession et en CHSLD

Tableau 9. – Analyses multivariées : étendue effective de la pratique selon les caractéristiques sociodémographique ($n = 93$)

4.4.3 Le statut d'emploi

Par ailleurs, les résultats de l'analyse multivariée indiquent qu'il y a une différence significative dans le score global entre les statuts d'emploi. Les répondantes détenant un poste à temps complet ont un score global plus élevé ($\beta = 0,319, p = 0,043$). Cette différence est également notée pour trois des six dimensions, dont l'évaluation et la planification des soins ($\beta = 0,365, p = 0,018$), l'optimisation de la qualité et sécurité des soins ($\beta = 0,420, p = 0,022$) et la mise à jour et utilisation des connaissances ($\beta = 0,481, p = 0,017$). Les répondantes qui occupent un poste à temps complet réalisent davantage les activités reliées à ces différentes dimensions que celles détenant un poste à temps partiel. De plus, les répondantes ayant un emploi à temps complet effectuent davantage d'activités de complexité de niveau 1 que celles qui travaillent à temps partiel ($\beta = 0,372, p = 0,013$).

4.4.4 Le poste occupé

Selon les résultats obtenus lors de l'analyse multivariée, une différence significative du score global est constatée selon le poste occupé. Les répondantes détenant un poste d'infirmière (sans fonction administrative) ont un score global plus élevé ($\beta = 0,496, p = 0,042$) que celles détenant un poste d'infirmière chef d'équipe et d'assistante au supérieur immédiat. Cette différence est également notée pour les dimensions de l'évaluation et planification des soins ($\beta = 0,689, p = 0,001$), de l'enseignement à la clientèle et aux familles ($\beta = 0,596, p = 0,046$) et de la mise à jour et l'utilisation des connaissances ($\beta = 0,553, p = 0,038$). De plus, les répondantes détenant un poste d'infirmière effectuent davantage d'activités de complexité de niveau 1 ($\beta = 0,513, p = 0,020$) et de niveau 2 ($\beta = 0,579, p = 0,020$) que les répondantes occupants un autre emploi.

4.4.5 L'horaire de travail

Les résultats obtenus lors de l'analyse multivariée indiquent qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative en ce qui concerne le score global selon l'horaire de travail. Toutefois, les répondantes qui travaillent sur le quart de jour réalisent davantage d'activités pour la dimension

de la communication et coordination des soins que celles du quart de soir ($\beta = -0,660, p = 0,001$). De plus, les répondantes œuvrant sur le quart de soir réalisent moins d'activités de niveau de complexité 3 que celles sur le quart de jour ($\beta = -0,449, p = 0,031$).

4.4.6 Le genre

Finalemt, les résultats obtenus indiquent qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative concernant le score global et les niveaux de complexité selon le genre des participants. Cependant, les répondantes de genre féminin réalisent davantage d'activités dans la dimension de la communication et coordination des soins que les participants de genre masculin ($\beta = -0,534, p = 0,008$).

Chapitre 5 – Discussion

Les objectifs de la présente étude étaient de décrire l'étendue de pratique des infirmières œuvrant en soins de longue durée ainsi que d'évaluer si l'étendue de pratique était liée au niveau de formation de l'infirmière, soit collégial ou universitaire (DEC vs B. Sc. inf.). Ce chapitre présente d'abord la discussion des principaux résultats découlant des objectifs ci-dessus. Ensuite, les recommandations issues des résultats de la présente étude, pour la recherche, la formation et la gestion, seront exposées. Suivront la présentation des forces et des limites de l'étude et, pour conclure, des pistes de propositions pour de futures recherches.

5.1 Représentativité des répondantes

Le taux de réponse des répondantes de la présente étude se situait à 67 %. La comparaison de notre échantillon avec la population totale de l'établissement à l'étude confirme que les répondantes sont représentatives pour la plupart des caractéristiques sociodémographiques et d'emploi. L'échantillon est diversifié également en matière d'expérience globale, de poste occupé, de statut d'emploi et d'expérience à l'emploi du CHSLD. En ce qui concerne l'expérience dans la profession des répondantes à l'étude, le nombre d'années moyen est de 17,5 et s'avère supérieur aux résultats moyens obtenus par les études sur l'expérience moyenne dans la profession, conduites par Déry (2013) (12 années) et Lafleur (2016) (14 années). Il est loisible de penser que l'échantillon de la présente étude détenait un niveau d'expérience dans la profession, supérieur à ceux d'études effectuées antérieurement.

5.2 L'étendue effective de la pratique des infirmières œuvrant en CHSLD

Cette section présente la discussion des principaux résultats obtenus à l'aide du QÉPI. D'abord, voici les scores globaux de l'ÉEPI, les six dimensions et les trois niveaux de complexité et l'étendue effective de la pratique des infirmières œuvrant en CHSLD selon le niveau de formation.

Les études similaires réalisées au Québec et ayant utilisé le QÉPI seront utilisées comme comparatif pour l'interprétation des certains résultats. D'Amour et al. (2012) ont réalisé une étude sur 22 unités de médecine et chirurgie. Déry (2013) a conduit une étude en centre universitaire pédiatrique. Lafleur (2016) a réalisé une étude en centre universitaire en santé mentale. D'autres études n'ayant pas utilisé le QÉPI seront également présentées pour fin de comparaison.

5.2.1 Le score global

Les résultats de la présente étude révèlent un score global de l'étendue effective de pratique des infirmières œuvrant en CHSLD parmi les plus élevés. Le résultat obtenu à l'aide du QÉPI (4,58/6; $ÉT = 0,74$) était supérieur à ceux déjà rapportés par le QÉPI au Québec. Ces résultats, bien que plus élevés, demeurent sous optimaux et rejoignent ceux déjà rapportés dans plusieurs études (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Déry, 2013; Lafleur, 2016; Oelke et al., 2008; White et al., 2008) qui concluent que les infirmières n'appliquent que partiellement l'ensemble des compétences acquises par l'expérience et la formation, peu importe les milieux de soins.

L'étude de Lafleur (2016) affiche un score global de l'étendue de la pratique de 4,24/6; celle de D'Amour et al. (2012) révèle un score global se situant à 3,50/6; celle de Déry (2013) à 3,21/6. Les résultats de la présente étude exposent un score global de 4,24/6. Les résultats de la présente étude, comparativement à ceux d'études réalisées en milieux hospitaliers, suggèrent que les infirmières assument davantage l'ÉEPI en CHSLD. Ce constat pourrait être expliqué par le ratio infirmière/résidents en CHSLD, donc par la faible présence de l'infirmière comparativement à celle des autres membres de l'équipe de soins, l'équipe étant composée de 40 % d'infirmières et d'infirmières auxiliaires contre 60 % de préposées aux bénéficiaires (OIIQ, 2014). Bien que la présence d'infirmières en CHSLD soit limitée, l'infirmière est souvent la seule professionnelle pouvant exercer les activités d'évaluation et de planification des soins. Il est loisible de penser que les infirmières œuvrant en CHSLD occupent davantage leur ÉEPI que leurs collègues œuvrant en milieu hospitalier en raison de la composition des équipes de soins.

Malgré le fait que la présente étude expose des résultats supérieurs à ceux des études réalisées dans d'autres milieux, rien n'indique une pleine occupation de l'ÉEPI chez les infirmières en CHSLD. En effet, les résultats de la présente étude rejoignent ceux de Voyer et al. (2016), qui mentionne que le temps infirmier en CHSLD est partiellement occupé par des activités qui ne requièrent pas

l'expertise d'une infirmière. D'ailleurs, Mc Gilton et al. (2016) rapportent que les particularités de l'organisation du travail en CHSLD font en sorte que l'infirmière occupe des tâches administratives plus fréquemment. Ceci est aussi corroboré par des écrits scientifiques qui exposent que 48 % des infirmières révèlent n'exercer qu'occasionnellement leur pleine étendue de pratique (Oelke et al., 2008) en raison des tâches administratives (non infirmières), du ratio infirmière/patient et de la composition des équipes de soins (Déry, D'Amour, & Roy, 2017; Jones et al., 2015). Les résultats de la présente étude ainsi que ceux repérés dans les écrits scientifiques portent à croire que l'étendue de la pratique sous-optimale des infirmières pourrait être influencée par l'organisation de travail ainsi que par les tâches qui ne requièrent pas l'expertise d'une infirmière. Il serait alors important de reconsidérer l'organisation du travail afin d'optimiser l'ÉEPI des infirmières en CHSLD.

5.2.2 Les dimensions de l'étendue de la pratique

En observant les résultats de l'étendue de la pratique infirmière de la présente étude, on constate que les activités des dimensions les plus souvent réalisées sont l'évaluation et planification des soins (4,89/6; $\acute{E}T = 0,71$), suivi de la communication et coordination des soins (4,82/6; $\acute{E}T = 0,87$). En effet, ces résultats sont comparables à ceux obtenus par D'Amour et al. (2012), Déry (2013) et Lafleur (2016), pour qui ces activités figurent également parmi les activités les plus réalisées. En comparant les résultats de la présente étude avec ceux des autres études (D'Amour et al., 2012; Déry, 2013; Lafleur, 2016) pour la dimension de l'évaluation et planification des soins, on constate qu'elle obtient ici un score plus élevé. Il s'agit de l'activité la plus réalisée selon les études de D'Amour et al. (2012), de Déry (2013) et de Lafleur (2016). Cette particularité quant au score plus élevé de la présente étude pour la dimension de l'évaluation et la planification des soins pourrait s'expliquer par l'adoption du projet de loi n° 90 (Gouvernement du Québec, 2003) d'où découlait la norme de documentation obligatoire du plan thérapeutique infirmier introduit dans la pratique en avril 2009 (OIIQ, 2009a), dont les retombées pourraient ne pas avoir influencé les résultats des études de D'Amour et al. (2012) et de Déry (2013), puisque ces dernières ont été conduites seulement quelques années plus tard. Il a été démontré que l'intégration de nouvelles connaissances dans la pratique peut prendre jusqu'à cinq ans (Collière, 1982). D'ailleurs, D'Amour et al. (2012) rapportent que cette norme de pratique permet la consignation des décisions et des suivis cliniques de l'infirmière à la suite de son évaluation.

En ce qui concerne la dimension de la communication et coordination des soins, elle est la deuxième activité la plus souvent réalisée. Le résultat élevé de cette dimension pourrait s'expliquer entre autres par l'approche patient-partenaire préconisée par l'établissement de santé et qui favorise la collaboration interdisciplinaire et des plans d'intervention individualisés, répondant ainsi à l'orientation du projet de vie des résidents Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS art.102, 104, 2019; OIIQ, 2009a).

Deux dimensions de la présente étude obtiennent des résultats identiques quant à la fréquence des activités réalisées par les infirmières en CHSLD. L'enseignement à la clientèle et aux familles ainsi que la mise à jour et utilisation des connaissances obtiennent un score moyen de 4,53/6 ($ÉT = 0,94$). Ce score moyen est supérieur aux résultats obtenus dans les études antérieures réalisées avec le QÉPI. Le score élevé pour la dimension de l'enseignement à la clientèle et aux familles de la présente étude pourrait s'expliquer par la complexité de l'état clinique de la clientèle hébergée et qui exige une transmission d'informations tant à l'équipe soignante qu'aux usagers et aux familles ainsi qu'une surveillance et un suivi clinique de l'usager (Francoeur, 2016; OIIQ, 2014).

La dimension mise à jour et utilisation des connaissances de la présente étude obtient également un résultat supérieur à ceux obtenus lors des études de D'Amour et al. (2012) (3,09), de Déry (2013) (3,47) et de Lafleur (2016) (4,24). Cette différence pourrait s'expliquer, notamment, par la mise en place de la norme professionnelle de formation continue et des articles 17 et 18 du code de déontologie adoptée par l'OIIQ en 2012 (LII, 2012; OIIQ, 2011). L'intégration des meilleures pratiques cliniques basée sur les données probantes à la pratique des infirmières est étroitement liée à une qualité des soins (D'Amour et al., 2012). D'ailleurs, les résultats élevés de la présente étude, qui sont en lien avec la norme de formation continue, sont cohérents avec le portrait de l'effectif infirmier de cette région et de l'effectif infirmier provincial, qui expose un taux de conformité à la norme de formation continue similaire (83,1 % et 85,5 %) (Marleau, 2018).

Pour la dimension de l'optimisation de la qualité et sécurité des soins, le résultat de la présente étude (4,45/6; $ÉT = 0,93$) indique un taux supérieur aux études de D'Amour et al. (2012) (3,09), de Déry (2013) (3,47) et de Lafleur (2016) (4,24). Malgré le fait que les résultats obtenus lors de

la présente étude soient supérieurs à ceux des études réalisées en milieu hospitalier, ceux-ci indiquent que les infirmières en CHSLD n'occupent pas pleinement leur rôle quant à cette dimension de l'ÉEPI. D'ailleurs, Jones et al. (2015) rapportent qu'une ÉEPI sous-optimale pourrait être annonciatrice d'une baisse de la qualité des soins et d'une augmentation des événements indésirables. En effet, le MSSS (2019) rapporte qu'au Québec, 43,8 % des incidents et des accidents lors de la prestation des soins et des services surviennent en CHSLD. Comme Magennis et al. (1999) l'ont exposé, l'optimisation de l'étendue de la pratique améliore la qualité des soins et du suivi de la clientèle en plus d'augmenter la satisfaction au travail des infirmières. Il serait pertinent de développer des stratégies, dont la formation continue, afin que les infirmières intègrent une vision d'optimisation de la qualité et de la sécurité dans leur pratique, comme recommandé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients en collaboration avec le Consortium national sur la sécurité des patients (2015) par l'Agrément Canada (2016), et par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2014).

Les activités les moins fréquemment réalisées et qui obtiennent le plus faible score moyen sont celles de la dimension intégration et encadrement du personnel (4,15/6; $ÉT = 1,12$). Ces résultats, bien qu'un peu plus élevés, rejoignent ceux déjà rapportés par Lafleur (2016); 3,70; D'Amour et al. (2012); à 3,01/ Déry (2013) à 3,14). En effet, l'écart-type plus élevé de 1,12, le plus élevé de la présente étude porte à croire que les réponses des répondantes concernant les activités de cette dimension étaient divergentes. Pourtant, en 2018, le MSSS a recommandé aux établissements de santé d'optimiser l'étendue de la pratique des professionnelles afin de répondre aux besoins spécifiques de la clientèle en CHSLD et d'assurer une prestation de soins de qualité et sécuritaire. Comme mentionné précédemment, une étendue de pratique optimale favorise la satisfaction au travail et est un facteur de rétention (Magennis et al., 1999). Selon les résultats de la présente étude, la mise en place d'un programme d'accueil et d'intégration et d'un programme de préceptorat des infirmières ne semble pas avoir les retombées attendues. D'ailleurs, le comité de la relève des infirmières (Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2018) proposait des recommandations similaires en lien avec l'accueil et l'intégration des nouvelles infirmières en offrant un programme de préceptorat et de mentorat afin qu'elles occupent pleinement leur étendue de la pratique dans la profession.

5.2.3 Les niveaux de complexité

Les scores moyens obtenus pour les trois niveaux de complexité sont similaires à ceux des études ayant mesuré l'ÉEPI avec le QÉEPI. Le niveau de complexité 1 est le plus fréquemment réalisé. Arrive en deuxième le niveau de complexité 2. Puis le niveau de complexité 3 semble être celui qui est le moins souvent réalisé. Pour le niveau de complexité 1, le score moyen obtenu lors de la présente étude est de 5,01 ($\acute{E}T = 0,68$). Il est le niveau de complexité le plus atteint et il est comparable à ceux de Lafleur (2016) (4,97; $\acute{E}T = 0,69$), de Déry (2013) (4,24) et de D'Amour et al. (2012) (4,39). Ces résultats sont cohérents puisque le niveau de complexité 1 fait référence à la pratique de base attendue d'une infirmière selon D'Amour et al. (2012).

En ce qui concerne le niveau de complexité 2, il figure en deuxième place de l'activité la moins souvent réalisée. Son score moyen, pour la présente étude, est de 4,67 ($\acute{E}T = 0,73$), alors qu'il est de 4,25 pour Lafleur (2016), de 3,71 pour D'Amour et al. (2012) et de 3,34 pour Déry (2013). Malgré la différence des milieux de soins évalués, autant pour la médecine qu'en soins spécialisés, les résultats sont comparables puisque le niveau de complexité 2 est aussi le moins souvent réalisé.

Les résultats concernant le niveau de complexité 3 exposent que les infirmières en CHSLD réalisent plus souvent des activités de soins complexes par rapport aux autres milieux de soins des autres études. Le résultat moyen est de 4,15, donc plus élevé que celui des recherches suivantes sur les infirmières : en santé mentale (Lafleur, 2016) à 3,64, en médecine (D'Amour et al., 2012) à 2,54 et en pédiatrie (Déry, 2013) à 2,26. Ces résultats soulèvent des questionnements concernant le niveau de complexité 3, puisque le score moyen semble indiquer que les infirmières en CHSLD réalisent davantage les activités de soins que les infirmières en santé mentale, en médecine et en pédiatrie. Ce niveau de complexité propose des activités qui sont davantage réservées aux infirmières cliniciennes. Or, en CHSLD, on constate que 67,7 % des infirmières sont détentrices d'une formation de niveau collégial. Toutefois, les résultats élevés pourraient s'expliquer en partie par les différents statuts d'emploi : infirmière, infirmière clinicienne, infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI), infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI), infirmière chef d'équipe, infirmière auxiliaire. Ces nombreux statuts, sans oublier la particularité de la constitution des équipes de soins infirmiers ainsi que le nombre peu élevé d'infirmières cliniciennes, pourraient entraîner une ambiguïté du rôle des infirmières dans les différents CHSLD.

5.3 L'étendue effective de la pratique selon le niveau de la formation

Les résultats révèlent que le score global de l'étendue effective de la pratique selon les deux niveaux de formation (DEC ou B. Sc. inf.) ne démontre aucun résultat significatif. De plus, la comparaison des résultats pour chacune des six dimensions selon les deux niveaux de formation (DEC ou B. Sc. inf.) n'indique aucune différence significative. Ces résultats diffèrent de ceux de l'étude de Déry (2013), lors de laquelle les infirmières bachelières occupaient davantage leur ÉEPI. Par contre, les résultats de la présente étude sont comparables à ceux des études de D'Amour et al. (2012) et de Lafleur (2016), qui exposent qu'il n'y a pas de différence significative de l'ÉEPI en fonction du niveau de formation. Ces résultats pourraient s'expliquer par le nombre élevé d'infirmières de la population totale détenant un DEC et par la composition de l'équipe de soins en CHSLD. Comme l'infirmière est souvent la seule professionnelle pouvant évaluer et assurer la gestion de certains soins et services des résidents, cela expliquerait sa perception élevée quant à l'utilisation de son étendue de pratique. Les résultats issus de différentes études révèlent également que les infirmières bachelières sont moins orientées sur la tâche et ont une meilleure pensée critique (Besner et al., 2005; Blegen et al., 2001). D'ailleurs, la formation collégiale en soins infirmiers dispose d'un référentiel de compétences, contrairement à la formation universitaire en sciences infirmières. Les infirmières cliniciennes, d'une université à l'autre, ont des profils de compétences différents. De plus, elles peuvent obtenir un diplôme de 1^{er} cycle (B. Sc. inf.) par cumul de certificats. On constate que les nombreuses compétences de l'infirmière clinicienne sont possiblement mises en veilleuse ou même déployées de façons différentes d'un milieu à l'autre. Au Québec, malgré qu'elles aient reçu une attestation de l'OIIQ, peu d'infirmières se prévalent de leur droit de prescrire, car elles ont l'impression de ne pas avoir les compétences suffisantes pour utiliser ce droit. Elles avouent d'ailleurs sentir le besoin d'une formation spécialisée, pour les trois domaines autorisés qui faciliterait le déploiement, selon Brault et al. (2018). Cela amène l'étudiante-chercheuse à se questionner sur le fait que les infirmières bachelières seraient plus critiques ou plus sévères envers leur perception de leur étendue de la pratique. Cela pourrait expliquer pourquoi il n'y a pas de différence significative de l'ÉEPI en fonction des deux niveaux de formation.

5.4 L'ÉEPI et les caractéristiques d'emploi

Les analyses multivariées ont cherché un lien entre l'étendue effective de la pratique et les variables concernant l'expérience dans la profession, le statut d'emploi, le poste occupé, l'horaire de travail et le genre.

5.4.1 Le niveau d'expérience

Comme observé lors de l'étude de Déry (2013), les résultats de la présente étude indiquent que le score global de l'ÉEPI ne varie pas en fonction des niveaux d'expérience, contrairement aux résultats de plusieurs autres études, qui ont exposé des liens significatifs entre le niveau d'expérience et le déploiement de l'étendue de la pratique (Besner et al., 2005; Blegen et al., 2001; D'Amour et al., 2012; Rochefort et al., 2015). Comme rapporté par Audet et al. (2018), des données probantes supplémentaires seraient requises afin d'affirmer que l'expérience influence l'étendue de la pratique optimale des infirmières.

Pour ce qui est des dimensions de l'ÉEPI, le niveau d'expérience aurait un lien significatif seulement avec l'activité d'intégration et encadrement du personnel. Cette dimension est plus fréquemment réalisée chez les infirmières plus expérimentées, tant dans la profession qu'en CHSLD, et ce, indépendamment de leur niveau de formation. Cette analyse n'a cependant pas été réalisée dans les autres études (D'Amour et al., 2012; Déry, 2013; Lafleur, 2016).

5.4.2 Le statut d'emploi

Les résultats de la présente étude indiquent une différence au score global de l'ÉEPI selon le statut d'emploi. Les répondantes qui travaillent à temps complet obtiennent un score global supérieur à celui de leurs collègues travaillant à temps partiel. Elles réalisent trois fois plus d'activités de soins, soit l'évaluation et planification des soins, l'optimisation de la qualité et sécurité des soins et la mise à jour et utilisation des connaissances. Les activités de niveau de complexité faible sont également plus fréquentes chez celles-ci. On peut expliquer cet écart par l'exposition supérieure aux activités de soins pour les infirmières ayant un statut d'emploi à temps complet.

5.4.3 Le poste occupé

Les résultats de la présente étude indiquent qu'il y a un lien significatif entre le poste occupé par l'infirmière et l'étendue de sa pratique. Le type de poste occupé est lié au score global de l'ÉEPI, et ce, pour deux niveaux de complexité (faible et modéré) et pour plusieurs dimensions, soit l'évaluation et planification des soins, l'enseignement à la clientèle et aux familles et la mise à jour et utilisation des connaissances. Le nombre d'activités réalisées par les infirmières «terrain» est supérieur à celui des activités réalisées par celles détenant des fonctions administratives, donc ayant un poste d'ICASI ou d'ASI, qui sont en plus grand nombre. Ce résultat n'est pas étonnant si l'on considère que plusieurs études rapportent que les infirmières réalisent des tâches cléricales et autres à valeur non ajoutée. Voyer et al. (2016) rapportent que 46 % des tâches réalisées par les infirmières ne requièrent par leur expertise et peuvent être réalisées par un autre membre du personnel. Toutefois, les résultats de certaines études illustrent que pour réaliser des tâches cléricales, les infirmières reportent d'autres activités de soins, ce qui affecte la qualité et la sécurité des soins (Aiken et al., 2001, 2013; Jones et al., 2015; Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009; Kalisch, Lanstrom, & Williams, 2009; Schubert et al., 2007).

5.5. Recommandations

Cette section présente les recommandations de la présente étude sur les plans de la recherche en sciences infirmières, de la formation, de la gestion. Suivront les forces, les limites et la conclusion.

5.5.1 Recommandation pour la recherche en sciences infirmières

Plusieurs recherches rapportent que les infirmières, pendant leur exercice, n'arrivent pas à mettre en œuvre l'ensemble des connaissances qu'elles détiennent de l'expérience et de la formation (Besner et al., 2005; D'Amour et al., 2012; Oelke et al., 2008). À ce jour, l'étendue de la pratique des infirmières en soins de longue durée a été peu étudiée et aucune étude n'a évalué l'étendue de la pratique de façon quantitative et l'effet du niveau de formation sur celle-ci. Ce mémoire apporte de nouvelles connaissances pour le domaine des sciences infirmières en soins de longue durée. Les résultats découlant de cette étude soulèvent différentes questions concernant la pratique des infirmières en soins de longue durée et apportent des pistes de réflexion. Il serait intéressant de

reproduire cette étude dans différents établissements CIUSSS ou CISSS afin d'obtenir un plus vaste échantillon et de dégager un portrait exhaustif de l'étendue de la pratique des infirmières œuvrant en soins de longue durée. Il serait particulièrement intéressant de reprendre la deuxième question de recherche concernant le niveau de formation considéré comme une caractéristique personnelle pouvant influencer l'étendue de la pratique (Déry, 2013), et ce, en intégrant des indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers, les caractéristiques de l'emploi, les caractéristiques personnelles et les tâches non infirmières (Déry et al., 2015). Il s'avère pertinent d'aller plus loin et d'évaluer de nouveau l'effet du niveau de formation et des indicateurs mentionnés ci-dessus sur l'étendue de la pratique des infirmières œuvrant en soins de longue durée sur un échantillon de grande taille afin de dégager des résultats généralisables. Par manque de puissance statistique, la présente étude n'a pas permis de tirer des conclusions sur la question, qui demeure en suspens. L'étendue de la pratique en soins de longue durée demeure donc peu explorée et d'autres études à ce sujet doivent se réaliser.

5.5.2 Recommandation pour la formation

Les résultats de la présente recherche, même si les scores obtenus sont élevés, exposent le besoin pour les infirmières de s'approprier davantage leur rôle. Ils indiquent qu'il serait pertinent de recommander l'intégration de la notion de l'étendue de la pratique, telle qu'elle est présentée par D'Amour et al. (2012), à la formation de la discipline infirmière. Les 26 activités cliniques présentées précédemment sont celles acquises à la formation initiale et lors d'expériences professionnelles d'une infirmière novice ou d'une infirmière experte selon les 3 niveaux de complexité attendue (faible, moyenne ou élevé) et sont importantes puisqu'elles permettent à l'infirmière d'apprécier l'utilisation de son étendue de la pratique selon les attentes minimales ou maximales. La professionnalisation des infirmières faciliterait la connaissance de leurs obligations déontologiques. La connaissance de leur champ de pratique devrait être explorée ainsi que les bénéfices et les conséquences d'une étendue de pratique sous-optimale ou optimale. Transmettre ces connaissances lors de la formation initiale favoriserait l'appropriation, par l'infirmière, de chacune des dimensions selon le niveau de complexité, son rôle et son étendue de la pratique. Les résultats de la présente étude dévoilent une similarité de la pratique selon les deux niveaux de formation, ce qui soulève des pistes de réflexion tant de la part des établissements d'enseignement que des établissements de santé. Une association entre ces deux instances permettrait de favoriser

et de maintenir les compétences acquises à la formation initiale, et de promouvoir une culture de la formation continue, ce qui permettrait de contribuer au déploiement optimal de l'étendue de la pratique des infirmières (Goudreau et al., 2013). Cette association permettrait de respecter les recommandations établies par les instances tant professionnelles que ministérielles quant aux besoins complexes des résidents en soins de longue durée ainsi qu'à l'importance d'optimiser la pratique des infirmières.

5.5.3 Recommandation pour la gestion

Les résultats de la présente étude présentent un portrait de l'étendue effective de la pratique des infirmières œuvrant en CHSLD. Les pistes d'amélioration possibles sont en lien avec l'optimisation de l'étendue de la pratique des infirmières par la révision de la description de fonction des infirmières inspirée par la nomenclature des titres d'emploi (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2016; MSSS, 2005) et des obligations en lien avec la Loi sur les infirmières et les infirmiers du Québec (article 36). De plus, une réorganisation des soins infirmiers doit être envisagée en ce qui concerne la diminution de leur charge de travail particulièrement des tâches qui ne requièrent pas l'expertise d'une infirmière (Déry, Clarke, D'Amour, & Blais, 2016, 2018). En accord avec (Déry et al., 2016, 2018), Lavoie-Tremblay, Lavigne et Laporte (2019) et Lavoie-Tremblay, O'brian-Pallas, Gelinas, Desforges et Marchionni (2008) confirment les effets positifs d'un rôle infirmier clair sur le déploiement de l'ÉPI et sur la rétention et l'attraction du personnel pour contrecarrer l'intention des jeunes infirmières à quitter leur emploi. Le faible score lié à l'intégration et à l'encadrement du nouveau personnel devrait inciter l'établissement de santé à miser sur le nouveau programme d'accueil et d'intégration CHSLD harmonisé pour l'ensemble de ses sites. Plusieurs activités d'actualisation de la pratique devraient être mises en place. Les activités cliniques de table ronde sous forme de pratique réflexive, le programme de préceptorat et de mentorat et des activités de simulation en laboratoire sont des pistes de solution proposées par Erickson et al. (2011). Si les recommandations étaient appliquées, comme le prescrivent Besner et al. (2005), D'Amour et al. (2012), Déry et al. (2016, 2018), Dubois et al. (2012), Magennis et al. (1999) et l'avis du Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2018), il en découlerait une meilleure qualité et sécurité des

soins, une diminution des événements indésirables et du taux de mortalité, une meilleure rétention du personnel, une meilleure connaissance du rôle de l'infirmière en CHSLD.

5.6. Limites et forces de la présente étude

5.6.1 Limites

La présente étude comporte deux limites. La principale limite porte sur la petite taille de l'échantillon, qui entraîne un manque de puissance statistique. Ce manque de puissance statistique limite l'interprétation des résultats quant au lien entre le niveau de formation et l'ÉEPI. Le calcul de l'effet de taille de la population estimée à 128 participants était requis pour réduire le risque d'erreurs de type I et de type II. Dans la présente étude, cela pourrait expliquer pourquoi il n'y a aucun lien statistiquement significatif démontré entre l'ÉEPI et les deux niveaux de formation, mais qu'une différence entre les deux niveaux de formation existe peut-être (Loiselle et al., 2007). La seconde limite de la présente étude porte sur la période pendant laquelle s'est déroulée la collecte de données. La collecte de données a été commencée en période estivale, ce qui a peut-être contribué à un faible taux de participation (67 %), et ce, malgré le fait que des stratégies de rappel et des activités de promotion ont été déployées. De plus, le taux d'absence des infirmières a pu contribuer au faible taux de participation. La petite taille de l'échantillon à l'étude et le taux de réponse de 67 % peuvent affecter la généralisation des résultats. Par contre, le taux de participation à la présente étude s'avérait satisfaisant considérant le fait que 139 répondantes étaient disponibles lors du déroulement de la collecte de données.

5.6.2 Forces

La présente étude comporte trois forces. La principale force de l'échantillon réside dans le fait que l'échantillon, malgré sa petite taille, était diversifié en ce qui concerne l'expérience globale, le poste occupé, le statut d'emploi, l'expérience à l'emploi du CHSLD. Les résultats dévoilent une représentativité adéquate de l'échantillon des infirmières à l'étude par rapport à la population totale des infirmières en CHSLD. Les proportions observées de l'échantillon à l'étude et celles de la population totale confirment sa représentativité en matière de genre, d'âge et de niveau de formation. De plus, l'étude apporte un regard sur les besoins de soins complexes des résidents ainsi

que sur le besoin d'adapter les services en ce sens. La deuxième force porte sur le questionnaire de l'étendue de pratique des infirmières (QÉPI) utilisé pour conduire la présente étude. Ce questionnaire validé dispose de propriétés psychométriques satisfaisantes, ce qui assurait la validité interne de la présente étude. La pertinence des analyses statistiques réalisées dans le cadre de la présente étude a permis de répondre aux questions de la présente recherche. La troisième force de la présente étude correspond au fait que les résultats apportent des connaissances nouvelles en sciences infirmières en matière d'étendue de la pratique en soins de longue durée puisqu'une telle étude n'a jamais été menée auprès des infirmières de ce secteur d'activités. Il s'agit en effet de la première étude réalisée en CHSLD ayant utilisé le QÉPI pour décrire l'étendue de la pratique des infirmières y œuvrant et vérifier l'effet du niveau de formation sur celle-ci.

Conclusion

La présente étude contribue à l'avancement des connaissances sur l'étendue de la pratique des infirmières œuvrant en soins de longue durée, un secteur de soins encore très peu étudié. Toutefois, elle n'a pas permis de répondre à la deuxième question de recherche, donc de vérifier si le niveau de formation des infirmières a un effet sur leur ÉEPI en CHSLD. Une étude effectuée à plus grande échelle serait nécessaire afin de dresser un portrait plus exhaustif de l'étendue de la pratique des infirmières en soins de longue durée et d'établir les facteurs qui l'influencent. Nous pouvons donc affirmer que les résultats de la présente étude incitent à poursuivre l'approfondissement de l'analyse de l'étendue de la pratique des infirmières œuvrant en centres de soins de longue durée.

Références bibliographiques

- Agrément Canada. (2018). Pratiques organisationnelles requises. Livret 2017 2 e version). Qmentum. Canada. Repéré à <https://accreditation.ca/ca-fr/pratiques-organisationnelles-requises/>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association, 290*(12), 1617-1623. doi: 10.1001/jama.290.12.1617
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., ... Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood), 20*(3), 43-53. doi: 10.1377/hlthaff.20.3.43
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & Consortium, R. C. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies, 50*(2), 143-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009
- American Nurses Association. (2010). *Nursing administration: Scope and standards of practice* (2^e éd.). Silver Spring, Maryland: Nursesbooks.org.
- Aroke, E. N. (2014). Full nursing potential: A concept clarification. *Nursing Forum, 49*(4), 278-287.
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada (2014). La qualité et la sécurité des soins aux patients. Sommaire de la table ronde nationale. Avril 2014. Repéré à https://www.cnaaiic.ca//media/cna/pagecontent/pdf/fr/quality_and_safety_in_patient_care_roundtable_report_summary_f.pdf?la=fr&hash=8D6F8AFC7230E2025C7A380B01CF39BB79909CC2
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (AIIC, 2015). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada* [en ligne]. Repéré à <https://www.cna-aiic.ca/~//media/cna/page-content/pdf-fr/cadre-de-pratique-des-infirmieres-et-infirmiers-au-canada.pdf?la=fr>
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2014). *Pour la qualité de vie des personnes hébergées en CHSLD* [en ligne]. Repéré à http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDEFile/30878.pdf?Archive=105465792364&File=30878_pdf

- Audet, L. A., Bourgault, P., & Rochefort, C. M. (2018). Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. *International Journal of Nursing Studies*, *80*, 128-146. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.01.007
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*, *23*(2), 116-125. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001767
- Besner, J., Doran, D., Hall, L. M., Giovannetti, P., Girard, F., Hill, W., & Morrison, J. (2005). *A systematic approach to maximizing nursing scopes of practice* [en ligne]. Repéré à https://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/besner_final.pdf
- Bickford, C. J. (2018). A contemporary look at gerontological nursing. *American Nurse Today* *13*(6), 48.
- Biddle, B. J. (1979). *Role theory: Expectations, identities, and behaviors*. New York, NY: Academic Press.
- Birks, M., Davis, J., Smithson, J., & Cant, R. (2016). Registered nurse scope of practice in Australia: An integrative review of the literature. *Contemporary Nurse*, *52*(5), 522-543.
- Blegen, M. A., Goode, C. J., Park, S. H., Vaughn, T., & Spetz, J. (2013). Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, *43*(2), 89-94. doi: 10.1097/NNA.0b013e31827f2028
- Blegen, M. A., Vaughn, T. E., & Goode, C. J. (2001). Nurse experience and education: Effect on quality of care. *Journal of Nursing Administration*, *31*(1), 33-39.
- Brault, I., Desjardins, A.A., Borgès Da Silva, R., Dubois, C.A, Motulsky, M., et Prud'homme, A. (2018). Soutenir le déploiement de la prescription infirmière dans les milieux cliniques. Perspective infirmière. Janvier Février / 2018 / vol. 15 / n° 1. Montréal. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/271608/deploiement-prescription-infirmiere.pdf/6dcc2a83-def9-8c0a-ccd4-b6a0532057ee>
- Clarke, S. P., & Donaldson, N. E. (2008). Nurse staffing and patient care quality and safety. Dans R. G. Hughes (Éd.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (Chapitre 25). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- Collière M.F.(1982). *Promouvoir la vie*. Paris, France : Masson.

- Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Avis - Vers une meilleure intégration de la relève infirmière* [en ligne]. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/13061/avisintegration-releve-ca-20180419-20.pdf/a2d6ba12-fae4-2bcb-547c-f0c66cb05493>
- Conseil international des infirmières. (2013). *Position statement: Scope of nursing practice* [en ligne]. Repéré à https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/B07_Scope_Nsg_Practice.pdf
- D'Amour, D., Dubois, C. A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, E., Blais, R., & Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: A new tool for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration, 42*(5), 248-255. doi : 10.1097/NNA.0b013e31824337f4
- Déry, J. (2019). Conséquences d'une étendue de pratique infirmière non optimale. Perspective infirmière. Janvier-Février ,2019 . Montréal. Québec. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1516102/perspective-infirmiere-vol-16-no-1-2019.pdf/#page=37>
- Déry, J. (2013). *L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle* [en ligne]. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/576/browse?type=author&value=D%C3%A9ry%2C+Johanne>
- Déry, J., Clarke, S. P., D'Amour, D., & 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., Clarke, S. P., D'Amour, D., & Blais, R. (2018). Scope of nursing practice in a tertiary pediatric setting: Associations with nurse and job characteristics and job satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship, 50*(1), 56-64.
- Déry, J., D'Amour, D., Blais, R., & Clarke, S. P. (2015). Influences on and outcomes of enacted scope of nursing practice: A new model. *Advances in Nursing Science, 38*(2), 136-143. doi: 10.1097/ANS.0000000000000071
- Déry, J., D'Amour, D., & Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. *Perspective infirmière, 14*(1), 51-55.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method* (4^e éd.). Hoboken, NJ: Wiley.

- Dubois, C. A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Services Research*, *12*, 286. doi: 10.1186/1472-6963-12-286
- Erickson J.I., & Ditomassi, M. (2011). Professional practice model : strategies for translating models into practice. *Nursing Clinic of North America* 46(2011), 35-44.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2015). *Référentiel de compétences du Baccalauréat en sciences infirmières : Université de Montréal* [en ligne]. Repéré à [http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1LT53J1VT-LKT4LQ-2NL6/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20Comp%C3%A9tences%20FSI%202010%20\(PDF\).pdf](http://reseauconceptuel.umontreal.ca/rid=1LT53J1VT-LKT4LQ-2NL6/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20Comp%C3%A9tences%20FSI%202010%20(PDF).pdf)
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. (2016). *Convention collective* [en ligne]. Repéré à <http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2016/10/2016-convention-collective-web-2016-2020-fr.pdf?download=1>
- Francoeur, L. (2016). *Les soins de fin de vie en CHSLD : les enjeux*. Communication présentée lors du congrès de l'ACFAS. Repéré à https://palli-science.com/sites/default/files/miseencommun/francoeur_louise_0.pdf
- Goode, C. J., Pinkerton, S., McCausland, M. P., Southard, P., Graham, R., & Krsek, C. (2001). Documenting chief nursing officers' preference for BSN-prepared nurses. *Journal of Nursing Administration*, *31*(2), 55-59.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Legault, A., Boyer, L., Dubois, S., & al. (2013). Approche intégrée de la formation initiale et continue des infirmières pour améliorer la qualité du raisonnement et du leadership cliniques infirmiers. Rapport de recherche présenté à la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), Université de Montréal.
- Gouvernement du Québec. (2003). *Projet de loi n^o90 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* [en ligne]. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-90-36-2.html>
- Gouvernement du Québec. (2012). *Projet de loi n^o21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines reconnaît plus d'activités réservées* [en ligne]. Repéré à <http://www.ooaq.qc.ca/ordre/lois-reglements/doc-lois/loi21.pdf>

- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1974). *The Job Diagnostic Survey: An instrument for the diagnosis of jobs and the evaluation of job redesign projects*. Department of Administrative Sciences: Yale University. Repéré à <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED099580.pdf>
- IBM Corporation. (2016). *SPSS Statistics (version 24.0.0.1)* [Logiciel]. Armonk, NY: IBM Corporation.
- Institut canadien d'information sur la santé. (ICIS, 2018). *Les conséquences de la démence pour les Canadiens* [en ligne]. Repéré à <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/les-consequences-de-la-demence-pour-les-canadiens>
- Institut canadien pour la sécurité des patients en collaboration avec le Consortium national sur la sécurité des patients (2015). *Priorités en matière de sécurité des patients et de qualité des soins pour les participants au Consortium*. Repéré à <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2018/08/Patient-Safety-LO-FR-FINAL-2018.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2016* [en ligne]. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2011-2016.html>
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec* [en ligne]. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1082_VieillessePop.pdf
- Jones, T. L. (2014). Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) instrument. *Nursing Forum*, 49(2), 77-87. doi : 10.1111/nuf.12076
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N. (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121-1137. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advance Nursing*, 65(7), 1509-1517. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Williams, R. A. (2009). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, 57(1), 3-9. doi : 10.1016/j.outlook.2008.05.007
- Kimball, B., Joynt, J., Cherner, D., & O'Neil, E. (2007). The quest for new innovative care delivery models. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 37(9), 392-398.

- Kutney-Lee, A., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2013). An increase in the number of nurses with baccalaureate degrees is linked to lower rates of postsurgery mortality. *Health Affairs (Millwood)*, 32(3), 579-586. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0504
- Lafleur, M. (2016). *L'étendue effective de pratique des infirmières œuvrant en santé mentale et le niveau de formation* (Mémoire de maîtrise). Université de Montréal, Montréal, QC. Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/16292/Lafleur_Martine_2016_memoire.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Lavoie-Tremblay, M., Lavigne, G. L., & Laporte, G. (2019). Occupation du champ d'exercice : à quoi aspire la relève infirmière?. *Perspective infirmière: revue officielle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 16(1), 41-44.
- Lavoie - Tremblay, M., O'brian - Pallas, L., Gelinass, C., Desforages, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 724-733.
- Loi sur les infirmières et infirmiers. (LII, 2009). *Chapitre I-8, (36-36.1)* [en ligne]. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/I-8>
- Loi sur les infirmières et les infirmiers. (2012). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Articles 17 et 18* [en ligne]. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%209>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux. (LSSSS, 2019). *Plan d'intervention et plan de services individualisés; Articles 102, 103 pris en vertu du paragraphe 27 de l'article 505* [en ligne]. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2>
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Montréal, QC : Éditions du renouveau pédagogique Inc.
- Magennis, C., Slevin, E., & Cunningham, J. (1999). Nurses' attitudes to the extension and expansion of their clinical roles. *Nursing Standard*, 13(51), 32-36. doi: 10.7748/ns1999.09.13.51.32.c2672
- Marleau, D. (2018). *Portrait de l'effectif infirmier et de la relève infirmière 2017-2018*. Montréal, QC : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [en ligne]. Repéré à <https://www.oiiq.org/en/portrait-sommaire-de-l-effectif-infirmier-du-quebec-2017-2018>

- McGilton, K. S., Bowers, B. J., Heath, H., Shannon, K., Dellefield, M. E., Prentice, D., ... Boscart, V. M. (2016). Recommendations from the international consortium on professional nursing practice in long-term care homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(2), 99-103.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2005). *Loi concernant les conditions de travail dans le secteurs public (projet de loi n° 142)* [en ligne]. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2005C43F.PDF>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2013). *Rapport du président du groupe de travail sur la formation de la relève infirmière*. Québec, QC : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux [en ligne]. Repéré à http://www.fneeq.qc.ca/fneeq/opencms/fr/accueil/communiqués/communiqués_2014/cegep/Ref-comm001-Rapport-13-945-01W.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2014). *Loi concernant les soins de fin de vie* [en ligne]. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/loi-concernant-les-soins-de-fin-de-vie/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2016a). *Nomenclature des titres d'emploi de la fonction publique* [en ligne]. Repéré à <http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/download.php?f=76220781cff4a9cfd7a5ec06b838fee8>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2016b). *Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10-14* [en ligne]. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000162/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2016c). *Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD* [en ligne]. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/forum-sur-les-meilleures-pratiques-usagers-chsld-et-soutien-a-domicile/forum-sur-les-meilleures-pratiques-en-chsld/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2018a). *Définition d'un CHSLD* [en ligne]. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (MSSS, 2018b). *Cadre de référence et normes relatives à l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée* [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-834-12W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Rapport 2017-2018 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec : Direction des communications*. [en ligne]. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-735-01W.pdf>
- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (2020). Programme d'études professionnelles et techniques soins infirmiers. Québec. repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/programmes-detudes-professionnelles-et-techniques/?tx_tmrechercheinforoute_search%5Bprogramme%5D=39&tx_tmrechercheinforoute_search%5Bsanction%5D=1&tx_tmrechercheinforoute_search%5Baction%5D=show&cHash=8a851e9c491e3b8df2f5f78a91270e42
- O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Hall, L. M., Pink, G., Kerr, M., Wang, S., ... Meyer, R. (2004). *Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance*. Ottawa, ON: Canadian Health Services Research Foundation [en ligne]. Repéré à https://www.researchgate.net/profile/George_Pink/publication/228738285_Evidencebased_stadards_for_measuring_nurse_staffing_and_performance/links/0912f50db2cd9eb590000000.pdf
- Oelke, N. D., White, D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing workforce utilization: An examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Nursing Leadership (Toronto, Ont)*, 21(1), 58-71.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2009a). *Le plan thérapeutique infirmier – La trace des décisions cliniques de l'infirmière : lignes directrices* [en ligne]. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/ordres_regionaux/ORIIML/publications/Revue%20hiver%202009%20.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2009b). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière. Compétences initiales – 2^e édition. Cadres de référence* [en ligne]. Repéré à <https://www.oiiq.org/en/mosaique-des-competences-cliniques-de-l-infirmiere-competences-initiales-2e-edition>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2011). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec*. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270GCO_doc.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2013). *Le rehaussement de la formation de la relève infirmière : un levier de transformation du système de santé* [en ligne]. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3390_MemoireRehaussementFormation.pdf

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2014). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)* (Mémoire de l'OIIQ présenté à la Commission de la santé et des services sociaux). Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/memoire-les-conditions-de-vie-des-adultes-heberges-en-centre-d-hebergement>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et collège des médecins du Québec. (OIIQ, 2015). *Prescription infirmière, Guide explicatif. Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, pris en application de la Loi médicale* [en ligne]. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-11-23-fr-prescription-infirmiere-guide-explicatif-conjoint.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2018a). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)* [en ligne]. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsld-cadre-reference-web.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (OIIQ, 2018b). Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière. Repéré à <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>
- Phaneuf, M. (2011). *Les savoirs d'expérience en soins infirmiers, une richesse à explorer : mentorat, pratiques exemplaires et benchmarking* [en ligne]. Repéré à http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Savoirs_d_experience_en_soins_infirmiers_une_richesse_a_explorer_mentorat_pratiques_exemplaires_et_benchmarking-Phaneufdec2011.pdf
- Polit, D. F. (2013). *Statistics and Data Analysis for Nursing Research: Pearson New International Edition: Do I Really Need This Stuff?*. Pearson Higher Ed.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10^e éd.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams et Wilkins.
- Pryor, J. (2012). Scope of practice: What is it, why is it important and how might it be clarified for nurses working in rehabilitation? *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurse's Association*, 15(2), 1-8.

- Rocheffort, C. M., Buckeridge, D. L., & Abrahamowicz, M. (2015). Improving patient safety by optimizing the use of nursing human resources. *Implementation Science, 10*, 89. doi : 10.1186/s13012-015-0278-1
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument. *Journal of Nursing Research, 56*(6), 416-424. doi: 10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62
- StataCorp. (2015). *Stata Statistical Software (Version 14)* [Logiciel]. College Station, TX: StataCorp LP.
- Tourangeau, A. E., Doran, D. M., McGillis Hall, L., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J. V., & Cranley, L. A. (2006). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advance Nursing, 57*(1), 32-44. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x
- Voyer, P., Cyr, N., Abran, M. C., Berube, L., Cote, S., Coulombe, A., ... Tremblay, S. (2016). Les ratios infirmières/résidents en CHSLD : pénurie de soins ou pénurie d'infirmières. *Perspective infirmière, 13*(3), 45-50.
- White, D., Oelke, N. D., Besner, J., Doran, D., McGillis Hall, L., & Giovannetti, P. (2008). Nursing scope of practice: Descriptions and challenges. *Nursing Leadership (Toronto, Ont), 21*(1), 44-57.
- Yergeau, E., & Poirier, M. (2013). *SPSS à l'UdeS* [en ligne]. Repéré à <http://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/pages/statistiques-inferentielles/analyse-de-variance.php>

Annexe A – Activités réservées

Article 36.

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.

Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier :

- 1° évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- 2° exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- 3° initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
- 4° initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique ([chapitre S-2.2](#));
- 5° effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
- 6° effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
- 7° déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
- 8° appliquer des techniques invasives;
- 9° contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
- 10° effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- 11° administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
- 12° procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
- 13° mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
- 14° décider de l'utilisation des mesures de contention;
- 15° décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ([chapitre S-4.2](#)) et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ([chapitre S-5](#));
- 16° évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14;
- 17° évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

Annexe B – Questionnaire d'évaluation de l'étendue de la pratique infirmière (QÉPI)

Instructions : Pour chaque énoncé, cochez le chiffre correspondant le mieux à votre **pratique quotidienne dans vos unités.**

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

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

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

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

12. Je coordonne le travail de l'équipe de soins infirmiers (infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires) pour répondre aux besoins du client <u>et</u> de sa famille.	1	2	3	4	5	6
13. Lors d'une modification de pratique, je partage avec l'équipe des soins infirmiers les connaissances issues de la recherche.	1	2	3	4	5	6
14. Je participe au développement et à la dispensation d'activités de formation à l'équipe de soins selon mes compétences.	1	2	3	4	5	6
15. Afin d'assurer la continuité des soins, je coordonne les interventions de l'équipe interprofessionnelle au sein de l'établissement.	1	2	3	4	5	6
16. Je communique aux membres de l'équipe toute information pertinente susceptible d'influencer la coordination des soins.	1	2	3	4	5	6
17. Je valide la compréhension du client <u>et</u> de sa famille par rapport à l'enseignement reçu.	1	2	3	4	5	6
18. Je bonifie ma pratique en fonction des nouvelles connaissances issues des pratiques exemplaires et des projets de recherche en sciences infirmières ou en santé.	1	2	3	4	5	6
19. Je propose des approches ou stratégies pour améliorer la qualité et la sécurité des soins lorsque j'identifie des lacunes.	1	2	3	4	5	6
20. Je participe à l'identification des besoins de formation de mon unité.	1	2	3	4	5	6
21. Je mets à jour systématiquement, <u>par écrit</u> , les informations sur la condition du client et les soins dispensés.	1	2	3	4	5	6
22. Je vérifie la qualité de l'enseignement dispensé à l'unité.	1	2	3	4	5	6
23. Je participe à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins.	1	2	3	4	5	6
24. Je communique toutes les informations pertinentes aux professionnels d'autres établissements en vue d'assurer la qualité des soins.	1	2	3	4	5	6
25. J'évalue la condition physique et mentale du client en considérant les dimensions biopsychosociales.	1	2	3	4	5	6
26. Je m'implique dans la mise à jour des pratiques en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.	1	2	3	4	5	6

Annexe C – Questionnaire des données sociodémographiques

1. Quel âge avez-vous?

1. 20-29 ans
2. 30-39 ans
3. 40-49 ans
4. 50-59 ans
5. 60 ans et plus

2. De quel genre êtes-vous?

1. Féminin
2. Masculin
3. Je me définis comme _____

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

1. Diplôme d'études collégiales en soins infirmiers
2. Baccalauréat en sciences infirmières
3. Microprogramme en sciences infirmières 2^e cycle
4. Maîtrise en sciences infirmières ou PhD
5. Autre _____

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

Nombre d'années d'expérience : _____

5. Quel poste occupez-vous?

1. Infirmière
2. Infirmière chef d'équipe
3. Infirmière clinicienne
4. Infirmière assistante au supérieur immédiat (ASI)
5. Infirmière clinicienne assistance au supérieur immédiat (ICASI)
6. Autre _____

6. Travaillez-vous dans plus d'une unité?

Oui Non

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

1. Temps plein
2. Temps partiel
3. Liste de rappel
4. Depuis combien de temps occupez-vous ce poste?
Nombre d'années à ce poste : _____

8. Quel est votre quart de travail?

1. Jour
2. Soir
3. Nuit
4. Rotation

9. Depuis combien de temps travaillez-vous en CHSLD?

Nombre d'années en CHSLD : _____

Annexe D – Affiche promotionnelle

Université de Montréal

BUT DE L'ÉTUDE
Mesurer l'étendue de la pratique des infirmières œuvrant en CHSLD au CISSS

QUESTIONNAIRE EN LIGNE
DURÉE DE 10 à 15 MINUTES

POUR QUI
Les infirmières ayant un poste ou un remplacement en CHSLD et membres de l'OIIQ.
Votre collaboration est essentielle au succès de l'étude.

CONFIDENTIEL

L'étendue de la pratique des infirmières œuvrant en CHSLD

Marie-Claude Richer
Étudiante candidate à la maîtrise en sciences infirmières
Université de Montréal (Québec)

JUIN 2019

Annexe E – Lettre d’invitation et courriel de relance



Mesure de l’étendue de pratique des infirmières œuvrant en CHSLD

Juin 2019

Il y a une semaine, vous avez été invité (e) à participer à une étude qui vise à comprendre l’étendue de la pratique des infirmières en CHSLD en complétant le questionnaire en ligne (anonyme) ci-joint, cliquez sur le lien pour y accéder : <https://recherche-services-sante.ca/index.php/581479?lang=fr>

Si vous avez déjà complété le questionnaire en ligne, *veuillez accepter mes sincères remerciements*. Si non, s’il vous plaît, veuillez le remplir dès aujourd’hui. Votre participation en grand nombre est essentielle afin de décrire l’étendue de pratique des infirmières œuvrant en CHSLD qui reflète votre réalité. La réussite de cette étude ne peut être assurée qu’avec votre aide.

Si vous avez des questions n’hésitez pas à me contacter au (██████████).

Merci pour votre participation et votre aide.

Sincèrement,

██████████

Marie-Claude Richer, étudiante-chercheuse candidate à la maîtrise
Université de Montréal

Annexe F – Approbation du comité d'éthique de la recherche en santé du Centre intégré de santé et des services sociaux



Comité d'éthique de la recherche

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Par courrier électronique

Saint-Eustache, le 30 avril 2019

Mme Roxane Borgès Da Silva
Chercheuse responsable
Professeure agrégée
École de santé publique de l'Université de Montréal

Mme Marie-Claude Richer
Chercheuse étudiante
Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Objet: Protocole 2019-371-É

- L'étendue effective de la pratique des infirmiers/infirmières œuvrant en soins de longue durée

Approbation finale

Mesdames

Nous confirmons réception des précisions et corrections demandées, ainsi que des documents suivants en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique:

- Protocole, version no 3 du 29 avril 2019
- Formulaire d'information et de consentement et questionnaire, version française no 3 du 29 avril 2019
- Courriel de recrutement et courriel de rappel, version française non datée

Le tout étant jugé satisfaisant, vous trouverez ci-joint une copie du formulaire de consentement portant l'estampille d'approbation du comité. Seule cette version finale devra être utilisée pour signature par les participants à la recherche.

La présente constitue l'approbation finale, valide pour un an à compter du 26 mars 2019, date de l'approbation initiale du projet. Vous devrez compléter le formulaire de renouvellement annuellement. De même, vous devrez soumettre pour approbation préalable toute demande de modification ou document de suivi requis par le comité d'éthique conformément à ses Statuts et Règlements.

Annexe G – Approbation du comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal



Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

23 mai 2019

Objet: Approbation éthique – « Etendue effective de la pratique des infirmières oeuvrant en soins de longue durée »

Mme Marie-Claude Richer,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERSES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, l'expression de nos sentiments les meilleurs,

Dominique Langelier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV
Roxane Borges Da Silva, Professeure

p.j. Certificat #CERSES-19-054-D

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
cerses@umontreal.ca
www.cerses.umontreal.ca

Annexe H – Formulaire d’information et de consentement

Feuillelet d’information et de consentement

Veillez lire attentivement les informations qui suivent.

Notez que le fait de répondre au questionnaire en ligne équivaut à un consentement.

Titre du projet : L’étendue effective de la pratique des infirmières œuvrant en soins de longue durée

Chercheuse responsable :

Roxane Borgès Da Silva

Professeure agrégée

Département de gestion, d’évaluation et de politique de santé

École de santé publique de l’Université de Montréal

Chercheuse étudiante :

Marie-Claude Richer

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, administration des services infirmiers, option mémoire
Faculté des sciences infirmières de l’Université de

Montréal

No de projet :

2019-371-É

**No de projet :
(CERSES UdeM)**

CERSES 19 054 D

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche mené aux fins de l’obtention du grade de maîtrise en administration des services infirmiers par la chercheuse étudiante, parce que vous êtes un infirmier(ère) détenteur d’un poste à plein temps ou à temps partiel ou d’une affectation temporaire de plus de 1 mois et œuvrant en centre d’hébergement de soins de longue durée (CHSLD) du [REDACTED]

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET

Les deux tiers des personnes âgées hébergées sont atteints de multiples pathologies dont au moins trois problèmes chroniques de santé. L’infirmière occupe un rôle crucial dans la prestation de soins de qualité permettant d’assurer la sécurité des usagers dans les CHSLD. Selon la littérature scientifique, les infirmières n’appliquent que partiellement l’ensemble des activités de soins acquises lors de la formation et par l’expérience dans différents milieux de soins. Or, pour répondre aux besoins spécifiques des résidents en CHSLD, les infirmières doivent être en mesure de déployer pleinement leur étendue de la pratique.

Cette étude vise à comprendre l’étendue effective de la pratique des infirmiers(ères) œuvrant en soins de longue durée ainsi qu’à identifier l’influence du niveau de formation et d’expérience sur celle-ci.

DÉROULEMENT

Pour la réalisation de ce projet de recherche nous comptons recruter 128 participants. Cette étude se déroulera sur une période d’un an, mais **votre participation devrait durer entre (10 à 15 minutes)** soit le temps de lire le présent document, le cocher et compléter le questionnaire. **Notez qu’il sera permis de compléter le questionnaire sur votre temps de travail.**

Vous avez reçu un courriel vous invitant à participer à cette étude. Après avoir pris connaissance du présent document vous disposerez d’une période de réflexion à l’intérieur de laquelle vous pourrez communiquer avec la personne ressource de l’équipe de recherche si une ou des informations ne

vous semblent pas assez claires. Si vous consentez à participer au projet de recherche vous serez directement dirigé(e) vers le questionnaire en ligne (via *Lime Survey*).

En effet, ce projet de recherche se réalisera via une enquête sous forme de choix de réponses (*jamais à toujours*) comportant 26 questions liées aux dimensions de votre pratique infirmière et se terminera avec des informations telles votre sexe, âge, données démographiques et professionnelles. Une fois le questionnaire complété en ligne, il sera acheminé à l'équipe de recherche à des fins d'analyse.

Sept jours suivant l'envoi du courriel d'invitation, trois rappels seront systématiquement effectués par voie électronique par la direction adjointe à l'hébergement auprès de toutes les personnes ayant été identifiées pour participer à cette étude. Dans l'éventualité où vous auriez déjà complété le questionnaire ou ne souhaitez pas participer à l'étude, ne tenez pas compte de ces rappels. Après cette période, l'étude prendra fin et il ne vous sera plus possible d'y participer. Si vous devez quitter le questionnaire sans toutefois avoir complété toutes les questions, il vous sera possible d'y revenir plus tard, en reprenant où vous étiez rendu(e)s.

VOS RESPONSABILITÉS

En cochant « Oui » à la section « Consentement », vous acceptez de participer à ce projet de recherche, selon les modalités décrites précédemment. Vous avez l'obligation de répondre à toutes les questions et ce de façon intègre, car il ne s'agit pas d'une évaluation de performance mais de dresser un portrait de la situation. Vous devez remplir une seule fois le questionnaire afin d'éviter de fausser les résultats de l'étude. En cas de questions, vous pourrez joindre les chercheuses aux numéros de téléphone indiqués dans la section « Identification des personnes ressources ».

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

La participation à cette étude ne présente aucun risque connu. Le seul inconvénient porte sur le temps passé à lire le présent document et remplir le questionnaire.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel pour votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, les résultats obtenus permettront de mieux comprendre l'étendue de pratique des infirmiers(ères) en soins de longue durée et l'influence du niveau de formation sur celle-ci et contribuer à l'avancement de la recherche en soins infirmiers en administration des services infirmiers. **Notez qu'il sera permis de compléter le questionnaire sur votre temps de travail.**

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. En aucun cas, il ne sera possible de relier les réponses à vous-même puisque les données seront non nominatives (anonymes). Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi et la base de données des réponses à l'enquête sera hébergée sur les serveurs Calcul Québec de l'Université de Montréal. Ces données de recherche seront conservées dans un ordinateur accessible avec un mot de passe et les chercheurs y auront accès pour une période de dix ans. Les données seront détruites par la suite.

Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera impossible de vous identifier. Vous pourrez connaître les résultats généraux de cette étude si vous en faites la demande à la chercheuse responsable à la fin de l'étude. Une présentation orale des résultats au Comité de direction DSAPA et DSIEC-DAPP aux Conseillères en soins

FINANCEMENT DU PROJET

La chercheuse responsable du projet et l'établissement n'ont reçu aucun financement afin de réaliser ce projet de recherche.

EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit par toute procédure reliée à ce projet de recherche,

vous serez référé(e) au programme d'aide aux employés de votre établissement.

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.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Votre participation ou votre refus de participer à l'étude n'aura pas de conséquence sur votre emploi puisque votre employeur n'en sera pas informé. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment lors de la complétion du questionnaire, et ce, en refusant de cliquer sur le bouton « Envoyer ». Dans ce cas aucune de vos réponses ne sera enregistrée. Puisqu'en aucun cas les réponses ne pourront être reliées à vous-même, il sera impossible après avoir envoyé votre questionnaire de retirer votre participation au projet.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse responsable :

Roxane Borgès Da Silva, au numéro suivant : [REDACTED] (entre 9h et 17h, du lundi au vendredi).

Vous pouvez également communiquer avec la chercheuse étudiante :

Marie-Claude Richer, au numéro suivant : [REDACTED] (entre 9h et 17h, du lundi au vendredi).

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant(e) 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 [REDACTED] ou au [REDACTED]. Courriel : [REDACTED]

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé : (CERSES) par courriel à l'adresse cerses@umontreal.ca ou par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604 ou consulter le site <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

APPROBATION PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a approuvé le projet 2019-371-É et en assurera le suivi.

APPROBATION PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE EN SCIENCES ET EN SANTÉ

Le comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé de l'Université de Montréal a approuvé le projet CERSES 19 054 D

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE RESPONSABLE

Je certifie que nous avons mis à la disposition du participant l'information relative au projet de recherche dans le présent formulaire d'information et de consentement, que nous lui fournissons les coordonnées nécessaires pour joindre l'équipe de recherche en cas de questions du participant à cet égard et qu'il est stipulé dans le présent formulaire 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.

Roxane Borgès Da Silva

Prénom et nom de la chercheuse responsable
(caractères d'imprimerie)

Marie-Claude Richer

Prénom et nom de l'étudiante chercheuse
(caractères d'imprimerie)



Signature de la chercheuse
responsable



Signature de l'étudiante chercheuse

Date: 29-03-2019
