







Université du Québec  
à Rimouski

# **Identification et validation des compétences cliniques minimales chez les infirmières débutantes en soutien à domicile**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© NANCY PERRON

**Octobre 2020**

**Composition du jury :**

**Emmanuelle Jean, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski**

**Guy Bélanger, directeur de recherche, Université du Québec à Rimouski**

**Caroline Guay, examinateur externe, CIUSSS Saguenay-Lac-St-Jean**

Dépôt initial le 2 septembre 2020

Dépôt final le 29 octobre 2020

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI  
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

À mes enfants que j'aime de tout  
mon cœur, ne laissez jamais personne  
vous dire que c'est impossible ou que  
vous n'y arriverez pas. Croyez toujours  
en vous et vos rêves se réaliseront.

## REMERCIEMENTS

Ce travail résulte de l'aboutissement d'un dur labeur et de beaucoup de sacrifices. Il n'aurait pu être réalisé sans l'étroite et précieuse collaboration de plusieurs personnes.

J'offre tout d'abord de sincères et chaleureux remerciements au docteur Guy Bélanger, directeur de recherche. Le mérite d'un mémoire appartient certes à l'auteur, mais également au directeur qui l'encadre. Vos commentaires éclairés et toujours forts pertinents ont été déterminants dans l'accomplissement de ce mémoire. Merci pour votre soutien inconditionnel, pour vos encouragements dans mes moments de découragement. Merci d'avoir cru en mes capacités et de m'avoir transmis vos connaissances en recherche. Vous êtes un homme d'une grande générosité et d'une expertise exceptionnelle.

À Mahika et Zack - mes rayons de soleil - ce fut un parcours long et ardu mais vous avez su faire preuve d'une grande patience envers une maman moins présente. Je vous en suis énormément reconnaissante. À mes parents, Christiane et Jacques, je dis merci pour votre soutien absolu et vos encouragements. De voir la fierté qui illumine votre regard me remplit de satisfaction. Sans vous, ce bel accomplissement n'aurait pu être possible. Merci à vous d'être là pour moi et de m'aimer tout simplement. C'est au travers de votre amour que j'ai su trouver l'énergie nécessaire afin de mener à terme ce merveilleux projet.

En terminant, je suis particulièrement reconnaissante et redevable auprès des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD qui, malgré leurs temps si précieux, ont accepté de participer à cette étude. Sans votre générosité, jamais ce projet n'aurait pu être réalisé

## RÉSUMÉ

La présente étude avait pour but d'identifier et de valider les compétences cliniques minimales que devraient idéalement posséder les infirmières débutantes en soutien à domicile (SAD) afin d'assumer leur rôle professionnel au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Ce processus de validation a été conduit en trois étapes. Il s'agit de la définition du construit de compétence clinique de l'infirmière débutante en SAD, de la génération d'un échantillon d'énoncés de compétences et de la validation *a priori* des énoncés de compétences auprès de gestionnaires et d'infirmières expertes en SAD.

La définition du construit de compétence clinique de l'infirmière débutante en SAD a permis de retenir 11 dimensions permettant de classer l'ensemble des compétences cliniques de l'infirmière en SAD. Il s'agit de *l'évaluation, la surveillance et la prise de décision clinique, la planification et la coordination des soins, le maintien de la santé et la palliation, l'enseignement, la communication, la relation thérapeutique, l'accès et l'équité des soins, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la qualité des soins et les responsabilités professionnelles.*

La génération d'un échantillon d'énoncés de compétences a permis de recenser (approche déductive) plus de 94 compétences pouvant potentiellement représenter les compétences cliniques minimales que devraient posséder les infirmières débutantes en SAD. Chacune de ces compétences a été formulées sous forme d'énoncés et soumis à une pré-validation de leur clarté auprès de trois infirmières expertes en SAD agissant à titre de juges avant les soumettre officiellement aux experts. Par la suite, la validation *a priori* a été réalisée auprès d'un échantillon de 12 gestionnaires en SAD et de 15 infirmières expertes en SAD qui devaient maintenant se prononcer sur la clarté, la pertinence et l'importance de chacun des énoncés de compétences. Ce processus de validation comportait également une approche inductive permettant aux experts de soumettre d'autres idées de compétences qui leur apparaissaient pertinentes et importantes. Au terme de ce processus qui a nécessité deux consultations des experts, 105 énoncés de compétences ont été validés méthodologiquement.

L'identification ainsi que la validation de ces énoncés de compétences permettront, entre autres, aux gestionnaires d'offrir des programmes de mentorat ainsi que des formations spécialisées en cours d'emploi favorisant le développement des compétences. Ces énoncés de compétences favoriseront l'autonomisation de la pratique professionnelle en SAD en plus de permettre l'arrimage des programmes de la formation universitaire afin de développer les compétences cliniques minimales requises chez l'infirmière débutante en SAD.

Mots clés : Compétence, infirmière débutante, soutien à domicile, service, soins

## ABSTRACT

The purpose of this study was to identify and validate the minimum of clinical competencies of advanced beginner home health care nurses should ideally have in order to assume their professional role within the health care and social services network in Quebec. This process required three steps. These steps refer to the definition of the competencies construct of advanced beginner home care nurses, the generation of a sample of competence statements and the validation *a priori* of the competency's statements by the managers and expert nurses in home healthcare.

The definition of the clinical competencies construct of advanced beginner home care nurses made it possible to retain 11 dimensions allowing classification of the entire clinician's skills of a home care nurses. It acts of *evolution, monitoring and clinical decision making, care planning and care coordination, health maintenance and palliation, education, communication, therapeutic relationship, access and equity of care, health promotion, disease prevention, quality of care and professional's responsibilities.*

Generating a sample of competence statements identified, (deductive approach), more than 94 competencies that could potentially represent the minimal competencies that advanced beginner home health care nurses should have. Each of these skills were formulated in an interrogative form and subjected to a pre-validation by three experienced nurses in home care services with the purpose of establishing the clarity of statements before officially submitting to the experts. Thereafter, the content validation was carried out by a sample of 12 home health managers and 15 home health nurses who were to come to consensus about the clarity, the relevance and the importance of each competence statements. This process of validation also comprised an inductive approach making it possible for the experts to propose other ideas of skills that they found relevant and important to them. At the end of this process which required two consultations with experts, 105 competence statements were methodologically validated.

The identification and the validation of these competencies' statements will allow home health managers to offer on job training programs that promote the development of clinical skills. These competencies statements will promote the empowerment of professional practice in home health care, in addition to allow the alignment of university training programs in order to develop the minimal clinical skills requirement for the advanced beginner home health care nurses.

*Keywords:* competence, advanced beginner nurse, home health care, service, care

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	v
RÉSUMÉ.....	vi
ABSTRACT .....	vii
TABLE DES MATIÈRES .....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES FIGURES .....	xvi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	xvii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE .....	3
1.1 LE PROBLEME.....	3
1.2 BUT DE LA RECHERCHE.....	13
1.3 QUESTION DE RECHERCHE .....	13
CHAPITRE 2 LA RECENSION DES ÉCRITS .....	14
2.1 LE SOUTIEN A DOMICILE .....	14
2.2 LA PRATIQUE INFIRMIERE EN SAD. ....	20
2.3 LE CONCEPT DE COMPETENCE.....	26
2.4 LE CONCEPT DE COMPÉTENCE CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE EN SAD.....	30
2.5 LA VALIDATION DE CONTENU DES ENONCES DE COMPETENCES .....	54
2.5.1 La spécification du domaine du construit.....	56
2.5.2 La génération d'un échantillon d'énoncés de compétences cliniques.....	57
2.5.3 La validation <i>a priori</i> des énoncés de compétences cliniques .....	57

2.6	LE CADRE DE REFERENCE .....	60
CHAPITRE 3 LA MÉTHODE .....		66
3.1	TYPE D'ETUDE .....	66
3.2	MILIEU D'ETUDE .....	66
3.3	POPULATION CIBLE ET ECHANTILLON.....	68
3.4	TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE .....	68
3.5	DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES .....	72
3.6	CONTROLE DES VARIABLES INTERNES ET EXTERNES .....	75
3.7	PROCESSUS DE VALIDATION DES ENONCES DE COMPETENCES .....	76
3.7.1	Première étape : La spécification du domaine du construit. ....	77
3.7.2	Deuxième étape : La génération d'un échantillon d'énoncés de compétences.....	77
3.7.3	Troisième étape : La validation des énoncés de compétences .....	79
3.8	DEROULEMENT DES ACTIVITES .....	81
3.9	COLLECTE DES DONNEES.....	83
3.10	PLAN D'ANALYSE DES DONNEES .....	84
3.11	CONSIDERATIONS ETHIQUES .....	88
CHAPITRE 4 LES RÉSULTATS .....		90
4.1	LA PRE-VALIDATION DE LA CLARTE DES ENONCES DE COMPETENCES AUPRES DES JUGES. ....	90
4.2	LA VALIDATION DES ENONCES DE COMPETENCES AUPRES DES EXPERTS.....	96
4.2.1	Les résultats obtenus lors de la première consultation des experts.....	97
4.2.2	Les Résultats obtenus lors de la seconde consultation des experts.....	114
4.3	LA SYNTHESE DES RESULTATS AU TERME DES DEUX CONSULTATIONS DES EXPERTS .....	116
CHAPITRE 5 LA DISCUSSION .....		118
5.1	LA PHASE DE VALIDATION DES ENONCES DE COMPETENCES .....	118

5.1.1	La constitution de l'échantillon des énoncés de compétences .....	119
5.1.2	La représentativité de l'échantillon d'experts .....	121
5.2	LE DEROULEMENT DES ACTIVITES DE RECHERCHE.....	123
5.3	LES RESULTATS DU PROCESSUS DE VALIDATION.....	125
5.4	LES LIMITES DE L'ETUDE .....	130
5.5	LES RECOMMANDATIONS POUR LA GESTION, LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE, LA FORMATION ET LES RECHERCHES FUTURES .....	133
	Conclusion.....	137
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	138
	ANNEXE 1 : LES 17 ACTIVITÉS RÉSERVÉES AUX INFIRMIÈRES DEFINIES DANS LA LOI SUR LES INFIRMIERES ET INFIRMIERS .....	152
	ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE NO1 SOUMIS AUX GESTIONNAIRES ET AUX INFIRMIÈRES EXPERTES EN SAD LORS DE LA PHASE DE VALIDATION.....	154
	ANNEXE 3 : LETTRE D'INVITATION TRANSMISE AUX EXPERTS .....	170
	ANNEXE 4 : CERTIFICAT ÉTHIQUE.....	176
	ANNEXE 5 : LETTRE D'EXEMPTION CER ÉVALUATEUR .....	178
	ANNEXE 6 : EXEMPLE D'UNE DEMANDE D'ÉVALUATION DE CONVENANCE INSTITUTIONNELLE.....	181
	ANNEXE 7 : PROTOCOLE DE RECHERCHE.....	189
	ANNEXE 8 : EXEMPLE D'UN FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DU CHERCHEUR À LA CONFIDENTIALITÉ.....	202
	ANNEXE 9 : NIVEAUX DE CONSENSUS OBTENUS POUR LES 104 ÉNONCÉS SOUMIS AUX EXPERTS LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION .....	204
	ANNEXE 10 : NIVEAUX DE CONSENSUS OBTENUS POUR LES ÉNONCÉS NON RETENUS LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION DES EXPERTS.....	208

ANNEXE 11 : COMMENTAIRES ÉMIS PAR LES EXPERTS LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION DES EXPERTS .....	210
ANNEXE 12 : QUESTIONNAIRE NO 2 TRANSMIS AUX GESTIONNAIRES .....	217
ANNEXE 13 : QUESTIONNAIRE NO 2 TRANSMIS AUX INFIRMIÈRES EXPERTES.....	230
ANNEXE 14 : NIVEAUX DE CONSENSUS OBTENUS POUR LES ÉNONCES SOUMIS AUX EXPERTS LORS DE LA SECONDE CONSULTATION .....	241
ANNEXE 15 : ÉNONCES DE COMPÉTENCES RETENUS PAR LES EXPERTS AU TERME DES DEUX CONSULTATIONS. ....	243

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Les services en SAD classifiés selon le MSSS (2003).....	17
Tableau 2. Les cinq caractéristiques d'une compétence (Tardif, 2006).....	29
Tableau 3. Dimensions du concept de compétence clinique de l'infirmière en SAD proposées par différents auteurs .....	32
Tableau 4. Énoncés de compétences associés à la dimension Évaluation, surveillance et prise de décisions ( $n=15$ ).....	35
Tableau 5. Énoncés de compétences associés à la dimension Planification et coordination des soins ( $n=16$ ) .....	37
Tableau 6. Énoncés de compétences associés à la dimension Maintien de la santé et palliation ( $n=8$ ).....	39
Tableau 7. Énoncés de compétences associés à la dimension Enseignement ( $n=5$ ) .....	40
Tableau 8. Énoncés de compétences associés à la dimension Communication ( $n=8$ ).....	42
Tableau 9. Énoncés de compétences associés à la dimension Relation thérapeutique ( $n=5$ ) .....	43
Tableau 10. Énoncés de compétences associés à la dimension Accès et équité des soins ( $n=8$ ) .....	45
Tableau 11. Énoncés de compétences associés à la dimension Promotion de la santé ( $n=4$ ) .....	46
Tableau 12. Énoncés de compétences associés à la dimension Prévention de la maladie ( $n=4$ ) .....	48
Tableau 13. Énoncés de compétences associés à la dimension Qualité des soins ( $n=5$ ) .....	49

Tableau 14. Énoncés de compétences associés à la dimension Responsabilités professionnelles ( $n=15$ ).....	51
Tableau 15. Les cinq niveaux de compétences cliniques infirmières proposés par Benner (1984) .....	52
Tableau 16. Étapes proposées pour la conduite d'un processus de validation de contenu .....	55
Tableau 17. Niveaux de consensus obtenus dans des panels variant de six à 15 experts.....	59
Tableau 18. Les neuf principes de développement des compétences cliniques chez l'infirmière débutante en SAD (Tardif, 2006).....	64
Tableau 19. Répartition du nombre de questionnaires soumis par la direction des CIUSSS et CISSS de la province de Québec.....	69
Tableau 20. Répartition du nombre d'experts (questionnaires et infirmières) ayant accepté de participer à l'étude par région du Québec .....	72
Tableau 21. Codes numériques attribués aux points d'ancrage.....	85
Tableau 22. Distribution de fréquences des résultats obtenus pour la clarté lors de la première consultation des juges .....	91
Tableau 23. Sommaire des correctifs apportés à l'échantillon d'énoncés de compétences n'ayant pas été jugés clairs suite à l'analyse des commentaires émis par les juges.....	93
Tableau 24. Distribution de fréquences des résultats obtenus pour la clarté des énoncés de compétences lors de la seconde consultation des juges ( $n=35$ ) .....	94
Tableau 25. Formulation des énoncés de compétences #95 et #100 .....	95
Tableau 26. Répartition du nombre d'énoncés de compétences reconnus clairs au terme des deux consultations des juges .....	95
Tableau 27. Répartition géographique et nombre d'années d'expérience en SAD du nombre d'experts par région du Québec .....	96

Tableau 28. Énoncés de compétences rejetés par les gestionnaires et par les infirmières expertes au terme de la première consultation ( $n=4$ ) .....	100
Tableau 29. Répartition des énoncés de compétences non retenus lors de la première consultation selon le type d'experts consultés et selon les attributs mesurés (clarté, pertinence et importance) .....	103
Tableau 30. Numéros d'identification des énoncés de compétences non retenus par les experts lors de la première consultation sur la base des attributs mesurés (clarté, pertinence, importance) .....	106
Tableau 31. Énoncés de compétences non retenus par les infirmières expertes uniquement en raison d'un problème de clarté, de pertinence ou d'importance lors de la première consultation des experts ( $n = 5$ ) .....	107
Tableau 32. Énoncés de compétences non retenus en raison d'un problème d'importance par les gestionnaires seulement lors de la première consultation des experts ( $n = 8$ ) .....	108
Tableau 33. Synthèse des actions entreprises à la suite de la première consultation des experts .....	110
Tableau 34. Nouveaux énoncés de compétences proposés par les experts lors de la première consultation ( $n = 5$ ) .....	112
Tableau 35. Structure du second questionnaire de validation des énoncés de compétences soumis aux experts .....	113
Tableau 36. Numéros d'identification des énoncés de compétences et attributs mesurés par les gestionnaires et les infirmières expertes lors de la seconde consultation des experts ( $n=21$ ) .....	113
Tableau 37. Comparaison des résultats obtenus pour les énoncés ayant été soumis lors des deux consultations .....	115
Tableau 38. Répartition des énoncés de compétences retenus par les experts au terme des deux consultations .....	117
Tableau 39. Commentaires émis par les experts suite à l'évaluation de l'énoncé #17 .....	127

Tableau 40. Commentaires émis par les experts démontrant que le jugement des experts c'est limité au niveau de l'infirmière débutante .....	131
--	-----

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Modèle de développement des compétences de Tardif (2006) appliqué à l'infirmière débutante en SAD .....	61
Figure 2. Exemple d'un énoncé de compétence soumis à la validation des experts.....	84
Figure 3. Exemple d'un énoncé resoumis aux gestionnaires pour vérifier leur opinion au regard d'un attribut n'ayant pas satisfait la règle d'acceptation lors de la première consultation .....	87
Figure 4. Répartition des énoncés de compétences jugés Très clairs ou Clairs par les juges ( $n=84$ ).....	92
Figure 5. Répartition des énoncés de compétences jugés Ambigus ou Incompréhensibles par les juges ( $n=34$ ).....	92
Figure 6. Répartition des énoncés de compétences retenus par les gestionnaires et les infirmières expertes lors de la première consultation des experts.....	98
Figure 7. Répartition des énoncés de compétences non retenus par les gestionnaires et les infirmières expertes lors de la première consultation des experts .....	99
Figure 8. Répartition des énoncés de compétences non retenus par les gestionnaires en raison d'un problème de clarté, de pertinence ou d'importance ( $n=14$ ) .....	101
Figure 9. Répartition des énoncés de compétences non retenus ( $n=11$ ) par les infirmières expertes en raison d'un problème de clarté, de pertinence ou d'importance...	101

## LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

<b>ACSSD</b>	Association canadienne des soins et services à domicile
<b>AIIC</b>	Association des infirmières et infirmiers du Canada
<b>ANA</b>	American nurses association
<b>AQESSS</b>	Association québécoise des établissements de santé et services sociaux
<b>BACC</b>	Baccalauréat
<b>DEC</b>	Diplôme d'études collégiales
<b>CER</b>	Comité d'éthique de la recherche
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>CVI</b>	Content validity index
<b>IISCC</b>	Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada
<b>ISQ</b>	Institut de la statistique du Québec
<b>MSSS</b>	Ministère de la santé et des services sociaux
<b>NIE</b>	Numéro d'identification de l'énoncé de compétence
<b>OIIQ</b>	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
<b>PSTI</b>	Plan de soins et de traitements infirmiers
<b>PTI</b>	Plan thérapeutique infirmier

**SAD :** Services à domicile

**SAPA** Soutien à l'autonomie des personnes âgées

**UQAR** Université du Québec à Rimouski

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les services de soutien à domicile (SAD) demeurent un secteur en croissance qui prend de plus en plus d'importance. La population vieillissante, l'augmentation des maladies chroniques concomitantes, la hausse des coûts du système de santé et la demande croissante en soins de plus en plus complexes nécessitent, pour les infirmières, d'atteindre un niveau de compétence de plus en plus élevé. Or, on remarque que les infirmières débutantes en SAD se retrouvent à faire face à une lourde charge de responsabilités sans pour autant posséder les compétences cliniques minimales requises afin d'assumer pleinement leur rôle professionnel. Par conséquent, la qualité des soins de même que la sécurité des patients risquent d'être compromises puisqu'elles sont directement affectées par le niveau de compétences cliniques des infirmières. Malheureusement, il n'existe actuellement aucun consensus chez les divers experts en SAD permettant d'identifier les compétences cliniques minimales requises chez les infirmières débutantes en SAD. De cela en résulte une situation plutôt préoccupante.

La présente étude avait pour but d'identifier et de valider, auprès d'experts en SAD, les compétences cliniques minimales que devraient idéalement posséder les infirmières débutantes en SAD afin qu'elles puissent assumer pleinement le rôle professionnel qui leur est confié. L'ensemble de la démarche accomplie est présenté sous forme de mémoire divisé en cinq chapitres. Le premier chapitre énonce la problématique résultant de l'absence de consensus en matière de compétences cliniques minimales devant être maîtrisées par l'infirmière débutante en SAD. Ce chapitre précise également le but de même que la question de recherche retenue. Le deuxième chapitre recense les écrits qui ont permis de prendre connaissance de ce qui demeure connu de la problématique de recherche et de préciser le degré d'avancement des travaux de recherche en lien avec cette problématique. Par ailleurs, ce chapitre présente une liste d'énoncés de compétences, construite à partir de la recension des écrits, ayant été soumis à un processus de validation auprès de gestionnaires et

d'infirmières expertes en SAD. Le troisième chapitre décrit en détail le devis de recherche méthodologique retenu pour répondre à la question de recherche portant sur l'identification et la validation des énoncés de compétences. Le quatrième chapitre présente les résultats obtenus en réponse à la question de recherche. Enfin, le cinquième chapitre expose la discussion au regard des résultats obtenus dans le cadre de cette étude.

# **CHAPITRE 1**

## **LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE**

Ce chapitre présente la problématique relative au fait que les infirmières débutantes qui pratiquent en SAD sont actuellement confrontées à une lourde charge de responsabilités sans pour autant posséder les compétences cliniques minimales nécessaires afin d'assumer pleinement leur rôle professionnel. Ce chapitre précise le problème ciblé, le but de cette recherche de même que l'énoncé de la question de recherche.

### **1.1 LE PROBLEME**

La pratique infirmière à domicile s'avère une pratique professionnelle spécialisée qui comporte son lots de défis et de particularités en raison de la diversité des personnes soignées, de la complexité des problèmes de santé observés, de la variété des technologies de pointes utilisées, des soins qui deviennent de plus en plus complexes de même que de l'environnement isolé dans lequel les soins y sont dispensés (ACSSD, 2013; Ducharme, Pérodeau, Paquet, Legault, & Trudeau, 2004; Murtaugh et al., 2009; Sneltvedt, Odland, & Sørli, 2010). Il s'agit d'un domaine particulier de la pratique infirmière qui exige que des soins soient prodigués à des clients de tous âges. Il s'agit d'ailleurs d'une spécialité pour laquelle la pratique infirmière doit s'appuyer sur une grande autonomie professionnelle car l'infirmière en SAD, se retrouvant au cœur d'une équipe multidisciplinaire, se doit d'instituer un partenariat dynamique entre le patient, sa famille, les différents intervenants et les diverses ressources externes spécialisées (hôpitaux, pharmacies, organismes communautaires). Elle doit également veiller à ce que chaque patient reçoive le soutien et l'information nécessaires pour qu'il puisse prendre sa santé en main. Elle agit le plus souvent sans le soutien direct d'une équipe de professionnels. Le rôle de l'infirmière en SAD nécessite donc un niveau

élevé d'autonomie et de responsabilités qui exige qu'elle soit en mesure de développer des compétences spécialisées dans une variété de situations cliniques particulières. En effet, l'infirmière en SAD se retrouve seule, sans soutien direct d'autres professionnels, à évaluer des clients atteints de conditions médicales complexes et parfois instables. Les décisions cliniques prises par les infirmières en SAD, impliquent des répercussions importantes sur l'état de santé du client et de sa famille. Ainsi, il s'avère important que les infirmières en SAD possèdent les compétences cliniques nécessaires à l'accomplissement de leur rôle professionnel. Il est reconnu que les compétences cliniques spécialisées nécessaires à la gestion des soins plus complexes que l'on retrouve en SAD, doivent être acquises dans le cadre d'une formation universitaire. Le développement de ces compétences a pour but de permettre à l'infirmière d'exercer de manière autonome et sécuritaire auprès des clientèles nécessitant des soins complexes, et ce en l'absence de supervision médicale directe. Malheureusement, on remarque actuellement que beaucoup d'infirmières qui pratiquent en SAD ne disposent pas de la formation universitaire minimalement recommandée par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ, 2012a).

La pratique infirmière en SAD se distingue principalement de celle réalisée en milieu hospitalier par l'environnement isolé dans lequel l'infirmière pratique. Ce contexte exige de l'infirmière un haut niveau d'autonomie professionnelle, des compétences cliniques diversifiées, un jugement clinique éclairé et une capacité d'adaptation que l'on ne retrouve pas actuellement chez les infirmières débutantes en SAD. Certains gestionnaires et infirmières expertes en SAD ont exprimés auprès de l'auteure de la présente étude, que les infirmières débutantes en SAD ne sont actuellement pas en mesure d'effectuer une évaluation complète de la situation de santé du client, qu'elles éprouvent de la difficulté à prendre des décisions cliniques, de même qu'à déterminer les interventions infirmières appropriés aux besoins du client et de la famille. Ils observent que les infirmières élaborent des plans de soins qui ne correspondent pas nécessairement aux besoins réels du client et de sa famille ni aux services requis par leur situation particulière. Elles éprouvent de la difficulté à planifier les visites à domicile et à établir leur ordre de priorité d'intervention. Par conséquent, la continuité dans les soins s'avère difficile, entraînant de ce fait, un risque pour la sécurité du

client. De plus, on remarque que les infirmières débutantes en SAD éprouvent de la difficulté à exécuter certaines procédures de soins, de même qu'à les adapter au contexte de soins particulier qu'est le domicile. Ces difficultés se traduisent par l'observation de bris d'asepsie, par le non-respect de protocoles ou de procédures de soins de mêmes que par des soins et des traitements qui sont dispensés différemment d'une infirmière débutante à l'autre.

À la suite de ces observations, certains gestionnaires en SAD se disent inquiets et se questionnent sur les solutions à apporter puisqu'actuellement, les programmes d'orientation de même que le support offert en début d'emploi ne semblent pas adaptés aux besoins des infirmières débutantes puisqu'ils ne donnent pas les résultats escomptés. En effet, selon ces gestionnaires en SAD, malgré les formations et le support offert en début d'emploi, les infirmières débutantes ne démontrent pas les compétences cliniques essentielles à la pratique en SAD. Ils souhaiteraient favoriser davantage le développement des compétences cliniques des infirmières débutantes en SAD sans toutefois être en mesure de préciser qu'elles sont ces compétences cliniques essentielles.

Le problème retenu pour la présente étude réside donc dans le fait qu'il est actuellement impossible d'évaluer si les infirmières débutantes en SAD ont développé les compétences cliniques minimales requises pour exercer dans ce domaine d'activités puisqu'il n'existe actuellement aucun consensus chez les experts permettant de les préciser. Les causes potentielles attribuables à ce problème s'avèrent multifactorielles, relevant de divers domaines dont les particularités de la pratique infirmière en SAD, la gestion des services de SAD ainsi que la formation offerte en début d'emploi.

En ce qui concerne la pratique infirmière en SAD, depuis les années 90, de multiples facteurs économiques et démographiques sont venus transformer le système de santé québécois : vieillissement de la population, hausse des coûts du système de soins, diminution des durées d'hospitalisation, augmentation des soins dispensés à domicile ainsi que les progrès techniques et médicaux. Ces facteurs ont eu comme conséquence de transférer des soins antérieurement dispensés en établissement, vers la communauté et le domicile, conduisant le secteur du SAD à connaître une croissance rapide et ce, tant au niveau de la

demande de services qu'au niveau de la complexité des soins prodigués (Gagnon et al., 2001; Roy, 1994). Cette croissance rapide a nécessité un recrutement intensif d'infirmières qui, malheureusement n'ont pas eu le temps de développer les compétences cliniques requises et préalables à la pratique infirmière en SAD. En effet, les avancées technologiques et le désir de diminuer les temps d'hospitalisation, impliquent la pratique de formes complexes d'interventions cliniques à domicile telles que l'intraveinothérapie, l'oxygénothérapie, l'alimentation parentérale, la dialyse péritonéale, le maintien artificiel des fonctions vitales, la ventilation assistée, la chimiothérapie, les soins de plaies complexes et les soins palliatifs. Cette migration de soins spécialisés du centre hospitalier vers le domicile exige de nouveaux rôles professionnels et de nouvelles responsabilités pour les infirmières en SAD en plus de l'acquisition de nouvelles compétences jusque-là requises uniquement en établissement hospitalier. Par conséquent, un niveau élevé d'expertise, de compétences cliniques et d'autonomie s'avère essentiel à l'infirmière en SAD (AIIC, 2013; Breakwell, 2004; Patterson, Hart, Bishop, & Purdy, 2013; Sneltvedt et al., 2010). C'est en raison de cette évolution du rôle de l'infirmière en SAD que l'OIIQ a proposé en 2000, des exigences d'embauche particulières pour les infirmières, soit l'obtention d'un baccalauréat en sciences infirmières en plus de détenir un minimum de deux ans d'expertise en soins aigus (OIIQ, 2012b). Malheureusement ces exigences d'embauches ne peuvent toujours pas être respectées en raison d'une pénurie d'infirmières (AIIC, 2013). Cette pénurie implique que des infirmières soient nommées dans des postes ou des fonctions pour lesquelles elles ne détiennent ni le niveau de compétence ni la formation normalement exigée, ce qui s'avère inquiétant (Desrosiers, 2005).

Toujours en lien avec le domaine de la pratique infirmière en SAD, le vieillissement de la population demeure l'un des facteurs les plus importants qui influencent la nature et la complexité des soins prodigués au domicile. Au Québec, le vieillissement de la population constituera un défi de taille pour les prochaines années car il s'associe à une augmentation de la prévalence de maladies chroniques, de limitations fonctionnelles et de diminutions dans l'autonomie des personnes (Briçon, Guérin, & Sandrin-Berthon, 2010; INSPQ, 2010; ISQ, 2016b; MSSS, 2012). La forte croissance de la population âgée de 65 ans et plus, qui de 2010

à 2030 passera de 16 % à 26 %, augmente nécessairement la demande des services en raison des patients plus âgés et plus vulnérables et conséquemment plus malades (ISQ, 2018). De plus, les personnes atteintes de maladies chroniques présentent souvent deux conditions médicales chroniques ou plus. Les infirmières doivent donc intervenir auprès de patients présentant de la multimorbidité. Le suivi de la clientèle atteinte de maladies chroniques représente une charge de travail importante des infirmières en SAD.

En ce qui a trait au domaine de la gestion des services de SAD, les programmes d'orientation et d'intégration en début d'emploi, offerts aux infirmières débutantes en SAD, diffèrent d'un établissement de soins à un autre, s'échelonnent sur un cours laps de temps et ciblent l'acquisition de connaissances spécifiques plutôt que le développement des compétences cliniques minimales requises chez les infirmières débutantes en SAD. En effet, l'acquisition de compétences se réfère à un savoir agir dans une situation complexe de soins et ne se limitent pas au simple fait d'acquérir des connaissances (Tardif, 2006). Or, il n'existe actuellement aucun consensus chez les experts sur les compétences cliniques minimales qui doivent être développées dans le cadre d'un programme d'orientation et d'intégration des infirmières débutantes en SAD. En l'absence de l'identification de ces compétences cliniques minimales, chaque établissement développe ses propres pratiques de formation et d'orientation sans qu'il n'y ait de règles ou de directives communes. Par conséquent, les gestionnaires demeurent dans l'incapacité de mesurer et d'évaluer les compétences cliniques à développer chez les infirmières débutantes en SAD.

Pour ce qui est du domaine de la formation, l'OIIQ est d'avis que les infirmières qui pratiquent en SAD devraient détenir un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières puisque les compétences cliniques essentielles au rôle de l'infirmière en SAD, sont acquises à l'université seulement. En effet, la formation collégiale actuelle n'inclut pas le développement des compétences cliniques nécessaires à l'exercice infirmier en SAD (OIIQ, 2012b).

Les gestionnaires en SAD doivent actuellement composer avec une importante pénurie d'infirmières, ce qui tend à expliquer qu'ils doivent se résigner à embaucher des infirmières

qui n'ont pas encore atteint le niveau de formation initiale recommandée. De plus, l'importance accordée à la complexité des soins à laquelle fait face le secteur du SAD est telle que l'OIIQ propose, la délivrance d'un permis spécifique pour les infirmières cliniciennes (proposition qui a recueilli une fin de non-recevoir par les gestionnaires et par les instances syndicales (OIIQ, 2012b). En raison de ces contraintes, les critères d'embauche sont actuellement laissés à la discrétion des employeurs et des syndicats.

Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2013), l'acquisition des compétences cliniques minimales nécessaires aux infirmières débutantes en SAD produit un impact réel sur la qualité et la sécurité des soins. En effet, la qualité des soins infirmiers est liée de près à la maîtrise des compétences cliniques. Si l'infirmière en SAD ne possède pas les compétences cliniques minimales essentielles, la sécurité des patients s'en retrouve compromise. Or plusieurs infirmières en SAD n'ont pas suffisamment acquis les connaissances et les compétences spécialisées en gestion des maladies chroniques nécessaires pour aider les clients à prendre leurs soins en charge (AIIC, 2013). Malheureusement, peu d'études ont été conduites au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec à ce sujet.

Certains auteurs (AIIC, 2013; Mukamurere, 2015) soutiennent que beaucoup d'infirmières débutantes ne sont pas suffisamment préparées à la pratique clinique en SAD. En effet, Ouellet et Mukamurere (2015) précisent que les infirmières sont appelées à assumer des responsabilités pour lesquelles elles n'ont pas nécessairement été formées et ce, en raison du fait qu'il n'existe actuellement aucun consensus sur les compétences cliniques minimales nécessaires à la pratique infirmière en SAD. Ainsi, il s'avère donc actuellement difficile pour les programmes de formation universitaire de préciser les compétences cliniques à développer chez les étudiantes infirmières désirant s'orienter vers ce secteur d'activités. Selon l'AIIC (2013), la formation universitaire actuellement offerte aux infirmières ne permet plus de développer les compétences cliniques minimales nécessaires à la pratique infirmière actuelle en SAD ne respectant pas les recommandations émises par l'OIIQ. On remarque qu'il existe actuellement un écart entre la formation des infirmières et les besoins

du milieu de travail « Les infirmières reçoivent de la formation en promotion de la santé, prévention des maladies, évaluation et prise en charge des problèmes de santé mais, une fois qu'elles entrent dans le système de santé, ce savoir est rarement opérationnalisé ou utilisé de la façon prévue. » (AIIC, 2013, p. 25).

Plusieurs auteurs soulignent le fait que les programmes d'orientation proposés en début d'emploi, présentent des lacunes importantes étant donné qu'ils ciblent, la plupart du temps, le développement des connaissances théoriques plutôt que le développement de véritables compétences cliniques (Christensen & Terpstra, 2002; Gavin, Haas, Pendleton, Street, & Wormald, 1996; Halfer & Graf, 2006; Smith Higuchi, Christensen, & Terpstra, 2002). Or, selon Dyess et Sherman (2009), le développement des compétences cliniques infirmières dans un processus d'orientation en début d'emploi peut être grandement amélioré par une approche organisée et structurée de manière à répondre aux besoins de formation des infirmières débutantes en SAD.

Plusieurs chercheurs (Blais et al., 2013; Buerhaus, DesRoches, Dittus, & Donelan, 2015; Coyle, 2011; Saintsing, Gibson, & Pennington, 2011) se préoccupent de la pratique sécuritaire des soins en début de pratique infirmière en SAD. À cet effet, des chercheurs américains, traitant des compétences générales des infirmières, ont démontré qu'entre 49% et 53 % des infirmières débutantes, tous milieux confondus, sont impliquées dans les erreurs produites en soins infirmiers (Saintsing et al., 2011). Buerhaus et al. (2015), ainsi que Coyle (2011), ont démontré que l'incapacité d'une infirmière à établir des priorités et à travailler efficacement peut retarder la prise en charge et le traitement des patients, ce qui peut entraîner des conséquences graves pour leur santé. En lien avec les composantes indispensables à la prestation sécuritaire et efficace des soins infirmiers en SAD, l'OIIQ (2010) a formulé des lignes directrices dans le but d'assurer une pratique professionnelle de meilleure qualité. Malheureusement ces lignes directrices ciblent uniquement les critères de qualité et de sécurité entourant la pratique infirmière en SAD. Les compétences cliniques minimales que doivent posséder les infirmières débutantes en SAD n'y sont toujours pas précisées.

Afin de remédier à ces problèmes, certains auteurs (Coyle, 2011; Hoffart, Waddell, & Young, 2011; Murray, 1998; Wangensteen, Johansson, Björkström, & Nordström, 2012) proposent de développer des programmes d'orientation et d'intégration en début d'emploi, programmes basés sur le développement des compétences cliniques chez les infirmières débutantes et non seulement sur l'acquisition de connaissances. D'autres auteurs (AIIC, 2013; Lavoie-Tremblay, Leclerc, Marchionni, & Drevniok, 2010; Pineault & Daveluy, 1995; J. Roy & Robichaud, 2016; Stalpers, de Brouwer, Kaljouw, & Schuurmans, 2015) proposent d'offrir une formation d'intégration et un soutien en début d'emploi, adaptés au contexte actuel de la pratique clinique infirmière en SAD par un programme de mentorat ou de préceptorat. D'ailleurs plusieurs auteurs (Breakwell, 2004; Coyle, 2011; Patterson et al., 2013; Pijl-Zieber & Kalischuk, 2011) démontrent des résultats positifs suite à l'instauration d'un programme d'orientation planifié selon les besoins de formation identifiés chez les infirmières débutantes. Il en résulte une rétention de personnels infirmiers qualifiés, la prestation de soins de qualité, une utilisation efficace du temps disponible, une diminution des erreurs et l'obtention de l'autonomie professionnelle plus rapidement (Breakwell, 2004; Coyle, 2011; Patterson et al., 2013; Pijl-Zieber & Kalischuk, 2011). Le comité jeunesse de l'OIIQ (2018) suggère que les plans d'intégration des infirmières débutantes en début d'emploi soient arrimés avec les milieux d'enseignement et que la formation et l'orientation des infirmières débutantes en SAD répondent aux exigences de la pratique clinique infirmière actuelle en SAD. Ces plans d'intégration doivent, entre autres, permettre le développement des compétences cliniques infirmières face à la gestion des situations complexes présentées par les clients. À cet effet, Brent, (1992) et Widell, (1996) précisent le fait que l'identification des compétences requises aux infirmières débutantes afin de fonctionner adéquatement dans leur milieu de pratique, dont le SAD, doit être réalisée au préalable afin de pouvoir élaborer des programmes de formation ou d'orientation qui ciblent précisément l'acquisition des compétences cliniques spécifiques nécessaires afin d'assumer pleinement leur rôle professionnel en SAD.

La pertinence scientifique de la présente étude réside donc dans la reconnaissance du besoin d'établir un consensus chez les divers experts en SAD en ce qui concerne les

compétences cliniques minimales requises chez les infirmières débutantes en SAD afin qu'elles puissent assumer le rôle professionnel.

Le cadre de référence adopté dans la présente étude origine d'une adaptation proposée par Daigle (2013) du modèle de Tardif (2006) dans lequel les niveaux de compétences cliniques de Benner (1984) y sont intégrés. L'intégration de ces deux modèles permet d'établir un lien significatif entre le niveau d'expertise requis pour la pratique des infirmières en SAD ainsi que les compétences qu'elles doivent acquérir. Le choix d'utiliser les niveaux de compétences cliniques de Benner (1984) permet de délimiter la portée d'application du cadre de référence à la validation des énoncés précisant les compétences cliniques minimales chez les infirmières débutantes en SAD. Benner (1984) propose de classifier les différents niveaux d'expertise des infirmières en cinq niveaux d'expertise : novice, débutante, compétente, performante et experte. Ces niveaux de compétences cliniques permettent de reconnaître que les différents niveaux d'expertise reposent sur le développement de compétences de plus en plus spécialisées. Dans le cadre de la présente étude, l'intérêt est porté sur le niveau d'expertise d'une infirmière débutante en SAD qui se définit par une infirmière possédant moins de deux ans d'expertise en SAD.

Le modèle de Tardif (2006), quant à lui, permet de classifier l'ensemble des compétences recensées ou proposées par les experts en termes de ressources internes et externes à développer ou à exploiter chez les infirmières débutantes. Par son modèle de développement des compétences, Tardif (2006), définit de façon plus précise le concept de compétence. Pour cet auteur, une compétence consiste en « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p.23).

La solution proposée dans le cadre de cette étude consiste donc à valider, auprès de gestionnaires et d'infirmières expertes en SAD, un ensemble d'énoncés de compétences cliniques qui doivent être préalablement acquises pour la pratique infirmière en SAD. Ces compétences cliniques infirmières concernent plus précisément les connaissances, les habiletés, les attitudes et les capacités des infirmières débutantes à exploiter diverses

ressources dans le cadre de leur pratique professionnelle (technologies de l'information, consultation des collègues, ressources communautaires). Plus précisément, il est espéré que la conduite de cette étude permette de bénéficier de retombées importantes. En effet, pour la pratique infirmière, cette étude pourra permettre : 1) l'identification des compétences cliniques minimales requises chez les infirmières débutantes en SAD à l'échelle provinciale, 2) l'élaboration d'instruments d'auto-évaluation permettant aux infirmières de cibler leurs besoins de formation afin de développer les compétences nécessaires à leur pratique professionnelle. Pour la gestion, il est souhaité que cette étude permette : 1) l'élaboration d'un profil de compétences cliniques des infirmières débutantes en SAD, disponible à l'ensemble du réseau de la santé, afin de servir de guide pour les entrevues d'embauche, 2) la réalisation d'un questionnaire pouvant être utilisé par les gestionnaires en SAD afin de procéder à l'analyse et à l'identification des besoins de formation et d'orientation des infirmières débutantes en SAD au sein de leur établissement et 3) la mise sur pied de programmes d'orientation et de formations adaptés spécifiquement au développement des compétences cliniques des infirmières débutantes au SAD. Pour la formation, cette étude pourrait permettre : 1) d'identifier les compétences cliniques minimales à développer pour pratique infirmière en SAD dans le cadre de la formation infirmière, 2) de cibler des sujets de formations continues des infirmières débutantes en SAD 3) d'assurer la mise à jour des compétences cliniques que doivent posséder les infirmières débutantes en SAD. Pour la politique, la reconnaissance de la pratique infirmière en SAD comme une spécialité demeure souhaitée de même que la démonstration de l'importance du rôle de l'infirmière en SAD. Enfin, pour la recherche, il est souhaité que cette étude permette la poursuite de recherches futures destinées à construire des instruments de mesure permettant de mesurer, à partir d'indicateurs, les compétences cliniques chez les infirmières débutantes en SAD.

## **1.2 BUT DE LA RECHERCHE**

Le but de cette recherche consiste à valider, auprès d'experts en SAD, les compétences cliniques minimales que devraient posséder les infirmières débutantes en SAD afin qu'elles puissent assumer pleinement le rôle professionnel qui leur est confié.

## **1.3 QUESTION DE RECHERCHE**

Quels sont, selon des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD, les compétences cliniques minimales que devraient idéalement posséder les infirmières débutantes en SAD pour assumer leur rôle professionnel au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec ?

## **CHAPITRE 2**

### **LA RECENSION DES ÉCRITS**

Ce chapitre présente une synthèse de la recension des écrits relative à l'identification et à la validation des énoncés de compétences cliniques associés à la pratique de l'infirmière débutante en SAD. Il a pour but général de circonscrire l'état actuel des connaissances relatives aux concepts étroitement associés à la recherche proposée en plus de documenter la méthode retenue afin de valider les énoncés de compétences recensés. Afin d'y parvenir, les concepts des services de soutien à domicile et de compétence seront définis. Par la suite, le contexte particulier de la pratique infirmière en SAD sera précisé. L'emphase sera ensuite portée sur le concept de compétence clinique de l'infirmière en SAD ainsi que sur le processus de validation d'énoncés de compétences cliniques auprès d'experts. Enfin, le cadre de référence adopté pour la présente étude sera expliqué.

#### **2.1 LE SOUTIEN A DOMICILE**

Afin de bien comprendre le concept de services de soutien à domicile, la définition, la mission ainsi qu'une revue historique des services de SAD seront traitées dans cette section.

Définir les « services de soutien à domicile » n'est pas chose simple. Dans la littérature, le terme soutien à domicile (SAD) est utilisé pour se référer à l'ensemble des services de soutien offerts à domicile. Les termes « soutien à domicile<sup>1</sup> », « services de soins à

---

<sup>1</sup> Dans le cadre de la présente étude, le terme « soutien à domicile (SAD) » est retenu pour préciser l'ensemble des services cliniques offerts à domicile.

domicile » ou même « maintien à domicile » sont généralement utilisés de manière synonyme par les auteurs.

L'appellation « maintien à domicile » constitue l'appellation d'origine des services de soutien à domicile. Certains auteurs ont modifié l'expression d'origine en affirmant que le terme « soutien à domicile » était plus approprié pour évoquer les services visant l'autonomie de la personne dans son milieu de vie alors que d'autres auteurs soutiennent qu'on « maintient » à domicile des personnes en perte d'autonomie (Roy, 1994). Selon Ennuyer (2007), il ne faudrait pas dire « maintien » car cela signifierait qu'on oblige les gens à rester chez eux. En effet, selon le dictionnaire Larousse (2016), le terme soutien se réfère à l'action de soutenir quelqu'un, de lui apporter son appui, sa protection et d'empêcher son niveau d'autonomie de diminuer, alors que le terme maintien se réfère à l'action de maintenir, de garder une position et de conserver dans un même état.

Les termes utilisés pour définir les services de soutien à domicile se sont modifiés en regard des politiques gouvernementales et de l'évolution des contextes de pratique de soins. Ainsi, au Québec, le Cadre de référence sur les services à domicile adopté en 1994 par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) faisait référence au terme « maintien à domicile ». En 2003, dans la nouvelle politique gouvernementale l'expression « SAD » est préférée à « maintien à domicile » pour la raison suivante : « *Le terme soutien place l'accent sur la personne, en mesure d'exercer ses choix, alors que le terme maintien renvoie à un objectif extérieur à la personne* » (MSSS, 2003 p.7).

Au Canada, la définition de soutien à domicile peut différer d'un endroit à l'autre car chaque province ou territoire établit son propre programme de SAD basé sur différentes orientations ou services offerts (Gouvernement du Canada, 1999). Par conséquent, il n'existe actuellement aucun consensus pancanadien sur une définition commune des services de soutien à domicile et sur les services qui devraient y être inclus. Néanmoins, Santé Canada (1999) définit le SAD comme :

Une gamme de services qui permettent aux clients souffrant d'une incapacité partielle ou totale de vivre dans leur propre foyer, et qui ont souvent pour effet de prévenir, de retarder ou de remplacer les soins actifs ou les soins de longue durée. La structure organisationnelle des soins à domicile peut varier considérablement ; les modes de financement et de participation financière des clients peuvent aussi être très différents. Ils correspondent à un ensemble de services fournis à la maison ou dans un cadre connexe (centre de soins de jour pour adultes, école, lieu de travail) permettant aux personnes de demeurer dans leur milieu de vie et de fonctionner à un niveau optimal (p.11).

En 2013, l'Association canadienne des soins et services à domicile (ACSSD) propose une définition du SAD qui englobe plus que les soins apportés à la personne mais aussi les activités de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de soutien aux proches aidants. Elle définit le SAD comme :

Une gamme de services destinés à des personnes de tous âges, fournis au domicile ou dans la collectivité et qui englobent la promotion de la santé, l'enseignement, l'intervention thérapeutique, les soins de fin de vie, la réadaptation, le soutien et l'entretien ménager, l'adaptation et l'intégration sociales ainsi que le soutien aux aidants naturels (familiaux) (ACSSD, 2013, p.4).

La notion de domicile, telle que définie par cette même politique, est décrite comme étant le « lieu où loge une personne, de façon temporaire ou permanente. Cette définition exclut les personnes qui vivent dans un établissement public (centre hospitalier, centre de réadaptation), dans un CHSLD privé ou dans un CHSLD privé conventionné » (MSSS, 2003, p.5).

Ces services à domicile peuvent prendre différentes formes : des services professionnels de courte ou de longue durée, des repas, du répit ou de l'aide technique. Le MSSS (2003), a répertorié une gamme de services en SAD classifiés selon quatre types de services qui sont présentés au tableau 1.

Tableau 1. Les services en SAD classifiés selon le MSSS (2003)

Types de service	Descriptions
1. Les soins et services professionnels	Services médicaux Soins infirmiers Services de nutrition Services de réadaptation de base : · Physiothérapie · Ergothérapie · Orthophonie · Audiologie Services d'inhalothérapie Services psychosociaux Services d'organisation communautaire
2. Les services d'aide à domicile	Assistance personnelle (soins d'hygiène, mobilisation, transfert, etc.) Aide domestique (entretien ménager, lessive, préparation des repas, etc.) Activité de soutien civique (budget, formulaires) Services de popotes, d'accompagnement, de visites Assistance à l'apprentissage Appui aux tâches familiales
3. Les services aux proches aidants	Gardiennage Répit Dépannage Appui aux tâches quotidiennes Services psychosociaux Services d'organisation communautaire
4. Le support technique	Fournitures médicales et spécialisées Équipement et aides techniques

Le MSSS (2003), décrit la mission du SAD comme suit : « Le SAD a pour mission de maintenir dans leur milieu de vie, le plus longtemps possible, avec les services requis, les personnes en perte d'autonomie » (p.5). Les services en SAD aident les personnes qui nécessitent des soins aigus, chroniques, palliatifs ou de réadaptation à demeurer aussi autonomes que possible (ACSSD, 2008). Ainsi, les services en SAD offrent, aux personnes de tous âges, un éventail complet de services de santé coordonnés qui favorisent, maintiennent ou rétablissent la santé. Toute personne dont la condition de santé est précaire

peut bénéficier de ces services à savoir : les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes en convalescence, les personnes aux prises avec des troubles mentaux, les personnes en soins palliatifs ainsi que les personnes présentant des déficiences ou des troubles envahissants du développement. Bien que les services en SAD permettent de répondre aux besoins d'une large clientèle, les personnes de 65 ans et plus représentent 37% des utilisateurs de ces services (ISQ, 2016a). Dans le cadre de la présente étude, le premier type de services présenté au tableau 1 soit « Les soins et services professionnels » et plus spécifiquement les soins infirmiers dispensés à domicile sont ciblés.

Le soutien à domicile s'inscrit dans les valeurs des canadiens comme le démontre l'enquête menée par la Banque Royale du Canada (RBC) en 2013 qui a révélé que 83% des répondants préféreraient vieillir à la maison, c'est-à-dire de continuer à vivre chez eux et à recourir à des soins à domicile au besoin plutôt que d'habiter dans une résidence pour personnes âgées ou avec des membres de leur famille. Les Québécois ne font pas exception à ce désir de vieillir à la maison, et ce, même lorsqu'ils éprouvent de la difficulté à effectuer, sans aide, certaines tâches de la vie courante (AQESSS, 2011). Selon Fournier et Cazale (2013), 73% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent à domicile dont 38% d'entre elles présentent des incapacités modérées ou graves. Même advenant une perte d'autonomie, 78% des baby-boomers souhaitent pouvoir demeurer à domicile avec l'aide des services publics et privés (AQESSS, 2011). C'est d'ailleurs dans cette perspective que la politique sur le vieillissement « Vieillir et vivre ensemble », adoptée en 2012 au Québec, soulignait la volonté du gouvernement de faire du soutien à domicile la pierre d'assise de sa politique (Gouvernement du Québec, 2012, p.65).

C'est réellement au cours des trente dernières années que se sont développés, par vagues successives, les services de soutien à domicile. Le développement de ces services est étroitement relié aux grands changements qui ont marqué l'évolution du système de santé et de services sociaux au Québec soit : la réinsertion sociale des personnes handicapées, la désinstitutionalisation des personnes atteintes de maladie mentale, le virage ambulatoire et le soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Tous ces changements dans la

manière de dispenser les soins traduisent la même ligne de conduite soit le passage de la prise en charge des soins habituellement dispensés en centre hospitalier vers le soutien à domicile (MSSS, 2003)

L'explosion démographique des aînés ainsi que la crise économique majeure du début des années 80 ont intensifié le besoin d'orienter les soins hospitaliers vers le SAD. Le SAD représente alors le premier choix en matière de délivrance des soins pour le MSSS du Québec. Malheureusement, aucun budget n'était disponible à l'époque pour mettre en place de nouveaux services répondant à une clientèle de plus en plus lourde (Therrien, 1989).

Au fil du temps, les coûts de santé continuant d'augmenter, les deux paliers de gouvernement (provincial et canadien) cherchent à couper dans leurs dépenses. Les hôpitaux sont devenus leur principale cible et cela s'est traduit par une série de politiques de désinstitutionalisation, dont le virage ambulatoire du milieu des années 1990 (Gagnon et al., 2001). Ainsi, à l'aube des années 2000, la transformation des services hospitaliers, l'intégration sociale des personnes handicapées et des personnes souffrant de troubles mentaux graves ont contribué à augmenter considérablement la clientèle des services en SAD nécessitant des soins et des technologies spécialisés (Gagnon et al., 2001); Tremblay, 1996). En conséquence, en 2003, une nouvelle politique de soutien à domicile : *Chez soi le premier choix*, est adoptée. Cette nouvelle politique cible dorénavant tous les types de clientèles et vise particulièrement la problématique du vieillissement qui engendre un impact majeur sur la croissance des services en SAD (AIIC, 2011; Carrière, 2006; INSPQ, 2010; OIIQ, 2017, OMS, 2005).

On remarque que la proportion des personnes âgées (65 ans et plus) a doublé au cours des 45 dernières années. De 1971 à 2016, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus est passé de 8 % à 18.3 % au Québec (Statistique Canada 2016). En 2017, au Québec, cette tranche d'âge comptait 1 553,1 millions d'individus soit 18.5% de la population totale de la province dépassant, pour la première fois, le nombre d'enfants âgés de 14 ans ou moins (ISQ, 2018). La pyramide des âges se voit ainsi inversée. D'autres projections démographiques indiquent, par ailleurs, que la proportion des personnes âgées devrait croître

rapidement jusqu'en 2031, une fois que tous les baby-boomers auront atteint l'âge de 65 ans. Elle pourrait alors représenter 25 % des Québécois en 2031. Au Québec, de 2006 à 2031, la population des personnes âgées de 65 ans et plus devrait passer de 1,07 million à 2,32 millions d'individus (ISQ, 2018).

En conséquence au vieillissement de la population, les dépenses des services de soutien à domicile ont évidemment connu une hausse importante au cours des cinq dernières années. Au Québec, en 2009-2010, plus de 83% des interventions à domicile se sont déroulées auprès d'aînés de plus de 75 ans (AQESSS, 2011). En 2011-2012, le total des dépenses en SAD se situe à un milliard de dollars alors qu'elles atteignent 1,3 milliard en 2016-2017. De cette somme, 56 %, soit 763 millions de dollars, ont été consacrés au soutien à l'autonomie des personnes âgées alors que 253 millions de dollars sont consacrés pour les personnes souffrant de déficience physique et 5,2 millions de dollars pour la santé mentale (FIQ, 2017; MSSS, 2018).

Considérant le vieillissement de la population, le désir de diminuer les coûts dans la dispensation des soins, les bénéfices pour la santé et le désir des citoyens de rester à domicile le plus longtemps possible, les services en SAD demeurent une stratégie importante au sein du réseau de la santé et des services sociaux au Québec (Carrier & Newbury, 2016; Joo & Liu, 2017; OIIQ, 2012a; Voyer, 2013). Il n'y a aucun doute que les programmes de soutien à domicile devront être restructurés au cours des prochaines années car la demande dans ces services est en croissance constante et va continuer sur cette lancée (ISQ, 2016b). Il s'agit d'ailleurs de la stratégie prônée par le gouvernement du Québec suite aux problèmes vécus dans les centres de soins de longue durée lors de la pandémie de la COVID-19 en 2020.

## **2.2 LA PRATIQUE INFIRMIERE EN SAD.**

L'adoption de la « Loi québécoise modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé » (communément appelée la loi 90)

demeure un facteur majeur de changements auxquels ont été confrontés les infirmières en SAD (David, Cloutier, Prévost, & Teiger, 1999; FIQ, 2009) . Dès cet instant, la profession d'infirmière prenait une nouvelle orientation dans laquelle la façon de partager les activités cliniques dans les différents champs d'exercice professionnels a été révisée. Par conséquent, l'actualisation du champ de pratique de l'infirmière a permis de rendre sa pratique professionnelle plus autonome et d'initier certaines activités cliniques médicales lui octroyant ainsi un plus grand pouvoir décisionnel (OIIQ, 2003). Dorénavant, 14 activités cliniques seront réservées aux infirmières. En 2009, l'adoption du Projet de loi n°21, Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, a entraîné d'autres modifications à la Loi des infirmières et infirmiers. Depuis l'adoption du projet de loi n°21, se sont ajoutées trois nouvelles activités cliniques, ce qui augmente à dix-sept le nombre d'activités réservées aux infirmières. L'annexe 1 présente les 17 activités cliniques réservées aux infirmières. Suite à l'adoption de cette loi, l'exercice infirmier est maintenant décrit comme suit :

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 (Gouvernement du Québec, 2020, p. 9).

L'évolution de l'exercice infirmier se traduit par une modification du rôle professionnel infirmier auprès des clientèles requérant des soins de santé complexes démontrant ainsi la nécessité de développer de nouvelles compétences pour la pratique infirmière en SAD (Desrosiers, 2005; OIIQ, 2003). Dorénavant l'infirmière peut, entre autres, évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, c'est-à-dire poser un jugement clinique sur la condition physique et mentale d'une personne et en communiquer les constats aux autres intervenants prenant part aux soins. Elle peut 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 ainsi que d'initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage. Ces nouveaux rôles exigent donc des infirmières débutantes en SAD qu'elles

possèdent des compétences cliniques de plus en plus spécialisées et diversifiées et qu'elles fassent preuve d'une autonomie professionnelle beaucoup plus importante qu'auparavant (Desrosiers, 2005). L'infirmière en SAD assume dorénavant un rôle de première importance dans le processus décisionnel de la prise en charge du client. Elle se doit donc d'agir en connaissance de cause en prenant des décisions cliniques de façon autonome et ce, dans le meilleur intérêt de l'utilisateur (FSSS, 2011; OIIQ, 2012a). Ainsi, pour l'OIIQ (2012a), le rôle crucial que joue l'infirmière dans l'évaluation globale du client à domicile cible les sphères d'interventions suivantes : le maintien et le rétablissement de la santé, la réadaptation, la prévention de la maladie et les soins en fin de vie, définit désormais la pratique infirmière en SAD.

L'infirmière en SAD doit désormais faire preuve d'une plus grande autonomie professionnelle puisque son jugement clinique ainsi que sa capacité décisionnelle se voient maintenant reconnus et essentiels dans sa pratique clinique. Par conséquent, l'infirmière devient responsable de la surveillance clinique, du suivi infirmier et de l'ajustement du plan thérapeutique infirmier des personnes présentant des problèmes complexes de santé. Elle assure l'exécution d'interventions complexes, voire initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques et ajuster des médicaments et d'autres substances selon une ordonnance collective (OIIQ, 2012a). L'infirmière en SAD assume donc des responsabilités majeures, en lien notamment avec la gestion de la douleur, les soins palliatifs, l'évaluation et l'élaboration du plan de traitements de plaies aiguës ou chroniques, la prise en charge des clients nécessitant de la dialyse, des traitements d'antibiothérapie ou de chimiothérapie intraveineuse à domicile, le suivi de personnes ventilées mécaniquement à domicile, l'évaluation de l'état mental et des fonctions cognitives chez la personne atteinte d'un déficit cognitif ainsi que l'ajustement de la médication telle que l'insuline chez le patient diabétique (Ouellet, 2012). Ces compétences s'ajoutent à celles qui étaient déjà dévolues aux infirmières en santé communautaire soit de promouvoir la santé et de prévenir la maladie.

L'élargissement du champ d'exercice infirmier en SAD implique donc des changements majeurs pour la pratique des infirmières. En effet, cette plus grande autonomie

octroyée à l'infirmière en SAD exige d'assumer de nouvelles fonctions, d'élargir son champ de pratique et par le fait même de posséder un plus large éventail de compétences cliniques requises pour le contexte de soins qu'est le domicile (AIIC, 2013; Mildon & Underwood, 2010; Murtaugh et al., 2009) Ainsi, pour être en mesure d'exercer de façon compétente, sécuritaire et conforme à l'éthique, l'infirmière en SAD doit essentiellement obtenir un diplôme délivré au terme d'un programme accrédité de formation en sciences infirmières (ACSSD, CMFC, & AIIC, 2016; OIIQ, 2012b). Le baccalauréat en sciences infirmières constitue donc le niveau de formation exigé partout au Canada pour la pratique en SAD à l'exception du Québec (AIIC, 2015; OIIQ, 2012b). Le Québec constitue encore la seule province qui permet deux voies d'entrée dans la profession infirmière soit : le diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers et le baccalauréat (BACC) qui se distinguent par des rôles professionnels différents dont, entre autres, des fonctions de coordination, de formation et de développement qui sont attribuées spécifiquement à l'infirmière détentrice d'un baccalauréat.

Afin de délimiter les attributions propres à l'infirmière de niveau collégial et à l'infirmière de niveau universitaire il demeure intéressant de porter un regard sur la Loi 142 concernant les conditions de travail du secteur public du Québec. Cette loi différencie le rôle de l'infirmière de niveau universitaire du rôle de l'infirmière de niveau collégial par, la prise en charge de la clientèle présentant des problèmes de santé complexe (MSSS, 2010). L'infirmière de niveau universitaire évalue l'état de santé, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers de ces usagers. Elle conçoit, applique et évalue les programmes de soins de santé. Elle coordonne le travail d'équipe. Elle assure l'orientation du nouveau personnel et 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 développe et collabore à la recherche (MSSS, 2010, p. II.25).

Le programme d'études collégiales prépare l'étudiante infirmière à intervenir auprès de l'individu alors que le programme d'études universitaires prépare l'étudiante à intervenir aussi auprès des groupes et des collectivités (OIIQ, 2012a). La formation collégiale cible des

soins généraux, moins complexes et plus encadrés alors que la formation universitaire cible les domaines caractérisés par des soins demandant des connaissances et des compétences cliniques plus poussées. Ces domaines, réservés à la portion universitaire sont les soins critiques, la réadaptation, les soins ambulatoires et la santé communautaire (dont le SAD). Bien que la formation universitaire soit recommandée pour la pratique infirmière en SAD, en raison de la pénurie d'infirmières détenant un baccalauréat, les employeurs sont actuellement dans l'impossibilité de respecter cette recommandation. On retrouve alors des infirmières qui exercent en SAD ne possédant pas de diplôme universitaire en sciences infirmières et par conséquent, ne disposent pas des compétences cliniques essentielles pour cette pratique.

La pratique infirmière en SAD se veut distinctive de la pratique infirmière en centre hospitalier. En effet la recension des écrits a révélé la nécessité pour les infirmières en SAD de maîtriser toute une gamme de compétences cliniques liées à des interventions et à des soins habituellement exécutés en centre hospitalier par des infirmières spécialisées. Ces soins et ces interventions relèvent notamment de la gestion, de l'administration et de la surveillance de médicaments ou de thérapies intraveineuses, de la dialyse rénale, de la nutrition parentérale, de la chimiothérapie, des problématiques de santé mentale, des soins palliatifs, des soins de stomies, des soins plaies complexes, de la ventilation assistée et de l'oxygénothérapie (ANA, 2014; Herleman, 2008; Inglis et al., 2004; Kovner, Menezes, & Goldberg, 2005; Murashima, Nagata, Magilvy, Fukui, & Kayama, 2002). Les compétences cliniques de l'infirmière en SAD se réfèrent au leadership clinique et professionnel, à la résolution de problèmes complexes, au jugement clinique infirmier et à l'autonomie professionnelle, à la vision et à l'approbation de son rôle à la pleine mesure du champ d'exercice, à la capacité à prendre rapidement des décisions, à l'établissement des priorités, à la collaboration interprofessionnelle, à la capacité d'innovation et d'adaptation, à l'approche familiale et systémique ainsi qu'à la gestion des équipes de soins (OIIQ, 2012a).

Outre ces compétences spécialisées, la pratique infirmière en SAD se distingue de celle qui est réalisée en milieu hospitalier en raison de son environnement de pratique qui diffère

totalemment. En effet, le domicile demeure un lieu isolé où les infirmières agissent seules, sans supervision médicale immédiate et sans le contact direct d'une collègue. Elles se doivent d'intervenir rapidement dans des situations de soins complexes qui exigent la prise de décisions cliniques importantes ayant des répercussions majeures sur l'état de santé du client et de sa famille (Andersson, Lindholm, Pettersson, & Jonasson, 2017; Daley & Miller, 1996; IISCC, 2010). L'encadrement disponible et la possibilité d'une intervention rapide de la part de collègues en cas d'imprévu en SAD sont limités comparativement à une unité de soins en centre hospitalier. Bien que le rôle de l'OIIQ soit de s'assurer de la compétence clinique minimale des infirmières lors de l'émission du permis de pratique général, il n'existe actuellement aucun permis de pratique spécialisé en SAD permettant de s'assurer que les infirmières aient développé les compétences cliniques minimales pour la pratique infirmière en SAD. D'ailleurs, aucun consensus n'a encore été établi chez les experts sur les compétences cliniques minimales que devraient présenter les infirmières pratiquant en SAD.

Au regard d'un point de vue fonctionnel, l'environnement de pratique en SAD diffère totalement du milieu hospitalier. En effet, le domicile ne convient pas nécessairement à toutes les situations de prestation de soins et ce en raison du fait qu'on y retrouve souvent des contraintes au niveau de l'environnement physique que l'on ne retrouve pas en milieu hospitalier (escalier, lit trop bas, équipement non spécialisé etc.). On remarque que le domicile des clients atteints de maladies chroniques se transforme souvent en « mini-hôpital » en raison de l'usage de matériel spécialisé, de médicaments ou de traitements nécessitant un milieu stérile et une pièce d'entreposage. Ce changement dans le contexte de soins prodigués à domicile ne se réduit peut-être pas à une simple question d'hygiène accrue, d'adaptation des lieux ou de supervision appropriée. L'environnement du domicile peut aussi comporter des dynamiques ou des répercussions plus complexes pour les patients et leur famille, telles que des risques au point de vue physique, des effets sur le bien-être psychologique ou sur les relations familiales liés au fait que le domicile s'avère un environnement privé. Non seulement il n'est pas équipé et aménagé pour les soins, comme l'est l'hôpital, mais ce n'est pas un lieu publique où l'on peut entrer et intervenir comme on le veut. L'infirmière en SAD doit donc être en mesure de créer rapidement un lien de

confiance avec le client et sa famille. Le domicile demeure un environnement social. On l'habite avec d'autres personnes, on y reçoit des visites. On ne peut faire abstraction des rapports familiaux, conjugaux ou d'amitiés. Ces rapports sociaux influencent la manière et le moment où les soins sont donnés ainsi que les personnes qui participent aux soins. L'infirmière en SAD doit donc conjuguer avec cette réalité et être en mesure d'encadrer et de supporter le client et sa famille dans les prises de décisions et dans la gestion des activités de soins. Elle doit aussi être en mesure de les diriger vers les ressources pertinentes afin de mieux répondre à leurs besoins.

Tel que discuté, la pratique infirmière en SAD présente un caractère très distinctif de la pratique infirmière en centre hospitalier. Par conséquent la pratique infirmière en SAD exige des compétences cliniques infirmières particulières qui diffèrent de celles attendues en centre hospitalier. Ces compétences cliniques infirmières particulières seront présentées dans la section « Le concept de compétence clinique de l'infirmière en SAD » et ce, après avoir défini le concept de compétence dans son sens le plus large.

### **2.3 LE CONCEPT DE COMPETENCE**

Afin de bien définir ce dont il s'agit lorsque l'on aborde le concept de compétence clinique de l'infirmière et en particulier dans le domaine de la pratique infirmière en SAD, il importe de préciser préalablement ce que constitue une compétence en soi.

Le concept de compétence donne lieu à de nombreuses définitions qui varient selon les auteurs. En effet, il n'existe, à ce jour, aucun consensus autour d'une définition commune. Selon Lasnier (2000), une compétence est un savoir-agir complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités, d'habiletés (pouvant être d'ordres cognitif, affectif, psychomoteur ou social) et de connaissances (connaissances déclaratives) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun. Jonnaert (2005) quant à lui, définit la compétence comme la mise en œuvre par une

personne, dans une situation donnée et dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié, mais coordonné, de ressources. Cette mise en œuvre repose sur le choix, la mobilisation et l'organisation de ces ressources ainsi que sur les actions pertinentes qu'elles permettent pour un traitement réussi dans une situation particulière. Pour Perrenoud (2015), une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes. Dans le cadre de la présente étude, c'est la définition proposée par Tardif (2006) qui a été retenue : « un savoir-agir prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de *ressources internes et externes* à l'intérieur d'une famille de situations. En effet, dans le cadre de cette étude, cette définition permet de bien préciser ce que constitue une compétence clinique en termes de ressources internes et externes à développer et à exploiter chez les infirmières débutantes dans le contexte de la pratique professionnelle en SAD.

De façon générale, une compétence se distingue d'une connaissance par le fait qu'elle se définit dans l'action, c'est-à-dire un savoir agir développé par la formation ou l'expérience alors que la connaissance relève uniquement d'un savoir théorique acquis par l'apprentissage ou l'expérience (Develay, 2015; Lasnier, 2000; Le Boterf, 2002; M.-F. Legendre, 2001; Rey, Carette, Defrance, & Kahn, 2003; Tardif, 2006). Perrenoud (1998) affirme que posséder des connaissances ou des capacités ne signifie pas être compétent : « *On peut connaître des techniques ou des règles de gestion comptable et ne pas savoir les appliquer au moment opportun. On peut connaître le droit commercial et mal rédiger des contrats* » (Perrenoud, 1998, p.16). Donc posséder des connaissances, ne suffit pas à démontrer une compétence.

Lasnier (2000) précise qu'une compétence débouche nécessairement sur une action et que cette action que produit la compétence se veut utile, fonctionnelle et qu'elle cible un but. Dans le même ordre d'idées, Tardif (2006) affirme que « l'efficacité de l'action constitue ainsi une retombée nécessaire et incontournable d'une compétence » (p.19). Selon Le Boterf (2002), si cette action, dans le cadre d'une compétence se doit d'être efficace, elle est de l'ordre du savoir-agir et non seulement du savoir-faire. Or, qu'est-ce qui différencie le savoir-

agir du savoir-faire ? Selon Tardif (2006), le savoir-faire fait référence à une démarche algorithmique, c'est-à-dire une séquence d'actions d'un faible degré de complexité qui peut s'automatiser grâce à un usage répété et s'exercer en dehors de toute contextualisation. Le savoir-faire peut donc s'exercer dans une situation de faible complexité. Le savoir agir correspond, quant à lui, à une démarche heuristique, soit la résolution d'un problème complexe par élimination de solutions possibles afin de n'en retenir que l'optimale (Tardif, 2006). Le savoir-agir ne peut être exercé hors contexte ni automatisé puisque chaque situation professionnelle demeure unique et qu'il faut considérer une multitude d'éléments en concomitance. Le savoir-agir nécessite donc d'exploiter une combinaison de ressources produisant des agencements particuliers d'actions dans chaque situation précise nécessitant un réajustement au fur et à mesure que la situation évolue (Tardif, 2006). Ainsi, la compétence « *ne constitue pas une forme d'algorithme mémorisé et pratiqué à plusieurs reprises en vue d'en assurer la pérennité et la reproductibilité (savoir-faire), mais un savoir agir très flexible et adaptable à divers contextes et à différentes problématiques* » (Tardif, 2003, p. 37). Une personne est considérée comme « compétente » non pas parce qu'elle accomplit des opérations standardisées quand on lui en donne l'ordre, mais parce qu'elle choisit elle-même et à bon escient les opérations à accomplir dans une situation non routinière appartenant à son domaine de pratique (Kahn & Rey, 2016).

Bien que les auteurs définissent de différentes façons le concept de compétence, cinq caractéristiques inhérentes à une compétence peuvent en être déduites selon Tardif (2006). Le Tableau 2 présente les cinq caractéristiques d'une compétence selon Tardif (2006).

Tableau 2. Les cinq caractéristiques d'une compétence (Tardif, 2006)

<b>Caractéristiques</b>	<b>Perspectives</b>
Un caractère intégrateur	Chaque compétence fait appel à une multitude de ressources de nature variée
Un caractère combinatoire	Chaque compétence prend appui sur des orchestrations différenciées de ressources
Un caractère contextuel	Chaque compétence est mise en œuvre dans des contextes qui orientent l'action
Un caractère développemental	Chaque compétence se développe tout au long de la vie
Un caractère évolutif	Chaque compétence est conçue afin d'intégrer de nouvelles ressources et de nouvelles situations sans que sa nature soit compromise

Selon Tardif (2006), une compétence intègre une multitude de ressources de nature variée. Or la compétence repose non seulement sur l'acquisition et le développement de ressources en elles-mêmes mais bien sur la capacité à mobiliser ces ressources pour faire face aux situations et ainsi pouvoir produire un agir efficace (Becker, 2002; Jonnaert, 2009; Lasnier, 2000; Le Boterf, 2002; M.-F. Legendre, 2007; Tardif, 2006). C'est notamment le degré d'efficacité et de réflexivité dans la mobilisation et la combinaison des ressources lors de certaines situations qui permet de déterminer qu'une personne est compétente dans sa pratique professionnelle (Tardif, 2017). Deux types de ressources pouvant être mobilisées par la personne sont décrites par certains auteurs (Le Boterf, 2002; Tardif, 2006), soit des ressources internes et des ressources externes. Les ressources internes incluent l'ensemble des connaissances, des expériences, des habiletés, des attitudes ainsi que les valeurs de la personne. Il s'agit de ressources personnelles. Quant aux ressources externes elles font référence à tout ce qui est extérieur à la personne. Elles peuvent être physiques (documentation, outils technologiques, lieux) ou humaines (pairs, formateurs, experts).

Pour caractériser une compétence, plusieurs auteurs (Athlin, Larsson, & Söderhamn, 2012; Brideson, Glover, & Button, 2012; Lenburg, Klein, Abdur-Rahman, Spencer, & Boyer, 2009; Sung, 2009; Tardif, 2006) s'accordent à dire qu'une compétence n'est jamais achevée.

Elle continue de se développer tout au long de la pratique professionnelle ce qui explique ses caractères développemental et évolutif. En effet, les apprentissages pour la maîtrise d'une compétence donnée peuvent s'étaler dans le temps dans une logique de complexification croissante, et ce, à travers des situations vécues, par de la formation continue et par le développement de nouvelles ressources internes et externes (Tardif, 2006). Compte tenu du fait que les situations se transforment et se complexifient au fil du développement des compétences, l'intégration de nouvelles ressources à celle déjà maîtrisées par la personne permet de déployer de multiples combinaisons permettant d'offrir une réponse adaptée et judicieuse à une multitude de situations inédites ce qui confère le caractère évolutif d'une compétence (Tardif, 2006).

En raison des caractères développemental et évolutif d'une compétence il s'avère fondamental, pour certains auteurs (Bélair, 2007; M.-F. Legendre, 2007; Tardif, 2006), de comprendre et de décrire le processus de développement des compétences dans le but de permettre l'identification des objectifs et des attentes en matière de formations. Selon Bélair (2007), la description du processus de développement des compétences implique l'identification des compétences à développer et la définition du seuil de réussite de la démonstration de ces compétences afin d'en déterminer le niveau minimal requis. Il s'agit de comparer le niveau atteint de développement des compétences d'un individu avec le niveau attendu (Durand & Chouinard, 2006). Or il n'existe actuellement aucun consensus chez les experts sur ce « niveau attendu » en matière de compétences cliniques de l'infirmière qui pratique en SAD.

#### **2.4 LE CONCEPT DE COMPÉTENCE CLINIQUE DE L'INFIRMIÈRE EN SAD.**

Tel que mentionné auparavant le caractère contextuel d'une compétence joue un rôle important dans la démonstration de son degré de développement. En effet, chaque situation ou chaque contexte d'intervention nécessitera la mobilisation et la combinaison de ressources particulières pour sa mise en œuvre. Le but recherché de cette étude visait à recenser

l'ensemble des compétences cliniques de l'infirmière débutante en SAD recommandées par les auteurs. Il s'agit de la première étape d'un processus de validation, soit d'identifier les dimensions du concept dans un premier temps et dans un deuxième temps, d'identifier les compétences. C'est donc pour cette raison que le concept de compétence dans le contexte de la pratique clinique de l'infirmière en SAD est abordé spécifiquement.

Plusieurs auteurs recensés (ACESI, 2015; AIIC, 2015; ANA, 2013a; D'Amour et al., 2012; IISCC, 2010; OIIQ, 2009) proposent différentes dimensions afin de regrouper les compétences cliniques de l'infirmière en SAD. Le tableau 3 synthétise l'ensemble des dimensions proposées par ces auteurs.

Tableau 3. Dimensions du concept de compétence clinique de l'infirmière en SAD proposées par différents auteurs

D'Amour et al. (2012)	AIIC (2015)	OIIQ (2009)	IISCC (2010)
1. Évaluation et planification des soins	1. Maintien de la santé et palliation	1. Évaluation et intervention	1. Évaluation, surveillance et prise de décision clinique
2. Enseignement	2. Renforcement de la capacité	2. Jugement clinique	2. Planification et coordination des soins
3. Communication et coordination	3. Relation	3. Coordination de soins	3. Maintien de la santé, guérison et palliation
4. Intégration et encadrement du personnel	4. Accès et équité	4. Communication	4. Enseignement et formation
5. Optimisation de la qualité et de la sécurité des soins	5. Responsabilités professionnelles	5. Développement professionnel	5. Communication
6. Mise à jour et utilisation des connaissances	6. Promotion de la santé	6. Éducation	6. Relations
	7. Prévention de la maladie	7. Accès aux soins	7. Accès et équité
		8. Pratique légale et éthique	8. Renforcement de la capacité
		9. Promotion de la santé	9. Promotion de la santé
		10. Prévention de la maladie	10. Prévention de la maladie
			11. Qualité
			12. Responsabilité professionnelle
ACESI (2014)	ANA (2013)	CHCA (2011)	
1. Connaissances	1. Assesment	1. Assesment, monitoring and clinical decision making	
2. Recherche, méthodes, analyse critique et données probantes	2. Diagnosis	2. Care planning and care coordination	
3. Pratique infirmière	3. Outcomes identification	3. Health maintenance, restoration and palliation	
4. Communication et collaboration	4. Planning	4. Teaching and education	
5. Professionnalisme	5. Implentation	5. Communication	
6. Leadership	6. Évaluation	6. Relationship	
	7. Ethics	7. Building capacity	
	8. Éducation		
	9. Evidence-Based practice and research		
	10. Quality of practice		
	11. Communication		
	12. Leadership		
	13. Collaboration		
	14. Professional practice évaluation		
	15. Resource utilisation		
	16. Environmental health		

Une analyse synthèse de l'ensemble des dimensions répertoriées dans le tableau 3 a permis de les regrouper sous 11 dimensions. Ainsi, ces 11 dimensions permettent de classifier l'ensemble des compétences cliniques de l'infirmière en SAD recensées. Les dimensions retenues sont les suivantes :

- Évaluation, surveillance et prise de décisions ;
- Planification et coordination des soins ;
- Maintien de la santé et palliation ;
- Enseignement ;
- Communication ;
- Relation thérapeutique ;
- Accès et équité des soins ;
- Promotion de la santé ;
- Prévention de la maladie ;
- Qualité des soins ;
- Responsabilités professionnelles.

Tout au long de la recension des écrits, dès qu'une compétence clinique en pratique infirmière en SAD a été identifiée, elle a été associée à l'une ou l'autre de ces dimensions, dans le but de vérifier la représentativité de chacune des dimensions ainsi que d'éviter le recensement de doublons. Il importe de préciser que la recension destinée à générer un échantillon d'énoncés de compétences visait uniquement les compétences cliniques infirmières potentiellement applicables aux infirmières débutantes en SAD. Chacune des 11 dimensions identifiées sera documentée dans les paragraphes suivants.

*1. L'évaluation, la surveillance et la prise de décisions* demeure une dimension généralement décrite comme un élément incontournable du concept de la compétence clinique de l'infirmière en SAD (Doyon & Spycher, 2017; Kelly, 2009). Elle consiste à recueillir et à analyser les données relatives à la situation de santé du client ainsi qu'à poser un jugement clinique que l'infirmière formule dans les constats de son évaluation (OIIQ, 2012a). L'infirmière en SAD doit gérer des situations de soins complexes qui exigent la prise de décisions cliniques importantes et ce, sans le soutien direct d'autres professionnels (Deshaies, Gauthier, & Leprohon, 2010). Conséquemment, elle doit faire preuve d'une

grande autonomie professionnelle et utiliser son jugement clinique à bon escient dans son évaluation de l'état de santé du client et dans ses interventions car les décisions cliniques prises par les infirmières en SAD génèrent des répercussions majeures sur l'état de santé du client et sa famille (Daley & Miller, 1996; Deshaies et al., 2010). La nécessité, pour l'infirmière en SAD, de posséder des compétences très développées en évaluation clinique est prédominante dans la littérature (ANA, 2014; Barnett, 2006; Gorski, 2008; Herleman, 2008; Murashima et al., 2002; Witter, 2005). L'évaluation clinique demeure primordiale pour l'infirmière dans son processus de raisonnement clinique (Chapados, Audétat, & Laurin, 2014). Pour l'OIIQ (2012a), l'évaluation clinique constitue une activité essentielle sur laquelle repose la décision de déterminer un plan thérapeutique infirmier (PTI) et les interventions de l'infirmières en découlant. L'infirmière en SAD se doit donc d'être en mesure de d'effectuer, de façon autonome, une évaluation détaillée et complète de l'état de santé, des capacités et des besoins fonctionnels et psychosociaux des clients et de leurs familles. Elle doit également posséder des compétences en analyse et en résolution de problèmes afin de bien orienter ses interventions et d'assurer une surveillance adéquate de l'état de santé du client. Au terme de la synthèse des énoncés de compétences proposés par les auteurs (AIIC, 2013; ANA, 2014; Barnett, 2006; Gorski, 2008; Herleman, 2008; IISCC, 2010; Meadows, 2009; Murashima et al., 2002; OIIQ, 2012a; Witter, 2005) 15 énoncés de compétences ont été associés à cette dimension. Le tableau 4 présente ces 15 énoncés de compétences.

Tableau 4. Énoncés de compétences associés à la dimension Évaluation, surveillance et prise de décisions ( $n=15$ )

---

L'infirmière débutante en SAD effectue une évaluation juste de la situation de santé du client, incluant sa condition physique, mentale et comportementale, son niveau d'autonomie fonctionnelle et les risques liés à sa situation de santé.

---

L'infirmière débutante en SAD détermine avec justesse les besoins physiques, affectifs, spirituels, cognitifs, développementaux, environnementaux et sociaux du client.

---

L'infirmière débutante en SAD applique une démarche de soins infirmiers adaptée aux particularités des différentes situations cliniques et aux besoins des clients et de leur famille/proche aidant.

---

L'infirmière débutante en SAD utilise des techniques d'évaluation fondées sur des preuves, des outils ou des instruments appropriés (échelle de douleur, échelle d'évaluation de la dépression, échelle d'évaluation du niveau cognitif etc.)

---

L'infirmière débutante en SAD élabore avec justesse des plans de soins et de traitements infirmiers (PSTI) et des plans thérapeutiques infirmiers (PTI) qui reposent sur son expérience clinique, son analyse critique et son jugement professionnel.

---

L'infirmière débutante en SAD détermine un PTI et un PSTI appropriés à partir des besoins et de la situation du client.

---

L'infirmière débutante en SAD analyse et interprète les données collectées pendant l'évaluation de l'état de santé du client pour prendre des décisions justes et adaptées à son état de santé.

---

L'infirmière débutante en SAD procède avec rigueur, discernement et efficacité à l'examen clinique du client en tenant compte de ses réactions et de sa condition, et dégage les constats cliniques significatifs.

---

L'infirmière débutante en SAD initie et interprète les tests diagnostiques et les procédures relatives à la condition du client.

---

L'infirmière débutante en SAD identifie les variations normales et anormales du développement de la condition de santé du client.

---

L'infirmière débutante en SAD assure la surveillance clinique appropriée.

---

L'infirmière débutante en SAD collabore avec d'autres intervenants cliniques pour déterminer la pertinence et la disponibilité des services requis.

---

L'infirmière débutante en SAD adapte ses interventions et résout les problèmes judicieusement pour surmonter les obstacles à la prestation de soins au client, par exemple mauvais temps, manque de ressources, etc.

---

L'infirmière débutante en SAD identifie les risques réels ou potentiels pour la santé et la sécurité du client.

---

L'infirmière débutante en SAD identifie les risques réels ou potentiels pour la sécurité des intervenants.

---

2. La dimension de la *Planification et la coordination des soins* a été identifiée par l'IISCC (2010) comme permettant l'accès au client à une gestion multidisciplinaire optimale et efficace de ses besoins en matière de soins de santé. La planification et la coordination des soins découle d'un travail multidisciplinaire d'analyse de l'état de santé des clients et de leurs besoins afin d'identifier les soins requis dans le cadre de la démarche de soins infirmiers en concertation avec le client. Elle prend en compte les ressources matérielles et humaines disponibles. Elle reflète la mobilisation de multiples compétences chez l'infirmière en SAD dont celles d'établir les priorités d'interventions et de visites, de surveiller l'évolution de l'état de santé du client et d'évaluer l'efficacité de ses interventions, de comprendre les fonctions, les responsabilités et la contribution des autres professionnels pouvant prendre part au plan de soins du client ainsi que la capacité de résoudre judicieusement les problèmes qui se présentent afin de surmonter les obstacles à la prestation de soins (intempéries, manque de ressources, etc.). L'application de la démarche en soins infirmiers figure dans la littérature comme une compétence à développer pour l'infirmière en SAD en lien avec la planification et la coordination des soins (Herleman, 2008; IISCC, 2010; Linekin, 2003). L'infirmière en SAD se doit d'être en mesure d'appliquer la démarche de soins infirmiers pour développer, coordonner et mettre en œuvre, de manière collaborative, des plans de soins ciblant les priorités en matière de soins, des objectifs d'interventions précis et ce, dans le but d'obtenir des résultats clairement identifiés. Tout cela dans le but de faire progresser le client dans le continuum de soins et de maximiser la continuité des soins (Zurmehly, 2007). L'identification des ressources communautaires ou publiques et l'orientation du client vers ces ressources demeurent aussi des compétences identifiées par certains auteurs (ANA, 2013b; Purkis & Bjornsdottir, 2006). Au terme de la synthèse des énoncés de compétences proposés par les auteurs (AIIC, 2013; ANA, 2013b; Herleman, 2008; IISCC, 2010; Linekin, 2003; Meadows, 2009; OIIQ, 2012a; Purkis & Bjornsdottir, 2006), 16 énoncés de compétences ont été associés à cette dimension. Le tableau 5 présente ces 16 énoncés de compétences.

Tableau 5. Énoncés de compétences associés à la dimension Planification et coordination des soins ( $n=16$ )

---

L'infirmière débutante en SAD planifie les visites et établit leur ordre de priorité pour répondre adéquatement aux besoins des clients.

---

L'infirmière débutante en SAD organise sa charge de travail et perfectionne ses méthodes de gestion du temps afin de respecter ses obligations.

---

L'infirmière débutante en SAD développe, coordonne et met en œuvre des PTI acceptés par le client en négociant les priorités en matière de soins avec des objectifs de traitement et des résultats clairs.

---

L'infirmière débutante en SAD planifie et assure de façon efficace la réalisation du PTI et PSTI.

---

L'infirmière débutante en SAD connaît les fonctions, les responsabilités ainsi que les contributions des autres intervenants qui prennent part au PTI du client.

---

L'infirmière débutante en SAD réalise un PTI qui est mis en œuvre en collaboration avec les autres intervenants pour maximiser l'interdisciplinarité dans le cadre d'une approche centrée sur le client

---

L'infirmière débutante en SAD conteste les ordres prescrits ou les décisions prises par d'autres membres de l'équipe soignante qui ne sont pas compatibles avec les résultats attendus pour le client, les pratiques exemplaires et les normes de sécurité en soins et intervient en conséquence.

---

L'infirmière débutante en SAD collabore avec le client et sa famille/proche aidant afin de développer des objectifs spécifiques, mesurables, réalisables et pertinents.

---

L'infirmière débutante en SAD identifie les obstacles qui pourraient nuire à l'application efficaces des interventions prescrites.

---

L'infirmière débutante en SAD encourage les clients et leurs familles/proches aidants à tirer parti de leurs forces pour atteindre et maintenir un état de santé désiré en tenant compte des ressources disponibles.

---

L'infirmière débutante en SAD détermine et ajuste le PTI et PSTI selon l'évolution de la situation et des constats faits.

---

L'infirmière débutante en SAD évalue les résultats des interventions du PTI et du PSTI.

---

L'infirmière débutante en SAD modifie les résultats attendus en fonction des changements dans l'état de santé du client, de la famille / proche aidant ou de l'environnement.

---

L'infirmière débutante en SAD assure le suivi clinique adéquat selon l'évolution de l'état de santé du client.

---

L'infirmière débutante en SAD détermine le plan de traitement relié aux plaies et prodigue les soins qui s'y rattachent.

---

L'infirmière débutante en SAD facilite et coordonne l'accès à d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire pour résoudre des problèmes particuliers.

---

3. Le *Maintien de la santé et la palliation* font référence aux méthodes et aux interventions utilisées dans le but de maintenir un maximum d'autonomie du client, d'améliorer sa santé et de le soutenir lors des transitions de vie, y compris lors de maladies aiguës, chroniques et lors de soins en fin de vie. Par le maintien de la santé, l'infirmière en SAD vise à maximiser la capacité d'un individu et de sa famille, à prendre la responsabilité de leur santé et de participer à la satisfaction de leurs besoins de santé en fonction des ressources et des compétences personnelles disponibles. Pour ce faire l'infirmière en SAD doit posséder les compétences nécessaires pour répondre aux besoins évolutifs du client et de sa famille/proche aidant en matière de soins de santé et être en mesure d'adapter stratégiquement ses interventions face aux situations pouvant générer un impact négatif sur leur santé. Elle doit s'assurer de la prise de décisions éclairées. Elle doit reconnaître la diversité, les caractéristiques uniques de même que les capacités de chaque client et de leur famille/proche aidant en plus de respecter, dans la mesure du possible, les demandes spécifiques de chacun. Elle évalue les résultats de ses interventions systématiquement et continuellement en collaboration avec le client, la famille/proche aidant, ainsi qu'avec les autres intervenants prenant part aux soins. Au terme de la synthèse des énoncés de compétences proposés par les auteurs (AIIC, 2013; ANA, 2014; IISCC, 2010; Meadows, 2009; OIIQ, 2012a), huit énoncés de compétences ont été associés à cette dimension Le tableau 6 présente ces huit énoncés de compétences.

Tableau 6. Énoncés de compétences associés à la dimension Maintien de la santé et palliation ( $n=8$ )

---

L'infirmière débutante en SAD aide les clients et leurs familles/proches aidants à maintenir leur santé en faisant appel à différentes stratégies pour répondre à leurs besoins en matière de soins de santé.

---

L'infirmière débutante en SAD répond aux besoins du client en soins palliatifs liés au soulagement de la douleur, au soutien psychosocial et spirituel, ainsi qu'au soutien à la famille /proche aidant.

---

L'infirmière débutante en SAD communique efficacement avec les clients et les familles/proches aidants durant le processus de prise de décision concernant les soins palliatifs.

---

L'infirmière débutante en SAD s'assure de l'usage et de l'entretien sécuritaire et approprié de divers types d'équipements et de technologies utilisés lors de soins prodigués à domicile.

---

L'infirmière débutante en SAD enseigne aux clients, à leurs familles/proches aidants ainsi qu'aux autres intervenants l'usage et l'entretien de divers types d'équipement et de technologies utilisés lors de soins prodigués à domicile.

---

L'infirmière débutante en SAD exécute des procédures complexes (soins de plaies, suivi des clients multi morbides, équipements et technologies spécialisés) et les adapte au milieu résidentiel.

---

L'infirmière débutante en SAD répond aux besoins changeants en matière de soins de santé du client et de la famille/proche aidant en adaptant stratégiquement ses interventions et les traitements.

---

L'infirmière débutante en SAD reconnaît d'elle-même qu'elle a besoin d'aide, si elle connaît mal les exigences et les interventions pour assurer la qualité des soins.

---

4. La dimension *Enseignement* s'avère une activité essentielle au maintien du client à domicile. L'enseignement porte, entre autres, sur la compréhension d'un problème de santé, sur les signes et symptômes à reconnaître, sur les traitements à administrer, sur les soins à donner, sur l'utilisation d'appareillages, sur la gestion de la douleur et sur les mesures de prévention des chutes et des plaies (OIIQ, 2012a). L'infirmière en SAD doit être en mesure de fournir aux clients et à leurs familles des informations et des enseignements individualisés selon leurs besoins spécifiques et leur situation particulière en utilisant des stratégies facilitant leur participation et en leur permettant de valider leur compréhension (AIIAO, 2012; Cook et al., 2013; Déry, D'Amour, & Roy, 2017). Au terme de la synthèse des énoncés de compétences proposés par les auteurs (AIIC, 2013; ANA, 2014; Cook et al., 2013; Déry, Damour & Roy, 2017; IISCC, 2010; Meadows, 2009; OIIQ, 2012a), cinq énoncés de

compétences ont été associés à cette dimension Le tableau 7 présente ces cinq énoncés de compétences.

Tableau 7. Énoncés de compétences associés à la dimension Enseignement ( $n=5$ )

---

L'infirmière débutante en SAD évalue les connaissances, les attitudes, le niveau de motivation, les valeurs, les croyances, les comportements, les pratiques, le stade de changement de comportement et les aptitudes du client et de la famille/proche aidant.

---

L'infirmière débutante en SAD dispense au client et à sa famille/proche aidant l'enseignement requis, en prenant en considération les facteurs qui peuvent avoir des répercussions sur la capacité d'apprendre. Par exemple : l'environnement, le moment opportun, l'état de préparation, la volonté du client, le niveau de littératie, les antécédents scolaires, la situation socioéconomique et l'état de santé du client.

---

L'infirmière débutante en SAD transmet efficacement l'information requise au client et à sa famille/proche aidant pour répondre à leurs besoins en matière de santé, de soins et services.

---

L'infirmière débutante en SAD détermine les besoins et les attentes du client et de sa famille/proche aidant en matière d'information et d'apprentissage.

---

L'infirmière débutante en SAD évalue l'efficacité de ses interventions dans le cadre d'enseignement thérapeutique.

---

5. La *Communication* a été reconnue comme une dimension importante du concept de compétence clinique de l'infirmière en SAD (ANA, 2013b; D'Amour et al., 2012; IISCC, 2010). Une communication efficace permet une transmission exacte et ininterrompue d'informations qui donne lieu à la compréhension de la situation entre les individus de sorte que les destinataires décodent les messages transmis (AIIAO, 2015). La communication comprend la transmission écrite, verbale et non verbale d'informations, l'aptitude à écouter ainsi que l'utilisation des différentes technologies de communication (IISCC, 2010). Certains auteurs (Barnett, 2006; IISCC, 2010; OIIQ, 2012a) soulignent la nécessité, pour les infirmières en SAD, de posséder des compétences en matière d'écoute et de communication verbale et non verbale pour, d'une part, comprendre la perspective du client mais aussi pour se faire comprendre par le client, la famille ainsi que par les autres professionnels (Barnett, 2006 ; IISCC, 2010 ; OIIQ, 2012a). Guthaus et White (2002) ont noté également que les

compétences en communication doivent refléter la capacité de l'infirmière à établir des relations efficaces avec divers types de clientèles et leurs familles, à tous les niveaux de soins et ce, tout au long du continuum de soins. L'infirmière doit faire appel aux techniques et aux stratégies d'entrevue pour entretenir des dialogues constructifs et utiliser des moyens pour surmonter les obstacles de communication pouvant survenir. (IISCC, 2010). Enfin, Guthaus et White (2002) ont précisé qu'afin d'éviter des interventions de soins inappropriées, la communication doit être articulée en utilisant des mots clairs et précis en plus de garder une attention soutenue en dépit des multiples distractions que l'on retrouve dans le contexte résidentiel. Au terme de la synthèse des énoncés de compétences proposés par les auteurs (AIC, 2013; ANA, 2014; Barnett, 2006; CHNC, 2009; IISCC, 2010; Meadows, 2009; OIIQ, 2012a), huit énoncés de compétences ont été associés à cette dimension Le tableau 8 présente ces huit énoncés de compétences.

Tableau 8. Énoncés de compétences associés à la dimension Communication (n=8)

L'infirmière débutante en SAD emploie les techniques de relation d'aide pour comprendre la perspective du client et de sa famille/proche aidant.
L'infirmière débutante en SAD fait appel aux techniques et aux stratégies d'entrevue pour engager les clients et leurs familles/proches aidants dans des dialogues constructifs.
L'infirmière débutante en SAD utilise des techniques de communication efficaces.
L'infirmière débutante en SAD trouve et utilise des moyens pour surmonter les obstacles linguistiques et de communication.
L'infirmière débutante en SAD concentre son attention en dépit des multiples distractions dans le contexte résidentiel.
L'infirmière débutante en SAD fait appel aux techniques de négociation et de gestion des conflits interpersonnels.
L'infirmière débutante en SAD utilise la documentation (dépliants, affiches, livres etc.) en tant qu'outil de communication.
L'infirmière débutante en SAD utilise des outils technologiques (tablette, ordinateur, caméra numérique, logiciels spécialisés etc.) pour communiquer efficacement et bien gérer les soins dispensés au client de manière confidentielle.

6. La notion de *Relation thérapeutique* se réfère à la dimension relationnelle dans les soins qui consiste à favoriser la santé et le bien-être des clients. La relation thérapeutique représente l'étape de la relation professionnelle au cours de laquelle l'infirmière interagit avec un client dans le but de lui prodiguer les soins et les traitements requis par son état de santé (OIIQ, 2009). Considérant que ce jugement aura un effet immédiat sur la qualité de vie physique et psychique du client, cette relation exige de ce dernier une confiance particulière envers l'infirmière (OIIQ, 2010). Il demeure fondamental pour l'infirmière débutante en SAD d'établir une relation thérapeutique avec le patient, notamment en respectant les attentes et les valeurs du client et de sa famille (Smith Higuchi et al., 2002). En effet, contrairement à l'infirmière en centre hospitalier, où le séjour des clients est de courte durée, l'infirmière en SAD doit régulièrement développer, avec les clients et leurs familles, des relations à long terme qui l'amènent à développer des liens spéciaux (Zurmehly, 2007). Afin d'établir et de maintenir cette importante relation thérapeutique, l'infirmière en SAD doit démontrer de la

confiance et faire preuve de respect, d'empathie, de confidentialité et d'écoute active. (AIINB, 2015; Formarier, 2007; OIIO, 2009; Truchon, Brisson, & Roy, 2013). Elle doit employer judicieusement le pouvoir qu'elle détient au sein de la relation thérapeutique et reconnaître la contribution que fournit la famille à la santé. L'infirmière doit ainsi soutenir la famille, la valoriser et la respecter (IISCC, 2010). Elle doit également faire appel à des compétences telles que le leadership et la gestion de conflits. Au terme de la synthèse des énoncés de compétences proposés par les auteurs (AIIC, 2013; AIINB, 2015; Formarier, 2007; Truchon, Brisson & Roy, 2013; ANA, 2014; CHNC, 2009; IISCC, 2010; Meadows, 2009; OIIQ, 2012a), cinq énoncés de compétences ont été associés à cette dimension. Le tableau 9 présente ces cinq énoncés de compétences.

Tableau 9. Énoncés de compétences associés à la dimension Relation thérapeutique ( $n=5$ )

L'infirmière débutante en SAD établit et maintient une relation thérapeutique infirmière-client-famille-proche aidant fondée sur la confiance mutuelle, le respect, l'empathie et l'écoute.
L'infirmière débutante en SAD reconnaît la contribution que fournit la famille/proche aidant à la santé du client d'une manière respectueuse en valorisant cette contribution et en soutenant la famille/proche aidant.
L'infirmière débutante en SAD travaille efficacement et sans porter de jugement dans les différentes conditions de propreté et d'hygiène.
L'infirmière débutante en SAD fait appel à des compétences, telles que le renforcement d'équipe, la gestion des conflits et l'animation de groupes pour établir et maintenir des partenariats avec les autres intervenants.
L'infirmière débutante en SAD établit et maintient des partenariats interdisciplinaires.

7. La dimension de *l'Accès et de l'équité des soins*, regroupe les actions qui visent un état de santé optimal permettant aux individus de recevoir des soins adéquats qui répondent à leurs besoins, dans un délai approprié, peu importe où ils vivent, leur niveau de scolarité ou même leurs revenus (AIIC, 2013; ANA, 2014). Lorsqu'on parle d'accès et d'équité, plusieurs auteurs (ANA, 2013b; CHNAC, 2008; Gorski, 2008; IISCC, 2010) abordent cette dimension comme un rôle de défenseur des droits des clients. L'IISCC (2010) va jusqu'à

affirmer que l'infirmière en SAD doit revendiquer des politiques et des services en matière de santé qui soient accessibles, inclusifs, intégrés et qui favorisent et protègent la santé et le bien-être des personnes. Elle devrait faire prévaloir la justice sociale, défendre les intérêts des clients et de leurs familles et faire entendre la voix de ceux qui sont vulnérables. De plus, toujours selon l'ISCCC (2010), l'infirmière en SAD devrait être en mesure d'optimiser l'attribution des ressources humaines et financières afin d'offrir un système de prestation de santé qui doit être sécuritaire et accessible. Il importe de préciser que certaines compétences semblent dépasser les exigences en matière de compétences requises pour une infirmière débutante. Or il reviendra aux experts de se prononcer sur leur pertinence et leur importance lors du processus de validation des énoncés de compétences.

Toujours en lien avec l'accès et l'équité en matière de santé, le concept de compétence culturelle est abordé par certains auteurs (ANA, 2013b; Frable, Wallace, & Ellison, 2004; Romeo, 2007; Stamler & Yiu, 2008). Selon Campinha-Bacote (1999), la compétence culturelle demeure le processus par lequel le professionnel de la santé s'efforce continuellement d'atteindre la capacité de travailler efficacement dans le contexte culturel d'un client (individu, famille ou communauté) » [traduction libre]. Pour Blanchet-Garneau (2014), la compétence culturelle demeure une source où puise le professionnel de la santé afin de fournir des soins efficaces, congruents et sécuritaires sur le plan culturel. Par cette compétence, le professionnel de la santé assure un partenariat avec les clients et leurs familles vivant des expériences en santé en tenant compte des dimensions sociale, politique et religieuse des soins. Chenoweth *et al.* (2006) ont affirmé qu'une infirmière culturellement compétente reconnaît et comprend l'impact de ses propres croyances culturelles et professionnelles sur sa pratique en milieu de travail et reconnaît que les différences culturelles se caractérisent par différents éléments (âge, sexe, langue, capacité physique, contexte socio-économique, situation géographique, éducation et religion). Purnell *et al.*, (2011) considèrent que la culture influence les croyances en santé et, par conséquent, les pratiques de soins. L'infirmière en SAD doit donc posséder les compétences lui permettant d'interagir efficacement avec des personnes de cultures différentes en leur fournissant des soins de qualité adaptés à leurs croyances. Au terme de la synthèse des énoncés de

compétences proposés par les auteurs (AIIC, 2013; ANA, 2014; Chenoweth et al., 2006; CHNC, 2009; IISCC, 2010; Meadows, 2009; OIIQ, 2012a; ), huit énoncés de compétences ont été associés à cette dimension. Le tableau 10 présente ces huit énoncés de compétences.

Tableau 10. Énoncés de compétences associés à la dimension Accès et équité des soins  
( $n=8$ )

---

L'infirmière débutante en SAD revendique des politiques publiques relatives à la santé et des services qui soient accessibles, inclusives et intégrées, qui favorisent et protègent la santé et le bien-être des personnes et des communautés.

---

L'infirmière débutante en SAD adopte des approches appropriées et pertinentes sur le plan culturel lorsqu'elle intervient auprès des personnes de diverses cultures, de diverses conditions socioéconomiques et de différents niveaux d'éducation quels que soient leur âge, leur sexe, leur état de santé, leur orientation sexuelle et leurs capacités.

---

L'infirmière débutante en SAD comprend les aspects financiers des soins et est responsable de l'usage efficient et raisonnable du temps et des ressources en dispensant les soins aux clients et aux familles/proches aidants.

---

L'infirmière débutante en SAD prend les mesures nécessaires pour respecter en tout temps les droits du client notamment à ce qui a trait à l'intimité, à la confidentialité et au consentement libre et éclairé.

---

L'infirmière débutante en SAD motive les clients, les familles/proches aidants à prendre des mesures pour répondre à leurs besoins en matière de santé.

---

L'infirmière débutante en SAD aide les clients, les familles/proches aidants à combler les insuffisances et les lacunes dans l'accès aux ressources disponibles et à utiliser ces ressources adéquatement.

---

L'infirmière débutante en SAD aide le client et sa famille/proche aidant à reconnaître leur capacité de gérer leurs propres besoins en matière de santé en fonction des ressources disponibles.

---

L'infirmière débutante en SAD fait preuve de compréhension culturelle.

---

8. En ce qui a trait à la dimension de *Promotion de la santé*, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2011) la définit comme un processus permettant aux individus de mieux connaître les déterminants de la santé afin d'améliorer leur santé. Ces déterminants de la santé relèvent de facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global. Il s'agit par exemple de facteurs associés à l'âge, au sexe, au revenu, à l'alimentation, à la qualité de

l'air et de l'eau, aux habitudes de vie, au réseau de soutien social, etc. (INSPQ, 2017; MSSS, 2012b). L'infirmière en SAD occupe une position privilégiée pour intervenir en matière de promotion de la santé en raison du contact étroit, fréquent et continu avec les clients et leurs familles (AIIC, 2013; Eggert, Friedman, Meng, & Wamsley, 2004; OIIQ, 2012a; Tappenden et al., 2012). De par ses interventions en promotion de la santé, l'infirmière en SAD vise à ce que les clients et leurs familles acquièrent les connaissances et les compétences nécessaires pour préserver et améliorer leur santé et leur bien-être en adoptant des comportements propices à maintenir et à améliorer leur santé. Pour ce faire, l'infirmière à domicile doit posséder plusieurs connaissances et compétences en promotion de la santé telles que de reconnaître l'influence des déterminants de la santé et d'évaluer l'impact sur la santé et le bien-être des clients et des familles, d'évaluer l'état de préparation et la capacité du client et de sa famille à apporter des changements pour promouvoir leur santé ainsi que de créer un environnement physique favorable à la santé. Au terme de la synthèse des énoncés de compétences proposés par les auteurs (AIIC, 2013; Eggert, Friedman, Meng & Wamsley, 2004; IISCC, 2010; Meadows, 2009; OIIQ, 2012a; Tappenden et al., 2012), quatre énoncés de compétences ont été associés à cette dimension. Le tableau 11 présente ces quatre énoncés de compétences.

Tableau 11. Énoncés de compétences associés à la dimension Promotion de la santé ( $n=4$ )

---

L'infirmière débutante en SAD aide le client à comprendre les répercussions de son mode de vie sur sa santé (ex : activités et exercices physiques, sommeil, gestion du stress, comportements à risque, hygiène personnelle).

---

L'infirmière débutante en SAD met en œuvre des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie auprès du client, sa famille/proche aidant et des différents intervenants (ex : faire valoir le lavage des mains, l'immunisation, le port du masque).

---

L'infirmière débutante en SAD connaît les répercussions sur la santé du client que peuvent provoquer le climat politique, ses priorités, ses valeurs, sa culture ainsi que les contextes sociaux.

---

L'infirmière débutante en SAD évalue l'état de préparation et la capacité du client et de la famille/proche aidant à apporter des changements pour améliorer leur santé.

---

9. Selon l’OMS (2011), la dimension de *Prévention de la maladie* vise à empêcher l’apparition de la maladie, en arrêter les progrès et en réduire les conséquences. Par la prévention de la maladie, l’infirmière en SAD cherche à agir le plus précocement possible afin de réduire les facteurs de risques associés aux maladies, aux problèmes psychosociaux, aux traumatismes et à leurs conséquences, ainsi que de détecter précocement les signes de détérioration de l’état de santé.

Plusieurs auteurs (Beaudet et al., 2008; INSPQ, 2017; La Haye, 2010; OMS, 1999) distinguent trois types de prévention de la maladie :

- La **prévention primaire** cible l’ensemble des actes visant à diminuer l’incidence d’une maladie.
- La **prévention secondaire** vise la diminution de la prévalence d’une maladie.
- La **prévention tertiaire** qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives et de réduire les complications consécutives à la maladie.

L’infirmière en SAD doit donc posséder des compétences particulières en prévention de la maladie afin d’aider les clients et leurs familles à identifier les risques pour leur santé et à faire des choix éclairés. De plus elle doit être en mesure de prendre des moyens précoces pour protéger les clients et leurs familles des situations dangereuses. Au terme de la synthèse des énoncés de compétences proposés par les auteurs (AIIC, 2013; ANA, 2014, IISCC, 2010; Meadows, 2009; OIIQ, 2012a), quatre énoncés de compétences ont été associés à cette dimension. Le tableau 12 présente ces quatre énoncés de compétences.

Tableau 12. Énoncés de compétences associés à la dimension Prévention de la maladie  
(n=4)

---

L'infirmière débutante en SAD encourage les clients et les familles/proches aidants à identifier les risques pour la santé et à faire des choix éclairés sur les mesures de protection et de prévention à prendre.

---

L'infirmière débutante en SAD identifie les risques d'accident du client et les réévalue selon l'évolution de la condition clinique.

---

L'infirmière débutante en SAD agit pour protéger les clients et leurs familles/proches aidants contre des circonstances dangereuses ou équivoques.

---

L'infirmière débutante en SAD collabore avec les autres intervenants dans le but d'améliorer les soins et les services de même que la santé des clients et des familles.

---

10. La dimension de la *Qualité des soins* s'avère, quant à elle, difficile à définir en raison du caractère subjectif de son appréciation. Donabedian (1980) précise que des soins de qualité sont ceux dont on s'attend qu'ils maximisent le bien-être de l'utilisateur. Le Collège canadien des directeurs des services de santé définit la qualité des soins « par la prestation du service souhaitable, à l'endroit souhaitable, au moment souhaitable par la personne souhaitable » (Collège canadien des directeurs de service de santé, 2001, p.14). Le Collège des médecins du Québec a retenu la définition suivante : « La qualité des soins c'est la capacité des activités professionnelles et des services de santé d'améliorer de façon continue la santé des individus et des populations en tenant compte de leurs attentes et de l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé » (Collège des médecins du Québec, 1998, p.5). Selon Bélanger (2006), ces multiples définitions aux différentes orientations, conduisent aux constats suivants : la définition du concept de qualité repose initialement et nécessairement sur la perspective de l'acteur qui procède à son évaluation et elle sera modulée selon le contexte et selon les résultats recherchés. Dans le cadre de cette étude, la définition du concept de qualité se réfère à la perspective des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD en lien avec le développement des compétences cliniques chez l'infirmière débutante en SAD dans le but d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé chez la clientèle desservie. L'infirmière en SAD doit donc être en mesure d'évaluer l'efficacité des services de même que les interventions infirmières par l'analyse des résultats obtenus chez

les clients et leurs familles. Selon l'IISCC (2010) l'infirmière en SAD doit être responsable de l'usage efficace et raisonnable des ressources investies. Au terme de la synthèse des énoncés de compétences proposés par les auteurs (AIIC, 2013; ANA, 2014, Herlemen, 2008; IISCC, 2010; Meadows, 2009; OIIQ, 2012a), cinq énoncés de compétences ont été associés à cette dimension. Le tableau 13 présente ces cinq énoncés de compétences.

Tableau 13. Énoncés de compétences associés à la dimension Qualité des soins ( $n=5$ )

L'infirmière débutante en SAD participe aux activités de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité.
L'infirmière débutante en SAD procède à l'examen critique des incidents et accidents.
L'infirmière débutante en SAD participe à l'évaluation des programmes.
L'infirmière débutante en SAD mesure et évalue continuellement l'efficacité de ses interventions infirmières.
L'infirmière débutante en SAD contribue à maintenir la qualité du milieu de travail en recensant les besoins de l'équipe, les problèmes et les solutions et en prenant part activement aux démarches visant l'amélioration du climat et de l'organisation de travail.

11. La dimension de *Responsabilités professionnelles* fait référence à l'obligation d'un professionnel de répondre de ses actes, en lien avec son rôle professionnel et de ses responsabilités et d'en assumer toutes les conséquences. Selon l'OIIQ (2019), le statut de professionnel implique notamment l'obligation pour l'infirmière de respecter son code de déontologie qui lui dicte les normes de comportement applicables dans sa pratique professionnelle. Le fait d'appartenir à un ordre professionnel sous-tend que l'infirmière possède les connaissances et les compétences minimales requises pour exercer sa profession, qu'elle démontre un haut niveau d'intégrité et d'éthique professionnelle et qu'elle assume pleinement ses responsabilités dans l'exercice de sa profession (OIIQ, 2019). Ainsi pour être en mesure d'assumer pleinement ses responsabilités professionnelles, certains auteurs (IISCC, 2010; Inglis et al., 2004; Witter, 2005) affirment que l'infirmière en SAD doit fonder sa pratique sur des données probantes, qu'elle doit faire preuve de professionnalisme, de

leadership et de jugement dans sa pratique. Ces auteurs précisent que l'infirmière en SAD doit exercer ses fonctions de façon autonome et exercer une pratique réflexive de sorte à continuellement poser un regard critique sur sa pratique dans le but de l'améliorer. Ces auteurs précisent également qu'elle doit respecter les normes éthiques et le secret professionnel en plus de prendre conscience que ses attitudes, ses croyances et ses valeurs peuvent avoir un effet sur les relations et ses interventions. L'infirmière en SAD doit s'acquitter de ses obligations professionnelles en s'assurant de la mise à jour et du développement de ses compétences professionnelles (AIIC, 2008). Au terme de la synthèse des énoncés de compétences proposés par les auteurs (AIIC, 2008; AIIC, 2013; ANA, 2014, IISCC, 2010; Inglis et al., 2004; Meadows, 2009; OIIQ, 2012a; Witter, 2005), 15 énoncés de compétences ont été associés à cette dimension. Le tableau 14 présente ces 15 énoncés de compétences.

Tableau 14. Énoncés de compétences associés à la dimension Responsabilités professionnelles ( $n=15$ )

L'infirmière débutante en SAD fait preuve de professionnalisme, de leadership, de jugement et de responsabilité dans sa pratique.
L'infirmière débutante en SAD connaît le rôle des soins de santé primaires au sein du continuum de santé et son utilité pour la santé de la population.
L'infirmière débutante en SAD connaît le rôle et les responsabilités que l'infirmière en SAD doit assumer.
L'infirmière débutante en SAD fait preuve d'une attitude professionnelle.
L'infirmière débutante en SAD identifie et déclare-les accidents/incidents et prends des mesures afin de les éviter.
L'infirmière débutante en SAD applique des stratégies de résolution de conflits fondées sur la collaboration.
L'infirmière débutante en SAD exerce sa pratique professionnelle de façon autonome dans une grande variété de contextes.
L'infirmière débutante en SAD adapte ses interventions de manière à préserver et à protéger l'autonomie, la dignité, les droits, les valeurs et les croyances du client.
L'infirmière débutante en SAD s'assure d'avoir obtenu le consentement libre et éclairé des clients dans divers contextes (ex : consentement aux soins ; refus de traitement ; communication des renseignements)
L'infirmière débutante en SAD démontre une pratique réflexive.
L'infirmière débutante en SAD respecte et défend les choix des clients en respectant son code déontologique.
L'infirmière débutante en SAD garde à jour ses connaissances et fonde sa pratique sur des données probantes pour assurer la gestion optimale des cas.
L'infirmière débutante en SAD connaît et respecte la mission, les valeurs et les priorités de l'organisation pour laquelle elle travaille.
L'infirmière débutante en SAD reconnaît et comprend que ses attitudes, ses croyances, ses sentiments et ses valeurs à propos de la santé peuvent avoir un effet sur ses relations et ses interventions professionnelles.
L'infirmière débutante en SAD prend en charge son développement professionnel de manière continue.

Dépendamment du niveau d'expertise où se situe une infirmière, le niveau de compétences attendu ne sera pas le même. Afin de délimiter la portée d'application des compétences cliniques recensées pour la pratique de l'infirmière débutante en SAD, Benner

(1984) propose un modèle de développement d'une compétence infirmière qui s'effectue selon cinq niveaux croissants : novice, débutante, compétente, performante et experte. Ce modèle permet de reconnaître que les différents niveaux d'expertise reposent sur les caractères développemental et évolutif d'une compétence tels que définis par Tardif (2006). Le tableau 15 présente les cinq niveaux de compétences cliniques infirmières proposés par Benner (1984).

Tableau 15. Les cinq niveaux de compétences cliniques infirmières proposés par Benner (1984)

Niveaux de compétences cliniques infirmières	Caractéristiques
Novice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune expérience</li> <li>• Dépend des règles enseignées pour guider leurs actes</li> <li>• Leur pratique est limitée à gérer des paramètres mesurables</li> <li>• Caractérisé par une grande insécurité</li> </ul>
Débutante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience &lt; 2 ans dans un même service ou domaine</li> <li>• A besoin d'aide pour établir des priorités</li> <li>• Se concentre principalement sur la tâche à accomplir</li> <li>• Manque de flexibilité pour s'adapter aux changements</li> <li>• A besoin d'encadrement dans le milieu clinique</li> </ul>
Compétente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience de 2 à 3 ans dans un même service ou domaine</li> <li>• Perçoit ses actes en termes d'objectifs</li> <li>• Est en mesure de déterminer les aspects importants d'une situation</li> <li>• Sentiment de maîtriser les choses et de faire face aux situations imprévues</li> </ul>
Performante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience de 3 à 5 ans dans le même service ou domaine</li> <li>• Perçoit les situations comme des tous</li> <li>• Détecte précocement les signes de détérioration du client</li> <li>• Comportements intuitifs s'installent progressivement</li> </ul>
Experte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience &gt; 5ans dans le même service ou domaine</li> <li>• Comprend de manière intuitive chaque situation</li> <li>• Perçoit les changements subtils d'une situation dépendamment du contexte</li> <li>• S'appuie sur des connaissances cliniques avancées</li> </ul>

Ces cinq niveaux de compétences cliniques proposés par Benner (1984), permettent ainsi de préciser la portée du champ de compétences à développer chez l'infirmière au fur et à mesure du développement de son expertise dans un domaine clinique particulier. Dans le cadre de la présente étude, étant donné que le niveau d'expertise de l'infirmière novice peut être comparé à celui d'une étudiante en voie de devenir infirmière, l'intérêt se porte uniquement sur le niveau d'expertise d'une infirmière « débutante » en SAD.

Pour conclure qu'une infirmière possède les compétences cliniques essentielles pour la pratique professionnelle en SAD, il importe de pouvoir le déterminer à partir d'éléments observables et mesurables (Brailovsky et al., 1998; Gorski, 2008). Cependant, il faut rappeler qu'aucun consensus n'a été établi auprès des experts concernant les compétences cliniques minimales que devraient posséder les infirmières débutantes en SAD. En effet, les compétences cliniques requises à l'infirmière pour exercer en SAD identifiées par les auteurs n'ont pas été soumises, jusqu'à présent, à un processus de validation auprès d'experts. Par conséquent, il apparaît qu'actuellement les établissements de soins ont la liberté d'établir le profil recherché en matière de compétences cliniques infirmières en SAD qui peut, évidemment, différer d'un établissement à l'autre.

L'OIIQ (2010) a publié une deuxième édition des lignes directrices sur l'exercice infirmier en santé communautaire, plus précisément dans le cadre du SAD. Ces lignes directrices énoncent, certes les composantes indispensables à la prestation sécuritaire et efficace des soins infirmiers en SAD, mais, malheureusement, elles ne correspondent pas à la définition d'une compétence telle que décrite par Tardif (2006) qui stipule qu'une compétence est un savoir-agir prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de *ressources internes et externes* à l'intérieur d'une famille de situations. Il importe donc dans le cadre de la présente étude, de procéder à la validation des compétences cliniques infirmières minimales que devraient idéalement posséder les infirmières débutantes en SAD pour assumer pleinement leur rôle professionnel au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La section qui suit présente ce processus de validation qui a

pour but d'établir un consensus auprès des experts sur les compétences cliniques minimales requises chez les infirmières débutantes en SAD.

## 2.5 LA VALIDATION DE CONTENU DES ENONCES DE COMPETENCES

Dans le cadre de la présente étude l'objectif poursuivi réside dans l'identification et la validation des compétences cliniques minimales que les infirmières débutantes doivent posséder pour exercer en SAD selon la perspective de gestionnaires et d'infirmières expertes dans ce secteur d'activités. Par conséquent les étapes du processus de validation soit la spécification du domaine du construit, la génération d'un échantillon d'énoncés de compétences et la validation *a priori* des énoncés de compétences cliniques seront discutées dans les sections suivantes. Il importe de préciser que ce processus de validation constitue généralement les premières étapes de construction d'un instrument de mesure ainsi, pour cette raison, ce processus sera abordé en discutant de la construction d'instruments de mesure malgré qu'il ne s'agisse pas du but premier de cette étude.

La validité de contenu consiste à vérifier si les différents items constituant un instrument de mesure sont représentatifs de tous les aspects du concept qu'elle mesure (Crocker & Algina, 1986; Haynes & Lench, 2003; Laveault & Grégoire, 2014; Suen, 2012). Le but recherché vise à évaluer la capacité des items (énoncés) à représenter tous les aspects d'un domaine d'intérêt particulier ou bien un construit (Crocker et Algina, 1986). Plus particulièrement, « la validité de contenu établit la valeur, la justesse et la pertinence du contenu des questions de l'épreuve, en regard de celle qu'elle cherche à mesurer » (Legendre, 2005, p.1440). Il s'agit d'un processus subjectif basé sur l'opinion d'experts qui comprend différentes étapes. Le tableau 16 précise les étapes proposées par certains auteurs (Crocker & Algina, 1986; Laveault & Grégoire, 2014; Lynn, 1986) pour la conduite d'un processus de validation de contenu.

Tableau 16. Étapes proposées pour la conduite d'un processus de validation de contenu

Crocker et Algina (1986)	Lynn (1986)	Laveault et Grégoire (2014)
1. Définir le domaine d'intérêt	1. Identification des dimensions et des sous dimensions du construit.	1. Définir avec soins le domaine et les facettes du concept et valider cette définition.
2. Recruter un panel d'experts du contenu du domaine	2. Génération des items représentatifs de chacune des dimensions et sous-dimensions.	2. Utiliser un échantillon d'experts pour créer les items.
3. Définir un cadre de référence permettant d'associer des items retenus	3. Rendre les items opérationnels.	3. Soumettre tous les aspects du test à une validation de contenu.
4. Collecter et analyser des données à l'aide des items retenus.	4. Évaluer/quantifier la validité de contenu des items.	4. Utiliser plusieurs experts pour valider le contenu et quantifier leurs jugements à l'aide d'échelles formalisées.
	5. Évaluer/quantifier la validité de contenu de l'instrument.	5. Examiner la représentation proportionnelle des items relativement aux différentes facettes du concept.
		6. Présenter les résultats de la validation de contenu lors de la publication de tout nouvel instrument.
		7. Prendre en compte toutes les analyses psychométriques ultérieures pour affiner la validation du contenu.

Les différentes étapes proposées par les auteurs (Crocker et Algina, 1986 ; Laveault et Grégoire, 2014 ; Lynn, 1986) pour procéder à une validation de contenu peuvent être regroupées sous quatre grandes étapes (Bélangier, 2006) :

1. La spécification du domaine du construit ;
2. La génération d'un échantillon d'énoncés ;
3. La validation *a priori* des énoncés ;
4. La mise à l'essai des énoncés.

Dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières, la présente étude se limite à compléter les trois premières étapes du processus de validation. La quatrième étape, étant la mise à l'essai des énoncés, se traduit par la construction d'un instrument de mesure et par la mise à l'essai des énoncés retenus dans une situation réelle de mesure. Or, le but de

cette étude ne cible pas l'élaboration ou l'expérimentation d'un instrument de mesure mais se limite à conduire un processus de validation d'énoncés de compétences cliniques de l'infirmière débutante en SAD selon la perspective des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD. Les énoncés de compétences validés pourront néanmoins être avantageusement utilisés par les gestionnaires et les infirmières expertes comme profil de compétences validées afin de permettre l'élaboration des programmes d'intégration et d'orientation adaptés aux infirmières débutantes en SAD ainsi que pour identifier leurs besoins de formation. Les sections qui suivent décrivent les trois premières étapes du processus de validation de contenu, telles que proposées par les auteurs à savoir : 1) la spécification du domaine du construit, 2) la génération d'un échantillon d'énoncés et 3) la validation *a priori* des énoncés.

### **2.5.1 La spécification du domaine du construit**

La première étape du processus de validation de contenu, la spécification du domaine du construit, consiste à identifier et à définir les dimensions du construit à définir. Les sections précédentes (la pratique infirmière en SAD, le concept de compétence et le concept de compétences cliniques de l'infirmière en SAD) du présent chapitre démontrent un exemple de spécification du domaine du construit dans le contexte des compétences cliniques nécessaires chez l'infirmière débutante en SAD selon la perspective des auteurs recensés. Il faut rappeler que dans le cadre de la présente étude, la spécification du domaine du construit a consisté en l'identification des dimensions du concept de compétence en matière de pratique infirmière en SAD suite à une analyse synthèse de l'ensemble des dimensions répertoriées dans les écrits. Il s'agissait d'un processus arbitraire dont la finalité ne consistait pas à conduire une validation formelle du construit mais bien de permettre de classifier les énoncés recensés et de s'assurer d'une certaine représentativité et exhaustivité de chacune des dimensions, et ce, tout en évitant de recenser des doublons.

### **2.5.2 La génération d'un échantillon d'énoncés de compétences cliniques**

La seconde étape de validation de contenu, soit la génération d'un échantillon d'énoncés de compétences cliniques, peut être subdivisée en deux étapes : 1) constituer un échantillon représentatif d'énoncés de compétences cliniques et 2) associer les énoncés de compétences cliniques recensés à chacune des dimensions retenues. Deux approches peuvent être considérées pour la constitution d'un échantillon représentatif d'énoncés de compétences cliniques. Une approche déductive dans laquelle ces énoncés sont générés à l'aide d'une recension des écrits et une approche inductive qui consiste à consulter directement les experts du domaine afin de générer une liste d'énoncés de compétences (Bélanger, 2006). Ces deux approches peuvent être exploitées de manière complémentaire en fournissant aux experts une liste d'énoncés de compétences recensés (approche déductive) sur lesquels ils devront se prononcer et en leur demandant par la suite de soumettre d'autres énoncés qui leur apparaissent pertinents et importants (approche inductive) mais qui n'apparaissent pas dans les énoncés présentés. Cette approche mixte a été retenue dans le cadre de la présente étude.

Une fois l'échantillon d'énoncés de compétences cliniques constitué, il s'avère nécessaire de regrouper ces énoncés sur la base des dimensions retenues. Tel que discuté précédemment, dans le cadre de la présente étude, la concordance *énoncés – dimensions* a été effectuée arbitrairement uniquement dans le but d'assurer un classement méthodique de l'ensemble des énoncés de compétence recensés.

### **2.5.3 La validation *a priori* des énoncés de compétences cliniques**

La validation *a priori* des énoncés de compétences cliniques, consiste à interroger des experts afin d'établir la clarté, la pertinence et l'importance du contenu des énoncés de compétences (Legendre, 2005). Afin de mesurer l'opinion des experts sur la clarté, la pertinence et l'importance accordées aux énoncés de compétences recensés, Lynn (1986) propose d'utiliser une échelle de type Likert à quatre points d'ancrage pour chacun des

attributs mesurés. Cette proposition repose sur le fait que ce type d'échelle ne laisse pas la possibilité d'exprimer une ambivalence (Lynn, 1986). Dans le cadre de cette étude trois échelles de type Likert à quatre points d'ancrage sont utilisées afin de mesurer la clarté, la pertinence et l'importance des énoncés de compétences. Chacun de des points d'ancrage se voit attribuer une valeur arbitraire variant de 4 (très clair, très pertinent, très important) à 1 (incompréhensible, non pertinent, non important). Un énoncé est retenu sur la base de la proportion d'experts (exprimée en pourcentage) qui ont attribué une valeur de 3 ou de 4 sur l'échelle utilisée (Lynn, 1986). L'énoncé doit donc être reconnu par les experts très clair ou clair, très pertinent ou pertinent et très important ou important simultanément. Ainsi, pour qu'un énoncé soit retenu, cette proportion doit atteindre un niveau de consensus minimal établi de 80 % (Lynn, 1986).

La méthode DELPHI s'avère une stratégie d'enquête pertinente afin de générer un consensus auprès d'un groupe (Waltz, Strickland, & Lenz, 2005). Cette méthode a pour but de rassembler des avis d'experts sur un sujet précis et de mettre en évidence des convergences et des divergences d'opinions afin d'en dégager un consensus. La méthode Delphi aide à obtenir avec certitude un consensus significatif en soumettant aux experts des questionnaires successifs où un sommaire des résultats antérieurs leur est communiqué, leur permettant, s'ils le désirent, de réviser leurs opinions (Ekionea, Bernard, & Plaisent, 2011).

Lorsqu'il s'agit de préciser le nombre d'experts requis pour établir la validité *a priori* des énoncés les auteurs restent vagues. Laveault et Grégoire (2014) parlent de « plusieurs » experts. Burns et Grove (2001) ainsi que Fortin et al. (2006) adhèrent aux propositions de Lynn (1986) qui soutient que le nombre d'experts devrait se situer entre trois et dix experts. Lynn (1986) propose également de déterminer le nombre d'experts requis pour obtenir un degré de consensus significatif de 80%. Les calculs effectués par Lynn (1986) pour les panels constitués de deux à dix experts ont été repris ici dans le contexte de panels variant de 6 à 15 experts (dans le cadre de ce projet de recherche, des panels de 15 experts ont été retenus). Le tableau 17 présente les niveaux de consensus obtenus dans des panels variant de six à 15 experts.

Tableau 17. Niveaux de consensus obtenus dans des panels variant de six à 15 experts

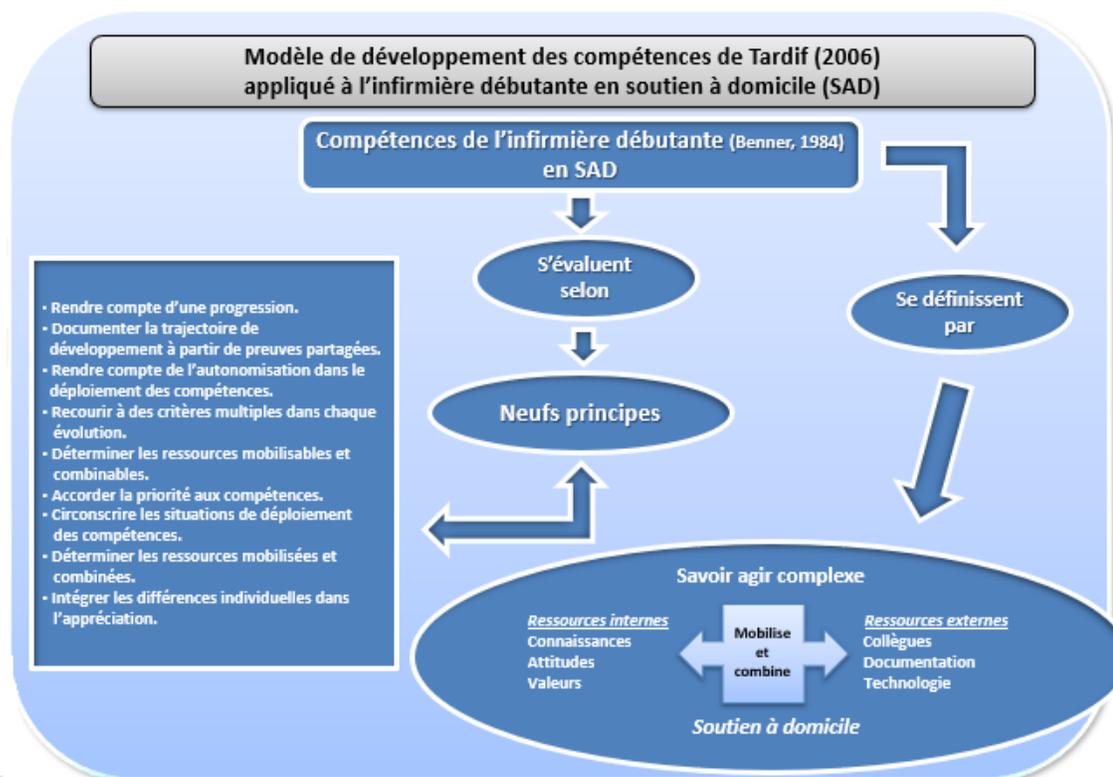
Nombre d'experts composant le panel	Nombre d'experts acceptant un énoncé									
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
6	100%									
7	86%	100%								
8	75%	88%	100%							
9	67%	78%	89%	100%						
10	60%	70%	80%	90%	100%					
11	55%	64%	73%	82%	91%	100%				
12	50%	58%	67%	75%	83%	92%	100%			
13	46%	54%	62%	69%	77%	85%	77%	100%		
14	43%	50%	57%	64%	71%	79%	86%	93%	100%	
15	40%	47%	53%	60%	67%	73%	80%	87%	93%	100%

Source : Lynn (1986)

La ligne tracée en « escalier » permet de délimiter le nombre d'experts qui doivent être en accord afin de retenir un énoncé de compétence sur la base du seuil d'acceptation suggéré, soit 80 %, pour déterminer la validité d'un énoncé de compétence. Ainsi, pour un panel constitué de 15 experts, l'accord de 12 personnes s'avère nécessaire pour obtenir un niveau de consensus minimal de 80% justifiant que l'énoncé de compétence soit retenu. Si le niveau de consensus est inférieur à 60%, l'énoncé se voit rejeté après assurance qu'aucune erreur de formulation ou d'interprétation ne mette la clarté de l'énoncé en cause. L'énoncé de compétence qui présente un niveau de consensus qui se situe entre 60% et 79% est soumis à nouveau aux experts, en précisant les résultats obtenus lors de la première consultation, afin de vérifier la possibilité que les experts se rallient à la majorité permettant ainsi d'augmenter clairement le niveau de consensus concernant l'acceptation ou le rejet de l'énoncé. Généralement deux ou trois consultations des experts suffisent pour dégager un consensus significatif.

## 2.6 LE CADRE DE REFERENCE

Cette dernière section de la recension des écrits présente le cadre de référence adopté par l'auteure dans le cadre de la présente étude. Le but de cette recherche consistait à valider, auprès d'experts en SAD, les compétences cliniques minimales que devraient posséder les infirmières débutantes en SAD afin qu'elles puissent assumer pleinement le rôle professionnel qui leur est confié. Le cadre de référence adopté, pour cette étude, consiste en une adaptation proposée par Daigle (2013) du modèle de Tardif (2006) dans lequel les niveaux de compétences cliniques de Benner (1984) sont intégrés. Le choix d'utiliser les niveaux de compétences cliniques de Benner (1984) permet de délimiter la portée d'application du cadre de référence à la validation des énoncés précisant les compétences cliniques minimales chez les infirmières débutantes en SAD. Le modèle de Tardif (2006), quant à lui, permet de classifier l'ensemble des compétences recensées ou proposées par les experts en termes de ressources internes et externes à développer ou à exploiter chez les infirmières débutantes. La figure 1 présente le cadre de référence adopté.



*Représentation graphique inspirée de Daigle (2013)*

Figure 1. Modèle de développement des compétences de Tardif (2006) appliqué à l'infirmière débutante en SAD

Ce cadre de référence relie deux composantes distinctes du concept de compétence soit sa définition ainsi que son évaluation. Par son modèle de développement des compétences, la définition du concept de compétence proposée par Tardif (2006) démontre que la compétence clinique infirmière en SAD s'appuie sur un savoir agir complexe mobilisant des ressources classifiées selon les différentes dimensions de la pratique infirmière en SAD. Tardif (2006) précise les ressources internes et les ressources externes devant être mobilisées afin de démontrer une compétence particulière. Ainsi, chaque énoncé de compétence recensé précise les ressources internes ou externes que l'infirmière débutante doit être en mesure de mobiliser afin de démontrer qu'elle a acquis les compétences minimales pour exercer en tant

qu'infirmière débutante en SAD. Les dimensions du concept de compétence clinique de l'infirmière en SAD quant à elles, ont été proposées par les auteurs spécialisés en pratique infirmière en SAD afin de délimiter les différentes compétences requises pour y exercer. Tel que précisé antérieurement, chacun des énoncés de compétences a été associé à une des dimensions du concept de compétence en pratique infirmière en SAD proposées par les auteurs. Cet exercice a également permis d'établir un lien avec le modèle de développement des compétences de Tardif et ce, en précisant les ressources internes et externes que l'infirmière débutante en SAD doit savoir mobiliser et maîtriser. Bien que le but de l'étude ne consistait pas à établir la validation de construit du concept de compétence infirmière en SAD, les dimensions retenues ont également été précisées aux experts à l'intérieur du questionnaire (annexe 2) leur permettant ainsi de prendre connaissance de l'association qui a été effectuée entre les énoncés et les dimensions retenues. Le cas échéant, cet exercice leur permettait néanmoins de questionner toute association qui leur apparaissait douteuse et également de déterminer si les énoncés de compétences identifiés représentent de façon exhaustive la dimension ciblée (approche inductive). Dans le cas contraire, il leur était possible de soumettre d'autres énoncés de compétences pour fins de validation à l'ensemble des experts consultés.

Tel que mentionné auparavant, l'utilisation des niveaux de compétences cliniques de Benner (1984) permet de délimiter la portée d'application du cadre de référence à la validation des énoncés précisant les compétences cliniques minimales chez les infirmières débutantes en SAD. Benner (1984), établit que l'acquisition et le développement d'une compétence clinique infirmière évolue selon cinq niveaux d'expertise successifs (novice, débutante, compétente, performante, experte) et précise que les compétences à développer doivent, évidemment, correspondre à ces niveaux d'expertise. Par conséquent, on ne peut s'attendre à ce qu'une infirmière débutante maîtrise une compétence de la même façon qu'une infirmière experte. Ainsi, le modèle d'acquisition des compétences en pratique infirmière de Benner (1984) permet de préciser les compétences cliniques attendues selon le niveau de compétence infirmière qui, dans le cadre de la présente étude, est porté sur le niveau de compétence d'une infirmière débutante en SAD. Par le fait même, l'élaboration des

questionnaires de validation, servant à mesurer les perceptions des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD sur les compétences cliniques devant être maîtrisées par les infirmières débutantes en SAD, émane du cadre de référence retenu. Il importe de préciser que les experts ont été informés que le niveau de compétence attendue se limite à celui d'une infirmière débutante et, en prenant cette limite en compte, les experts ont été invités à poser leurs opinions au regard de chacun des énoncés de compétence sur le degré de compétence recherché pour une infirmière débutante en SAD lors du processus de validation de contenu.

Le modèle de Tardif précise également que le développement d'une compétence s'effectue selon un processus de développement continu (décrit selon neuf principes) et que l'évaluation du développement des compétences doit s'effectuer sur la base de critères précisant le degré de compétence attendu à un moment déterminé d'une trajectoire de développement et ce, dans des situations particulières (dans le cas présent, la pratique professionnelle d'une infirmière débutante en SAD). Selon Tardif (2006), l'évaluation des apprentissages doit rendre compte du niveau de développement des compétences, du degré de maîtrise des ressources internes et externes qui peuvent être mobilisées et combinées, et finalement, de l'étendue des situations dans lesquelles l'infirmière débutante en SAD s'avère être en mesure de déployer ces compétences et les degrés de maîtrise. Ainsi, dans le cadre de l'évaluation de la compétence, Tardif (2006) propose neuf principes servant de guide pour l'évaluation d'une compétence. Le tableau 18 précise la définition de chacun des différents principes applicables au développement des compétences cliniques chez l'infirmière débutante en SAD.

Tableau 18. Les neuf principes de développement des compétences cliniques chez l'infirmière débutante en SAD (Tardif, 2006)

Principes	Définitions
1. Rendre compte d'une progression dans une trajectoire de développement	Déterminer les étapes et les obstacles au développement d'une compétence chez l'infirmière débutante en SAD ainsi que les apprentissages à réaliser dans le développement de cette compétence.
2. Documenter la trajectoire de développement à partir des preuves partagées	Fait suite au premier principe. Ce principe permet de prendre en considération les preuves recueillies permettant de porter un jugement sur l'évolution d'une compétence chez l'infirmière débutante en SAD.
3. Rendre compte de l'autonomisation dans le déploiement des compétences	Ce principe permet de constater comment l'infirmière débutante en SAD est en mesure de déployer ses compétences de façon autonome en utilisant des stratégies cognitives, métacognitives et de coopération.
4. Recourir à des critères multiples dans chaque évaluation.	Fait référence à la nécessité d'avoir recours à de multiples critères pour évaluer le développement des compétences chez l'infirmière débutante en SAD en tenant compte du rayon d'action des compétences, de l'acquisition des ressources, de l'autonomisation ainsi que des différences individuelles.
5. Déterminer les ressources mobilisables et combinables	Identifier les ressources dont l'infirmière débutante en SAD dispose mais qu'elle n'a pas mobilisées, ni combinées dans les situations observées, celles qui auraient dû être mobilisées dans une situation et qui ont été ignorées soit parce qu'elles ne sont pas acquises, soit par qu'elles ne sont pas maîtrisées à un degré suffisant ou soit par représentation erronée de la tâche à accomplir.
6. Accorder la priorité aux compétences et non aux ressources	Les ressources font partie intégrante des compétences, il faut les évaluer de façon synergique et non de façon séparée afin d'éviter d'évaluer seulement les ressources de nature cognitive.
7. Circonscrire les situations de déploiement des compétences	Permet d'établir les lieux de transfert des apprentissages. Il s'agit de créer des situations d'apprentissage allant des problématiques simples aux plus complexes afin de favoriser le développement des compétences chez l'infirmière débutante en SAD
8. Déterminer les ressources mobilisées et combinées	Circonscrire les ressources que l'infirmière débutante en SAD mobilise et celles qu'elle aurait dû mobiliser dans une situation complexe. Il s'avère nécessaire de déterminer parmi les ressources mobilisées celles qui sont combinées à l'efficacité ainsi que la puissance de ces combinaisons.
9. Intégrer les différences individuelles dans l'appréciation	Ce principe est basé sur l'importance de laisser place à l'expression des différences individuelles tout en rendant compte des apprentissages relatifs au développement des compétences. Les critères ne doivent pas contraindre les infirmières débutantes en SAD à devenir des copies conformes les unes par rapport aux autres.

Ces principes permettent de comprendre qu'une compétence n'apparaît pas subitement mais bien qu'elle se développe et progresse au fil du temps. Il est à noter que, dans le cas présent, ces principes s'appliquent davantage aux gestionnaires qui auront à évaluer empiriquement le degré d'atteinte des compétences des infirmières débutantes en SAD, à mettre en place des programmes d'intégration et de formation et à en évaluer le succès. Ainsi, il est de l'intérêt pour les gestionnaires de disposer des énoncés de compétences validés auprès d'experts (utilisés dans ce cas à titre de critères permettant de déterminer le degré attendu du développement d'une compétence) afin de rendre possible une évaluation de la progression du développement des compétences cliniques chez l'infirmière débutante en SAD.

Ce chapitre a présenté la revue des écrits ayant servi à documenter cette recherche. Cette revue des écrits a fait état des écrits théoriques et empiriques en regard du concept de la pratique infirmière en SAD, en regard du concept de compétence et a décrit le processus de validation de contenu de même que le cadre de référence adopté. Le chapitre qui suit présente la méthode utilisée pour répondre à la question de recherche.

## **CHAPITRE 3**

### **LA MÉTHODE**

Ce chapitre a pour but de préciser le devis de recherche élaboré afin de répondre à la question de recherche suivante : Quels sont, selon des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD, les compétences cliniques infirmières minimales que devraient idéalement posséder les infirmières débutantes en SAD pour assumer leur rôle professionnel au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec ?

Dans l'ordre seront présentés les éléments méthodologiques suivants : le type d'étude, le milieu, la population cible et l'échantillon, la technique de d'échantillonnage des experts, le contrôle des variables externes et internes, le déroulement des activités, la collecte et le plan d'analyse des données et enfin, les considérations éthiques.

#### **3.1 TYPE D'ETUDE**

Cette étude méthodologique consiste à identifier et à valider, auprès de gestionnaires et d'infirmières expertes en SAD, les énoncés décrivant les compétences cliniques minimales requises chez les infirmières débutantes pratiquant en SAD. Il s'agit d'ailleurs d'un type de devis reconnu pour procéder à la validation de contenu.

#### **3.2 MILIEU D'ETUDE**

La recherche s'est déroulée au Québec, dans un contexte francophone, au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui comprend 22 centres intégrés de santé

et de services sociaux (CISSS) dont neuf d'entre eux constituent des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), quatre centres hospitaliers universitaires (CHU) et deux instituts universitaires (IU). Ces établissements offrent à la population québécoise des services généraux et spécialisés correspondant à cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (1992, chapitre S-4.2).

Une des missions pouvant être offertes par un CIUSSS ou un CISSS est la mission d'un centre local de services communautaires (CLSC) qui offre, entre autres, le programme de soutien à domicile.

C'est dans le cadre de ce programme que la présente recherche a été conduite. Le programme de SAD a pour objectif de permettre aux personnes en perte d'autonomie ou ayant une déficience significative et des limitations fonctionnelles de vivre dans leur domicile en toute sécurité aussi longtemps qu'elles le désirent. Ce programme cible une vaste clientèle québécoise, de tous les âges et sur tout le continuum de soins de la prévention primaire jusqu'aux soins de fin de vie. En raison de multiples facteurs dont le vieillissement de la population, la demande de services en SAD est en augmentation constante. En 2017-2018, 141 621 personnes ont été desservies en SAD, soit une augmentation de 8,4 % du nombre de personnes qui ont reçu des services en SAD par rapport au résultat de 2015. Depuis les neuf dernières années, le nombre de personnes ayant reçu des services en SAD a connu une augmentation de 30 % et une augmentation de 15 % du nombre de personnes qui vont recevoir des services en SAD est prévue pour 2020 (MSSS, 2019).

Tel que mentionné antérieurement, le MSSS (2003), a répertorié une gamme de services en SAD classifiés selon quatre types de services (voir tableau 1). Dans le cadre de cette étude, seuls les services de soins infirmiers dispensés à domicile sont visés.

### **3.3 POPULATION CIBLE ET ECHANTILLON**

Les énoncés de compétences ont été validés selon la perspective de deux types d'experts en SAD : celle des gestionnaires en SAD du réseau de la santé et des services sociaux du Québec et celle des infirmières ayant développé une expertise pertinente dans ce milieu de pratique. Dans le cadre de cette étude, en raison d'une possible différence de perspective entre les gestionnaires et les infirmières expertes, il a été convenu de constituer deux échantillons d'experts distincts. Un premier échantillon de 12 gestionnaires en SAD et un deuxième échantillon de 15 infirmières expertes en SAD. C'est auprès de ces deux échantillons d'experts que les énoncés de compétences ont été validés.

### **3.4 TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE**

Afin de constituer ces deux échantillons d'experts, l'utilisation de deux techniques d'échantillonnages distinctes fut nécessaire en raison des conditions permettant l'accès aux gestionnaires et aux infirmières expertes.

Puisqu'il s'agit d'une technique d'échantillonnage non-probabiliste, la technique d'échantillonnage par réseaux (boule de neige) a été retenue afin d'assurer la représentativité des gestionnaires en SAD. L'échantillonnage boule de neige est une méthode d'échantillonnage en chaîne qui s'appuie sur les recommandations des sujets de départ pour identifier et recruter d'autres participants. Afin d'assurer un niveau d'expertise suffisant, chacun des gestionnaires recrutés devait avoir été recommandé par un pair précisément sur la base de la reconnaissance de l'expertise développée et selon les critères d'inclusion. Pour ce faire, à la suite de l'analyse du projet de recherche par la direction des établissements, la personne responsable de la direction pouvait recommander le nom de gestionnaires en SAD qui respectaient les critères de sélection. Ainsi, sur les 22 directions des CIUSSS et CISSS contactées, deux CIUSSS et quatre CISSS ont accepté d'autoriser le projet de recherche et de recommander des noms de gestionnaires en SAD, un CIUSSS et un CISSS ont refusé de

participer au projet de recherche alors que six CIUSSS et huit CISSS n'ont pas répondu du tout. Sur les deux CIUSSS et quatre CISSS autorisant le projet de recherche, les noms et coordonnées de 20 gestionnaires en SAD ont été transmis à l'auteure de la présente étude. Le tableau 19 précise le nombre de gestionnaires en SAD répondants aux critères de sélection recommandés par la direction de chacun des CIUSSS et des CISSS ayant accepté de participer à l'étude.

Tableau 19. Répartition du nombre de gestionnaires recommandés par la direction des CIUSSS et CISSS de la province de Québec

Régions	Types	Gestionnaires (n)
<b>Saguenay Lac St-Jean</b>	CIUSSS Saguenay-Lac-St-Jean	0
<b>Bas St-Laurent</b>	CISSS du Bas St-Laurent	2
<b>Capitale-Nationale</b>	CIUSSS de la Capitale-Nationale	4
<b>Mauricie et Centre du Québec</b>	CIUSSS de la Mauricie et du Centre du Québec	6
<b>Estrie</b>	CIUSSS de l'Estrie	0
<b>Montréal</b>	CIUSSS de l'est de l'île de Montréal	0
	CIUSSS de l'ouest de l'île de Montréal	0
	CIUSSS du centre-ouest de l'île de Montréal	0
	CIUSSS du centre-sud de l'île de Montréal	0
	CIUSSS du Nord de l'île de Montréal	0
<b>Outaouais</b>	CISSS de l'Outaouais	2
<b>Abitibi-Témiscamingue</b>	CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	0
<b>Côte-Nord</b>	CISSS de la Côte-Nord	0
<b>Gaspésie- Iles de la Madeleine</b>	CISSS de la Gaspésie	0
	CISSS des îles	0
<b>Chaudière-Appalaches</b>	CISSS de Chaudière-Appalaches	0
<b>Laval</b>	CISSS de Laval	0
<b>Lanaudière</b>	CISSS de Lanaudière	4
<b>Laurentides</b>	CISSS des Laurentides	2
<b>Montréal</b>	CISSS de la Montérégie Centre	0
	CISSS de la Montérégie Est	0
	CISSS de la Montérégie Ouest	0
	<b>Total</b>	<b>20</b>

Chacun des gestionnaires figurant sur la liste soumise par la direction des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) des CIUSSS et CISSS a été contacté par courriel. Étaient joints à ce courriel une lettre d'invitation (annexe 3) ainsi que le premier questionnaire de validation des énoncés de compétences (annexe 2). Cette lettre d'invitation précisait toutes les informations pertinentes à la participation au projet de recherche, incluant les considérations éthiques, afin que les gestionnaires soient en mesure d'accepter de participer à cette étude en toute connaissance de cause. Aucun formulaire de consentement n'était nécessaire car il est reconnu que le simple fait de retourner par courriel le questionnaire complété faisait office de consentement. Les gestionnaires désirant participer à l'étude devaient satisfaire les critères de sélection suivants : 1) détenir actuellement un poste de gestionnaires en SAD dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec depuis au moins 5 ans ; 2) être capable de lire, écrire et parler le français. Le critère d'exclusion servant à déterminer si les gestionnaires devaient être exclus de l'étude consistait à ne pas avoir été en mesure d'occuper son poste de gestionnaire en SAD pendant un minimum de cinq années continues. Des 20 gestionnaires invités à participer au projet de recherche, 12 gestionnaires ont accepté de participer à l'étude en retournant le premier questionnaire de validation des énoncés de compétences rempli. Cinq gestionnaires ont refusé de participer par manque de temps et trois n'ont pas répondu à l'invitation.

En raison de la possibilité d'obtenir une liste exhaustive d'infirmières pratiquant en SAD, la technique d'échantillonnage probabiliste aléatoire simple a été retenue afin de constituer un échantillon de 15 infirmières expertes. Cette technique permet de diminuer les biais de sélection et d'assurer à toutes les infirmières expertes pratiquant actuellement en SAD, une chance égale de faire partie de l'échantillon et ainsi de réduire le biais d'échantillonnage (Fortin & Gagnon, 2016). Afin de rejoindre l'ensemble des infirmières expertes en SAD du Québec, une demande a été acheminée à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour l'obtention d'une liste de noms d'infirmières pratiquant en SAD au cours de la dernière année. Ainsi, une liste de 200 noms d'infirmières, inscrits dans un fichier Excel, a été transmise à l'auteure de la présente étude par l'OIIQ. Cependant, l'OIIQ ne disposant pas de données précisant le nombre d'années d'expérience des

infirmières débutantes en SAD, les critères de sélection ont été précisés dans le courriel d'invitation envoyés aux infirmières expertes afin qu'elles puissent déterminer leur éligibilité à participer à l'étude. Pour assurer une sélection aléatoire des infirmières expertes, un nombre aléatoire a été généré à l'aide de la fonction ALEA du logiciel Excel et assigné à chacun des noms transmis. Les noms des infirmières ont par la suite été ordonnés en ordre numérique croissant des nombres aléatoires assignés. Par la suite, une lettre d'invitation à participer à l'étude a été envoyée par courriel aux infirmières détenant la valeur numérique générée aléatoirement de 1 à 150.

Cette lettre d'invitation (annexe 3) avait pour but de préciser toutes les informations pertinentes au projet d'étude, incluant les critères de sélection et les considérations éthiques, afin que les infirmières expertes soient en mesure d'accepter de participer à cette étude en toute connaissance de cause. Le premier questionnaire de validation des énoncés de compétences (annexe 2) était aussi joint à la lettre d'invitation. Aucun formulaire de consentement n'était nécessaire car le simple fait de retourner par courriel le questionnaire complété faisait office de consentement. Les infirmières expertes désirant participer à l'étude devaient satisfaire les critères de sélection suivants : 1) détenir actuellement un poste d'infirmière en SAD dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec depuis au moins 5 ans ; 2) être capable de lire, écrire et parler français. Le critère d'exclusion servant à déterminer si les infirmières expertes devaient être exclus de l'étude consistait à : ne pas avoir été en mesure d'occuper son poste d'infirmière en SAD pendant un minimum de cinq années continues.

Des 150 infirmières contactées par courriel, 15 ont accepté de participer au projet de recherche en retournant le premier questionnaire de validation des énoncés de compétences complétés, 45 ont répondu qu'elles ne répondaient pas aux critères de sélection et 90 n'ont pas répondu à l'invitation. De ce fait, l'échantillon ayant été complété, un second envoi d'invitations à d'autres infirmières n'a pas été nécessaire. Le tableau 20 précise géographiquement, la répartition des experts constituant les deux échantillons.

Tableau 20. Répartition géographique du nombre d'experts (gestionnaires et infirmières) ayant accepté de participer à l'étude

Régions du Québec	Gestionnaires ( <i>n</i> )	Infirmières expertes ( <i>n</i> )
Saguenay Lac St-Jean	0	1
Bas St-Laurent	2	1
Capitale-Nationale	2	2
Mauricie et Centre du Québec	2	1
Estrie	0	1
Montréal	0	2
Outaouais	2	1
Abitibi-Témiscamingue	0	1
Côte-Nord	0	0
Gaspésie- Iles de la Madeleine	0	0
Chaudière-Appalaches	0	1
Laval	0	1
Lanaudière	2	1
Laurentides	2	1
Montérégie	0	1
Total	12	15

On remarque que seulement deux régions du Québec (Côte-Nord et Gaspésie- Iles de la Madeleine) ne sont pas représentées par l'un ou l'autre des types d'experts recrutés.

### 3.5 DEFINITION OPERATIONNELLE DES TERMES

Quelques variables et certains termes significatifs ont été définis opérationnellement en raison leur importance sémantique dans le cadre de la présente étude. Ces variables et ces termes sont présentés ici-bas, accompagnés de leur définition opérationnelle.

**Services de soutien à domicile (SAD)** : Dans la littérature, le terme soutien à domicile (SAD) est utilisé pour faire référence à l'ensemble des services offerts à domicile. Les termes « soutien à domicile » et « services de soutien à domicile » sont souvent utilisés de manière synonyme par les auteurs.

La Loi sur la santé et les services sociaux du Québec (MSSS 2003) définit les services de soutien à domicile comme suit : « Les services de soutien à domicile sont des services qui permettent aux clients souffrant d'une incapacité partielle ou totale de vivre dans leur propre foyer, et qui ont souvent pour effet de prévenir, de retarder ou de remplacer les soins actifs ou les soins de longue durée ».

Le MSSS du Québec a répertorié une gamme de services de soutien à domicile standardisés, classifiés selon quatre types de services :

- Les soins et services professionnels tels que les soins infirmiers, les services médicaux, les services de réadaptation, les services de nutrition, les services psychosociaux et les services d'organisation communautaire.
- Les services d'aide à domicile tels que l'assistance personnelle, l'aide domestique, les services de soutien civique, les services d'accompagnement et les services d'assistance à l'apprentissage.
- Les services aux proches aidants comme le gardiennage, le dépannage, les services psychosociaux et l'appui aux tâches quotidiennes
- Le support technique tel que des fournitures médicales et spécialisées et de l'aide technique.

Tel que précisé précédemment, dans le cadre de cette étude, seuls les services des soins infirmiers dispensés à domicile sont visés, à savoir : les services de soins infirmiers pour des soins aigus, les soins de longue durée ou les soins palliatifs permettant aux personnes en perte d'autonomie temporaire ou permanente, de demeurer dans leur milieu de vie avec leurs proches le plus longtemps possible.

**Infirmière débutante en SAD** : Infirmière membre de l'OIIQ qui possède un diplôme d'étude collégiale en soins infirmiers ou un baccalauréat en sciences infirmières qui pratique actuellement en SAD. Est considérée débutante, une infirmière qui possède moins de 24 mois continus d'expérience dans le secteur du SAD. Cette définition s'appuie sur l'échelle d'expertise de Benner (1984).

**Infirmière experte en SAD** : Infirmière membre de l'OIIQ qui possède un diplôme d'étude collégiale en soins infirmiers ou un baccalauréat en sciences infirmières, qui pratique

actuellement en SAD et qui possède plus de cinq années continues d'expérience en SAD. Cette définition s'appuie sur l'échelle d'expertise de Benner (1984).

**Gestionnaire de SAD :** Personne qui détient actuellement un poste de gestionnaire en SAD au sein du système de soins du Québec.

**Gestionnaire expert en SAD :** Personne qui détient actuellement un poste de gestionnaire en SAD au sein du système de soins du Québec et qui possède plus de cinq années continues d'expérience comme gestionnaire en SAD. Cette définition s'appuie sur l'échelle d'expertise de Benner (1984).

**Compétence clinique minimale des infirmières débutantes en SAD :** Une compétence sera décrite par un énoncé précisant les connaissances, les attitudes, les valeurs, l'habileté que des infirmières débutantes en SAD doivent démontrer par un savoir agir dans une situation particulière de soins.. Cela comprend également leurs capacités à juger de la nécessité à consulter les pairs et à leur capacité d'exploiter la technologie disponible. Les éléments de compétences que doivent préciser les énoncés sont formulés selon la définition de Tardif (2006).

**Clarté :** Qualité de ce qui est facilement intelligible; réfère à la netteté, à la précision et au vocabulaire utilisé dans un énoncé de compétence minimale en SAD. Lors du processus de validation, la clarté a été mesurée à l'aide d'une échelle du type Likert à quatre points d'ancrage : Très clair – Clair – Ambigu – Incompréhensible.

**Pertinence :** Qui a rapport au sujet ; degré de concordance entre l'énoncé de compétence et une compétence minimale que devrait posséder l'infirmière débutante en SAD. Lors du processus de validation, la pertinence a été mesurée à l'aide d'une échelle du type Likert à quatre points d'ancrage : Très pertinent – Pertinent– Peu pertinent – Non pertinent.

**Importance :** Qui est de conséquence ; intérêt que les experts portent sur la satisfaction de l'énoncé de compétence minimale en SAD. Lors du processus de validation, l'importance

a été mesurée à l'aide d'une échelle du type Likert à quatre points d'ancrage : Très important – Important – Peu important – Non important.

### **3.6 CONTROLE DES VARIABLES INTERNES ET EXTERNES**

Quelques variables externes qui pourraient potentiellement influencer les résultats de l'étude ont été identifiées. Il s'agit des caractéristiques reliées aux experts, telles que la représentation différente de la qualité de la pratique infirmière en SAD, leur niveau d'expertise et la variabilité potentielle du sens critique exercé lors de l'évaluation d'un énoncé de compétence. Le biais de contamination entre les experts constitue aussi une variable externe identifiée.

Afin d'éviter une probable différence de perspective de la qualité de la pratique infirmière en SAD, les experts ont été recrutés dans l'ensemble du Québec. En effet, dans le cadre de cette étude, il était question d'établir un consensus auprès de gestionnaires et d'infirmières expertes en SAD sur les énoncés de compétences à valider afin de préciser ce que constituent les compétences cliniques minimales requises chez les infirmières débutantes en SAD. Or, la pratique infirmière en SAD peut être influencée par plusieurs facteurs. Il peut s'agir par exemple d'une orientation institutionnelle spécifiques ou encore par une organisation de travail différente d'un établissement comparativement à un autre entraînant une perspective différente chez les gestionnaires et les infirmières expertes de la pratique infirmière en SAD. C'est en raison de cette probable différence de perspective, que les experts ont été recrutés dans l'ensemble du Québec.

En ce qui a trait au niveau d'expertise des experts, les gestionnaires recrutés devaient avoir été recommandés par un pair sur la base des cinq années continues d'expérience ainsi que sur la reconnaissance de l'expertise développée. De plus, tous les CIUSSS et les CISSS du Québec ont été invités à participer permettant d'obtenir potentiellement une diversité d'expertises. Pour être en mesure d'identifier les gestionnaires et les infirmières à titre

d'experts, la définition du concept d'infirmière experte de Benner (1984) a été adoptée. Cette définition précise que, pour être considérée experte, une infirmière en SAD doit posséder plus de cinq années continues d'expérience dans le même secteur d'activités. Afin de s'assurer que le niveau d'expertise des experts respecte une règle reconnue, les gestionnaires et les infirmières acceptant de participer à l'étude ont dû préciser, par courriel, le nombre d'années continues d'expérience en SAD qu'ils possédaient. Une technique de recrutement probabiliste a été aussi été choisie pour le recrutement des infirmières expertes assurant une chance égale de représentation et évitant ainsi les biais de sélection.

Certaines personnes ont tendance à être très critiques dans leurs évaluations de la clarté, de la pertinence et de l'importance d'un énoncé de compétence alors que d'autres peuvent faire preuve d'un grand laxisme. C'est donc pour cette raison que les énoncés de compétences ont été retenus lorsqu'un degré de consensus de 80% (I-CVI de 0,8) a été atteint par au moins l'un des deux groupes d'experts.

Dans le but de limiter les effets d'un biais de contamination entre experts, la technique DELPHI a été choisie permettant d'établir le niveau de consensus entre les experts. Dans cette technique, les experts ont été rejoints individuellement et ne connaissaient pas le nom des autres experts qui participaient à l'étude. Cette procédure permet d'éviter les effets d'influence qui pourraient apparaître au sein d'un groupe d'experts.

### **3.7 PROCESSUS DE VALIDATION DES ENONCES DE COMPETENCES**

Le devis de recherche élaboré pour la présente étude s'inspire des étapes proposées par Laveault et Grégoire (2002) afin de conduire un processus de validation de contenu. La méthode retenue, se divise en trois étapes qui seront présentés comme suit : La spécification du domaine du construit, la génération d'un échantillon d'énoncés de compétences minimales cliniques en SAD et la validation a priori des énoncés de compétences.

### **3.7.1 Première étape : La spécification du domaine du construit.**

Cette première étape a consisté principalement en une conceptualisation du construit de la pratique infirmière en SAD. Le chapitre II portant sur la recension des écrits présente en détail les considérations retenues dans la modélisation de ce construit qui s'est concrétisée par la conception d'un cadre conceptuel du concept de compétence clinique de l'infirmière (présenté à la figure 1). Ce cadre conceptuel a permis d'établir un lien entre le niveau d'expertise requis pour la pratique des infirmières débutantes en SAD et les compétences qu'elles doivent acquérir. La recension des écrits a également permis d'identifier les dimensions du construit de compétence clinique de l'infirmière débutante en SAD. Les dimensions retenues au terme de cette étape sont : l'évaluation, la surveillance et la prise de décision clinique, la planification et la coordination des soins, le maintien de la santé et la palliation, l'enseignement, la communication, la relation thérapeutique, l'accès et l'équité des soins, la promotion de la santé, la prévention de la maladie, la qualité des soins et les responsabilités professionnelles.

### **3.7.2 Deuxième étape : La génération d'un échantillon d'énoncés de compétences**

Cette seconde étape consistait à générer un échantillon d'énoncés de compétences cliniques minimales en SAD représentatifs de la pratique des infirmières débutantes. Deux approches complémentaires permettant de générer cet échantillon d'énoncés de compétences ont été retenues, à savoir une approche déductive qui consiste à identifier une série d'énoncés de compétences à partir des écrits pertinents et une approche inductive qui se traduit par la consultation des experts sur la base de leur expérience professionnelle acquise en SAD.

### 3.7.2.1 *Approche déductive*

L'approche déductive s'est déroulée en deux phases présentées comme suit : la recension des écrits et l'épuration des énoncés de compétences. Une recension des écrits a été effectuée à l'hiver 2016 dans le but d'identifier des énoncés de compétences applicables pour la pratique des infirmières débutantes en SAD. Les sources retenues ont consisté principalement en des publications de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ou de différentes associations en santé. Cette recension a permis de générer un échantillon de 94 énoncés, pouvant potentiellement représenter les compétences minimales que devraient posséder les infirmières débutantes en SAD. Ces énoncés de compétences sont présentés dans la section « le concept de compétence clinique de l'infirmière en SAD » de la recension des écrits.

Puisque les énoncés de compétences recensés provenaient de différentes sources de référence, plusieurs auteurs pouvaient cibler la pratique infirmière en SAD à un niveau de compétence plus élevé que l'infirmière débutante, certains pouvaient préciser des aspects similaires en utilisant un vocabulaire différent ou encore cibler des aspects différents en utilisant un vocabulaire similaire. Pour cette raison, un travail très minutieux d'épuration a dû être effectué. Ce travail consistait à rejeter les compétences qui ne ciblaient pas explicitement la pratique de l'infirmière débutante en SAD, à fusionner et à synthétiser des compétences similaires, à scinder des énoncés de compétences qui précisaient plus d'une compétence, à reformuler les énoncés de compétences de manière à assurer l'emploi d'un vocabulaire similaire et constant et, finalement, à les classer sur la base des dimensions retenues afin d'éliminer les doublons potentiels. Ces travaux d'épuration auront finalement permis de retenir un échantillon de 104 énoncés de compétences minimales à soumettre aux gestionnaires et aux infirmières expertes classés selon dix dimensions (voir l'annexe 2). Il importe de préciser à nouveau qu'il s'agit d'un classement arbitraire pour des fins d'organisation méthodologique car le devis ne vise pas à valider expressément le construit de compétence clinique de l'infirmière en SAD, mais uniquement la validation de contenu des énoncés de compétences auprès d'experts du domaine. Le fait de préciser ces dimensions

aux experts leur permettait également de prendre connaissance de l'exhaustivité des énoncés de compétences associés à une dimension et de ce fait, pouvait susciter en eux le désir de proposer de nouveaux énoncés (approche inductive).

#### 3.7.2.2 *Approche inductive*

L'approche inductive a été retenue à titre de complément à l'approche déductive. La technique DELPHI a permis de demander aux gestionnaires et aux infirmières expertes de soumettre des énoncés de compétences qui leur semblaient pertinents et importants pour l'infirmière débutante en SAD et qui n'apparaissaient pas dans le questionnaire qui leur avait été soumis. C'est à l'étape de validation *a priori* que les experts pouvaient proposer de nouvelles idées de compétences à soumettre à la validation. Cette étape est expliquée ci-après. Ces compétences ont pu être reformulées sous forme d'énoncés de compétences et soumis à la validation auprès des experts lors d'une seconde consultation.

### **3.7.3 Troisième étape : La validation des énoncés de compétences**

La validation des énoncés de compétences s'est déroulée en deux étapes qui seront présentés comme suit : la pré-validation des énoncés de compétences auprès de trois infirmières expertes agissant à titre de juges et la validation des énoncés de compétences par les experts.

#### 3.7.3.1 *La pré-validation des énoncés de compétences auprès des juges*

Avant de soumettre ces énoncés de compétences aux experts, il importait de s'assurer de la clarté des énoncés de compétences formulés car le jugement que peuvent exercer les experts lors de l'analyse des affirmations est tributaire de leur bonne compréhension de ces énoncés. À cet effet, trois infirmières ayant cumulé respectivement, 17, 14 et 15 années d'expérience en SAD ont été recrutées à titre de juges dans le but de vérifier la clarté des énoncés de compétences avant de les soumettre à la validation auprès des experts. Ces

infirmières ont été recrutées selon la méthode par réseau (boule de neige). Une première infirmière, qui était une connaissance de l'auteur de la présente étude, a été recrutée en raison de ses 17 années d'expérience en SAD. Après avoir pris connaissance de l'objectif de l'étude et des qualités recherchées chez les juges qui devaient procéder à l'évaluation de la clarté des énoncés, cette infirmière a été invitée à proposer le nom de deux de ses collègues reconnues pour leur expérience clinique et leur capacité à démontrer la rigueur nécessaire à un tel exercice. Ces juges se devaient d'être représentatifs des infirmières expertes qui devaient être recrutées pour procéder à la validation des énoncés de compétences. Il est à noter qu'aucun de ces juges n'a participé au processus de validation à titre d'expert.

À partir de leur expérience, ces infirmières devaient se prononcer uniquement sur la clarté des énoncés de compétences. Une échelle de mesure de type Likert à quatre points d'ancrage a été utilisée : Très clair – Clair – Ambigu – Incompréhensible. Il s'agit de la même échelle de mesure de la clarté utilisée ultérieurement auprès des experts. Dans le cas de la consultation des juges, pour être reconnu clair, un énoncé devait avoir été considéré clair ou très clair par les trois juges simultanément. Dans le cas contraire, les juges étaient invités à soumettre des recommandations afin d'améliorer la clarté des énoncés. Deux envois de questionnaires aux juges ont été nécessaires afin d'établir unanimement la clarté des 104 énoncés de compétences constituant l'échantillon destiné à la validation auprès des experts. Les détails sont présentés dans le chapitre présentant les résultats.

### *3.7.3.2 La validation des énoncés de compétences auprès des experts*

L'étape de validation des énoncés de compétences avait pour but de soumettre chacun des énoncés de compétences pré-validés au jugement des gestionnaires et des infirmières agissant ici à titre d'experts du domaine de la pratique infirmière en SAD. Au terme de cette étape, seuls les énoncés pour lesquels le degré de consensus avait atteint un minimum de 80% chez au moins l'un des deux types d'experts étaient retenus.

Pour chaque énoncé de compétence, la validation auprès des experts a porté simultanément sur la clarté, la pertinence et sur l'importance. Une échelle de mesure de type Likert, comportant quatre points d'ancrage a été utilisée pour la mesure de ces trois variables : Très clair, Clair, Ambigu et Incompréhensible pour la clarté ; Très pertinent, Pertinent, Peu pertinent et Non-pertinent pour la pertinence et enfin, Très important, Important, Peu important et Non important pour l'importance. À la fin du questionnaire, une section était réservée pour permettre aux experts de soumettre d'autres idées de compétences qui leur semblaient pertinents et importants et qui n'apparaissaient pas dans le questionnaire qui leur a été soumis.

### **3.8 DEROULEMENT DES ACTIVITES**

Le processus menant à l'acceptation de la conduite d'un projet de recherche qui se déroule dans un établissement de santé s'avère laborieux. Tout d'abord, un certificat d'éthique (N° CÉR-87-619 ; voir annexe 4) a été délivré par le Comité d'éthique de la recherche auprès des êtres humains (CER) de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) le 4 novembre 2015.

L'autorisation de conduire une recherche dans les établissements de santé requiert deux niveaux d'autorisation soit une évaluation éthique qui provient d'une autorité reconnue ainsi qu'une approbation de convenance institutionnelle. La demande de convenance institutionnelle permet à chaque établissement d'analyser le projet de recherche afin d'autoriser ou non sa réalisation au sein de leur établissement. L'analyse de la convenance institutionnelle repose sur les aspects suivants : l'arrimage du projet de recherche avec les orientations de l'établissement, la capacité de l'établissement à recevoir le projet en termes de ressources humaines et matérielles, les aspects financiers du projet de recherche, l'adéquation entre l'environnement de recherche et le projet proposé ainsi que la clientèle ciblée.

Dans le cadre de cette étude, le comité éthique de la recherche (CER) du CIUSSS de la Capitale-Nationale a agi à titre de CER évaluateur pour ce projet de recherche. Le formulaire de présentation du projet de recherche ainsi que le protocole de recherche ont donc été envoyés au CER évaluateur de la Capitale-Nationale. Au terme de leur évaluation, les membres de ce comité d'éthique ont considéré que le projet de recherche ne requiert pas d'approbation du CER. Dans le cadre de ce projet, le CER considère que les personnes visées par le recrutement le sont à titre « d'experts » en vue d'obtenir de l'information qu'ils ne sont pas considérés en tant que « participants ». Par conséquent le CER évaluateur de la Capitale-Nationale dispense le projet d'étude d'une approbation éthique. La lettre d'exemption du CER évaluateur est présentée à l'annexe 5.

Par la suite une demande d'évaluation de convenance institutionnelle a été envoyée à la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche de chacun des CISSS et CIUSSS du Québec. L'annexe 6 présente un exemple d'une demande d'évaluation de convenance institutionnelle. Le formulaire de demande d'évaluation de convenance institutionnelle précisait les informations suivantes : un résumé du projet de recherche, les objectifs, l'échéancier, l'aspect financier, la participation du personnel de l'établissement ainsi que les coordonnées du chercheur. De plus étaient joints à ce formulaire le protocole de recherche (voir l'annexe 7), le formulaire d'engagement du chercheur à la confidentialité (voir l'annexe 8) et la lettre d'exemption éthique délivrée par le CER évaluateur (CER de la Capitale-Nationale). Une fois la conduite de l'étude autorisée, la direction de l'enseignement universitaire et de la recherche de chacun des établissements a fait parvenir par courriel, à l'auteur de la présente étude, l'autorisation pour la conduite de l'étude ainsi que les noms et les coordonnées des gestionnaires répondants aux critères de sélection et pouvant agir à titre d'experts. Les critères de sélection étaient précisés dans le formulaire de demande de convenance institutionnelle.

L'envoi des courriels d'invitation aux experts a débuté en octobre 2017. Des invitations ont été envoyées aux 20 gestionnaires en SAD recommandés par les directions des

établissements participants. De ce nombre, 12 gestionnaires ont accepté de participer en retournant le premier questionnaire de validation des énoncés de compétences rempli.

Un délai de deux semaines était accordé pour retourner par courriel le questionnaire rempli, délai après lequel un rappel fut envoyé à ceux n'ayant pas encore répondu. Lors de l'analyse des données de la première consultation, les énoncés de compétences ayant atteint un niveau de consensus minimal de 80% simultanément pour la mesure de la clarté, de la pertinence et de l'importance par au moins un des deux groupes d'experts étaient retenus. Les énoncés de compétences ayant atteints un niveau de consensus entre 60% et 79% ou nécessitant une reformulation en raison des commentaires énoncés par les experts étaient resoumis à nouveau alors que ceux ayant atteint un niveau de consensus inférieur à 60% simultanément par les deux groupes d'experts étaient automatiquement rejetés.

Le second cycle d'envois/réceptions des questionnaires aux gestionnaires et aux infirmières expertes s'est déroulé du 21 février au 29 avril 2018. L'envoi d'un troisième questionnaire n'a pas été requis, l'ensemble des énoncés ayant été clairement acceptés ou rejetés sur la base de la règle d'acceptation retenue.

### **3.9 COLLECTE DES DONNEES**

La collecte des données s'est effectuée à l'aide d'un questionnaire comportant trois sections. La première précisait les directives aux experts et présentait les définitions des paramètres de validation mesurés, soit la clarté, la pertinence et l'importance de chacun des énoncés soumis. La deuxième affichait chacun des énoncés de compétences soumis à la validation. La figure 2 présente l'exemple d'un énoncé soumis à la validation des experts.

**Évaluation, surveillance et prise de décision clinique**

**L'infirmière débutante au soutien à domicile**  
effectue une évaluation complète de la situation de santé du client, incluant sa condition physique, mentale et comportementale, son niveau d'autonomie fonctionnelle et les risques liés à sa situation de santé.

Compétence 1	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :
	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important

**Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence**  
Cliquez ici pour entrer du texte.

Figure 2. Exemple d'un énoncé de compétence soumis à la validation des experts

Pour la mesure de chacun des trois paramètres de validation, une échelle du type Likert comportant quatre niveaux d'ancrage a été utilisée. Il suffisait à l'expert de cocher la case correspondant à son opinion et de formuler un commentaire si jugé nécessaire. Finalement, dans la troisième section du questionnaire, les experts avaient la possibilité de soumettre d'autres idées de compétences qui leur semblaient pertinentes et importantes et qui n'apparaissaient pas dans le questionnaire. Compte tenu du nombre important d'énoncés soumis à la validation, le temps requis pour répondre au questionnaire était de 90 minutes environ. Ce questionnaire a été construit en utilisant la fonction « Formulaire » du logiciel Word. Les experts n'étaient pas obligés d'y répondre en une seule fois.

### 3.10 PLAN D'ANALYSE DES DONNEES

Les calculs effectués par Lynn (1986) pour établir un niveau de consensus minimal de 80% pour des panels de deux à dix experts ont été repris dans le tableau 18 pour des panels variant de 9 à 15 experts (dans le cadre de ce projet de recherche, des panels de 12 experts pour les gestionnaires et de 15 experts pour les infirmières expertes ont été retenus). Ainsi,

pour qu'un énoncé de compétence soit accepté par les infirmières expertes, l'accord de dix infirmières expertes sur 12 s'avérait nécessaire pour atteindre niveau de consensus minimal de 83% alors que pour qu'un énoncé de compétence soit accepté par les gestionnaires, l'accord de 12 gestionnaires sur 15 était nécessaire pour atteindre un niveau de consensus minimal de 80%.

Le traitement des données collectées a été effectué sur une base dichotomique en attribuant un code numérique à chacun des points d'ancrage simplifiant le calcul du degré de consensus. Le tableau 21 présente, pour chacune des échelles de Likert utilisées pour la mesure de la clarté, de la pertinence et de l'importance, le code numérique attribué à chacun des points d'ancrage.

Tableau 21. Codes numériques attribués aux points d'ancrage

Clarté	Points d'ancrage		Codes attribués
	Pertinence	Importance	
Très clair	Très pertinent	Très important	4
Clair	Pertinent	Important	3
Ambigu	Peu pertinent	Peu important	2
Incompréhensible	Non pertinent	Non important	1

L'indice de validité de contenu élaboré par Waltz et Baussel (1981) a été utilisé pour obtenir les degrés de consensus des experts à l'aide de l'équation suivante :

Équation 1: Calcul de l'indice de validité du contenu (content validity index [CVI])

$$CVI = \frac{\text{Nombre d'experts auxquels les codes 3 ou 4 ont été attribués}}{\text{Nombre total d'experts}}$$

Pour être retenu, un énoncé de compétence devait se voir attribuer un CVI d'au moins 0,8<sup>2</sup> simultanément pour la mesure de la clarté, de la pertinence et de l'importance par au moins un des deux groupes d'experts consultés, soit par les gestionnaires ou par les infirmières expertes. Lorsqu'un énoncé ne satisfaisait pas un  $CVI \geq 0,8$  pour la clarté, la pertinence ou l'importance, il était quand même soumis à une seconde consultation auprès des experts dans le cas où le CVI se situait dans la plage des valeurs comprises entre 0,6 et 0,79. Cependant, le second questionnaire présentait également les résultats obtenus lors de la première consultation et ce, dans le but d'en informer les experts afin qu'ils se prononcent à nouveau après avoir pris connaissance de l'opinion des autres experts (tel que le recommande la technique DELPHI). La figure 3 présente un exemple d'un énoncé de compétence soumis à nouveau aux gestionnaires seulement en raison d'un CVI à 0,75 obtenu pour la pertinence lors de la première consultation, alors que les infirmières expertes ont été unanimes à en reconnaître la clarté, la pertinence et l'importance. Dans ce cas particulier, la seconde consultation ne portait que sur cet attribut.

---

<sup>2</sup> Cette valeur représente un niveau de consensus de 80 % chez les experts consultés.

Évaluation, surveillance et prise de décision clinique						
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>						
encourage les clients et leur famille/proche aidant à tirer parti de leurs forces pour atteindre et maintenir un état de santé désiré en tenant compte des ressources disponibles.						
Résultats obtenus lors de la 1 <sup>ère</sup> consultation						
<b>Compétence 25</b>	Clarté		Pertinence		Importance	
	Gestionnaires :	100 %	Gestionnaires :	75 %	Gestionnaires :	83 %
	Infirmières :	100 %	Infirmières :	100%	Infirmières :	100%
			<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent			
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.						

Figure 3. Exemple d'un énoncé resoumis aux gestionnaires pour vérifier leur opinion au regard d'un attribut n'ayant pas satisfait la règle d'acceptation lors de la première consultation pour les gestionnaires seulement

Les commentaires émis par les experts pouvaient conduire à la reformulation d'un énoncé de compétence. Si tel était le cas, en raison de la reformulation de l'énoncé, pouvant affecter significativement la sémantique, la pertinence et l'importance ont été mesurées à nouveau. Enfin, lorsqu'un énoncé ne satisfaisait pas un  $CVI \geq 0,6$  par les deux groupes d'experts simultanément, il était automatiquement rejeté. Il importe de préciser que des énoncés de compétences pouvaient être acceptés par un groupe d'experts alors qu'ils étaient rejetés par l'autre groupe d'expert. Dans ce cas l'énoncé de compétence était resoumis au groupe d'experts ayant rejeté l'énoncé de compétence lors du second questionnaire afin qu'il se prononce à nouveau après avoir pris connaissance de l'opinion des autres experts.

### 3.11 CONSIDERATIONS ETHIQUES

La conduite de cette étude reposait sur la consultation de sujets humains lors de la phase de validation des énoncés de compétences. Pour cette raison, l'obtention d'une approbation par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) était requise. Le certificat émis est présenté à l'annexe 4.

Dans le cadre de cette étude, une attention particulière a été apportée au respect du principe de consentement libre et éclairé. La participation des experts à ce projet de recherche s'avérait entièrement volontaire. Par l'entremise d'une lettre d'invitation, les experts ont été informés du but de l'étude, des modalités de participation ainsi que de la possibilité de se retirer à tout moment. En retournant par courriel le questionnaire rempli, les experts consentaient librement à participer à l'étude.

Par ailleurs, les experts ont également été informés de la possibilité qu'ils puissent être à nouveau sollicités dans le cas où le recours à un deuxième et à un troisième questionnaire se révélait nécessaire. Si les experts désiraient se retirer après avoir répondu au premier questionnaire ils étaient informés de signifier leur désir par courriel. Par conséquent, les courriels échangés allaient être retirés, le questionnaire allait être supprimé et si les données n'avaient pas encore été compilées, elles allaient être retirées de la base de données.

Les experts recevaient l'assurance de la confidentialité de l'information recueillie dans le cadre de ce projet de recherche. Seule l'étudiante chercheuse avait accès aux coordonnées des experts. Les seuls renseignements requis se référaient à leur nom, leur titre professionnel, leur nombre d'années d'expérience, la région où il pratique et leur adresse de courrier électronique. Afin de ne pas permettre l'identification des experts, les questionnaires complétés ont été codés à l'aide d'un numéro. Les données informatisées ont été traitées à l'aide d'un ordinateur accessible uniquement par l'étudiante chercheuse à l'aide d'un code d'accès et d'un mot de passe (session protégée) connus seulement par l'étudiante chercheuse.

Les avantages associés à la présente recherche sont apparus plus importants que les inconvénients qui pouvaient être causés aux experts. Outre le fait que le principal inconvénient peut résider dans le temps requis pour répondre aux questionnaires, aucun risque prévisible pour les experts participants à l'étude n'a été identifié, ce type de consultation pouvant d'ailleurs être effectué couramment dans le cadre de leur pratique professionnelle. Aucune compensation financière n'a été versée aux experts.

## **CHAPITRE 4**

### **LES RÉSULTATS**

Ce chapitre a pour but de présenter les résultats obtenus pour la question de recherche qui a été formulée comme suit : Quels sont, selon des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD, les compétences cliniques minimales que devraient idéalement posséder les infirmières débutantes en SAD pour assumer leur rôle professionnel au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec ?

Les résultats obtenus lors de la validation des énoncés de compétences sont présentés selon les deux grandes phases de cette étude à savoir la phase de pré-validation de la clarté des énoncés de compétences auprès des juges et la phase de validation des énoncés de compétences auprès des experts. Une synthèse des résultats obtenus au terme des deux consultations des experts y est aussi présentée.

#### **4.1 LA PRE-VALIDATION DE LA CLARTE DES ENONCES DE COMPETENCES AUPRES DES JUGES.**

Préalablement à la première consultation des experts, trois infirmières œuvrant en SAD et répondant aux critères de sélection des infirmières expertes ont porté un jugement sur la clarté des énoncés de compétences formulés. Ces infirmières identifiées : Juge 1, Juge 2 et Juge 3, ont cumulé respectivement, 17, 14 et 15 années d'expérience en SAD. Elles devaient se prononcer uniquement sur la clarté de chacun des énoncés de compétences à l'aide d'une échelle de mesure de type Likert comportant quatre points d'ancrage : Très clair – Clair – Ambiguë – Incompréhensible et ce dans le but de s'assurer que les énoncés soient clairs pour la phase de validation auprès des experts. Le tableau 22 présente la distribution de fréquences

obtenue pour les 94 énoncés de compétences soumis aux juges lors de la première consultation.

Tableau 22. Distribution de fréquences des résultats obtenus pour la clarté lors de la première consultation des juges

Juges	Très clairs	Clairs	Ambigus	Incompréhensibles	Total énoncés jugés clairs et très clairs	Total énoncés jugés ambigus et incompréhensibles	<i>n</i>
<b>1</b>	13	61	10	10	74	20	94
<b>2</b>	23	50	20	1	73	21	94
<b>3</b>	25	50	19	0	75	19	94

Lorsque l'énoncé de compétence n'était pas jugé très clair ou clair, les juges étaient invités à émettre des commentaires et/ou des suggestions de modifications. Lors de cette pré-validation de la clarté des énoncés de compétences, pour être reconnu clair, un énoncé de compétence devait être jugé très clair ou clair par les trois juges simultanément. À la suite de l'analyse de ces données, on remarque un consensus important chez les juges au regard de l'évaluation de la clarté des énoncés. En effet, le nombre d'énoncés jugés « ambigus » et « incompréhensibles » sont relativement semblables d'un juge à l'autre (20-21-19) et il s'agit d'ailleurs des mêmes énoncés. On constate également une grande similitude dans les données concernant le nombre d'énoncés jugés « très clairs » et « clairs » (74-73-75). Malgré une plus grande dispersion des données dans les choix de réponses pour le juge 1, les figures 4 et 5 démontrent des opinions convergentes de la part des trois juges au regard de l'évaluation de la clarté des énoncés soumis.

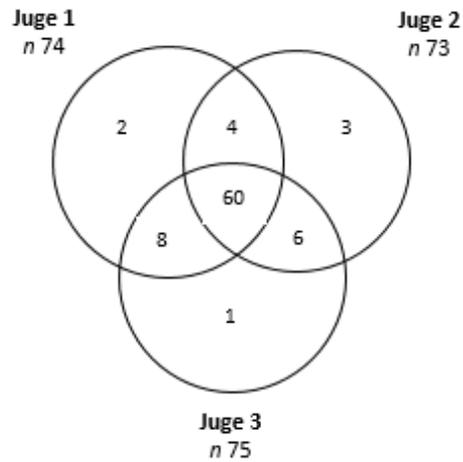


Figure 4. Répartition des énoncés de compétences jugés Très clairs ou Clairs par les juges (n=84)

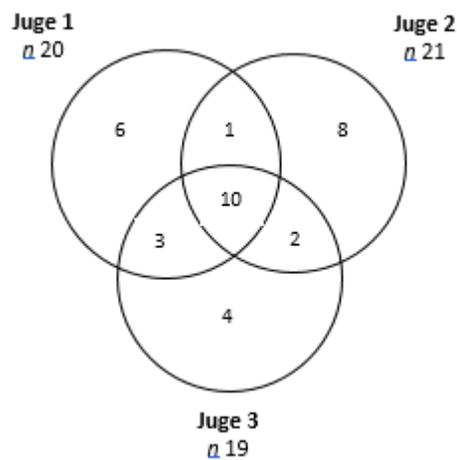


Figure 5. Répartition des énoncés de compétences jugés Ambigus ou Incompréhensibles par les juges (n=34)

Au total, 60 énoncés de compétences ont été reconnus unanimement clairs par les trois juges simultanément et 18 énoncés par au moins deux juges. Alors que 10 énoncés ont été reconnus unanimement ambigus ou incompréhensibles par les trois juges simultanément et 24 énoncés par au moins deux juges.

Les 34 énoncés de compétences n'ayant pas été jugés clairs simultanément par les trois juges ont fait l'objet d'une analyse. Suite aux commentaires émis par les juges, des correctifs ont été apportés afin d'améliorer la clarté de ces énoncés. Le tableau 23 présente le sommaire de ces correctifs.

Tableau 23. Sommaire des correctifs apportés à l'échantillon d'énoncés de compétences n'ayant pas été jugés clairs suite à l'analyse des commentaires émis par les juges

<b>Correctifs apportés</b>	<b><i>n</i></b>
Énoncés reformulés	34
Énoncés scindés	2
Énoncés retirés	1
Formulation de nouveaux énoncés	10
Total	46

Sur les 34 énoncés de compétences jugés non clairs par les juges, 33 énoncés ont été reformulés suite aux commentaires émis, deux énoncés ont dû être scindés en deux étant donné qu'ils décrivaient plus d'une compétence et, suite aux suggestions des juges, 10 nouveaux énoncés de compétences ont été formulés. Bien que les juges n'avaient pas à se prononcer sur la pertinence des énoncés de compétences, deux juges sur trois ont tout de même émis des commentaires à propos de la non-pertinence de l'énoncé de compétence #58 qui précise que « l'infirmière débutante au soutien à domicile revendique des politiques publiques relatives à la santé et des services qui soient accessibles, inclusives et intégrées, qui favorisent et protègent la santé et le bien-être des personnes et des communautés ». Après analyse de ces commentaires, il est apparu que l'opinion des juges étant fondée. Il a donc été réalisé que cet énoncé ne s'applique pas à la pratique de l'infirmière débutante puisqu'il s'agit de toute évidence, d'un énoncé de compétence qui requiert un niveau de compétence plus élevé que « débutante ». L'énoncé #58 a donc été retiré.

Au total, 45 énoncés de compétences ont été soumis aux juges dans un second questionnaire. Le tableau 24 présente la distribution de fréquences obtenue pour les énoncés de compétences soumis aux juges lors de la seconde consultation.

Tableau 24. Distribution de fréquences des résultats obtenus pour la clarté des énoncés de compétences lors de la seconde consultation des juges ( $n=45$ )

Juges	Très clairs	Clairs	Ambigus	Incompréhensibles	Total énoncés jugés clairs	Total énoncés jugés non clairs	<i>n</i>
1	23	21	0	1	44	1	45
2	28	16	1	0	44	1	45
3	29	15	1	0	44	1	45

On remarque que pour chacun des juges, un énoncé de compétence n'a pas été jugé clair. Il s'agit de l'énoncé #100 qui n'a pas été jugé clair unanimement par les trois juges. En effet la seconde consultation des juges a permis de mettre en évidence la redondance d'un nouvel énoncé de compétence #100 qui avait été formulé suite aux suggestions des juges lors de la première consultation. Cet énoncé décrivait une compétence déjà décrite par l'énoncé #95. Cependant aucun commentaire n'a été émis par les juges permettant de préciser pourquoi l'énoncé #100 n'a pas été jugé suffisamment clair alors que l'énoncé #95 a été jugé clair. L'énoncé #100 a donc été retiré. Tous les autres énoncés ont donc satisfait la règle d'acceptation pour être reconnus clairs puisqu'ils ont été jugés très clairs ou clairs par les trois juges simultanément. Le tableau 25 présente la formulation de l'énoncé #95 et de l'énoncé #100.

Tableau 25. Formulation des énoncés de compétences #95 et #100

<b>NIE</b>	<b>Dimensions</b>	<b>Énoncés de compétences</b>
95	Responsabilités professionnelles	L'infirmière débutante démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en sciences infirmières (ex : besoins en soins de santé adulte et population vulnérables, promotion de la santé, relation aide, jugement clinique, santé mentale, approche famille, dispensation des soins, éducation à la santé etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.
100	Responsabilités professionnelles	L'infirmière débutante démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en soins infirmiers au sujet des enjeux actuels en matière de soins de santé (ex : besoins en soins de santé adulte et population vulnérables, promotion de la santé, obésité, prévention et gestion de la douleur, santé mentale) afin d'intervenir en soins à domicile

Au terme des deux consultations des juges, cette pré-validation a donc permis d'établir la clarté de 104 énoncés de compétences (présentés à l'annexe 2) destinés à la validation auprès des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD. Le tableau 26 présente la répartition du nombre d'énoncés de compétences reconnus clairs par les trois juges pour chacune des dimensions du construit qui ont été retenus.

Tableau 26. Répartition du nombre d'énoncés de compétences reconnus clairs au terme des deux consultations des juges

<b>Dimensions</b>	<b><i>n</i></b>
Évaluation, surveillance et prise de décision clinique	23
Planification et coordination des soins	8
Maintien de la santé et palliation	10
Enseignement clinique	8
Communication	8
Relation thérapeutique	5
Accès et équité des soins	3
Promotion de la santé	8
Prévention de la maladie	5
Qualité des soins	6
Responsabilités professionnelles	20
<b>Total</b>	<b>104</b>

#### 4.2 LA VALIDATION DES ÉNONCÉS DE COMPÉTENCES AUPRÈS DES EXPERTS.

La validation des énoncés de compétences avait pour but d'établir un consensus auprès d'experts sur les compétences cliniques que doivent minimalement posséder les infirmières débutantes en SAD pour assumer leur rôle professionnel. Afin d'y parvenir, 12 gestionnaires en SAD ayant cumulé entre 7 et 20 années d'expérience à titre de gestionnaires en SAD et 15 infirmières expertes ayant cumulé entre 7 et 30 ans d'expérience en SAD, ont été recrutés à titre d'experts au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Le tableau 27 précise géographiquement la répartition des experts recrutés ainsi que leur nombre d'années d'expérience.

Tableau 27. Répartition géographique et nombre d'années d'expérience en SAD des experts recrutés

Régions du Québec	Gestionnaires (n)	Années d'expérience en SAD	Infirmières expertes (n)	Années d'expérience en SAD
Saguenay Lac St-Jean	0	----	1	30 ans
Bas St-Laurent	2	12 et 15 ans	1	7 ans
Capitale-Nationale	2	9 et 17 ans	2	8 et 12 ans
Mauricie et Centre du Québec	2	7 et 11 ans	1	11 ans
Estrie	0	----	1	16 ans
Montréal	0	----	2	14 et 23 ans
Outaouais	2	8 et 20 ans	1	12 ans
Abitibi-Témiscamingue	0	----	1	13 ans
Côte-Nord	0	----	0	----
Gaspésie- Iles de la Madeleine	0	----	0	----
Chaudière-Appalaches	0	----	1	14 ans
Laval	0	----	1	23 ans
Lanaudière	2	8 et 10 ans	1	15 ans
Laurentides	2	7 et 13 ans	1	15 ans
Montérégie	0	----	1	10 ans
Total	12		15	

On remarque que seulement deux régions du Québec (Côte-Nord et Gaspésie- Îles de la Madeleine) ne sont pas représentées par l'un ou l'autre des types d'experts recrutés. Benner (1984) considère que la véritable expertise ne s'acquiert qu'après cinq années continues d'expérience de travail dans le même domaine de soins. Ainsi les années d'expérience en SAD des experts recrutés se situe entre 7 et 30 ans ce qui permet une représentativité d'experts reconnus comme tels au sens de Benner.

Le processus de validation des énoncés de compétences auprès des experts a nécessité deux consultations. Les résultats de ces deux consultations sont présentés comme suit : résultats obtenus lors de la première consultation des experts et résultats obtenus lors de la seconde consultation des experts.

#### **4.2.1 Les résultats obtenus lors de la première consultation des experts**

Lors de la première consultation des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD, 104 énoncés de compétences leur ont été soumis (l'annexe 2 présente les énoncés soumis). Le rôle des experts consistait maintenant à se prononcer simultanément sur la clarté, la pertinence et sur l'importance des énoncés de compétences qui leur ont été présentés et ce, à l'aide d'échelles de mesure de type Likert (voir la description de ces échelles de mesure dans la définition opérationnelle des termes dans le devis). Tel que précisé dans le devis de recherche, pour être retenu, un énoncé de compétence devait se voir attribuer un CVI d'au moins 0,8 simultanément pour la mesure de la clarté, de la pertinence et de l'importance par au moins un des deux groupes d'experts. Ce seuil représentait un niveau de consensus minimal de 80% pour l'un ou l'autre des types d'experts consultés. L'annexe 9 présente les niveaux de consensus obtenus pour chacun des énoncés soumis aux experts lors de la première consultation. La figure 6 précise la répartition des énoncés de compétences retenus au terme de la première consultation des experts.

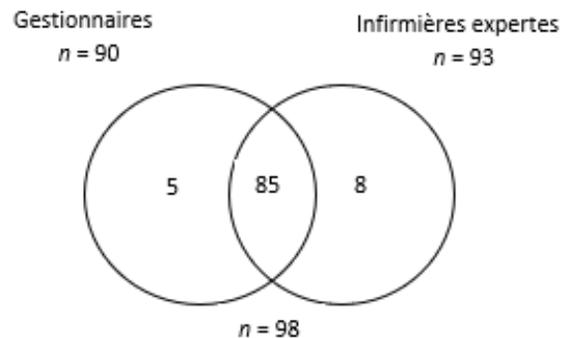


Figure 6. Répartition des énoncés de compétences retenus par les gestionnaires et les infirmières expertes lors de la première consultation des experts

Au total, 98 des 104 énoncés de compétences ont été retenus par l'un ou l'autre des deux groupes d'experts lors de la première consultation des experts. Sur ces 98 énoncés de compétences, 85 ont été retenus simultanément par les deux types d'experts. On observe donc une proportion de 81,7% (85/104) des énoncés retenus lors de la première consultation chez les gestionnaires et les infirmières expertes. Seuls 13 énoncés sur 104 ont fait l'objet d'une divergence d'opinions alors que 6 énoncés sur 104 ont fait l'objet d'une convergence d'opinions.

Au terme de la première consultation des experts, 19 énoncés de compétences [17,25,31,34,44,45,49,50,52,60,73,74,75,76,90,91,96,97,98] n'ont pas été retenus<sup>3</sup> par l'un ou l'autre des deux groupes d'experts. La figure 7 précise la répartition des énoncés de compétences non retenus selon le type d'experts consultés.

<sup>3</sup> Les énoncés de compétences non retenus font référence aux énoncés ayant obtenu un niveau de consensus se situant dans la plage  $59% > CVI < 80%$ . Par contre les énoncés ayant obtenu un niveau de consensus inférieur à 60% simultanément chez les deux groupes d'experts ont été définitivement rejetés.

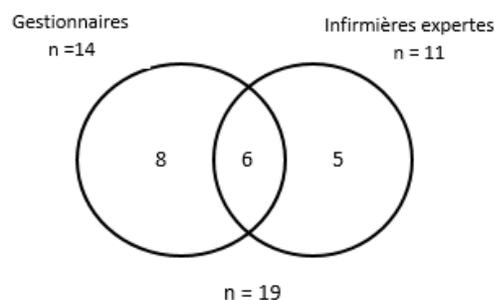


Figure 7. Répartition des énoncés de compétences non retenus par les gestionnaires et les infirmières expertes lors de la première consultation des experts

Parmi les 19 énoncés de compétences non retenus, huit énoncés [17, 25, 31, 34, 45, 49, 73, 90] n'ont pas été retenus par les gestionnaires uniquement et cinq énoncés [44, 60, 74, 75, 98] n'ont pas été retenus par les infirmières expertes seules. Six énoncés [50, 52, 76, 91, 96, 97] n'ont pas été retenus simultanément par les gestionnaires et les infirmières expertes, dont quatre [76, 91, 96, 97] qui ont été rejetés simultanément par les 2 groupes d'experts en raison du niveau de consensus (CVI) obtenu qui était inférieur à 60 %. Le tableau 28 présente les énoncés de compétences rejetés simultanément par les 2 groupes d'experts.

Tableau 28. Énoncés de compétences rejetés par les gestionnaires et par les infirmières expertes au terme de la première consultation (n=4)

NIE	Niveaux consensus		Dimensions	Énoncés de compétences	
	Gestionnaires	Infirmières expertes			
76	C	100,00%	79,00%	Qualité des soins	L'infirmière débutante au soutien à domicile participe activement à l'évaluation des programmes.
	P	42,00%	43,00%		
	I	42,00%	50,00%		
91	C	100,00%	80,00%	Responsabilités professionnelles	L'infirmière débutante au soutien à domicile démontre des connaissances au sujet de la structure du système de soins à différents niveaux : provincial, régional, au niveau de l'organisation et du milieu d'exercice ou du programme.
	P	58,00%	60,00%		
	I	50,00%	40,00%		
96	C	100,00%	87,00%	Responsabilités professionnelles	L'infirmière débutante au soutien à domicile démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en sciences sociales (ex : sociologie, anthropologie, psychologie, droits etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.
	P	58,00%	60,00%		
	I	42,00%	47,00%		
97	C	92,00%	87,00%	Responsabilités professionnelles	L'infirmière débutante au soutien à domicile démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en sciences humaines (politique, philosophie, science de la communication etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.
	P	50,00%	53,00%		
	I	33,00%	47,00%		

C = Niveaux de consensus obtenu pour la clarté

P = Niveaux de consensus obtenu pour la pertinence

I = Niveaux de consensus obtenu pour l'importance

Les figures 8 et 9 présentent la répartition des énoncés de compétences non retenus par les gestionnaires (figure 8) et les infirmières expertes (figure 9) en raison d'un problème de clarté, de pertinence ou d'importance (le tableau précisant les niveaux de consensus des énoncés non retenus est présenté à l'annexe 10).

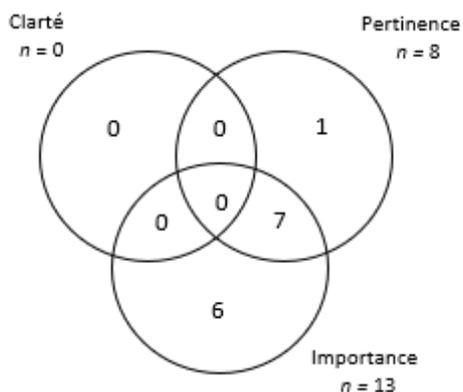


Figure 8. Répartition des énoncés de compétences non retenus par les gestionnaires en raison d'un problème de clarté, de pertinence ou d'importance (n=14)

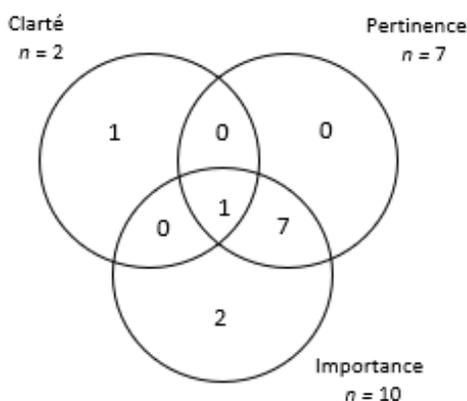


Figure 9. Répartition des énoncés de compétences non retenus (n=11) par les infirmières expertes en raison d'un problème de clarté, de pertinence ou d'importance

On ne remarque qu'aucun énoncé n'a pas été jugé clair par les gestionnaires et que seulement deux l'ont été par les infirmières expertes.

Afin de procéder à une analyse plus fine des résultats, un tableau précisant le nombre d'énoncés de compétences non retenus par chacun des types d'experts pour chaque attribut évalué a été construit. Le tableau 29 présente la répartition des énoncés de compétences non

retenus selon le type d'experts consultés et selon les attributs mesurés (clarté, pertinence, importance).

Tableau 29. Répartition des énoncés de compétences non retenus lors de la première consultation selon le type d'experts consultés et selon les attributs mesurés (clarté, pertinence et importance)

	Clarté seule	Pertinence seule	Importance seule	Clarté $\Omega$ pertinence	Clarté $\Omega$ Importance	Pertinence $\Omega$ Importance	Clarté et Pertinence $\Omega$ importance	Clarté totale	pertinence totale	importance totale	Clarté U pertinence	Clarté U importance	pertinence U importance	Clarté U pertinence U Importance
Gestionnaires seuls	0	1	5	0	0	2	0	0	3	7	3	7	8	8
Gestionnaires $\Omega$ infirmières expertes	0	0	1	0	0	5	0	0	5	6	5	6	6	6
Infirmières expertes seules	2	1	2	0	0	2	0	2	4	5	5	6	6	6
Gestionnaires U infirmières expertes	2	2	8	0	0	9	0	2	12	18	13	19	20	20

Le tableau 29 exploite les opérateurs  $\cup$  (union) et  $\cap$  (intersection) inspirés de la théorie des ensembles. Ces opérateurs s'avèrent très utiles pour mieux identifier et documenter la divergence ou la convergence des perspectives des gestionnaires et des infirmières expertes lors du processus de validation des énoncés de compétences. Voici un exemple permettant d'interpréter ce tableau : sur la ligne identifiée « Gestionnaires  $\cap$  Infirmières expertes » se retrouvent le nombre d'énoncés non retenus à la fois par les gestionnaires et par les infirmières expertes (l'intersection correspond à l'opérateur booléen « et »). Sur la ligne identifiée « Gestionnaires  $\cup$  Infirmières expertes » se retrouvent les énoncés non retenus par les gestionnaires ou par les infirmières expertes (l'union correspond à l'opérateur booléen « ou »). Sur les lignes identifiées « Gestionnaires seuls » et « Infirmières expertes seules » se retrouvent les énoncés de compétences qui n'ont pas été retenus uniquement par l'un ou par l'autre de ces types d'experts.

La même logique est exploitée dans les titres de colonnes qui permettent d'indiquer le nombre d'énoncés de compétences non retenus sur la base d'un seul, de deux ou des trois attributs évalués par les experts (la clarté, la pertinence et l'importance). Les cellules précisant une intersection particulière entre une ligne et une colonne permettent de présenter des résultats significatifs très spécifiques. À titre d'exemple, dans la colonne identifiée «Pertinence  $\cap$  importance» (qui précise le nombre d'énoncés de compétences non retenus simultanément pour la pertinence et pour l'importance), il est indiqué que deux énoncés de compétences [45,49] n'ont pas été retenus par les gestionnaires seuls (ces critères ayant été acceptés par les infirmières), que cinq énoncés de compétences [52,76,91,96,97] n'ont pas été retenus à la fois par les gestionnaires et par les infirmières expertes, que deux énoncés de compétences [75,98] n'ont pas été retenus par les infirmières expertes seules (ces énoncés de compétences ayant été acceptés par les gestionnaires) et finalement, que neuf énoncés de compétences [45,49,52,75, 76,91,96,97,98] n'ont pas été retenus par les gestionnaires ou par les infirmières expertes pour la pertinence et l'importance simultanément.

Si l'on désire établir une correspondance entre les données présentées à la figure 9 et au tableau 29, on doit considérer le fait que dans le tableau 29, un même énoncé de

compétence peut être pris en compte dans deux cellules différentes (c'est le cas pour l'énoncé #76 qui n'a pas été retenu pour la clarté par les infirmières expertes uniquement et qui n'a pas été retenu pour la pertinence et l'importance à la fois par les gestionnaires et par les infirmières expertes). Par ailleurs, un énoncé de compétence non retenu par les deux types d'experts simultanément pour un seul attribut ne sera comptabilisé que dans une seule cellule. La correspondance entre les valeurs présentées au tableau 29 et la figure 9 concernant le nombre d'énoncés non retenus peut cependant être établie comme suit: pour les gestionnaires, il suffit d'additionner la valeur de la cellule située à l'intersection de la colonne «Clarté U Pertinence U Importance» et de la ligne identifiée «Gestionnaires seuls» et la valeur de la cellule située à l'intersection de la colonne «Clarté U Pertinence U Importance» et de la ligne identifiée «Gestionnaires  $\cap$  Infirmières expertes»  $[(8 + 6) = 14$  énoncés de compétences n'ayant pas été retenus par les gestionnaires]. Pour les infirmières expertes, en considérant que l'énoncé de compétence #76 a été pris en compte dans deux cellules différentes, il suffit d'additionner la valeur de la cellule située à l'intersection de la colonne «Clarté U Pertinence U Importance» et de la ligne identifiée «Infirmières expertes seules» et la valeur de la cellule située à l'intersection de la colonne «Clarté U Pertinence U Importance» et de la ligne identifiée «Gestionnaires  $\cap$  Infirmières expertes»  $[(6 + 6) - 1 = 11$  énoncés de compétences n'ayant pas été retenus par les infirmières expertes]. La valeur de la cellule située à l'intersection de la colonne «Clarté U Pertinence U Importance» et de la ligne identifiée «Gestionnaires  $\cap$  Infirmières expertes» correspond aux six énoncés qui n'ont pas été retenus simultanément par les deux types d'experts.

Globalement, le tableau 29 démontre une nette convergence d'opinions entre les gestionnaires et les infirmières expertes au regard des attributs mesurés. Dans l'ensemble, sur les 104 énoncés soumis, les gestionnaires n'ont pas retenu huit énoncés que les infirmières expertes ont acceptés alors que cinq énoncés n'ont pas été retenus par les infirmières expertes bien qu'ils l'aient été par les gestionnaires. Il importe de rappeler qu'il s'agit ici d'énoncés différents. De ce fait, Seulement 13 des 104 énoncés de compétences ont fait l'objet d'une divergence d'opinions entre les deux groupes d'experts.

Le tableau 30 précise les numéros d'identification des énoncés de compétences non retenus respectivement par les gestionnaires et par les infirmières expertes, et ce, en raison d'un problème de clarté, de pertinence ou d'importance.

Tableau 30. Numéros d'identification des énoncés de compétences non retenus par les experts lors de la première consultation sur la base des attributs mesurés (clarté, pertinence, importance)

Attributs	NIE		
	Gestionnaires seuls	Infirmières expertes seules	Gestionnaires $\Omega$ infirmières expertes
Clarté seule		[44]	
Pertinence seule	[25]		
Importance seule	[17,31,34,73,90,]	[60,74]	
Pertinence et importance	[45,49]	[75,98]	[52,76,91,96,97]
Clarté, pertinence et importance		[76]	
Total	14	11	6

Chaque énoncé de compétence n'ayant pas atteint un niveau de consensus (CVI)  $\geq$  à 60% pour l'un ou l'autre des attributs mesurés (clarté, pertinence et importance) chez l'un ou l'autre des deux types d'experts a été analysé en prenant en compte les commentaires émis par les experts (l'annexe 10 présente les commentaires émis par les experts).

Afin de mieux visualiser les énoncés de compétences non retenus respectivement par les gestionnaires et par les infirmières expertes, les deux tableaux suivants (31 et 32) précisent les énoncés de compétences non retenus par un type d'experts mais acceptés par l'autre. Le tableau 31 précise les énoncés de compétences non retenus par les infirmières expertes uniquement lors de la première consultation des expertes en raison d'un problème de clarté, de pertinence ou d'importance.

Tableau 31. Énoncés de compétences non retenus par les infirmières expertes uniquement en raison d'un problème de clarté, de pertinence ou d'importance lors de la première consultation des experts (n = 5)

NIE	Niveaux de consensus		Dimensions	Énoncés de compétences	
	Gestionnaires	Infirmières expertes			
44	C	<b>82.00%</b>	<b>73.00%</b>	Enseignement clinique	L'infirmière débutante en SAD évalue l'efficacité de ses interventions dans le cadre d'enseignement thérapeutique
	P	82.00%	93.00%		
	I	82.00%	93.00%		
60	C	100.00%	93.00%	Accès et équité des soins	L'infirmière débutante en SAD utilise les ressources de manière responsable sur le plan financier pour fournir des soins sécuritaires, efficaces et efficaces.
	P	83.00%	87.00%		
	I	<b>83.00%</b>	<b>67.00%</b>		
74	C	100.00%	93.00%	Promotion de la santé	L'infirmière débutante au soutien à domicile identifie les facteurs de risques que présente le client et les réévalue selon l'évolution de l'état de santé.
	P	92.00%	79.00%		
	I	<b>83.00%</b>	<b>71.00%</b>		
75	C	100.00%	93.00%	Qualité des soins	L'infirmière débutante en SAD procède à l'examen critique des incidents et accidents.
	P	<b>92.00%</b>	<b>79.00%</b>		
	I	<b>83.00%</b>	<b>64.00%</b>		
98	C	92.00%	87.00%	Responsabilités professionnelles	L'infirmière débutante en SAD démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes dans le domaine de la recherche en santé (ex: données probantes, pratiques exemplaires, développement profession etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.
	P	<b>83.00%</b>	<b>67.00%</b>		
	I	<b>83.00%</b>	<b>67.00%</b>		

C = Niveaux de consensus obtenu pour la clarté

P = Niveaux de consensus obtenu pour la pertinence

I = Niveaux de consensus obtenu pour l'importance

Un énoncé [44] n'a pas été retenu par les infirmières expertes en raison d'un problème de clarté alors qu'il a été jugé clair par 82% des gestionnaires consultés. Malheureusement aucun commentaire n'a été émis par les experts permettant de mieux comprendre leur évaluation. Deux énoncés [60,74] n'ont pas été retenus en raison d'un problème d'importance alors qu'ils ont été jugés importants par 83% des gestionnaires. Deux énoncés [75,98] n'ont pas n'ont pas été retenus par les infirmières expertes pour un problème de pertinence et d'importance alors que l'énoncé #75 a été jugé pertinent par 92% et important par 83% des gestionnaires et l'énoncé #98 a été jugé pertinent et important par 83% des gestionnaires consultés.

Le tableau 32 précise les énoncés de compétences n'ayant pas été retenus par les gestionnaires uniquement lors de la première consultation des experts en raison d'un problème de clarté, de pertinence ou d'importance.

Tableau 32. Énoncés de compétences non retenus en raison d'un problème d'importance par les gestionnaires seulement lors de la première consultation des experts (n = 8)

NIE	Niveaux de consensus			Dimensions	Énoncés de compétences
	Gestionnaires	Infirmières expertes			
17	C	92.00%	100.00%	Évaluation, surveillance et prise de décision clinique	L'infirmière débutante en SAD organise sa charge de travail et perfectionne ses méthodes de gestion du temps afin de respecter ses obligations.
	P	92.00%	100.00%		
	I	<b>75.00%</b>	<b>100.00%</b>		
25	C	100.00%	100.00%	Évaluation, surveillance et prise de décision clinique	L'infirmière débutante en SAD encourage les clients et leur famille/proche aidant à tirer parti de leurs forces pour atteindre et maintenir un état de santé désiré en tenant compte des ressources disponibles.
	P	<b>75.00%</b>	<b>100.00%</b>		
	I	83.00%	100.00%		
31	C	92.00%	100.00%	Évaluation, surveillance et prise de décision clinique	L'infirmière débutante en SAD facilite et coordonne l'accès à d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire pour résoudre des problèmes particuliers.
	P	83.00%	100.00%		
	I	<b>75.00%</b>	<b>100.00%</b>		
34	C	92.00%	100.00%	Maintien de la santé et palliation	L'infirmière débutante en SAD communique efficacement avec les clients et les familles/proches aidants tout en les soutenant durant le processus de prise de décision concernant les soins palliatifs.
	P	83.00%	100.00%		
	I	<b>75.00%</b>	<b>100.00%</b>		
45	C	100.00%	93.00%	Communication	L'infirmière débutante en SAD emploie les techniques de relation d'aide pour comprendre la perspective du client/famille.
	P	<b>75.00%</b>	<b>100.00%</b>		
	I	<b>67.00%</b>	<b>100.00%</b>		
49	C	83.00%	93.00%	Communication	L'infirmière débutante en SAD concentre son attention en dépit des multiples distractions dans le contexte résidentiel.
	P	<b>50.00%</b>	<b>87.00%</b>		
	I	<b>50.00%</b>	<b>87.00%</b>		
73	C	92.00%	93.00%	Prévention de la maladie	L'infirmière débutante en SAD identifie des interventions interdisciplinaires en promotion de la santé et prévention de la maladie pour maintenir et améliorer la santé.
	P	83.00%	80.00%		
	I	<b>75.00%</b>	<b>87.00%</b>		
90	C	100.00%	93.00%	Responsabilités professionnelles	L'infirmière débutante en SAD justifie ses interventions sur des résultats probants.
	P	92.00%	100.00%		
	I	<b>75.00%</b>	<b>100.00%</b>		

C = Niveaux de consensus obtenu pour la clarté

P = Niveaux de consensus obtenu pour la pertinence

I = Niveaux de consensus obtenu pour l'importance

Le tableau 32 identifie huit énoncés de compétences n'ayant pas été retenus uniquement par les gestionnaires lors de la première consultation des experts. On remarque une nette divergence d'opinions entre les experts en lien avec la pertinence et l'importance de six énoncés de compétences [17,25,31,34, 45,90]. Ces énoncés n'ont pas obtenu un degré de consensus suffisant (80%) chez les gestionnaires alors que les infirmières ont été unanimes à reconnaître leur pertinence et leur importance (100%). L'énoncé #49, a été jugé pertinent et important par 87% des infirmières expertes consultées alors que l'énoncé #73 a été jugé pertinent par 80% et important par 87% des infirmières expertes.

Au terme de l'analyse des résultats obtenus lors de la première consultation des experts, trois actions pouvaient être entreprises en fonction des résultats obtenus. Soit que l'énoncé de compétence était retenu, ayant atteint le taux minimal de consensus requis (80%) pour chacun des attributs mesurés et ce, chez l'un ou l'autre des groupes d'experts consultés; soit que l'énoncé de compétence était rejeté, ayant obtenu un faible taux de consensus (moins de 60%) pour la pertinence ou l'importance chez les deux types d'experts simultanément; soit que l'énoncé de compétence était soumis à nouveau aux experts dans le cadre d'une seconde consultation lorsque le niveau de consensus obtenu se situait dans la plage suivante :  $CVI > 59\%$  et  $< 80\%$ . Il importe de préciser que lorsqu'un énoncé a été reformulé, les experts ont été invités à se prononcer à nouveau sur sa pertinence et sur son importance et ce afin d'assurer que la clarté de l'énoncé n'ait pas influencé leur évaluation lors de la première consultation. Le tableau 33 présente la synthèse des actions entreprises à la suite de la première consultation des experts.

Tableau 33. Synthèse des actions entreprises à la suite de la première consultation des experts

Actions	Gestionnaires		infirmières expertes			
Énoncés de compétences retenus	90		93			
Énoncés de compétences rejetés définitivement	4		4			
Énoncés de compétences rejetés par un seul type d'experts	0		0			
Énoncés de compétences à resoumettre aux experts		C	0	C	0	
		P	1	P	0	
		I	4	I	2	
		C-P	0	7	C-P	0
		P-I	3	P-I	3	
		C-I	0	C-I	0	
		C-P-I	2	C-P-I	2	
Total des énoncés à resoumettre		10		7		
Total	104		104			

La technique DELPHI recommande d'informer les experts des résultats obtenus lors de la consultation précédente lorsque des énoncés de compétences sont soumis à nouveau à la validation. Le but consiste à permettre aux experts de s'exprimer à nouveau après avoir pris connaissance des résultats obtenus lors de la consultation précédente et de vérifier si des experts n'auraient pas tendance à se rallier aux opinions de la majorité et ainsi favoriser une orientation plus franche du niveau de consensus, soit vers l'acceptation ou soit vers le rejet de l'énoncé de compétence (Bélangier, 2006).

Finalement parmi les 104 énoncés de compétences soumis à la validation auprès des experts lors de la première consultation, 85 énoncés ont été retenus simultanément par les deux types d'experts. Quatre énoncés de compétences ont été rejetés [76,91,96,97] en raison d'un niveau de consensus < 60% pour la pertinence ou l'importance simultanément chez les deux types d'experts.

En ce qui attrait à la clarté, seulement deux énoncés de compétences [44, 76] sur 104 n'ont pas été jugés suffisamment clairs lors de la première consultation et ce par les infirmières expertes uniquement. Malheureusement un seul commentaire a été émis par une infirmière experte au regard du problème de clarté perçu pour l'énoncé #44. Ce commentaire

ne permet malheureusement pas d'identifier la source d'ambiguïté perçue par l'infirmière. Cet énoncé ayant été reconnu clair, pertinent et important par les gestionnaires, a justifié une nouvelle consultation auprès des infirmières expertes. Lors de la seconde consultation, l'énoncé #44 a été soumis à nouveau, sans modification, en demandant aux infirmières expertes d'évaluer à nouveau la clarté, la pertinence et l'importance en prenant en compte les résultats obtenus lors de la première consultation.

Une analyse approfondie des commentaires émis par les experts a permis d'identifier les énoncés qui devaient être reformulés et soumis à nouveau aux experts (voir l'annexe 11). Un énoncé de compétence [17] a été reformulé en raison des commentaires émis par les experts et soumis à nouveau aux deux types d'experts. Il a été noté par les gestionnaires que l'énoncé #52 précise deux compétences différentes. Afin de mesurer plus précisément la perspective des experts au regard de la pertinence et de l'importance de chacune de ces deux compétences, l'énoncé #52 a été scindé en deux. Ces nouveaux énoncés, numérotés #52a et #52b ont été soumis aux gestionnaires et aux infirmières expertes afin qu'ils puissent se prononcer à nouveau sur leurs attributs (clarté, pertinence et importance). Les commentaires émis par les experts ont aussi permis d'identifier deux énoncés de compétences [102,105] qui décrivaient une compétence similaire qui ont été retenus par les deux types d'experts. Étant donné la redondance de l'énoncé de compétence, l'énoncé #105 a été retiré.

En ce qui concerne les 14 énoncés de compétences ayant obtenu un taux de consensus se situant entre 60% et 79% pour la pertinence ou l'importance chez l'un ou l'autre des deux groupes d'experts, sept énoncés [25,31,34,45,49,73,90] ont été soumis à nouveau aux gestionnaires uniquement, quatre énoncés [60,74,75,98] ont été soumis à nouveau aux infirmières expertes seulement et un énoncé [50] a été soumis à nouveau aux deux types d'experts. Ces énoncés ont été soumis à nouveau lors de la seconde consultation en informant les experts des résultats obtenus chez les deux types d'experts lors de la première consultation. L'annexe 12 présente le questionnaire soumis aux gestionnaires lors de la deuxième consultation et l'annexe 13 présente le questionnaire soumis aux infirmières expertes lors de la deuxième consultation.

Cette première phase de consultation a permis de formuler cinq nouveaux énoncés de compétences [107,108,109,110,111] à partir des idées soumises par les gestionnaires ( $n=3$ ) et par les infirmières expertes( $n=2$ ) (voir le tableau 34). Le verbatim des suggestions proposées est présenté à l'annexe11. Ces énoncés de compétences ont été intégrés aux questionnaires de validation utilisés lors de la seconde consultation des experts.

Tableau 34. Nouveaux énoncés de compétences proposés par les experts lors de la première consultation ( $n=5$ )

<b>NIE</b>	<b>Dimensions</b>	<b>Énoncés de compétences</b>	<b>Proposés par</b>
107	Évaluation, surveillance et prise de décision	L'infirmière débutante au soutien à domicile implique le client dans l'élaboration du PTL.	Infirmières expertes
108	Évaluation, surveillance et prise de décision	L'infirmière débutante au soutien à domicile prend en compte les choix exprimés par le client/famille.	Infirmières expertes
109	Responsabilités professionnelles	L'infirmière débutante au soutien à domicile planifie ses visites afin d'optimiser ses déplacements.	Gestionnaires
110	Responsabilités professionnelles	L'infirmière débutante au soutien à domicile connaît les politiques et les procédures en vigueur dans l'établissement.	Gestionnaires
111	Communication	L'infirmière débutante au soutien à domicile emploie les techniques de relation d'aide dans ses interventions auprès du client/famille.	Gestionnaires

L'analyse des commentaires émis par les experts ainsi que les résultats obtenus au terme de la première consultation a conduit à la construction du second questionnaire de validation contenant 16 énoncés de compétences pour les gestionnaires et 14 énoncés de compétences pour les infirmières expertes. Le tableau 35 précise la composition de ces seconds questionnaires.

Tableau 35. Composition du second questionnaire de validation des énoncés de compétences soumis aux experts

	Nouveaux énoncés formulés	Énoncés n'ayant pas atteints un niveau de consensus suffisant chez un type d'experts à la première consultation	Énoncés reformulés en raison commentaires émis	Total
Gestionnaires	[107,108,109,110,111]	[25,31,34,45,49,50,73,90]	[17,52a,52b]	16
Infirmières expertes	[107,108,109,110,111]	[44,50,60,74,75,98]	[17,52a,52b]	14

Le tableau 36 précise les numéros d'identification des énoncés de compétences et les attributs mesurés par les gestionnaires et les infirmières expertes lors de la seconde consultation.

Tableau 36. Numéros d'identification des énoncés de compétences et attributs mesurés par les gestionnaires et les infirmières expertes lors de la seconde consultation des experts (n=21)

Attributs	NIE		
	Gestionnaires	Infirmières expertes	Gestionnaires $\cap$ infirmières expertes
Clarté seule			
Pertinence seule	[25]		
Importance seule	[31,34,50,73,90,]	[60,74]	
Pertinence et importance	[45,49]	[50,75,98]	
Clarté, pertinence et importance		[44]	[17,52a,52b,107,108,109,110,111]
Total	7	5	9

Note : L'énoncé 50 a été soumis à nouveau aux deux groupes d'experts pour valider des attributs différents.

#### **4.2.2 Les Résultats obtenus lors de la seconde consultation des experts**

Le tableau 37 présente les résultats obtenus lors de la seconde consultation des experts tout en permettant une comparaison des résultats obtenus pour les énoncés ayant été soumis lors des deux consultations. (L'annexe 14 précise tous les niveaux de consensus obtenus pour chacun des énoncés soumis aux experts lors de la seconde consultation).

Tableau 37. Comparaison des résultats obtenus pour les énoncés ayant été soumis lors des deux consultations

NIE	Niveaux de consensus				NIE	Niveaux de consensus				
	Première consultation		Seconde consultation			Première consultation		Seconde consultation		
	Gestionnaires	Infirmières expertes	Gestionnaires	Infirmières expertes		Gestionnaires	Infirmières expertes	Gestionnaires	Infirmières expertes	
17	C	92,00%	100,00%	100,00%	100,00%	73	C	92,00%		
	P	92,00%	100,00%	100,00%	100,00%		P	83,00%		
	I	75,00%	100,00%	100,00%	92,00%		I	75,00%		92,00%
25	C	100,00%				74	C		93,00%	
	P	75,00%		100,00%			P		86,00%	
	I	83,00%					I		71,00%	100,00%
31	C	92,00%				75	C		93,00%	
	P	83,00%					P		79,00%	92,00%
	I	75,00%		100,00%			I		64,00%	92,00%
34	C	92,00%				90	C	100,00%		
	P	83,00%					P	92,00%		
	I	75,00%		100,00%			I	75,00%		100,00%
44	C		73,00%		85,00%	98	C		87,00%	
	P		93,00%		85,00%		P		67,00%	87,00%
	I		93,00%		85,00%		I		67,00%	80,00%
45	C	100,00%				107	C		100,00%	100,00%
	P	75,00%		100,00%			P		100,00%	100,00%
	I	67,00%		100,00%			I		100,00%	100,00%
49	C	83,00%				108	C		100,00%	100,00%
	P	50,00%		100,00%			P		100,00%	100,00%
	I	50,00%		100,00%			I		100,00%	100,00%
50	C	100,00%	87,00%			109	C		92,00%	93,00%
	P	83,00%	73,00%	92,00%	100,00%		P		92,00%	93,00%
	I	67,00%	73,00%	92,00%	100,00%		I		83,00%	93,00%
52a	C			100,00%	100,00%	110	C		100,00%	100,00%
	P			92,00%	100,00%		P		100,00%	100,00%
	I			83,00%	100,00%		I		100,00%	100,00%
52b	C			100,00%	100,00%	111	C		92,00%	92,00%
	P			100,00%	100,00%		P		92,00%	92,00%
	I			92,00%	100,00%		I		83,00%	92,00%
60	C		93,00%							
	P		87,00%							
	I		67,00%		100,00%					

C = Niveaux de consensus obtenu pour la clarté | P = Niveaux de consensus obtenu pour la pertinence | I = Niveaux de consensus obtenu pour l'importance

Au terme de la seconde consultation des experts, les 16 énoncés de compétences soumis aux gestionnaires de même que les 14 énoncés de compétences soumis aux infirmières expertes ont été retenus. L'utilisation de la technique Delphi pour les énoncés soumis à nouveau à un seul type d'experts a donc permis de façon générale, d'augmenter le niveau de consensus chez ces experts, permettant de ce fait, l'acceptation de ces énoncés (voir le tableau 37).

On remarque que presque tous les niveaux de consensus pour les différents attributs mesurés ont augmenté, et ce, significativement pour 12 des 14 énoncés soumis aux deux consultations [25,31,34,45,49,50,60,73,74,75,90,98]. Pour l'énoncé 17, le niveau de consensus pour l'importance a diminué chez les infirmières expertes, passant de 100% à 92%, alors que, pour l'énoncé #44, les niveaux de consensus ont diminué chez les infirmières expertes pour la pertinence passant de 93% à 85% et pour l'importance passant de 93% à 85%. La section suivante présente une synthèse des résultats obtenus au terme des consultations des experts.

#### **4.3 LA SYNTHÈSE DES RÉSULTATS AU TERME DES DEUX CONSULTATIONS DES EXPERTS**

Parmi les 109 énoncés de compétences soumis aux experts lors des deux consultations, 105 énoncés ont été retenus simultanément par les deux groupes d'experts alors que quatre énoncés de compétences ont été rejetés simultanément par les deux types d'experts lors de la première consultation. L'annexe 15 présente les 105 énoncés de compétences retenus par les experts au terme des deux consultations. Une importante convergence d'opinions se dégage donc chez les deux groupes d'experts. En effet, on observe une proportion d'énoncés de compétences retenus de 96% (105/109) chez les experts au terme des deux consultations. Le tableau 38 présente le nombre d'énoncés de compétences retenus par les experts au terme des deux consultations en fonction des dimensions retenues.

Tableau 38. Répartition des d'énoncés de compétences retenus par les experts au terme des deux consultations

<b>Dimensions</b>	<b><i>n</i></b>
Évaluation, surveillance et prise de décision clinique	25
Planification et coordinations des soins	8
Maintien de la santé et palliation	10
Enseignement clinique	7
Communication	10
Relation thérapeutique	5
Accès et équité des soins	3
Promotion de la santé	8
Prévention de la maladie	5
Qualité des soins	5
Responsabilités professionnelles	19
Total	105

Ce chapitre avait pour but de présenter les résultats obtenus au cours des phases de pré-validation et de validation des énoncés de compétences servant à déterminer les compétences cliniques minimales que doivent posséder les infirmières débutantes en SAD selon la perspective des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD. La phase de validation des énoncés de compétences a permis d'obtenir un consensus auprès d'experts sur 105 compétences cliniques que doivent minimalement posséder les infirmières débutantes en SAD pour assumer leur rôle professionnel (voir annexe 15). Le chapitre suivant présente l'interprétation des résultats et la discussion associée.

## **CHAPITRE 5**

### **LA DISCUSSION**

Ce chapitre a pour but de discuter des résultats obtenus en réponse à la question de recherche émise dans le cadre de cette étude. La discussion relative à la phase de validation des énoncés de compétences sera présentée, suivi d'une section spécifiant les limites de l'étude, et enfin, d'une section proposant des recommandations pour les gestionnaires en SAD, la pratique infirmière professionnelle en SAD ainsi que pour les recherches futures.

#### **5.1 LA PHASE DE VALIDATION DES ENONCES DE COMPETENCES**

La phase de validation des énoncés de compétences visait à répondre à la question de recherche suivante : Quels sont, selon des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD, les compétences cliniques minimales que devraient idéalement posséder les infirmières débutantes en SAD pour assumer leur rôle professionnel au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec ?

Une recension des écrits a permis d'identifier 104 énoncés de compétences permettant d'opérationnaliser la mesure des dimensions suivantes du concept de compétence clinique de la pratique infirmière en SAD : 1) l'évaluation de l'état de santé, la surveillance de l'état de santé et les prises de décisions, 2) la planification et la coordination des soins, 3) le maintien de la santé et la palliation, 4) l'enseignement clinique, 5) la communication, 6) la relation thérapeutique, 7) l'accès et l'équité en matière de soins, 8) la promotion de la santé, 9) la prévention de la maladie, 10) la qualité des soins et 11) les responsabilités professionnelles. Ces dimensions ont été retenues pour leur capacité à regrouper l'ensemble des compétences répertoriées dans les écrits et également pour le lien qu'elles permettent d'établir avec le

concept de compétence clinique de l'infirmière en SAD. Rappelons que la question de recherche énoncée n'avait pas pour but d'orienter cette étude vers une validation de construit du concept de compétence clinique de l'infirmière en SAD mais plutôt de définir opérationnellement le domaine à l'étude selon la perspective des experts, ce qui constitue la première étape dans le cadre d'un processus de validation de contenu. Le processus de validation des énoncés de compétences a permis d'obtenir un consensus suffisant sur la clarté, la pertinence et l'importance de 105 énoncés de compétences soumis à des questionnaires et à des infirmières expertes en SAD. Ces énoncés de compétence soumis à la validation sont issus d'un processus d'épuration de plus de 160 énoncés ou idées d'énoncés de compétences recensés au cours duquel une normalisation du vocabulaire utilisé par les différents auteurs a été effectuée. Les sections suivantes présentent la discussion concernant la constitution de l'échantillon des énoncés de compétences, la constitution de l'échantillon des experts ayant procédé à la validation des énoncés de compétences, le déroulement des activités de recherche ainsi que la discussion concernant les résultats obtenus au terme des deux consultations des experts.

### **5.1.1 La constitution de l'échantillon des énoncés de compétences**

La constitution de l'échantillon des énoncés de compétences a été effectuée de façon à atteindre des niveaux suffisants d'exhaustivité, de spécificité et de représentativité du concept à l'étude. En matière d'exhaustivité, plus de 80 documents scientifiques ont été recensés, ayant permis d'atteindre un niveau de saturation suffisant tel que confirmé par la redondance des compétences identifiées dans les écrits. Afin de s'assurer de la spécificité et de la représentativité des énoncés formulés, un processus de catégorisation a été effectué dans le but de regrouper les énoncés précisant des compétences pouvant être regroupées sous les mêmes dimensions. Ce processus qui se voulait arbitraire, permettait néanmoins de vérifier la représentativité, la spécificité de même que l'exhaustivité des énoncés de compétence au regard d'une dimension particulière du concept de compétence clinique de la pratique

infirmière en SAD. Ainsi ce processus permettait de s'assurer qu'une dimension était bien représentée, que les énoncés étaient mutuellement distincts (spécificité), que chaque énoncé ne précisait qu'une seule compétence et que deux énoncés différents ne précisait pas une même compétence. Afin de s'assurer d'une bonne représentativité de chacune des dimensions, les experts ont été informés de la dimension à laquelle chaque énoncé avait été associé et ce, dans le but de leur permettre de proposer d'autres énoncés de compétences pouvant être associés à une compétence en particulier et qui n'avaient pas été inclus dans le questionnaire initial qui leur a été soumis.

Dans le cadre de la présente étude, l'exercice d'épuration et de catégorisation des énoncés de compétences recensés a nécessité beaucoup de temps et d'énergie. Or cet exercice s'est avéré nécessaire et fort bénéfique, car il aura permis de limiter le nombre de consultations des experts lors de la phase de validation. En effet, la technique DELPHI retenue pour valider les énoncés de compétences, a été complétée en seulement deux consultations des experts qui ont proposé seulement cinq nouveaux énoncés à la suite de la première consultation. Ce constat témoigne de la qualité du processus préalable de la recension des écrits de même que de la normalisation de la formulation, de l'épuration et de la catégorisation des énoncés. Une autre indication permettant de juger de la rigueur de cet exercice réside dans le fait que seulement deux énoncés de compétences n'ont pas été jugés suffisamment clairs par les infirmières expertes lors de la première consultation, alors qu'ils ont néanmoins été jugés très clairs ou clairs par les gestionnaires. Cette précision témoigne de l'importance de recourir à des juges pour pré-valider la clarté des énoncés.

Dans le cadre de cette étude, la différenciation des concepts de « compétence » et de « connaissance » s'est avéré très importante. Tel que mentionné antérieurement, une compétence se distingue d'une connaissance par le fait qu'elle se définit et se démontre dans l'action, alors que la connaissance relève uniquement d'un savoir théorique acquis par l'apprentissage ou l'expérience (Develay, 2015; Lasnier, 2000; Le Boterf, 2002; M.-F. Legendre, 2001; Rey et al., 2003; Tardif, 2006). Les principes proposés par Tardif (2006) lors de l'évaluation d'une compétence de même que les niveaux de compétences cliniques

de Benner (1984) démontrent bien qu'une compétence n'est pas statique dans le temps, qu'elle s'évalue dans l'action et qu'elle s'inscrit dans un processus de développement continu (Develay, 2015; Lasnier, 2000; Le Boterf, 2010; Tardif, 2006). Ainsi, la compétence se développe au fil du temps selon les situations auxquelles l'infirmière sera confrontée. On peut donc démontrer qu'une infirmière récemment diplômée possède les connaissances minimales pour la pratique en SAD, cependant, les compétences seront, quant à elles, acquises avec l'expérience au fil des années et seront démontrées dans l'action. Or il était difficile de connaître précisément les compétences minimales que les infirmières débutantes devaient démontrer puisqu'il n'existait, jusqu'à présent, aucun consensus chez les experts. Le cadre de référence adopté a donc permis de distinguer les énoncés de compétences des énoncés de connaissances permettant ainsi une formulation adéquate des énoncés. Ainsi, chaque énoncé de compétence recensé précise les ressources internes ou externes que l'infirmière débutante doit être en mesure de mobiliser afin de démontrer qu'elle a acquis les compétences minimales pour exercer en tant qu'infirmière débutante en SAD.

### **5.1.2 La représentativité de l'échantillon d'experts**

Dans le cadre de la présente étude, il a été possible de respecter et même de dépasser les recommandations émises par Lynn (1986) en ce qui concerne le nombre minimal d'experts à recruter, pour établir un consensus significatif, soit entre trois et dix experts. Le nombre d'experts a permis d'obtenir un niveau de consensus significatif en ce qui concerne la règle de décision fixant l'acceptation d'un énoncé de compétence à 80%. Ainsi, pour l'échantillon de 15 gestionnaires, l'accord de 12 gestionnaires devenait nécessaire pour obtenir un niveau de consensus minimal de 80% justifiant que l'énoncé de compétence soit retenu alors que pour l'échantillon de 12 infirmières expertes, l'accord de 10 personnes s'avérait nécessaire. Le tableau 17, présenté dans le chapitre précisant le devis de recherche, précise la répartition géographique du nombre d'experts par région du Québec ainsi que leur nombre d'années d'expérience en SAD.

La méthode d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée pour la constitution de l'échantillon des gestionnaires en SAD étant donné qu'aucune liste complète de noms de gestionnaires en SAD n'était accessible. La constitution de cet échantillon d'experts a été très laborieuse étant donné qu'elle a nécessité la collaboration des directeurs de programme en SAD de l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec. En effet, dans le cadre de cette étude, pour être reconnu à titre d'expert, un gestionnaire en SAD devait être recommandé soit par ses pairs, soit par les directeurs des programmes de SAD, et ce, sur la base de l'expertise développée dans la gestion des SAD. Or, l'accès aux directeurs de programmes en SAD dans le cadre d'un projet de recherche demeure un processus complexe puisque deux niveaux d'autorisation sont requis par les instances : 1) une évaluation éthique qui provient d'une autorité reconnue, 2) une approbation de convenance institutionnelle provenant de chacun des établissements visés par la recherche. Malheureusement, le processus d'autorisation afin de conduire une recherche dans les établissements de santé demeure souvent méconnu par les directions d'établissements et la procédure à suivre peut même différer d'un établissement à l'autre. Par conséquent beaucoup de temps et de travail ont été nécessaires afin de rejoindre les bonnes personnes et de remplir les bons formulaires pour l'octroi des autorisations. L'accès aux gestionnaires afin de constituer l'échantillon d'experts étant ardu, la conduite de l'étude a été retardé de 4 mois. Ainsi, il serait recommandé pour ceux qui auront, dans le futur, à conduire une recherche dans les établissements de santé de prévoir plus de temps pour le recrutement des échantillons d'experts.

Quant à la constitution de l'échantillon des infirmières expertes en SAD, la méthode probabiliste a pu être utilisée, évitant ainsi les biais de sélection de la part du chercheur. La constitution de cet échantillon d'experts n'a représenté aucune problématique en soit. L'OIIQ a été en mesure d'octroyer rapidement une liste de 200 noms et adresses courriels d'infirmières exerçant en SAD. Puisque les experts, choisis de façon aléatoire, ne se connaissaient pas et qu'ils ne savaient pas quels autres experts participaient à l'étude, la possibilité qu'ils discutent entre eux de clarté, de la pertinence ou de l'importance des énoncés de compétence était peu probable minimisant ainsi tout biais de contamination.

Parmi les 20 gestionnaires en SAD dont la candidature a été proposée à titre d'experts, 12 ont accepté de participer à l'étude. Ces gestionnaires provenaient des établissements suivants : CISSS du Bas St-Laurent, CIUSSS de la Capitale-Nationale, CIUSSS de la Mauricie et du Centre du Québec, CISSS de l'Outaouais, CISSS de Lanaudière, CISSS des Laurentides. Du côté des infirmières expertes, sur les 150 infirmières identifiées aléatoirement à partir de la liste fournie par l'OIIQ, 15 infirmières répondant aux critères de sélection, ont accepté de participer au processus de validation. Ces 15 infirmières expertes provenaient des établissements suivants : CIUSSS Saguenay Lac-St-Jean, CISSS du Bas St-Laurent, CIUSSS de la Capitale-Nationale, CIUSSS de la Mauricie et du Centre du Québec, CIUSSS de l'Estrie, CIUSSS de l'est de l'île de Montréal, CISSS de l'Outaouais, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, CISSS de Chaudière-Appalaches, CISSS de Laval, CISSS de Lanaudière, CISSS des Laurentides, CISSS de la Montérégie-Centre. Il est à noter que seulement deux régions du Québec (Côte-Nord et Gaspésie- Iles de la Madeleine) ne sont pas représentées par l'un ou l'autre des types d'experts assurant ainsi une bonne représentativité des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD à l'échelle des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

## **5.2 LE DEROULEMENT DES ACTIVITES DE RECHERCHE**

Deux approches complémentaires, soit l'approche déductive (basée sur la recension des écrits) et l'approche inductive (basée sur l'expérience des experts), ont été utilisées lors du processus de validation des énoncés de compétences. Le fait d'avoir procédé à la validation des énoncés de compétences selon les approches déductive et inductive, a permis de limiter le nombre de consultations des experts. L'approche déductive a permis d'identifier préalablement 104 énoncés de compétences qui ont été soumis aux experts lors de la première consultation (voir annexe 2). L'approche inductive, quant à elle, aura permis aux experts de proposer cinq nouveaux énoncés de compétences. Le fait d'avoir constitué une banque d'énoncés de compétences à partir des recommandations des auteurs (approche déductive) a

assuré une meilleure exhaustivité des énoncés validés puisqu'une revue de la littérature aura permis de couvrir un éventail plus large de recommandations permettant d'enrichir les recommandations émises par les experts (approche inductive) et que seulement cinq énoncés ont été soumis par les experts.

Par ailleurs, en recourant à la technique DELPHI il aura été possible de conserver un plus grand nombre d'énoncés au terme des deux consultations. Rappelons que pour être retenu, un énoncé de compétence devait satisfaire à la règle d'acceptation soit un CVI  $\geq$  à 0,8 simultanément pour la clarté, la pertinence et l'importance par au moins un des deux types d'experts. Cette règle d'acceptation permettait qu'un expert qui aurait été trop ou pas assez sévère ne puisse avoir que le poids de son vote. Dans le cas où le CVI d'un énoncé de compétence se situait dans la plage des valeurs comprises entre 0,6 et 0,79 pour l'un ou l'autre des attributs mesurés, il était soumis à nouveau lors d'une seconde consultation auprès des experts en leur précisant les résultats afin qu'ils se prononcent à nouveau après avoir pris connaissance de l'opinion des autres experts. Le but étant de vérifier si des experts n'auraient pas tendance à se rallier aux opinions de la majorité et ainsi favoriser une orientation plus franche du niveau de consensus, soit vers l'acceptation ou soit vers le rejet de l'énoncé de compétence (Bélanger, 2006).

Tel que le recommande la technique DELPHI, suite à la première consultation, des correctifs ont été apportés à deux énoncés de compétences sur la base des recommandations des experts. L'énoncé #17 «*L'infirmière débutante au soutien à domicile organise sa charge de travail et perfectionne ses méthodes de gestion du temps afin de respecter ses obligations*» a été modifié en raison d'un problème de clarté et l'énoncé #52 «*L'infirmière débutante au soutien à domicile utilise des outils technologiques (tablette, ordinateur, caméra numérique, logiciels spécialisés etc.) pour communiquer efficacement et bien gérer les soins dispensés au client/famille de manière confidentielle*» a été scindé en deux étant donné qu'il précisait deux compétences différentes soit la communication efficace et la gestion confidentielle des soins. Ainsi, dans le cadre du second questionnaire, 16 énoncés ont été soumis à nouveau aux gestionnaires alors que 14 énoncés ont été soumis à nouveau aux infirmières expertes.

Au terme de la seconde consultation des experts, les 16 énoncés de compétences soumis aux gestionnaires de même que les 14 énoncés de compétences soumis aux infirmières expertes ont finalement été retenus, ce qui démontre toute la pertinence de les soumettre à nouveau lorsque les niveaux de consensus obtenus lors de la première phase de consultation sont jugés insuffisants selon le respect d'une règle de décision mais qui présentent un certain potentiel d'acceptation ( $CVI > 0,6$ ). La technique DELPHI a effectivement permis d'augmenter les niveaux de consensus lors de la seconde consultation. En effet, pour 12 des 14 énoncés soumis lors de la seconde consultation des experts, les niveaux de consensus pour les différents attributs mesurés ont augmenté significativement. Pour 2 des 14 énoncés, le niveau de consensus a légèrement diminué et ce, chez les infirmières expertes uniquement, se maintenant tout de même au-dessus de 80% (voir tableau 37 dans le chapitre présentant les résultats).

Pour ce qui est du déroulement de la collecte de données, lors de la première consultation, 22 des 27 experts ont retourné le premier questionnaire complété dans un délai de deux semaines tel que demandé. Cinq experts ont dû être relancés à deux reprises afin de les inviter à compléter le questionnaire. Pour ce qui est du second questionnaire, la totalité des experts ont été en mesure de retourner le questionnaire complété dans le délai demandé de deux semaines.

### **5.3 LES RESULTATS DU PROCESSUS DE VALIDATION**

L'évaluation des experts au regard de la pertinence et de l'importance des énoncés de compétences repose en premier lieu sur l'établissement de la clarté de ces énoncés. En effet, comment peut-on évaluer les résultats obtenus en matière de pertinence et d'importance lorsque la clarté des énoncés de compétences n'est pas préalablement établie ? Le nombre d'heures consacrées à l'épuration et à la normalisation du vocabulaire utilisé dans la formulation des énoncés de compétences aura donc permis de limiter à deux le nombre de consultations des experts. Cette expérience démontre l'importance d'assurer, autant que

possible, la clarté des énoncés avant de les soumettre aux experts favorisant ainsi un processus de validation plus efficient. Le fait de soumettre des énoncés aussi clairs que possible aux experts vient démontrer la rigueur exercée par le chercheur. En effet, plus les experts identifieront de problèmes de clarté, plus ils seront enclins à douter de la rigueur exercée par le chercheur en amont du processus de consultation. Dans le cadre de la présente étude, la clarté de chacun des énoncés a fait l'objet d'une évaluation préalable par trois infirmières expertes agissant à titre de juges avant d'être soumis aux experts. Rappelons que les trois infirmières agissant à titre de juges satisfaisaient aux critères de sélection et étaient représentatives des experts consultés. Tel que mentionné antérieurement, suite à la première consultation des juges, 64 des 94 énoncés soumis ont été reconnus clairs d'emblée et des correctifs ont été apportés à 30 énoncés de compétences afin d'améliorer la clarté de ces énoncés. Seulement deux consultations auprès des juges a été nécessaires. Ce constat permet ainsi de démontrer que le travail se serait avéré beaucoup plus ardu s'il avait été effectué auprès des experts directement. Le fait que seulement deux énoncés n'aient été jugés suffisamment clairs par l'ensemble des experts lors de la première consultation démontre bien que le processus de pré-validation de la clarté peut s'effectuer très avantageusement avec seulement trois juges représentatifs des experts qui seront ultérieurement consultés.

Conséquemment, le soin apporté à la formulation des énoncés de compétences afin qu'ils soient aussi clairs que possible a généré des répercussions grandement positives sur l'évaluation de la clarté par les experts. Au terme de la première consultation des gestionnaires et des infirmières expertes en SAD, 102 des 104 énoncés ont été reconnus clairs. Seulement deux énoncés n'ont pas été jugés suffisamment clairs par les infirmières expertes uniquement alors qu'ils ont néanmoins été jugés clairs par les gestionnaires. Malheureusement, les infirmières expertes n'ont émis aucun commentaire pouvant expliquer le problème de clarté de ces deux énoncés de compétences. Il serait donc préférable, lors d'une consultation future, d'insister auprès des experts afin qu'ils émettent des commentaires de manière à exprimer pourquoi ils ne reconnaissent pas la clarté, la pertinence ou l'importance d'un énoncé. Au terme des deux consultations, aucun énoncé ne présentait un problème de clarté ce qui permet de prétendre que l'évaluation des experts au regard de la

pertinence et de l'importance des énoncés de compétences n'a pas été influencé par un problème de clarté.

L'expérience du processus de validation effectué dans le cadre de cette recherche démontre que l'on doit également accorder une attention particulière aux directives données aux experts pour les guider dans leur évaluation. Dans le cas présent, il s'est avéré pertinent d'indiquer aux experts que leur évaluation devait porter spécifiquement sur les attributs mesurés à savoir la clarté, la pertinence et l'importance des énoncés de compétences qui leur avaient été soumis et non sur l'opérationnalisation de ces énoncés lors d'un éventuel processus de mesure *in situ*. Or, malgré que ces directives étaient précisées dans les questionnaires soumis aux experts, les commentaires des experts à la suite de l'évaluation de l'énoncé #17: «*L'infirmière débutante au soutien à domicile organise sa charge de travail et perfectionne ses méthodes de gestion du temps afin de respecter ses obligations*», démontrent que certains experts ont été davantage préoccupés par leur capacité à opérationnaliser l'énoncé dans le cadre de leur pratique plutôt que d'en évaluer la clarté, la pertinence et l'importance. Le tableau 39 présente les commentaires émis par les experts suite à l'évaluation de l'énoncé #17.

Tableau 39. Commentaires émis par les experts suite à l'évaluation de l'énoncé #17

**Énoncé 17 : L'infirmière débutante au soutien à domicile organise sa charge de travail et perfectionne ses méthodes de gestion du temps afin de respecter ses obligations**

<b>Experts</b>	<b>Commentaires</b>
Gestionnaire no 6	Avoir des objectifs cliniques clairs Vs administratifs en % Méthode gestion du temps ? Donner des moyens concrets pour organiser charge de travail.
Infirmière experte no 4	Afin de répondre aux normes établies comme de réévaluer le patient au moins une fois/année ou selon le changement de sa condition de santé.
Infirmière experte no 6	Très difficile avec les charges de cas de plus en plus lourds et le manque de personnel.

Les commentaires émis démontrent bien que lors de l'évaluation de la pertinence et de l'importance de l'énoncé #17, les experts ont davantage été influencés par la capacité actuelle à mesurer cet énoncé de compétence plutôt que de démontrer le niveau idéal à atteindre. Conséquemment, pour contrer ce problème, il serait recommandé pour les recherches futures, de préciser l'importance d'évaluer un énoncé de compétence selon un idéal à atteindre soit « *ce qui devrait être* » plutôt que « *ce qui est* » en spécifiant que son évaluation ne devrait pas être influencée par les limites actuelles de nos pratiques de gestion, de formation ou par la technologie disponible. Cette précision devrait permettre aux experts de comprendre que leur tâche consiste à évaluer la clarté, la pertinence et l'importance d'un énoncé précisant un idéal à atteindre sans être influencés par des considérations ou des contraintes actuelles de type opérationnel.

Au terme de la validation des énoncés de compétences, les résultats obtenus démontrent une importante convergence d'opinions entre les gestionnaires et les infirmières expertes au terme des deux consultations. En effet, cette convergence d'opinions portant sur 105 des 109 énoncés de compétences soumis. Outre cette convergence d'opinions, les résultats obtenus nous indiquent que trois énoncés de compétences ont été évalués différemment par les gestionnaires et par les infirmières expertes en SAD. En effet l'énoncé #60 « *L'infirmière débutante en SAD utilise les ressources de manière responsable sur le plan financier pour fournir des soins sécuritaires, efficaces et efficients* » a été jugé clair par 100% des gestionnaires et par 93% des infirmières expertes, a été jugé pertinent par 83% des gestionnaires et par 87% des infirmières et jugé important par 83% des gestionnaires comparativement à 67% chez les infirmières expertes. Cet énoncé de compétence a pu être évalué différemment par les experts entre autres parce que trois compétences sont ciblées dans cet énoncé soit : 1) l'utilisation responsable des ressources pour des soins sécuritaires, 2) l'utilisation responsable des ressources pour des soins efficaces et 3) l'utilisation responsable des ressources pour des soins efficients. Également, dans cet énoncé, l'efficacité ne doit pas être confondue avec l'efficience qui se définit par la capacité de parvenir à un maximum de résultats avec un minimum de ressources (Saucier et Brunelle, 1995; Verbeke, 2013). Une action peut être efficace, mais pas efficiente si elle utilise des moyens

disproportionnés pour atteindre les résultats escomptés (Contandriopoulos, Denis, Touati, & Rodriguez, 2001; Midy, 2003; Sarazin, 2019). Ainsi la différence de perspective des experts face à l'importance de cet énoncé peut aussi s'expliquer par le fait que les gestionnaires sont davantage préoccupés par l'utilisation efficiente des ressources alors que les infirmières visent davantage l'efficacité dans les soins prodigués. D'ailleurs, les infirmières, contrairement aux gestionnaires, n'ont aucune idée des coûts engendrés par les soins qu'elles prodiguent.

Afin de mieux distinguer la différence de perspective entre les gestionnaires et les infirmières expertes et par le fait même de faire prendre conscience aux experts de cette différence de perspective, il serait recommandé de scinder cet énoncé en trois énoncés différents puisqu'il précise trois compétences différentes soit : 1) l'utilisation des ressources de manière responsable sur le plan financier pour fournir des soins sécuritaires, 2) l'utilisation des ressources de manière responsable sur le plan financier pour fournir des soins efficaces, et 3) l'utilisation des ressources de manière responsable sur le plan financier pour fournir des soins efficients. Il importe de préciser que cette différence de perspective entre les gestionnaires et les infirmières expertes n'est pas contradictoire en soit, mais plutôt complémentaire en termes de compétences recherchées chez les infirmières débutantes en SAD.

Le deuxième énoncé ayant été évalué différemment par les gestionnaires et les infirmières expertes en SAD demeure l'énoncé #75 « *L'infirmière débutante en SAD procède à l'examen critique des incidents et accidents* ». Il a été jugé clair par 100% des gestionnaires et par 93% des infirmières expertes, il a été jugé pertinent par 92% des gestionnaires comparativement à 79% des infirmières expertes et il a été jugé important par 83% des gestionnaires comparativement à 64% chez les infirmières expertes. La différence de perspectives exprimées par les experts en lien avec la pertinence et l'importance de cet énoncé peut probablement s'expliquer par le fait qu'actuellement, la gestion des risques dans les institutions relève des gestionnaires et non des infirmières. Les gestionnaires reçoivent les déclarations d'incidents/accidents, analysent ces déclarations afin d'identifier les mesures

correctives ou préventives à apporter et en assurent le suivi (AQESSS, 2009, 2011; Paquet-Gagnon, Mercier, & Boutin, 2017). Malgré que l'examen critique des incidents et accident relèvent des gestionnaires, il peut s'avérer important que les infirmières puissent tout de même y apporter leurs opinions (Underwood et al., 2009; Vignier, 2013). En effet, les infirmières en SAD sont celles qui connaissent le mieux les pratiques de soins qui peuvent, entre autres, potentiellement générer des incidents ou des accidents.

Le troisième énoncé ayant démontré une différence de perspective entre les gestionnaires et les infirmières expertes, soit l'énoncé de compétence #25, soulève un questionnement suite aux résultats obtenus lors de l'évaluation des gestionnaires sur l'évaluation portée au regard de la pertinence et de l'importance de la compétence énoncée. En effet l'énoncé de compétence #25 « *L'infirmière débutante au soutien à domicile encourage les clients et leur famille/proche aidant à tirer parti de leurs forces pour atteindre et maintenir un état de santé désiré en tenant compte des ressources disponibles.* », a été jugé clair par 100% des gestionnaires, pertinent par 75% et a été jugé important par 83% des gestionnaires. Or comment une compétence peut-elle être jugée plus importante que pertinente ? Il faut rappeler que dans le cadre de cet étude la pertinence fait référence au degré de concordance entre l'énoncé de compétence et la compétence minimale que devrait posséder l'infirmière débutante en SAD alors que l'importance fait référence à l'intérêt que les experts portent sur la satisfaction de l'énoncé de compétence minimale en SAD. Cela signifie donc que, pour les gestionnaires, cette compétence n'est pas spécifiquement reliée à la pratique infirmière en SAD (pertinence) mais elle doit tout de même être démontrée clairement par les infirmières débutantes en SAD (importance).

#### **5.4 LES LIMITES DE L'ETUDE**

Certaines limites de cette étude ont été identifiées et méritent d'être précisées. Les principales limites proviennent du fait que les compétences identifiées représentent celles attendues pour le niveau d'expertise de l'infirmière débutante en SAD et que ces

compétences sont applicables uniquement à la pratique infirmière en SAD et au Québec seulement. Dans le cadre de cette étude, le niveau d'expertise ciblé était celui de débutant puisqu'on s'attend d'une infirmière débutante qu'elle maîtrise un niveau minimum de compétences cliniques définies et recommandées par les experts. Cependant les énoncés de compétences identifiées par les auteurs ne précisaient pas clairement si ces compétences relevaient du niveau d'expertise de débutant. Ainsi les énoncés ont dû être associés à ce niveau d'expertise par l'auteure de la présente étude pour, ensuite, être validés auprès des experts. Il peut donc s'avérer pertinent de se poser la question suivante : est-ce que les experts ont réellement évalué le niveau d'importance d'une compétence en tenant compte du niveau d'expertise de l'infirmière débutante et non de l'infirmière compétente, performante ou experte ? De toute évidence, même si peu de commentaires ont été émis, certains commentaires permettent de croire que le jugement des experts porte effectivement sur la perspective de la pratique infirmière de niveau débutant en SAD. Le tableau 40 présente des commentaires émis par les experts permettant de croire que le jugement des experts s'est limité au niveau de l'infirmière débutante.

Tableau 40. Commentaires émis par les experts démontrant que le jugement des experts s'est limité au niveau de l'infirmière débutante

<b>NIE</b>	<b>Énoncés de compétences</b>	<b>Commentaires</b>	<b>Experts</b>
76	L'infirmière débutante au soutien à domicile participe activement à l'évaluation des programmes.	Des gens d'expériences doivent faire le travail par contre l'avis de l'infirmière débutante est intéressant	Gestionnaire no 1
96	L'infirmière débutante au soutien à domicile démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en sciences sociales (ex : sociologie, anthropologie, psychologie, droits etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.	Moins pertinent pour l'infirmière débutante car elles peuvent avoir du support de d'autres professionnels	Gestionnaire no 3
33	L'infirmière débutante au soutien à domicile dispense des soins infirmiers de qualités en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie.	Les soins palliatifs doivent être effectués par une infirmière ayant une expérience supérieure à deux ans de pratique	Infirmière experte no 3

Par son commentaire, la gestionnaire n°1 démontre que l'énoncé de compétence #76 cible les infirmières possédant un niveau d'expertise plus élevé que celui de l'infirmière débutante mais précise tout de même que l'avis de l'infirmière débutante peut s'avérer pertinent. La gestionnaire n° 3 indique que l'énoncé de compétence #96 demeure moins pertinent pour l'infirmière débutante de même que l'infirmière experte n° 3 qui précise que l'énoncé #33 cible les infirmières ayant une expertise supérieure à deux ans de pratique ce qui ne correspond donc pas au niveau d'expertise de l'infirmière débutante. Il importe de préciser que deux des trois énoncés de compétences, soit l'énoncé #76 et l'énoncé #96, ont été rejetés par les experts sur la base de la pertinence et de l'importance que ces compétences soient exigées chez les infirmières débutantes en SAD. Les experts consultés ont donc limité leur jugement à l'applicabilité des énoncés de compétences au niveau d'expertise de l'infirmière débutante. Cependant, on ne peut baser notre jugement que sur ces trois commentaires puisque qu'aucun autre expert n'a émis de commentaire en lien avec le niveau d'expertise de l'infirmière débutante.

Puisque le processus de validation a été effectué auprès d'experts en SAD du Québec, une limite s'impose quant à l'utilisation des énoncés de compétences identifiés. Malgré que l'AIC émet des recommandations pour la pratique infirmière en SAD à l'échelle du pays il en revient à chaque ordre professionnel de chacune des provinces d'établir les règles de la pratique infirmière de même que d'assurer le contrôle de la compétence et de l'intégrité des membres (OIIQ, 2016). Conséquemment les compétences identifiées dans le cadre de cette étude sont les compétences cliniques minimales attendues chez les infirmières débutantes pour la pratique actuelle en SAD reconnues par les experts au Québec.

## **5.5 LES RECOMMANDATIONS POUR LA GESTION, LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE, LA FORMATION ET LES RECHERCHES FUTURES**

La présente étude a permis d'identifier et de valider les énoncés de compétences cliniques minimales que devraient idéalement posséder les infirmières débutantes en SAD pour assumer leur rôle professionnel au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Au regard du fait qu'il était jusqu'à maintenant impossible de certifier que les infirmières débutantes en SAD possédaient les compétences cliniques minimales attendues, il sera alors possible, pour les gestionnaires, à partir des compétences cliniques identifiées et validées, de cibler les compétences acquises par les infirmières débutantes en SAD. Il leur sera possible d'identifier, chez les infirmières débutantes en SAD, les compétences qui restent à développer afin d'atteindre le niveau minimum de compétences attendues recommandé par les experts. Par conséquent, les gestionnaires pourront mieux cibler les ressources internes et externes à mobiliser afin d'offrir des programmes de mentorat ainsi que des formations spécialisées en cours d'emploi favorisant le développement des compétences cliniques.

Dans le cadre de la pratique professionnelle, les infirmières en SAD peuvent maintenant bénéficier des énoncés de compétences dans une perspective d'autoévaluation professionnelle, faisant ainsi référence au principe de développement des compétences de Tardif (2006) « Rendre compte de l'autonomisation dans le déploiement des compétences ». En effet les infirmières en SAD peuvent se référer aux énoncés de compétences sachant qu'ils sont reconnus importants pour la pratique professionnelle à titre d'infirmière débutante en SAD afin de vérifier jusqu'à quel point elles maîtrisent elles-mêmes les compétences attendues. Elles seront alors en mesure d'identifier les ressources internes et les ressources externes qu'elles mobilisent actuellement et celles qui méritent davantage d'apprendre à mobiliser. Puisque les infirmières ont la responsabilité de participer à un minimum de 20 heures d'activités de formation continue annuellement (OIIQ, 2011), elles seront plus en mesure d'identifier et de sélectionner les formations les plus pertinentes afin de développer les compétences cliniques ciblées.

En ce qui concerne la formation, les compétences identifiées et validées dans le cadre de cette étude, constituent les compétences cliniques minimales en SAD à développer tout au long du cursus de la formation universitaire en sciences infirmières. Ces compétences précisent les ressources internes et les ressources externes devant être mobilisées, par les étudiants en sciences infirmières, afin démontrer une compétence particulière. Par conséquent, il serait judicieux d'arrimer les programmes de formation universitaire afin de développer, les compétences cliniques minimales attendues en SAD chez les étudiants en sciences infirmières et ce, en précisant une progression prédéfinie dans une trajectoire bien établie de développement de ces compétences. En déterminant, dès le départ les compétences cliniques à développer tout au long du cursus de la formation universitaire, l'autonomisation de l'étudiant en sera ainsi stimulée. L'étudiant sera alors plus en mesure de développer ses compétences de façon plus autonome en utilisant de multiples stratégies cognitives, métacognitives et de coopération (Tardif, 2006).

Les processus d'identification et de validation des énoncés de compétences effectués dans le cadre de cette étude auront permis de mieux comprendre l'importance de distinguer la notion de connaissance de la notion de compétence. Ainsi, dans le cadre de mises en situations cliniques lors de la formation universitaire, il sera maintenant possible de rendre compte de la progression de l'étudiant dans le développement de ses compétences. En effet, les compétences cliniques minimales identifiées et validées pourront servir de référence afin de permettre d'évaluer le degré de développement des compétences des étudiantes infirmières lors des mises en situations cliniques dans lesquelles elles auront à démontrer leur capacité à maîtriser les ressources internes et externes qu'une situation particulière exige.

Considérant que cette étude se limitait à compléter les trois premières étapes du processus de validation des énoncés de compétences (la spécification du domaine du construit, la génération d'un échantillon d'énoncés et la validation *a priori* des énoncés), il paraît souhaitable de poursuivre des études permettant de compléter la quatrième étape du processus de validation soit la mise à l'essai des énoncés de compétences dans le cadre de la construction d'un instrument de mesure et par la mise à l'essai des énoncés retenus dans une

situation réelle de mesure. Ainsi, d'éventuelles études permettraient d'élaborer et d'expérimenter un instrument permettant de mesurer, à partir des énoncés de compétences validés, le degré de maîtrise des compétences cliniques attendues chez l'infirmière débutante en SAD. Or, il importe de bien faire la distinction entre la mesure des compétences de la mesure des connaissances. L'ensemble des compétences identifiées et validées par les experts représentent les ressources internes et externes à développer ou à exploiter chez l'infirmière débutante en SAD. Ainsi, il faut s'assurer de ne pas se limiter à utiliser les énoncés de compétences validés pour mesurer les connaissances mais bien de s'assurer que l'infirmière soit en mesure de démontrer ces compétences dans l'action.

La généralisabilité des résultats obtenus dans le cadre de la présente étude se limitant aux infirmières de niveau débutant en SAD du Québec, il pourrait s'avérer fort intéressant de reproduire ce processus de validation en ciblant cette fois, les compétences cliniques que devrait posséder les infirmières au regard des autres niveaux de compétences définis par Benner (1984), à savoir au niveau compétent, au niveau performant et au niveau expert en SAD. Des études corrélationnelles permettant d'établir des liens entre le degré de compétences acquises par les infirmières débutantes et la qualité des soins et des services en SAD s'avèreraient toutes aussi pertinentes.

Ce chapitre avait pour but de discuter des résultats obtenus en réponse à la question de recherche émise dans le cadre de cette étude. Il aura permis de discuter des considérations particulières qui se dégagent de la conduite d'une étude en lien avec l'identification et la validation des énoncés de compétences cliniques minimales chez l'infirmière débutante en SAD. Cette étude aura permis de valider 104 énoncés de compétences cliniques attendues chez les infirmières débutantes en SAD. Par le fait même, elle aura permis d'identifier les ressources internes et externes qui doivent être mobilisées par les infirmières débutantes en SAD dans le cadre de leur pratique clinique.

Les limites de l'étude ont aussi été précisées. Ces limites relèvent du fait que les compétences identifiées représentent celles attendues pour le niveau d'expertise de

l'infirmière débutante en SAD et que ces compétences sont applicables à la pratique infirmière en SAD au Québec seulement.

Finalement, des recommandations pour les gestionnaires, pour la pratique infirmière professionnelle en SAD ainsi que pour les recherches futures ont été proposées. Les énoncés de compétences identifiés permettront de pallier à l'impossibilité, actuellement reconnue, de préciser les compétences cliniques minimales que doivent posséder les infirmières débutantes en SAD. Ces énoncés de compétences pourront être avantageusement utilisés par les gestionnaires et les infirmières expertes comme profil de compétences pour fournir un meilleur soutien dans la pratique clinique des infirmières débutantes au SAD. Ils pourront éventuellement permettre de développer des outils permettant de mesurer le degré des compétences acquises par les infirmières débutantes en SAD et, par le fait même, d'identifier les compétences qui restent à développer afin d'atteindre le niveau minimum des compétences attendues.

## CONCLUSION

Cette étude avait pour but de procéder à l'identification et la validation des énoncés de compétences cliniques que doivent minimalement posséder les infirmières débutantes dans le cadre de leur pratique en SAD. Elle a été conduite suite au constat de questionnaires et d'infirmières expertes en SAD du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, à l'effet que des infirmières débutantes ne possédaient pas les compétences cliniques minimales permettant d'exercer leur rôle professionnel en SAD. Des programmes d'intégration en début d'emploi de même que des formations en cours d'emploi ont été déployés dans le but d'optimiser le développement des compétences cliniques chez les infirmières débutantes en SAD. Or, ces compétences cliniques minimales que doivent posséder les infirmières débutantes en SAD n'ont jamais fait l'objet d'un consensus chez les experts. C'est précisément dans le but de contribuer à solutionner cette problématique que la présente étude a été conduite.

Les chapitres précédents font état des travaux ayant permis de procéder à l'identification et la validation des énoncés de compétences auprès d'experts. Mentionnons, entre autres, que cette recherche aura permis de valider 105 énoncés de compétences cliniques que l'infirmière débutante en SAD devrait minimalement maîtriser.

Il est grandement espéré que les résultats de cette étude permettront d'enrichir et de soutenir les nombreuses initiatives en cours ayant trait au développement des compétences cliniques de l'infirmière débutante en SAD. Les compétences cliniques identifiées et validées par les experts permettront de mettre en place des outils afin de favoriser le développement des compétences cliniques minimalement attendues chez les infirmières débutantes en SAD.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ACESI. (2015). Cadre national de l'ACESI sur la formation infirmière. Repéré à <https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINAL-FR-Framework-web.pdf>
- ACSSD. (2013). *Portraits of Home Care in Canada 2013*. Ottawa : Association Canadienne de soins et de services à domicile.
- ACSSD, CMFC, & AIIC. (2016). Un Plan National pour de meilleurs soins à domicile au Canada. Repéré à [https://infirmiere-canadienne.com/-/media/cna/page-content/pdf-fr/un-plan-national\\_pour-de-meilleurs-soins-a-domicile-au-canada-copy.pdf?la=fr&hash=ED788EFC675E0E8DCA665150A40C3DA5F0E41185](https://infirmiere-canadienne.com/-/media/cna/page-content/pdf-fr/un-plan-national_pour-de-meilleurs-soins-a-domicile-au-canada-copy.pdf?la=fr&hash=ED788EFC675E0E8DCA665150A40C3DA5F0E41185)
- AIIAO. (2012). Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires : Mises en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. 2<sup>e</sup> édition. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- AIIAO. (2015). *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille*. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- AIIC. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada. Repéré à <http://www.uqtr.ca/biblio/notice/document/30429824D.pdf>
- AIIC. (2013). Optimisation du rôle des soins infirmiers dans les soins de santé à domicile. Repéré à [https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/optimizing\\_the\\_role\\_of\\_nursing\\_in\\_home\\_health\\_f.pdf?la=fr&hash=FA2313FB526C78EC131197DE79FAE60C2E1B660B](https://www.cna-aiic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/optimizing_the_role_of_nursing_in_home_health_f.pdf?la=fr&hash=FA2313FB526C78EC131197DE79FAE60C2E1B660B)
- AIIC. (2015). Cadre de pratiques des infirmières et infirmiers au Canada. 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>
- AIINB. (2015). Normes de la relation thérapeutique infirmière client. Repéré à <http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB-StandardsNurseClientRelation-F-2015-10.pdf>

- ANA. (2013a). The definition and practice of public health nursing. Repéré à <https://www.apha.org/~media/files/pdf/membergroups/phn/nursingdefinition.ash>
- ANA. (2013b). *Public health nursing: Scope and standards of practice*. American Nurses Association/Nursesbooks. org.
- ANA. (2014). *Home Health Nursing: Scope and Standards of Practice, 2nd Ed* (Silver Spring MD: Author).
- Andersson, H., Lindholm, M., Pettersson, M., & Jonasson, L.-L. (2017). Nurses' competencies in home healthcare: an interview study. *BMC nursing, 16*(1), 65.
- AQESSS. (2009). *Guide de la gestion intégrée de la qualité*. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.
- AQESSS. (2011). *Guide de la gestion intégrée de la qualité*. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.
- Athlin, E., Larsson, M., & Söderhamn, O. (2012). A model for a national clinical final examination in the Swedish bachelor programme in nursing. *Journal of Nursing Management, 20*(1), 90-101.
- Barnett, M. (2006). Providing palliative care in end-stage COPD within primary care. *Journal of Community Nursing, 20*(3), 30.
- Beaudet, N., Bisailon, A., Boisvert, N., Boyer, D., de Villers, L., Garceau-Brodeur, M., ... Kuster, M. (2008). *La pratique infirmière de promotion de la santé et de prévention en CSSS, mission CLSC: De la volonté à la réalité-Rapport synthèse*. Montréal: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Becker, J. (2002). *Développer et évaluer des compétences*. Paris : Labor.
- Bélair, L. (2007). Défis et obstacles dans l'évaluation des compétences professionnelles. *Les compétences professionnelles en enseignement et leur évaluation, 181-196*.
- Bélanger, G. (2006). *Validation nominale des critères mesurant la qualité des services de soutien à domicile selon la perspective des utilisateurs*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Benner, P. (1984). *De novice à experts. Excellence en soins infirmiers*, Paris : InterEditions.

- Blais, R., Sears, N. A., Doran, D., Baker, G. R., Macdonald, M., Mitchell, L., & Thalès, S. (2013). Assessing adverse events among home care clients in three Canadian provinces using chart review. *BMJ quality & safety*, 22(12), 989-997.
- Blanchet Garneau, A. (2014). *Proposition théorique constructiviste du développement de la compétence culturelle infirmière*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal, Montréal, QC.
- Brailovsky, C. A., Miller, F., Grand'Maison, P., Auclair, R., Tremblay, M., & Sénéchal, M. (1998). L'évaluation de la compétence dans le contexte professionnel. *Service social*, 47(1-2), 171-189.
- Breakwell, S. (2004). Connecting new nurses and home care. *Home Health Care Management & Practice*, 16(2), 117-121.
- Briançon, S., Guérin, G., & Sandrin-Berthon, B. (2010). Maladies chroniques. *Adsp*, 72, 11-53.
- Brideson, G., Glover, P., & Button, D. (2012). Flight nurses in Australia: Maintaining their midwifery competence—a case study. *Contemporary nurse*, 43(1), 121-130.
- Buerhaus, P. I., DesRoches, C. M., Dittus, R., & Donelan, K. (2015). Practice characteristics of primary care nurse practitioners and physicians. *Nursing Outlook*, 63(2), 144-153.
- Carrier, J., & Newbury, G. (2016). Managing long-term conditions in primary and community care. *British journal of community nursing*, 21(10), 504-508.
- Chapados, C., Audétat, M.-C., & Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. *Perspective infirmière*, 11(1), 37-40.
- Chenoweth, L., Jeon, Y. H., Goff, M., & Burke, C. (2006). Cultural competency and nursing care: an Australian perspective. *International Nursing Review*, 53(1), 34-40.
- CHNAC. (2008). *Canadian community health nursing standards of practice*. Community Health Nurses Association of Canada (CHNAC).
- Christensen, A., & Terpstra, J. (2002). Challenges in Home Care Practice: A Decision-Making Perspective. *Journal of Community Health Nursing*, 19(4), 225-236. doi: 10.1207/S15327655JCHN1904\_03

- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.
- Cook, S., Fillion, L., Margaret, I. F., Anne-Marie, V., Tanya, M., Michèle, A., ... François, R. (2013). Principaux domaines d'exercice et compétences associées des infirmières œuvrant à titre de navigateurs professionnels en oncologie. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 23(1), 53-62. doi: 10.5737/1181912x2315362
- Coyle, J. S. (2011). Development of a model home health nurse internship program for new graduates: key lessons learned. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(5), 201-214.
- Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R., & Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: a new tool for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255.
- Daigle, M. (2013). Évaluation de l'implantation d'un portfolio comme outil pédagogique de développement et d'évaluation des compétences en soins critiques d'étudiantes en sciences infirmières. (Mémoire de maîtrise inédit). Université du Québec à Rimouski, Rimouski, QC.
- Daley, B. J., & Miller, M. (1996). Defining home health care nursing: implications for continuing nursing education. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 27(5), 228-237.
- David, H., Cloutier, E., Prévost, J., & Teiger, C. (1999). Pratiques infirmières, maintien à domicile et virage ambulatoire au Québec. *Recherches féministes*, 12(1), 43-62.
- Déry, J., D'Amour, D., & Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55.
- Deshaies, C., Gauthier, M., & Leprohon, J. (2010). *Lignes directrices, l'exercice infirmier en santé communautaire soutien à domicile* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Desrosiers, G. (2005). L'évolution des soins infirmiers exige la création de spécialités infirmières. *Perspective infirmière*, 3(2), 6-7.

- Develay, M. (2015). *D'un programme de connaissances à un curriculum de compétences*. Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Donabedian, A. (1980). *Exploration in Quality Assesment and Monitoring Volume 1. The Definition of Quality and Appropriates to Assesment*. Michigan: Health Administrarion Press.
- Doyon, O., & Spycher, L. (2017). La surveillance infirmière: dernier filet de sécurité du patient. Lamarre.
- Ducharme, F., Pérodeau, G., Paquet, M., Legault, A., & Trudeau, D. (2004). Virage ambulatoire et soins familiaux à domicile. *Canadian journal of public health*, 95(1), 64-68.
- Durand, M.-J., & Chouinard, R. (2006). L'évaluation des apprentissages: de la planification de la démarche à la communication des résultats. Montréal, QC: Hurtubise HMH.
- Dyess, S. M., & Sherman, R. O. (2009). The first year of practice: New graduate nurses' transition and learning needs. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(9), 403-410.
- Eggert, G., Friedman, B., Meng, H., & Wamsley, B. (2004). Impact of a health promotion nurse on functional status and home care costs among medicare beneficiaries with diabetes. *The Gerontologist*, 44(1), 343.
- Ekionea, J. B., Bernard, P., & Plaisent, M. (2011). Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Recherches qualitatives*, 29(3), 168-192.
- Ennuyer, B. (2007). 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile. *Gérontologie et société*, 123(4), 153-167. doi: 10.3917/gs.123.0153
- FIQ. (2009). Révision du système professionnel, les impacts de la loi 90. Repéré à [http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2009/03/2013\\_-\\_Fascicule\\_TOT\\_1\\_Loi\\_90\\_Fr.pdf?download=1](http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2009/03/2013_-_Fascicule_TOT_1_Loi_90_Fr.pdf?download=1)
- FIQ. (2017). Le budget pour les services à domicile Repéré à [http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2017/06/Fiche6\\_Budget\\_services\\_a\\_domicile\\_juin\\_2017.pdf?download=1](http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2017/06/Fiche6_Budget_services_a_domicile_juin_2017.pdf?download=1)

- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 33-42.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, QC: Chenelière-éducation.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives (3<sup>e</sup> éd.)*. Montréal, QC: Chenelière éducation.
- Fournier, C., & Cazale, L. (2013). Prévalence de l'incapacité dans la population québécoise de 15 ans et plus », Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité. *Institut de la statistique du Québec*, 2, 39-50.
- Frable, P. J., Wallace, D. C., & Ellison, K. J. (2004). Using Clinical Guidelines in Home Care: For Patients with Diabetes. *Home Healthcare Now*, 22(7), 462-468.
- FSSS. (2011). Nouvelles conditions d'obtention du permis de pratique d'infirmière au Québec. Repéré à [https://www.fsss.qc.ca/download/cat1/Cond\\_permis\\_pratique.pdf](https://www.fsss.qc.ca/download/cat1/Cond_permis_pratique.pdf)
- Gagnon, É., Côté, D., Gilbert, C., Guberman, N., Thivierge, N., & Tremblay, M. (2001). *Les impacts du virage ambulatoire: responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*. Beauport, QC: Direction de la santé publique.
- Gavin, M. J., Haas, L. J., Pendleton, P. B., Street, J. W., & Wormald, A. (1996). Orienting a new graduate nurse to home healthcare. *Home healthcare nurse*, 14(5), 381-387.
- Gorski, L. A. (2008). Implementing home health standards in clinical practice: An overview of the updated standards. *Home Healthcare Now*, 26(5), 308-316.
- Guthaus, M. A., & White, D. (2002). Blending the roles of home care nursing and cardiovascular specialties: a model for nursing practice in the community. *Home Health Care Management & Practice*, 14(4), 255-261.
- Halfer, D., & Graf, E. (2006). Graduate Nurse Perceptions of The Work Experience. *Nursing Economics*, 24(3), 150-155, 123.
- Haynes, S. N., & Lench, H. C. (2003). Incremental validity of new clinical assessment measures. *Psychological assessment*, 15(4), 456.

- Herleman, L. (2008). Home care primary nurse case management model. *Home Health Care Management & Practice*, 20(3), 235-244.
- Hoffart, N., Waddell, A., & Young, M. B. (2011). A Model of New Nurse Transition. *Journal of Professional Nursing*, 27(6), 334-343.
- IISCC. (2010). Compétences en soins infirmiers à domicile. Repéré à <https://www.chnc.ca/fr/comp-tences>
- Inglis, S., McLennan, S., Dawson, A., Birchmore, L., Horowitz, J. D., Wilkinson, D., & Stewart, S. (2004). A new solution for an old problem? Effects of a nurse-led, multidisciplinary, home-based intervention on readmission and mortality in patients with chronic atrial fibrillation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(2), 118-127.
- INSPQ. (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*. Montréal: Institut national de santé publique Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1972766>
- INSPQ. (2017). Les déterminants de la santé. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>
- ISQ. (2016a). Coup d'œil sur les soins et services à domicile reçus par les aînés au Québec en 2013-2014. *Zoom santé*, 57, 1-8.
- ISQ. (2016b). L'autogestion des maladies chroniques, l'état de santé et l'utilisation des services hospitaliers : exploration de données d'enquêtes populationnelles. *Institut de la statistique que Québec*.
- ISQ. (2018). Le portrait démographique du Québec. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2018.pdf>
- Jonnaert, P. (2005). Compétences, constructivisme et interdisciplinarité, contributions essentielles au développement des programmes d'études curriculum de la formation générale de base. Repéré à <http://bibvir2.uqac.ca/archivage/24272431.pdf>
- Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme : un cadre théorique (2<sup>e</sup> éd.)*. Bruxelles: De Boeck.
- Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2017). Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. *International Nursing Review*, 64(2), 296-308.

- Kahn, S., & Rey, B. (2016). La notion de compétence: une approche épistémologique. *Éducation et francophonie*, 44(2), 4-18.
- Kelly, L. A. (2009). Nursing surveillance in the acute care setting: Latent variable development and analysis. Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2010634685&lang=fr&site=ehost-live>
- Kovner, C., Menezes, J., & Goldberg, J. D. (2005). Examining nurses' decision process for medication management in home care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(7), 379-385.
- La Haye, M. (2010). Promotion de la santé et prévention de la maladie. *Perspective infirmière*, 48.
- Larousse. (2016). *Le petit Larousse illustré*. Paris: Larousse.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal, QC: Guérin.
- Laveault, D., & Grégoire, J. (2002). *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation* (2<sup>e</sup> éd.). Bruxelles : De Boeck.
- Laveault, D., & Grégoire, J. (2014). *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation*. De Boeck.
- Lavoie-Tremblay, M., Leclerc, E., Marchionni, C., & Drevniok, U. (2010). The needs and expectations of generation Y nurses in the workplace. *Journal for Nurses in Professional Development*, 26(1), 2-8.
- Le Boterf, G. (2002). *Développer la compétence des professionnels* (4<sup>e</sup> éd.). Paris: Éditions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétence* (5<sup>e</sup> éd.). Paris: Eyrolles-Éditions d'organisation.
- Legendre, M.-F. (2001). Sens et portée de la notion de compétence dans le nouveau programme de formation. *Revue de l'AQEFLS*, 23(1), 12-30.
- Legendre, M.-F. (2007). L'évaluation des compétences professionnelles. *Les compétences professionnelles en enseignement et leur évaluation*, 169-179.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Montréal, QC: Guérin.

- Lenburg, C. B., Klein, C., Abdur-Rahman, V., Spencer, T., & Boyer, S. (2009). The COPA model: A comprehensive framework designed to promote quality care and competence for patient safety. *Nursing Education Perspectives*, 30(5), 312-317.
- Linekin, P. L. (2003). Home health care and diabetes assessment, care, and education. *Diabetes Spectrum*, 16(4), 217-222.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing research*.
- Midy, F. (2003). Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. *Centre de Recherche d'étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), Paris*.
- Mildon, B., & Underwood, J. (2010). Competencies for home health nursing: a literature review. *Community Health Nurses Canada*, 7-14.
- MSSS. (2003). Chez-soi: Le Premier Choix. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>
- MSSS. (2012). Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne. La Direction des communications du ministère de la santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2012b). *Les déterminants de la santé : mieux comprendre pour mieux agir.*: Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.
- MSSS. (2018). *Budget 2018-2019: Des services de santé accessibles et de qualité.* Ministère de la Santé et des Service Sociaux du Québec.
- Murashima, S., Nagata, S., Magilvy, J. K., Fukui, S., & Kayama, M. (2002). Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. *Public health nursing*, 19(2), 94-103.
- Murray, T. A. (1998). Role orientation in novice home healthcare nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 14(6), 287-292.
- Murtaugh, C., Peng, T., Totten, A., Costello, B., Moore, S., & Aykan, H. (2009). Complexity in geriatric home healthcare. *Journal for healthcare quality*, 31(2), 34-43.

- OIO. (2009). La relation thérapeutique. Repéré à [https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51033\\_nurseclient.pdf](https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51033_nurseclient.pdf)
- OIIQ. (2003). Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Repéré à [https://www.oiiq.org/uploads/publications/autres\\_publications/Guide\\_application\\_loi90.pdf](https://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Guide_application_loi90.pdf)
- OIIQ. (2009). Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière. Compétences initiales. 2<sup>e</sup> éd. Westmount., QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- OIIQ. (2010). Perspective de l'exercice de la profession infirmière. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/263NS\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/263NS_doc.pdf)
- OIIQ. (2011). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec—Norme professionnelle.* : Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf>
- OIIQ. (2012a). À quand un financement adéquat des soins infirmiers dans la communauté ? Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/memoire-aiic-370MA.pdf>
- OIIQ. (2012b). *La relève infirmière du Québec : une profession, une formation.* Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- OIIQ. (2016). Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/8419\\_doc.pdf/601f6048-92db-ee36-e58c-64f07403b91b](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/8419_doc.pdf/601f6048-92db-ee36-e58c-64f07403b91b)
- OMS. (1999). Glossaire de la promotion de la santé. Repéré à [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_fr.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fr.pdf?sequence=1)
- OMS. (2011). OMS- Rapport annuel 2011. Repéré à <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/Rwanda-OMS-Rapport-annuel-2011-fr.pdf>

- Ouellet, J. (2012). *Le rapport à la formation infirmière continue chez des infirmières en soutien à domicile*. Mémoire de maîtrise. Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Ouellet, J., & Mukamurera, J. (2015). La formation continue d'infirmières de soins à domicile: retombées perçues au regard de l'amélioration de la qualité des soins aux aînés. *Quality Advancement in Nursing Education-Avancées en formation infirmière*, 1(3), 6.
- Paquet-Gagnon, P.-A., Mercier, J., & Boutin, C. (2017). Gestion intégrée des risques et prestation sécuritaire des soins et services au CISSS de Chaudière-Appalaches : rapport final de l'évaluation évolutive. Sainte-Marie, QC: Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3387388>
- Patterson, E., Hart, C., Bishop, S. E., & Purdy, N. (2013). Deciding if home care is right for me: The experience of the new graduate nurse. *Home Health Care Management & Practice*, 25(4), 147-154.
- Perrenoud, P. (1998). La qualité d'une formation se joue d'abord dans sa conception. *Pédagogie collégiale*, 11(4), 16-22.
- Perrenoud, P. (2015). Construire des compétences, est-ce tourner le dos aux savoirs? *Pédagogie collégiale*, 12(3),14-17.
- Pijl-Zieber, E. M., & Kalischuk, R. G. (2011). Community health nursing practice education: Preparing the next generation. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 8(1).
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Montréal, QC: Éditions nouvelles.
- Purkis, M. E., & Bjornsdottir, K. (2006). Intelligent nursing: accounting for knowledge as action in practice. *Nursing Philosophy*, 7(4), 247-256.
- Purnell, L., Davidhizar, R. E., Giger, J. N., Strickland, O. L., Fishman, D., & Allison, D. M. (2011). A guide to developing a culturally competent organization. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(1), 7-14.
- Québec, G. d. (2020). Loi sur les infirmières et les infirmiers. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/I-8.pdf>

- Rey, B., Carette, V., Defrance, A., & Kahn, S. (2003). *Les compétences à l'école: Apprentissage et évaluation*. Outils pour enseigner. Québec, QC: Boeck.
- Romeo, C. (2007). Caring for culturally diverse patients: One agency's journey toward cultural competence. *Home Healthcare Now*, 25(3), 206-213.
- Roy, (1994). L'histoire du maintien à domicile ou les nouveaux apôtres de l'État. *Service Social*, (1), 7-32.
- oy, J., & Robichaud, F. (2016). Le syndrome du choc de la réalité chez les nouvelles infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, (4), 82-90.
- Saintsing, D., Gibson, L. M., & Pennington, A. W. (2011). The novice nurse and clinical decision - making: how to avoid errors. *Journal of Nursing Management*, 19(3), 354-359.
- Sarazin, M. (2019). Organisation de l'efficiency des soins: L'ingénierie au service de la santé (Vol. 11). ISTE Group.
- Saucier, A., et Brunelle, Y. (1995). *Les indicateurs et la gestion par résultats*. Québec: Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Smith Higuchi, K. A., Christensen, A., & Terpstra, J. (2002). Challenges in home care practice: a decision-making perspective. *Journal of community health nursing*, 19(4), 225-236.
- Sneltvedt, T., Odland, L.-H., & Sorlie, V. (2010). Standing on one's own feet: New graduate nurses' home health care challenges and work experiences study. *Home Health Care Management & Practice*, 22(4), 262-268.
- Stalpers, D., de Brouwer, B. J., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 817-835.
- Stamler, L. L., & Yiu, L. (2008). *Community health nursing: A Canadian perspective*. 4<sup>e</sup> éd. Toronto : Pearson Prentice Hall.
- Statistique Canada (2016). Profil du recensement, recensement 2016. Repéré à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/Page.cfm?Lang=F&Geo1=PR&Code1=24&Geo2=&Code2=&Data=Count&SearchText=Qu%C3%A9bec&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&GeoLevel=PR&GeoCode=24>

- Suen, H. K. (2012). *Principles of test theories*. New York: Routledge.
- Sung, K. (2009). Does competency-based assessments help to maintain professional standards. *Singapore Nursing Journal*, 36(2), 4146.
- Tappenden, P., Tappenden, P., Campbell, F., Rawdin, A., Wong, R., & Kalita, N. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health technology assessment*, 16(20), 1-72.
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise oeuvre. *Pédagogie collégiale*, 16(3), 36-44.
- Tardif, J. (2006). L'évaluation des compétences : documenter le parcours de développement. Montréal, QC: Chenelière-éducation.
- Tardif, J. (2017). Des repères conceptuels à propos de la notion de compétence, de son développement et de son évaluation. Dans M. Poumay, Tardif, J. & Georges, F. (Éds), *Organiser la formation à partir des compétences: Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur* (pp. 15-38). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
- Truchon, S., Brisson, M., & Roy, É. (2013). La relation professionnelle - Ce qui fait la différence. Repéré à <https://www.oiiq.org/la-relation-professionnelle-ce-qui-fait-la-difference>
- Underwood, J., Mowat, D., Meagher-Stewart, D., Deber, R., Baumann, A., MacDonald, M., ... Munroe, V. (2009). Renforcement de la capacité en soins infirmiers de santé communautaire et de santé publique: Rapport de synthèse de la National Community Health Nursing Study. *Canadian Journal of Public Health*, 100(5), 1-13.
- Verbeke, L. (2013). La reconnaissance au service de l'efficience des soins. *SOINS. CADRES*, (87), 33-35.
- Vignier, N. (2013). Soins infirmiers et gestion des risques-Soins éducatifs et préventifs- Qualité des soins et évaluation des pratiques: Unités d'enseignement 4.5, 4.6 et 4.8. Elsevier Health Sciences.
- Voyer, P. (2013). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Québec, QC: ERPI.

- Waltz, Strickland, O., & Lenz, E. (2005). The Delphi technique. *Measurement in Nursing and Health Research*. Springer Publishing Company, New York, 266-269.
- Waltz, C. F., & Bausell, B. R. (1981). *Nursing research: design statistics and computer analysis*. Davis FA.
- Wangensteen, S., Johansson, I. S., Björkström, M. E., & Nordström, G. (2012). Newly graduated nurses' perception of competence and possible predictors: a cross-sectional survey. *Journal of Professional Nursing*, 28(3), 170-181.
- Witter, P. (2005). The district nurse's role in managing patients with heart failure. *Nursing Standard*, 19(24), 38.
- Zurmehly, J. (2007). A qualitative case study review of role transition in community nursing. *Nursing Forum*, 42(4), 162-170.

**ANNEXE 1 : LES 17 ACTIVITÉS RÉSERVÉES AUX INFIRMIÈRES  
DEFINIES DANS LA LOI SUR LES INFIRMIERES ET INFIRMIERS**

## La portée du champ d'exercice et des activités réservées des infirmières (OIIQ, 2016)

**Dans le cadre de l'exercice infirmier, 17 activités 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, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*;
5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et 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* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*;
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 2 : QUESTIONNAIRE NO1 SOUMIS AUX GESTIONNAIRES ET  
AUX INFIRMIÈRES EXPERTES EN SAD LORS DE LA PHASE DE  
VALIDATION.**



**Identification et validation des compétences cliniques  
minimales chez les infirmières débutantes en soutien  
à domicile (SAD).**

**Questionnaire de validation  
auprès des gestionnaires et infirmières expertes  
au service de soutien à domicile.**

**Recherche effectuée par  
Nancy Perron  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Université du Québec à Rimouski**

## **Dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières volet mémoire**

### **Directives**

Vous avez reçu ce questionnaire à titre d'infirmière ou de gestionnaire reconnu pour votre expertise dans le domaine des services de soutien à domicile (SAD). À l'avance, nous vous remercions de prendre le temps de répondre à ce questionnaire qui nous permettra de valider la clarté, la pertinence de même que l'importance d'une série d'énoncés de compétences cliniques que doivent minimalement posséder les infirmières débutantes en SAD. Les instructions suivantes précises la nature de votre participation à l'étude.

Voici les instructions :

1. Ce questionnaire comporte 104 énoncés précisant les compétences ciblant la pratique des infirmières débutantes en SAD pour lequel nous vous demandons d'exprimer votre jugement sur la clarté de l'énoncé ainsi que sur la pertinence et l'importance que cette compétence soit maîtrisée par une infirmière débutante.
2. Répondre à ce questionnaire nécessitera environ 90 minutes de votre temps.
3. Il n'est pas nécessaire de compléter le questionnaire d'un seul jet. Pensez cependant à le sauvegarder régulièrement pendant que vous y répondez.
4. Nous vous conseillons d'inscrire vos réponses directement dans le fichier en cliquant dans les cases à cocher représentant le mieux votre opinion au regard de la clarté, de la pertinence et de l'importance de l'énoncé proposé. En cas de problème avec le fichier, veuillez contacter l'étudiante afin d'apporter les correctifs appropriés. Si vous le préférez, vous pouvez imprimer le questionnaire, y répondre sur papier et le retourner par la poste ou par courriel.
5. Il vous est possible de nous soumettre de nouvelles suggestions de compétences portant sur la pratique des infirmières débutantes en SAD dans la section prévue à cette fin (immédiatement après le dernier énoncé de compétence).

6. Une fois complété, retournez le fichier par courriel à l'étudiante dont les coordonnées apparaissent à la page suivante. Une confirmation de réception vous sera acheminée.
7. Nous vous demandons d'être vigilant en indiquant vos choix de réponses car il arrive parfois qu'un « X » n'apparaisse pas immédiatement en cliquant dans une case à cocher d'un formulaire Word.

**Voici comment vous seront présentés les énoncés de compétences  
dans le questionnaire :**

**Énoncé de compétence à valider**

**Dimension**

**Répondez à chacune des questions en cochant une case**

**Inscrivez vos commentaires ici.**

Planification et coordination des soins			
<i>L'infirmière débutante au soutien à domicile est capable de :</i>			
Planifier les visites et d'établir leur ordre de priorité pour répondre aux besoins en matière de soins de santé et de la disponibilité des clients.			
Compétence 1	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :
	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
Si cet énoncé de compétence vous apparaît ambiguë ou incompréhensible, veuillez indiquer vos commentaires ou recommandations : <input style="width: 100%;" type="text"/>			

Afin de faciliter l'expression de votre jugement sur la clarté, la pertinence et l'importance des énoncés de compétences ciblant spécifiquement la pratique des infirmières débutantes au SAD, nous vous précisons les définitions suivantes qui ont été adoptées dans le cadre de la présente étude :

<b><u>Infirmière débutante</u></b>	Infirmière qui possède un diplôme d'étude collégiale ou un baccalauréat, membre de l'OIIQ, ayant acquis moins de 24 mois continus d'expérience dans le secteur du soutien à domicile.
<b><u>Compétence</u></b>	Savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations (soutien à domicile) (Tardif, 2006). Une compétence sera décrite par un énoncé précisant les habiletés que doivent posséder les infirmières débutantes au soutien à domicile.

<b><u>Clarté</u></b>	Qualité de ce qui est facilement intelligible; réfère à la netteté; à la précision et au vocabulaire utilisé dans l'énoncé. <b><u>Est-ce que l'énoncé de compétence qui porte sur un aspect de la pratique des infirmières débutantes au SAD vous apparaît clair?</u></b>
<b><u>Pertinence</u></b>	Qui a rapport au sujet; <b><u>Êtes-vous en mesure d'établir un lien de congruence entre l'énoncé formulé et le domaine de la pratique infirmière en soutien à domicile ?</u></b>
<b><u>Importance</u></b>	Qui est de conséquence; intérêt que vous portez à la satisfaction de la compétence énoncée. <b><u>Quel niveau d'importance accordez-vous à ce que cette compétence soit acquise par les infirmières débutantes en soutien à domicile ?</u></b>

Au besoin pour toute question ou toute **ambiguïté** relative à ce questionnaire, n'hésitez pas à communiquer avec l'étudiante ou avec le directeur de recherche :

#### **Nancy Perron**

Étudiante, maîtrise en sciences infirmières  
Université du Québec à Rimouski

Courriel : [nancy\\_perron@uqar.ca](mailto:nancy_perron@uqar.ca)

#### **Guy Bélanger**

Directeur de recherche  
Professeur associé  
Département des sciences infirmières  
Université du Québec à Rimouski

Courriel : [guy\\_belanger@uqar.ca](mailto:guy_belanger@uqar.ca)

#### **Évaluation, surveillance et prise de décision clinique**

##### **L'infirmière débutante au soutien à domicile**

effectue une évaluation complète de la situation de santé du client, incluant sa condition physique, mentale et comportementale, son niveau autonomie fonctionnelle et les risques liés à sa situation de santé.

<b>Compétence</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>
<b><i>1</i></b>	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important

**Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence**

Cliquez ici pour entrer du texte.

## Évaluation, surveillance et prise de décision clinique

**L'infirmière débutante au soutien à domicile**

détermine avec justesse les besoins physiques, affectifs, spirituels, cognitifs, développementaux, environnementaux et sociaux du client.

<i>Compétence</i>	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :
2	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important

**Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence**

Cliquez ici pour entrer du texte.

## Évaluation, surveillance et prise de décision clinique

**L'infirmière débutante au soutien à domicile**

applique une démarche de soins infirmiers adaptée aux différentes situations cliniques et aux besoins des clients et de leur famille/proche aidant.

<i>Compétence</i>	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :
3	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important

**Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence**

Cliquez ici pour entrer du texte.

*\*Puisque l'échelle de mesure utilisée étant la même pour chacun des énoncés, seuls les énoncés de compétences sont présentés pour la suite afin de diminuer l'espace requis.*

**Compétence 4**

## Évaluation, surveillance et prise de décision clinique

**L'infirmière débutante au soutien à domicile**

utilise des techniques d'évaluation fondée sur des preuves, des outils ou des instruments appropriées (échelle de douleur, échelle évaluation dépression, échelle d'évaluation du niveau cognitif etc.)

**Compétence 5**

## Évaluation, surveillance et prise de décision clinique

**L'infirmière débutante au soutien à domicile**

élabore, de façon précise, des plans de soins et de traitements infirmiers (PSTI) et des plans thérapeutiques infirmiers (PTI) qui reposent sur son expérience clinique, son analyse critique et son jugement professionnel.

<b>Compétence 6</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
détermine un PTI et un PSTI approprié à partir des besoins et de la situation du client.	
<b>Compétence 7</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
analyse et interprète les données collectées pendant l'évaluation du client/famille afin de cibler et prioriser ses interventions.	
<b>Compétence 8</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
procède avec rigueur, discernement et efficacité à l'examen clinique du client en tenant compte de ses réactions et de sa condition, et dégage les constats cliniques significatifs.	
<b>Compétence 9</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
initie et interprète les tests diagnostiques et les procédures relatives à la condition du client.	
<b>Compétence 10</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
identifie les changements physiologiques normaux et anormaux associés à l'âge et à la condition de santé du client.	
<b>Compétence 11</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
assure la surveillance clinique appropriée selon la condition du client.	
<b>Compétence 12</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
s'assure de la continuité des soins.	
<b>Compétence 13</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
adapte ses interventions et résout les problèmes judicieusement pour surmonter les obstacles à la prestation de soins au client, par exemple mauvais temps, manque de ressources, ergonomie etc.	
<b>Compétence 14</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
identifie les risques réels ou potentiels pour la santé et la sécurité du client (signes de détérioration, prévention des infections, prévention des blessures, environnement, etc.)	
<b>Compétence 15</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
identifie les risques réels ou potentiels pour la santé et la sécurité des intervenants (environnement, animaux ou visiteur sur place etc.)	
<b>Compétence 16</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
planifie les visites et établit leur ordre de priorité pour répondre adéquatement aux besoins des clients.	

**Compétence 17****Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

organise sa charge de travail et perfectionne ses méthodes de gestion du temps afin de respecter ses obligations.

**Compétence 18****Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

développe, coordonne et met en œuvre des PTI acceptés par le client en négociant les priorités en matière de soins avec des objectifs de traitement et des résultats clairs.

**Compétence 19****Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

planifie et assure de façon efficace la réalisation du PTI et du PSTI.

**Compétence 20****Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

connait les fonctions, les responsabilités ainsi que les contributions des autres intervenants qui prennent part au PTI du client.

**Compétence 21****Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

s'implique activement lors de la réalisation d'un plan d'intervention interdisciplinaire.

**Compétence 22****Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

énonce et soutient son point de vue dans l'équipe de soins afin de permettre une meilleure réponse aux besoins du client/famille.

**Compétence 23****Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

collabore avec le client/famille et sa famille/proche aidant afin de développer des objectifs spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et dans un temps défini.

**Compétence 24****Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

identifie les obstacles qui pourraient nuire à l'application efficaces des interventions ciblées et à l'atteinte des résultats.

**Compétence 25****Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

encourage les clients et leur famille/proche aidant à tirer parti de leurs forces pour atteindre et maintenir un état de santé désiré en tenant compte des ressources disponibles.

**Compétence 26****Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

détermine et ajuste le PTI et PSTI selon l'évolution de la situation et des constats faits.

**Compétence 27** **Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

évalue les résultats des interventions du PTI.

**Compétence 28** **Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

modifie les résultats attendus en fonction de l'évolution de l'état de santé du client ou de changement dans son environnement.

**Compétence 29** **Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

assure le suivi clinique adéquat selon l'évolution de l'état de santé du client.

**Compétence 30** **Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

détermine le plan de traitement relié aux plaies et prodigue les soins qui s'y rattachent.

**Compétence 31** **Évaluation, surveillance et prise de décision clinique****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

facilite et coordonne l'accès à d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire pour résoudre des problèmes particuliers.

**Compétence 32** **Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

accompagne la personne dans un processus décisionnel concernant sa santé en respectant ses valeurs, ses besoins et ses attentes.

**Compétence 33** **Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

dispense des soins infirmiers de qualités en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie.

**Compétence 34** **Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

communique efficacement avec les clients et les familles/proches aidants tout en les soutenant durant le processus de prise de décision concernant les soins palliatifs.

**Compétence 35** **Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

comprend l'usage et l'entretien sécuritaire et approprié de divers types d'équipement et de technologies utilisés lors de soins prodigués à domicile.

**Compétence 36** **Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

enseigne aux clients, leurs familles/proches aidants ainsi qu'aux autres intervenants l'usage et à l'entretien de divers types d'équipement et de technologies utilisé lors de soins prodigués à domicile.

<b>Compétence 37</b>	<b>Maintien de la santé et palliation</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
exécute des procédures complexes (soins plaies, suivi clients multi morbides, équipements et technologies spécialisés) et les adapte au milieu résidentiel.	
<b>Compétence 38</b>	<b>Maintien de la santé et palliation</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
répond aux besoins changeants du client/famille en adaptant ses interventions.	
<b>Compétence 39</b>	<b>Maintien de la santé et palliation</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
reconnait d'elle-même qu'elle a besoin d'aide, si elle connaît mal les exigences et les interventions et ne sait pas comment trouver un soutien adéquat pour assurer la qualité des soins.	
<b>Compétence 40</b>	<b>Enseignement</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
évalue le niveau de connaissance du client/famille en lien avec la situation de soins (auto gestion des soins, surveillances, ressources etc.)	
<b>Compétence 41</b>	<b>Enseignement</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
dispense un enseignement pertinent en fonction de la condition du client/famille.	
<b>Compétence 42</b>	<b>Enseignement</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
transmet efficacement l'information requise au client/famille pour répondre à leurs besoins en matière de santé, de soins et services.	
<b>Compétence 43</b>	<b>Enseignement</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
détermine les besoins et les attentes du client/famille en matière d'information et d'apprentissage.	
<b>Compétence 44</b>	<b>Enseignement</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
évalue l'efficacité de ses interventions dans le cadre d'enseignement thérapeutique.	
<b>Compétence 45</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
emploie les techniques de relation d'aide pour comprendre la perspective du client/famille.	
<b>Compétence 46</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
établit, maintient et termine une relation aidante.	
<b>Compétence 47</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
utilise des techniques de communication efficaces (empathie, écoute active, non-verbale, reformulation etc.)	

<b>Compétence 48</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
trouve et utilise des moyens pour surmonter les obstacles linguistiques et de communication.	
<b>Compétence 49</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
concentre son attention en dépit des multiples distractions dans le contexte résidentiel.	
<b>Compétence 50</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
utilise les techniques de négociation auprès du client/famille.	
<b>Compétence 51</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
utilise la documentation (dépliants, affiches, livres etc.) en tant qu'outil de communication.	
<b>Compétence 52</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
utilise des outils technologiques (tablette, ordinateur, caméra numérique, logiciels spécialisés etc.) pour communiquer efficacement et bien gérer les soins dispensés au client/famille de manière confidentielle.	
<b>Compétence 53</b>	<b>Relation thérapeutique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
établit et maintient une relation thérapeutique infirmière-client fondée sur la confiance mutuelle, le respect, l'empathie et l'écoute.	
<b>Compétence 54</b>	<b>Relation thérapeutique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
reconnait la contribution que fournit la famille à la santé du client d'une manière qui la valorise, la respecte et la soutient.	
<b>Compétence 55</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
travaille efficacement et sans porter de jugement dans les différentes conditions de propreté et d'hygiène.	
<b>Compétence 56</b>	<b>Relation thérapeutique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
établit une collaboration multidisciplinaire qui respecte les champs de compétences.	
<b>Compétence 57</b>	<b>Relation thérapeutique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
partage ses connaissances et son expertise avec l'équipe multidisciplinaire.	
<b>Compétence 59</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
dispense des soins adaptés au stade de développement et aux particularités culturelles, intégrant les croyances et les valeurs du client.	

<b>Compétence 60</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
utilise les ressources de manière responsable sur le plan financier pour fournir des soins sécuritaires, efficaces et efficients.	
<b>Compétence 61</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
prend les mesures nécessaires pour respecter en tout temps les droits du client notamment à ce qui a trait à l'intimité, à la confidentialité et au consentement libre et éclairé.	
<b>Compétence 62</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
motive les clients, les familles/proches aidants à prendre des mesures pour répondre à leurs besoins en matière de santé.	
<b>Compétence 63</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
réfère le client/famille vers les ressources appropriées dès que la situation le nécessite.	
<b>Compétence 64</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
aide le client et sa famille à reconnaître leur capacité de gérer leurs propres besoins en matière de santé en fonction des ressources disponibles.	
<b>Compétence 65</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
accompagne la personne dans un processus décisionnel concernant sa santé en respectant ses valeurs, ses besoins, ses attentes.	
<b>Compétence 66</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
adapte son enseignement afin que le client puisse décider d'adopter ou non un comportement de santé.	
<b>Compétence 67</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
met en œuvre des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie auprès du client/famille et des différents intervenants (ex : faire valoir le lavage des mains, l'immunisation, le port du masque).	
<b>Compétence 68</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
identifie les comportements de santé adaptés et ceux qui devraient être adoptés par le client.	
<b>Compétence 69</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
évalue la capacité de prise en charge du client/famille en lien avec sa santé.	

<b>Compétence 70</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
aide le client/famille à identifier les risques pour la santé et à faire des choix éclairés sur les mesures de protection et de prévention à prendre.	
<b>Compétence 71</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
identifie les facteurs de risques que présente le client et les réévalue selon l'évolution de l'état de santé.	
<b>Compétence 72</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
met en place des mesures de prévention au regard des risques et des facteurs de risques identifiés.	
<b>Compétence 73</b>	<b>Prévention de la maladie</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
identifie des interventions interdisciplinaires en promotion de la santé et prévention de la maladie pour maintenir et améliorer la santé.	
<b>Compétence 74</b>	<b>Qualité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
Participe activement aux activités de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité	
<b>Compétence 75</b>	<b>Qualité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
procède à l'examen critique des incidents et accidents.	
<b>Compétence 76</b>	<b>Qualité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
participe activement à l'évaluation des programmes.	
<b>Compétence 77</b>	<b>Qualité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
évalue la qualité et l'efficacité de ses interventions à partir des résultats obtenus chez le client/famille.	
<b>Compétence 78</b>	<b>Prévention de la maladie</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
s'implique activement aux démarches visant l'amélioration du climat et de l'organisation de travail.	
<b>Compétence 79</b>	<b>Prévention de la maladie</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
fait preuve de professionnalisme, de leadership, de jugement et de responsabilité dans sa pratique indépendante qui prend place dans de multiples contextes et avec de multiples intervenants.	
<b>Compétence 80</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
connait le rôle des soins de santé primaires au sein du continuum de santé et les déterminants de la santé.	

<b>Compétence 81</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
connait le rôle et les responsabilités de l'infirmière aux SAD.	
<b>Compétence 82</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
démontre qu'elle respecte ses limites en matière d'habiletés et de connaissances en faisant appel à ses collègues lorsque la situation dépasse son niveau de compétence.	
<b>Compétence 83</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
reconnait et déclare les accidents /incidents et prends des mesures afin de les éviter.	
<b>Compétence 84</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
s'implique rapidement dans la résolution de conflits à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire.	
<b>Compétence 85</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
exerce sa pratique professionnelle de façon autonome dans une grande variété de contextes.	
<b>Compétence 86</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
dispense des soins infirmiers d'une manière à préserver et à protéger l'autonomie, la dignité, les droits, les valeurs et les croyances du client.	
<b>Compétence 87</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
démontre une compréhension du consentement éclairé dans divers contextes (ex : consentement aux soins, refus de traitement, communication de renseignement, consentement à participer à une recherche).	
<b>Compétence 88</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
auto évalue, de façon critique, les attitudes qu'elles adoptent dans les relations de soins et interprofessionnelles.	
<b>Compétence 89</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
agit dans le respect des valeurs professionnelles, du code de déontologie, des lois et règlements applicables à la profession infirmière ainsi que des conditions d'encadrement de la pratique infirmière à domicile.	
<b>Compétence 90</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
justifie ses interventions sur des résultats probants.	
<b>Compétence 91</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>	
démontre des connaissances au sujet de la structure du système de soins à différentes niveaux : provincial, régional, au niveau de l'organisation et du milieu d'exercice ou du programme.	

<b>Compétence 92</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>
reconnait la dimension éthique d'une situation professionnelle.

<b>Compétence 93</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>
garde à jour ses connaissances et assure son développement professionnel.

<b>Compétence 94</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>
démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en santé et en sécurité au travail (ex : ergonomie, pratiques de travail sécuritaires, prévention et gestion des comportements perturbateurs) afin d'intervenir en soins à domicile.

<b>Compétence 95</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>
démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en sciences infirmières (ex: besoins en soins de santé adulte et population vulnérables, promotion de la santé, relation aide, jugement clinique, santé mentale, approche famille, dispensation des soins, éducation à la santé etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.

<b>Compétence 96</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>
démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en sciences sociales (ex : sociologie, anthropologie, psychologie, droits etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.

<b>Compétence 97</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>
démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en sciences humaines (politique, philosophie, science de la communication etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.

<b>Compétence 98</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>
démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes dans le domaine de la recherche en santé (ex: données probantes, pratiques exemplaires, développement profession etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.

<b>Compétence 99</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>
démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en sciences de la santé (anatomie, physiologie, physiopathologie, pharmacologie, microbiologie, immunologie et la nutrition) afin d'intervenir en soins à domicile.

<b>Compétence 101</b>	<b>Enseignement</b>
-----------------------	---------------------

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>
évalue la compréhension du client/famille suite à l'enseignement dispensé.

<b>Compétence 102</b>	<b>Enseignement</b>
-----------------------	---------------------

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>
adapte son enseignement selon la condition du client/famille (ex: niveau scolarité, culture, environnement).

**Compétence 103****Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

administre sécuritairement les médicaments.

**Compétence 104****Prévention de la maladie****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

respecte les principes d'asepsie lors de l'exécution des procédures de soins dans le contexte à domicile.

**Compétence 105****Enseignement****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

adapte son enseignement selon la condition du client/famille (ex: niveau scolarité, culture, environnement).

**Compétence 106****Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

répond aux besoins du client/famille en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie.

**Cette section vous permet de nous proposer des idées qui vous semblent importantes en matière de compétences cliniques minimales que devraient posséder les infirmières débutantes en SAD et qui n'ont pas été traitées dans les énoncés qui vous ont été soumis.**

<b>Formulez ici des idées que vous aimeriez suggérer</b>	
<b>1</b>	
<b>2</b>	
<b>3</b>	

**ANNEXE 3 : LETTRE D'INVITATION TRANSMISE AUX EXPERTS**

***Lettre d'invitation adressée aux gestionnaires et aux infirmières expertes en soutien à domicile du réseau de la santé du Québec afin de susciter leur participation à l'étude intitulée :***

**Identification et validation des compétences cliniques minimales chez les infirmières débutantes en soutien à domicile (SAD).**

Bonjour,

Cette lettre d'invitation a pour but de vous préciser toutes les informations pertinentes afin que vous soyez en mesure d'accepter de participer à notre étude en toute connaissance de cause. À cet effet, nous vous recommandons de la lire attentivement et de nous contacter si des informations complémentaires vous apparaissent nécessaires.

**Description du projet de recherche**

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières de Mme Nancy Perron, étudiante à l'Université du Québec à Rimouski qui réalise ce projet de recherche sous la direction de M. Guy Bélanger Ph.D., professeur associé au département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski. Ce projet, intitulé « Identification et validation des compétences minimales requises chez les infirmières débutantes pratiquant dans un service de soutien à domicile (SAD) », poursuit les objectifs suivants :

1. Constituer une liste de compétences minimales requises chez les infirmières débutantes pratiquant dans un service de SAD. Ces compétences concernent plus précisément les connaissances, les habiletés, les attitudes et les capacités à mobiliser des ressources externes (technologies de l'information, consultation des collègues, ressources communautaires, etc.) que les infirmières débutantes doivent posséder afin d'assumer leur rôle professionnel de façon adéquate dans ce type de service particulier. On entend par « infirmière débutante » une infirmière qui possède un diplôme d'étude collégiale ou un baccalauréat, membre de l'OIIQ et qui possède moins de 24 mois continus d'expérience dans le secteur du soutien à domicile.
2. Valider ces énoncés de compétences auprès d'infirmières et de gestionnaires reconnus pour leur expertise dans le domaine des services de soutien à domicile.

**Nature de la participation du sujet**

Votre participation à titre d'expert consiste à vous prononcer sur la clarté, la pertinence et sur l'importance des énoncés de compétences qui vous seront proposés. À titre d'experts, nous recherchons des gestionnaires et des infirmières qui occupent un poste depuis au moins 5 ans dans un service de soutien à domicile. Par définition, un « expert » a développé une expertise reconnue par ses pairs. Si vous recevez cette lettre d'invitation à participer à notre étude, c'est que vous nous avez été recommandé par un pair.

Le questionnaire qui vous est soumis, présente une liste de 104 énoncés de compétences identifiés pour la pratique des infirmières débutantes au SAD. Pour chaque énoncé formulé, vous aurez à vous prononcer sur sa clarté, sa pertinence et son importance. Une échelle de type Likert, comportant quatre points d'ancrage permet de recueillir votre opinion : Très clair, Clair, Ambigu et Incompréhensible pour la mesure de la clarté ; Très pertinent, Pertinent, Peu pertinent et Non pertinent pour la mesure de la pertinence, et enfin, Très important, Important, Peu important et Non important pour la mesure de l'importance.

Vous répondez aux questionnaires en cliquant dans une case à cocher correspondant à la réponse qui traduit votre opinion le plus fidèlement possible. Il vous sera possible d'émettre des commentaires dans le cas où l'énoncé de compétence vous apparaît ambigu ou incompréhensible.

À la fin du questionnaire, une section sera réservée pour vous permettre de soumettre d'autres idées de compétences qui vous semblent pertinentes et importantes pour la pratique des infirmières débutantes au SAD et qui n'apparaissent pas dans le questionnaire qui vous est soumis.

Répondre au questionnaire devrait vous prendre environ 90 minutes. Il n'est pas nécessaire de compléter le formulaire en une seule séance. Vous disposerez d'un délai de 15 jours pour le compléter et le retourner à l'adresse courriel suivante : nancy\_perron@uqar.ca

Il est possible que nous ayons recours à un deuxième questionnaire afin de demander à tous les experts de se prononcer à nouveau sur certains énoncés nécessitant une reformulation ou encore sur les nouveaux énoncés de compétences suggérés par les experts lors du premier questionnaire.

Habituellement, la technique utilisée ne requiert pas plus de deux ou trois questionnaires pour compléter le processus de validation. Le deuxième et troisième questionnaire comportant un très petit nombre d'énoncés à valider.

Voici un exemple d'énoncé de compétence qui vous sera soumis:

Planification et coordination des soins			
<i>L'infirmière débutante au soutien à domicile est capable de :</i>			
Planifier les visites et d'établir leur ordre de priorité pour répondre aux besoins en matière de soins de santé et de la disponibilité des clients.			
<b>Compétence 1</b>	<i>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</i> <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<i>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</i> <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<i>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</i> <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
Si cet énoncé de compétence vous apparaît ambigu ou incompréhensible, veuillez indiquer vos commentaires ou recommandations :			

### **Bénéfices pressentis**

En ce qui concerne les bénéfices pressentis dans le cadre de cette étude, nous désirons identifier une liste des compétences minimales requises pour la pratique des infirmières débutantes au soutien à domicile. Cet exercice permettra ensuite aux gestionnaires du soutien à domicile d'utiliser ce référentiel de compétences afin de procéder à l'identification et à l'analyse des besoins actuels de formation des infirmières débutantes pratiquant au sein de leur établissement.

En plus de nous avoir permis d'identifier les compétences minimales requises pour la pratique des infirmières débutantes au soutien à domicile, les bénéfices suivants sont anticipés :

- Identification de ces compétences à l'échelle provinciale.
- Disponibilité pour l'ensemble des établissements du réseau de la santé du profil de compétences des infirmières débutantes au SAD servant de guide pour les entrevues d'embauche.
- Possibilité de créer un questionnaire pouvant être utilisé par les gestionnaires afin de procéder à l'analyse des besoins de formation et d'orientation des infirmières débutantes en soutien à domicile au sein de leur établissement.
- Élaboration de programmes d'orientation et de formation adaptés spécifiquement au développement des compétences des infirmières débutantes au SAD.
- Possibilité de créer un outil d'analyse et d'identification des besoins de formation des infirmières débutantes au soutien à domicile au sein de chacun des établissements
- Assure pratique sécuritaire des infirmières débutantes au soutien à domicile.

Au besoin, n'hésitez pas à contacter l'étudiante pour toute question complémentaire relative aux bénéfices pressentis.

### **Risques et inconvénients potentiels**

À l'heure actuelle, nous n'avons identifié aucun risque ou d'inconvénient particulier au fait de répondre à ce type de questionnaire si ce n'est le fait que cet exercice vous prendra un peu de temps. Cependant, n'hésitez pas à contacter l'étudiante pour toute question complémentaire relative aux risques potentiels ou pour demander qu'une aide vous soit apportée.

### **Confidentialité et respect de la vie privée**

Toutes les données recueillies à l'aide des questionnaires seront traitées de façon confidentielle. Aucun des questionnaires n'étant signé, il sera impossible pour toute personne autre que l'étudiante de vous identifier. Afin de satisfaire à cette exigence, il importe cependant que vous retourniez votre questionnaire rempli à cette adresse : [nancy.perron@uqar.ca](mailto:nancy.perron@uqar.ca).

Votre nom n'apparaîtra pas dans les fichiers servant à calculer les statistiques. Afin de distinguer les répondants, un code numérique sera utilisé. Les données de recherche seront conservées uniquement dans l'ordinateur de l'étudiante. Cet ordinateur n'est accessible que par l'ouverture d'une session protégée par mot de passe. Toutes les données seront conservées jusqu'à la diplomation de l'étudiante, puis détruites.

Il est à noter que le comité d'éthique de la recherche ayant approuvé ce projet de recherche pourrait éventuellement consulter nos dossiers de recherche à des fins de contrôle et vous contacter le cas échéant. Les membres de ce comité adhèrent tous à une politique de stricte confidentialité.

### **Communication des résultats**

Dans le cadre de la présente étude, les résultats obtenus par vos réponses aux questionnaires seront compilés et publiés, dans un premier temps à l'intérieur d'un mémoire de recherche. Par la suite, la publication d'un article de recherche et d'un article à caractère professionnel est envisagée.

### **Compensation et dépenses**

Aucune indemnité ne peut être versée pour la participation à cette étude.

### **Conflit d'intérêts**

Sans objet.

### **Personnes-ressources**

Pour toute question relative à ce projet de recherche, vous pouvez contacter :



#### **Nancy Perron**

**Étudiante maîtrise en sciences infirmières**  
**Université du Québec à Rimouski**  
 Courriel : [nancy.perron@uqar.ca](mailto:nancy.perron@uqar.ca)

#### **Guy Bélanger, Ph.D.**

**Professeur associé**  
**Université du Québec à Rimouski**  
 300 Allée des Ursulines  
 Rimouski, Qc, G5L 3A1  
 Courriel : [guy\\_belanger@uqar.ca](mailto:guy_belanger@uqar.ca)

### **Liberté de participation et retrait**

Votre participation se veut entièrement volontaire. Votre consentement à participer à l'étude nous sera signifié par le simple fait de nous retourner les questionnaires remplis. Si, après nous avoir retourné les questionnaires remplis, vous désirez vous retirer de l'étude, vous pourrez nous le signifier par courriel et nous retirerons tout courriel échangé, nous supprimerons les questionnaires que vous avez complétés et nous retirerons les données de notre base de données. Vous aurez jusqu'au 15 mars 2018 pour ce faire, après quoi les rapports précisant les résultats auront été générés.

### **Certification éthique**

Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université du Québec à Rimouski le 4 novembre 2016 (numéro de certification : CÉR-87-619) et dispensée d'une approbation éthique par le CER du CIUSSS de la Capitale Nationale qui agit à titre de CER évaluateur pour ce projet multicentrique.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous porterez à notre étude et nous ne saurions trop insister sur l'importance de votre participation.

À l'avance, nous vous en remercions.

Cordialement,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Nancy Perron".

---

Nancy Perron, inf.,M.Sc.(c)

## **ANNEXE 4 : CERTIFICAT ÉTHIQUE**

### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titulaire du projet :	Nancy Perron
Unité de recherche :	Maitrise en sciences infirmières
Nom du directeur :	Guy Bélanger
Titre du projet :	Identification et validation des compétences minimales requises pour la pratique des infirmières débutantes au soutien à domicile (SAD)

Le CÉR de l'Université du Québec à Rimouski certifie, conjointement avec la personne titulaire de ce certificat, que le présent projet de recherche prévoit que les êtres humains qui y participent seront traités conformément aux principes de l'*Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* ainsi qu'aux normes et principes en vigueur dans la *Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32)*.

#### Réservé au CÉR

No de certificat :	CÉR-87-619 (R2)
Période de validité du certificat :	Du 5 novembre 2017 au 6 novembre 2018

  
 Johanne Boisjoly, présidente du CÉR-UQAR

26 Janvier 2018  
 Date

**ANNEXE 5 : LETTRE D'EXEMPTION CER ÉVALUATEUR**

Comité d'éthique de la recherche sectoriel  
Neurosciences et santé mentale  
CIUSSS de la Capitale-Nationale  
Institut universitaire en santé mentale de Québec

Le 26 juillet 2017

Dr Guy Bélanger  
Professeur  
Mme Nancy Perron  
Étudiante à la maîtrise  
Université du Québec à Rimouski

**Objet :** Évaluation du projet « Identification et validation des compétences minimales requises chez les infirmières débutantes pratiquant dans un service de soutien à domicile (SAD) ».

Docteur,  
Madame,

Suite à votre demande déposée au Comité d'éthique de la recherche sectoriel en neurosciences et santé mentale pour agir en tant que CER évaluateur pour le projet cité en objet, le comité a fait l'examen du projet, en comité délégué, ce 26 juillet 2017.

Au terme de leur évaluation, les membres du comité considèrent que ce projet ne requière pas d'approbation du CER et, par la présente, vous en dispense.

Cette décision repose sur les éléments suivants :

- ✓ L'objectif principal de votre projet est de valider auprès d'experts, la clarté, la pertinence et l'importance d'une série d'énoncés se rapportant aux compétences pour la pratique des infirmières débutantes au service de soins à domicile;
- ✓ Les personnes visées par le recrutement le sont à titre « d'experts », en vue d'obtenir de l'information. Selon l'EPTC2 (2014), article 2.1, « ... le projet de recherche peut comporter une interaction avec des personnes qui ne sont pas elles-mêmes visées par la recherche... ». Par conséquent, ces personnes ne sont pas considérées en tant que « participants » à un projet de recherche.

Ainsi, bien que le comité considère que l'autorisation du comité d'éthique de la recherche ne soit pas nécessaire, nous portons à votre attention l'importance de respecter les principes éthiques liés à la réalisation de tout projet faisant

MEMBRES

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA  
RECHERCHE SECTORIEL EN  
NEUROSCIENCES ET SANTÉ  
MENTALE – CIUSSS DE LA  
CAPITALE-NATIONALE

Sophie Chantal, Ph. D.  
Membre scientifique  
Présidente

Monique Garant, B.Pharm.  
Membre scientifique  
Vice-présidente

Pierre Duchesne, M. Sc.  
Membre représentant de la  
collectivité

Véronique Bizier, B.Ps.,  
DESS  
Membre représentant de la  
collectivité

Didier Caenepeel, Ph. D.  
Membre éthicien

Anne-Marie Savard, LL.D.  
Membre juridique

Denis Cliche, M.D.  
Membre scientifique

Stéphane Poulin, M.D.  
Membre scientifique

Chantal Vallières, B.Ps.  
Membre scientifique

Julien Voisin, Ph.D.  
Membre scientifique

Membres substitués :

Roger Pichette, LL.B.  
Membre juridique

Ana Marin, Ph. D.  
Membre éthicien

appel à la participation d'êtres humains, tels le respect du bien-être, l'autonomie et l'intégrité des personnes, la confidentialité, et l'obtention du consentement à la participation.

Vous pouvez compter sur l'aide de notre coordonnatrice Mme Claire Billet, que vous pouvez rejoindre au 418 663-5000 poste 7879.

Je vous souhaite un bon succès dans la réalisation de votre projet, et je vous prie de recevoir, Docteur, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Sophie Chantal, Ph.D.  
Présidente du CER-S neurosciences et santé mentale  
CIUSSS de la Capitale-Nationale  
Institut universitaire en santé mentale de Québec

**ANNEXE 6 : EXEMPLE D'UNE DEMANDE D'ÉVALUATION DE  
CONVENANCE INSTITUTIONNELLE**

## DEMANDE D'ÉVALUATION DE CONVENANCE

### SECTION 1 – INFORMATION SUR LE PROJET DE RECHERCHE

**1.1 TITRE DU PROJET COMPLET ET  
ABRÉGÉ S'IL Y A LIEU :**

--	--

**1.2 NUMÉRO DE RÉFÉRENCE DONNÉ AU  
PROJET PAR LE CÉR :**

--	--

**1.3 CHERCHEUR PRINCIPAL (NOM ET  
COORDONNÉES) :**

Nancy Perron

**1.4 COLLABORATEURS (NOM ET  
COORDONNÉES) :**

--	--

**1.5 S'AGIT-IL D'UN PROJET DE MAÎTRISE OU DE DOCTORAT?**

OUI

NON

SI OUI, LE NOM DU DIRECTEUR :

--	--

**1.6 RÉSUMÉ DU PROJET :**

--	--

--

<b>1.7 ÉCHEANCIER</b>
-----------------------

<b>PREVU :</b>
----------------

DEBUT :
---------

FIN :
-------

<b>1.8 CONSTITUANTE POUR LES SITES DE RECHERCHE DU CISSSL :</b>
---

<input type="checkbox"/> Le Bouclier
--------------------------------------

<input type="checkbox"/> Centre Jeunesse
--

<input type="checkbox"/> La Myriade
-------------------------------------

<input type="checkbox"/> CHSLD
--------------------------------

<input type="checkbox"/> CHRDL
--------------------------------

<input type="checkbox"/> CLSC
-------------------------------

<input type="checkbox"/> CHPLG
--------------------------------

<input type="checkbox"/> Autres :
-----------------------------------

AUTRES SITES IMPLIQUES (EXCLUANT LE CISSSL) :
---

## SECTION 2 – ASPECT FINANCIER

**Subventionné**, précisez le(s) organisme(s) :

Montant total de la subvention :

**Non subventionné**

Dans le cas d'un essai clinique, indiquez les coordonnées de la personne ressource par la gestion financière du projet :

Le financement obtenu couvre-t-il l'ensemble des coûts liés au projet (incluant les examens effectués au CISSSL)?

**OUI**             **NON**

Dans la négative, indiquez une autre source de financement ou le compte budgétaire à partir duquel les coûts non couverts seront assumés :

## SECTION 3 – CONTRIBUTION DE L'ETABLISSEMENT

### 3.1 PARTICIPATION CLIENTELE

Est-ce que la clientèle est sollicitée pour prendre part au projet de recherche?

**OUI**             **NON**

Si oui, clientèle ciblée :

Critère d'inclusion :

Critère d'exclusion :

Nombre de sujets à recruter dans notre établissement (approximativement) :

Modalité de recrutement : .

### **3.2 PARTICIPATION DU PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT**

Est-ce que la contribution du personnel du CISSSL est sollicitée pour prendre part au projet de recherche?

OUI       NON

Si oui, quelle est l'implication requise?

### **3.3 UTILISATION DE RESSOURCES MATÉRIELLES**

Est-ce que votre projet nécessite l'utilisation de ressources matérielles? (espace, équipement, etc.)

OUI       NON

Si oui, quels sont les ressources requises?

**SECTION 4 – DEMANDE D’AUTORISATION A ACCEDER AUX DOSSIERS DES USAGERS**

**Tout chercheur qui souhaite avoir accès aux dossiers des usagers du CISSSL, sans leur consentement, doit obtenir l’approbation du Directeur des services professionnels.**

Extrait de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, article 19.2 :

*« Malgré l'article 19, le directeur des services professionnels d'un établissement [...] peut autoriser un professionnel à prendre connaissance du dossier d'un usager, à des fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, sans le consentement de ce dernier. Le directeur doit cependant, avant d'accorder une telle autorisation, s'assurer que les critères établis par l'article 125 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1) sont satisfaits. Il doit refuser d'accorder son autorisation s'il est d'avis que le projet du professionnel ne respecte pas les normes d'éthique ou d'intégrité scientifique généralement reconnues. L'autorisation doit être limitée dans le temps et elle peut être assortie de conditions. »*

Le projet de recherche précité comporte-t-il un ou des accès aux dossiers des usagers, sans leur consentement?

OUI             NON

Dans la négative, passez à section suivante.

Dans l’affirmative, justifiez la nécessité de ce ou ces accès, au regard des objectifs de la recherche :

DECRIEZ LA CLIENTELE VISEE PAR LA PRESENTE DEMANDE :

INDIQUEZ LE NOMBRE DE DOSSIERS A CONSULTER :

LISTEZ TOUS LES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ RECUEILLIR  
A PARTIR DE CES DOSSIERS :

INDIQUEZ LA DATE PREVUE POUR LE DEBUT DE LA RECHERCHE :

INDIQUEZ LE NOM ET LA FONCTION DE CHACUN DES MEMBRES DE VOTRE EQUIPE DE  
RECHERCHE QUI SERONT APPELES A EFFECTUER CETTE COLLECTE :

## **SECTION 5 – ENGAGEMENT DU CHERCHEUR**

J'atteste que les renseignements déclarés dans le présent formulaire sont exacts. À titre de chercheur principal, je comprends que je suis responsable de la réalisation du présent projet dans l'établissement.

En présence d'un cas avéré de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ou une plainte fondée à mon égard, je consens à ce que soit communiqués aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi.

Dans un objectif de rapprochement des communautés de pratique et de recherche, les responsables du projet sont invités à présenter celui-ci lorsqu'il sera terminé. La forme que prendront ces présentations demeurent à être précisée avec l'équipe de recherche.

\_\_\_\_\_  
**Nom et prénom du chercheur**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

## SECTION 6 – VERIFICATION DES DOCUMENTS A JOINDRE

- Protocole de recherche complet
- Un document attestant les compétences du chercheur principal (ex. : CV, preuve du droit de pratique délivré par un ordre professionnel)
- Budget du projet et/ou avis d'octroi de la subvention ou de la lettre attestant de l'obtention. Dans le cas d'un essai clinique, joindre les contrats (ententes promoteurs/chercheurs/établissement)
- Formulaire d'engagement de chercheur à la confidentialité
- Attestation ou privilège de recherche du chercheur ou directeur principal de recherche
- Formulaire d'information et de consentement approuvés par le CÉR évaluateur
- Lettre indiquant que CÉR agit à titre de CÉR évaluateur
- Approbation éthique du CÉR évaluateur
- Tout document pertinent approuvé par CÉR
- Autres formulaires ou documents pertinents

### ESPACE RESERVE CAR

# de projet établissement :

## **ANNEXE 7 : PROTOCOLE DE RECHERCHE**



**Identification et validation des compétences  
minimales requises chez les infirmières débutantes  
pratiquant dans un service de soutien à domicile  
(SAD).**

Protocole de recherche

Recherche effectuée par

**Nancy Perron**

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Université du Québec à Rimouski

Dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières volet  
mémoire

### **Introduction**

Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières de Mme Nancy Perron, étudiante à l'Université du Québec à Rimouski qui réalise ce projet de recherche sous la direction de M. Guy Bélanger Ph.D., professeur associé au département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski. Ce projet est intitulé « Identification et validation des compétences minimales requises chez les infirmières débutantes pratiquant dans un service de soutien à domicile (SAD) ».

Le secteur des soins à domicile demeure un secteur en croissance qui prend de plus en plus d'importance. La population vieillissante, l'augmentation des maladies chroniques concomitantes, la hausse des coûts du système de santé et la demande de soins de grandes qualités misent davantage sur la prestation de programme des soins à domicile au Canada nécessitant, pour les infirmières, un niveau de compétence de plus en plus élevé. En raison de l'intensification et de la complexité des soins dispensés, le baccalauréat de même qu'un minimum de 2 ans d'expérience en soins aigus étaient exigés afin d'exercer comme infirmière pour ce secteur d'activité. Les départs massifs à la retraite, la pénurie d'infirmières et le souci d'économie ont engendré une modification de ces critères d'embauche impliquant une remise en question sur le contenu de la formation offerte en contexte d'orientation pour les infirmières débutantes pratiquant dans un service de soutien à domicile.

### **Problématique**

Selon l'OIIQ (2012), le fondement de toute profession repose sur les connaissances et les compétences particulières qui doivent correspondre aux besoins du marché du travail et assurer la qualité et la sécurité des soins aux clients. La nature hautement autonome de la pratique infirmière à domicile, de même que la dimension complexe des soins, exige une prise en charge adéquate et rapide nécessitant une préparation adéquate, un jugement clinique sûr de même qu'un bagage de compétences spécialisées que l'on ne retrouve pas actuellement chez les infirmières débutantes dans le secteur du soutien à domicile. Les institutions ont toujours cherché à embaucher des infirmières selon les critères proposés par l'OIIQ, soit de posséder un baccalauréat de même qu'un minimum de deux années d'expertise dans le secteur des soins aigus. Cependant, face aux multiples départs à la retraite, à la pénurie existante d'infirmières et par souci d'économie, les critères d'embauche proposés par l'OIIQ ne sont pas respectés mais sont plutôt laissés à la discrétion des employeurs et des syndicats. Cette situation résulte généralement en l'embauche d'infirmières ne possédant pas de baccalauréat ou ayant moins de deux ans d'expertise. Selon les observations transmises par les gestionnaires et les infirmières expertes du SAD à l'égard des problèmes éprouvés par les infirmières débutantes au SAD, ces dernières démontrent qu'elles ne possèdent pas les compétences minimales requises pour exercer leur rôle. Ces observations peuvent se résumer comme suit :

- Les évaluations de l'état de santé physique et psychologique du client effectuées par les infirmières débutantes sont incomplètes;
- Les plans de soins élaborés par ces infirmières sont non adaptés aux besoins du client;
- Les infirmières débutantes éprouvent de la difficulté à déterminer les interventions infirmières appropriées aux besoins du client et les services requis;
- Les soins et les traitements sont non standardisés, dispensés différemment d'une infirmière débutante à l'autre (aucune continuité dans les soins);
- Les infirmières débutantes ont de la difficulté à adapter l'exécution des procédures de soins au domicile (bris aseptique, protocoles non respectés);
- Les infirmières débutantes éprouvent de la difficulté à prendre des décisions cliniques (prises de décisions morcelées);
- Les infirmières débutantes éprouvent de la difficulté à planifier les visites et à établir leur ordre de priorité;
- Duplication des visites pour un même client impliquant une augmentation des coûts.

Suite à ces observations, les gestionnaires se questionnent sur les changements à apporter à la formation en début et en cours d'emploi pour les infirmières débutantes au SAD afin de permettre le développement des compétences qu'elles doivent minimalement posséder pour assumer les fonctions requises du rôle de l'infirmière à domicile. Ils se disent inquiets de la situation clinique car ils considèrent que la sécurité des patients risque d'être compromise.

Le problème retenu pour la présente étude réside donc dans le fait que les infirmières débutantes, dans le secteur du service de soutien à domicile, démontrent qu'elles ne possèdent

pas les compétences minimales requises pour assumer leur rôle professionnel de façon adéquate dans ce type de service particulier.

### **Contexte empirique**

Le secteur du soutien à domicile connaît une forte croissance tant au niveau de la demande de services qu'à la complexification des soins, exigeant ainsi un niveau de spécialisation et d'expertise élevée (AIIQ, 2013., Breakwell, 2004., Paterson & al. 2013., Snelvedt, Odland & Sorlie, 2010). Afin de pouvoir suivre le rythme de l'expansion rapide et de la complexité croissante des soins prodigués à domicile, il demeure essentiel de doter les infirmières des compétences appropriées. L'importance accordée à la complexité à laquelle fait face le secteur du soutien à domicile est telle que l'OIIQ propose la délivrance d'un permis spécifique pour les infirmières cliniciennes et l'exigence de ce permis pour les soins communautaires dont font partie les soins à domicile (proposition qui a recueilli une fin de non-recevoir par les gestionnaires et les instances syndicales (OIIQ, 2012). Selon AIIQ (2013), il existe présentement un écart entre la formation des infirmières et le milieu de travail actuel. Beaucoup d'infirmières débutantes dans le secteur du soutien à domicile ne sont pas suffisamment préparées car la formation ne correspond plus aux exigences requises par la pratique actuelle. Il s'avère nécessaire d'accroître les compétences et les connaissances de ces dernières, et pour ce faire, les programmes d'orientation doivent être revus et affinés (Coyle, 2011). Malgré la modification des critères d'embauche, les programmes d'orientation au SAD sont demeurés les mêmes, faisant en sorte qu'ils ne répondent plus aux besoins actuels des infirmières débutantes. Conçus de façon à ce que les infirmières débutantes assument toutes les responsabilités au même titre que des infirmières expertes, les programmes d'orientation proposés n'incluent aucune évaluation des compétences et ne permettent pas de développer les compétences requises (Gavin, 1999., Utley, 1998., Higuchi, Christensen & Terpstra, 2002., Halfu & Graf, 2006).

La pratique sécuritaire des soins en début de pratique est une préoccupation majeure soutenue par de nombreuses recherches au cours des dernières décennies. Des chercheurs américains, traitant des compétences générales, ont démontré qu'entre 49% et 53 % des infirmières débutantes sont impliquées dans les erreurs produites en soins infirmiers (Saintsing, Gibson et Pennington, 2011). Benner (1984) souligne que l'infirmière débutante a besoin d'aide pour établir des priorités devant des situations complexes. Elle est incapable de se faire une vision globale de la situation. Elle démontre un manque de flexibilité pour s'adapter à des changements de situation. Par conséquent, l'infirmière débutante a besoin d'un grand encadrement clinique. Des chercheurs ont démontré que l'incapacité d'une infirmière à établir des priorités et à travailler efficacement peut retarder la prise en charge et le traitement des patients pouvant entraîner des conséquences graves (Buerhaus et al. 2005, Coyle, 2011). Afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins, il s'avère donc important de développer des programmes d'orientation et d'intégration basés sur le développement des compétences chez les infirmières débutantes et ce, dans un contexte de complexité (Murray, 1998., Hoffard, Waddell et Young, 2011., Wangensteen, Johansson et Nordström, 2007). Le développement des compétences dans un processus d'orientation peut être grandement amélioré par une approche organisée et structurée de manière à répondre aux besoins des infirmières débutantes (Dyess & Sherman, 2009). L'élaboration de tels programmes d'orientation nécessitent l'identification des connaissances et des compétences requises aux infirmières débutantes afin de fonctionner adéquatement dans le milieu de pratique (Brent, 1992., Widell, 1996). Actuellement, les compétences minimales que devraient posséder les

infirmières débutantes au SAD au Québec ne sont pas clairement définies, résultant ainsi en une difficulté de prodiguer un encadrement adéquat de ces infirmières.

Cette étude s'inscrit donc dans le cadre d'une analyse de besoins des infirmières débutantes au soutien à domicile selon la vision des gestionnaires et infirmières expertes de ce secteur.

#### **Buts de la recherche**

Ce projet de recherche poursuit les objectifs suivants :

- Constituer une liste de compétences minimales requises chez les infirmières débutantes pratiquant dans un service de SAD. Ces compétences concernent plus précisément les connaissances, les habiletés, les attitudes et les capacités à mobiliser des ressources externes (technologies de l'information, consultation des collègues, ressources communautaires, etc.) que les infirmières débutantes doivent posséder afin d'assumer leur rôle professionnel de façon adéquate dans ce type de service particulier. On entend par « infirmière débutante » une infirmière qui possède un diplôme d'étude collégiale ou un baccalauréat, membre de l'OIIQ et qui possède moins de 24 mois continus d'expérience dans le secteur du soutien à domicile.
- Valider ces énoncés de compétences auprès d'infirmières et de gestionnaires reconnus pour leur expertise dans le domaine des services de soutien à domicile.

#### **Question de recherche**

Quels sont, selon les gestionnaires et les infirmières expertes dans un service de soutien à domicile, les compétences minimales que devraient idéalement posséder les infirmières débutantes afin d'assumer leur rôle professionnel de façon adéquate dans ce type de service particulier

#### **Solution proposée**

##### **L'analyse de besoin**

L'analyse de besoins consiste en une démarche formelle qui permet de mesurer des écarts entre une situation actuelle et une situation souhaitée et permet également d'accorder une importance à ces besoins afin d'en permettre la mise en priorité. Ainsi, plus l'écart entre la situation souhaitée et la situation actuelle est important et plus l'importance accordée au besoin est élevée, plus le besoin est jugé prioritaire. L'analyse de besoin peut servir d'outil quant à l'établissement de la mise en priorité de ces écarts et à la planification des interventions appropriées pour pouvoir combler ces écarts (Kaufman et English, 1979). En l'absence d'une démarche d'analyse de besoins, il est impossible d'assurer la pertinence des interventions appliquées pour résoudre un problème et d'assurer les résultats escomptés par ces mêmes interventions puisque rien n'assure que les interventions initiées répondent effectivement à un besoin (Kaufman et English, 1979).

La démarche du processus d'analyse de besoins proposé par Kaufman (1972) comprend quatre étapes et consiste en : 1) identifier la situation désirée ou idéale; 2) identifier la situation actuelle; 3) identifier et analyser les écarts entre la situation désirée et la situation actuelle; et enfin, 4) prioriser les écarts observés (besoins) (Kaufman, 1972). ***Pour des raisons de faisabilité, cette étude vise à conduire uniquement la première étape relative à l'analyse de besoin.***

L'identification de la situation désirée ou idéale est la première étape du processus d'analyse de besoins et implique d'abord une réflexion de ce que devrait être la situation idéale dans l'avenir afin de déterminer les buts ou les objectifs (Kaufman, 1972). Ces buts ou ces objectifs décrivant la situation idéale peuvent être élaborés par un groupe d'experts ou provenir d'une liste déjà établies (Nadeau, 1988). Par la suite, des répondants du milieu choisi sont invités à juger de l'importance relative des buts ou des objectifs préalablement déterminés. Dans plusieurs modèles d'analyse de besoins, cette dernière activité se fait à l'aide d'une échelle de type Likert (Nadeau, 1988).

#### **Cadre de référence**

L'examen des écrits démontre la nécessité d'identifier les compétences minimales requises aux infirmières débutantes afin d'optimiser leurs capacités de mobiliser les ressources internes et externes nécessaires au développement de ces compétences. Afin de tenir compte du développement des compétences selon le niveau d'expertise, le cadre de référence retenu s'appuie sur le cadre d'évaluation des apprentissages qui s'inscrit dans la logique du développement des compétences de Tardif (2006) et du modèle de développement de l'expertise infirmier de Benner (1984), tel qu'illustré à la figure 1.

#### **Modèle d'évaluation des compétences de Tardif (2006)**

Le modèle de Tardif (2006) propose le développement d'un programme par compétence selon huit étapes nécessitant la mobilisation de multiples ressources. En référence aux compétences, ce modèle établit une distinction entre les ressources internes et les ressources externes pouvant être mobilisées. Les ressources internes correspondent à la base de connaissances, d'attitudes et de conduites apprises et intégrées en mémoire, alors que les ressources externes ont trait à tout ce que fournit l'environnement comme support à l'agir (ressources humaines, matérielles, technologiques, etc.).

#### **Développement de l'expertise infirmier de Benner (1984)**

Inspirée du modèle de Dreyfus & Dreyfus, Benner a décrit cinq stades de développement de compétences en sciences infirmières : novice, débutante, compétente, performante et experte. Chaque stade s'appuie sur le précédent et, en évoluant vers une expertise clinique plus aguerrie, les infirmières ont des besoins de formation adaptés (Benner, 1984). L'infirmière chemine tout d'abord en utilisant ses expériences antérieures personnelles et professionnelles pour ensuite poser un regard plus holistique et intuitif sur une problématique et cela, avant d'agir (Benner, 1984). L'intégration de ces modèles contribue largement à améliorer notre compréhension du développement des compétences selon le niveau d'expertise infirmier atteint.

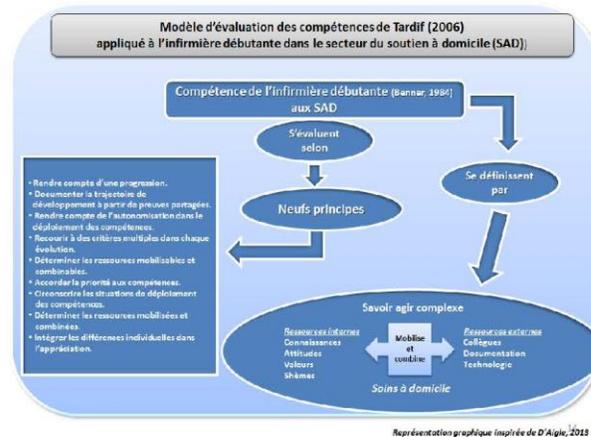


Figure 1 : Modèle d'évaluation des compétences de Tardif appliqué à l'infirmière débutante dans le secteur du soutien à domicile (SAD) (D'Aigle, 2013)

### Devis de recherche

Cette étude consiste à conduire la première étape d'un devis d'analyse de besoin ayant pour but d'identifier les compétences minimales requises chez les infirmières débutantes pratiquant dans un service de soutien à domicile afin d'optimiser leurs capacités de mobiliser les ressources internes et externes nécessaires au développement de ces compétences. Elle permet de répondre la question de recherche retenue à savoir :

- Quels sont, selon les gestionnaires et les infirmières expertes au soutien à domicile, les compétences minimales que devraient idéalement posséder les infirmières débutantes afin d'assumer leur rôle professionnel de façon adéquate dans ce type de service particulier ?

### **Milieu d'étude**

Cette étude vise la pratique infirmière dans un service de soutien à domicile à l'échelle provinciale.

### **Population cible et échantillon**

Deux échantillons d'experts seront recrutés. Le premier échantillon d'experts, soit les gestionnaires au SAD d'un Centre intégré universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS) ou Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) du Québec, sera recruté à partir de la liste

fournie par les CIUSSS ou CISSS de chaque région. Le deuxième échantillon d'experts, soit les infirmières expertes au SAD d'un CIUSSS ou d'un CISSS du Québec, sera aussi recruté à partir de la liste fournie l'OIIQ. La sélection des deux échantillons sera effectuée par une technique d'échantillonnage probabiliste aléatoire simple. Cette méthode d'échantillonnage vise à constituer un échantillon en choisissant au hasard un certain nombre d'individus de manière qu'ils aient une chance égale de faire partie de l'échantillon (Fortin 2010).

À partir de la liste des gestionnaires au SAD fournie par les CIUSSS ou CISSS, 15 Gestionnaires (hommes ou femmes) seront recrutés de manière aléatoire. Ainsi, tous les gestionnaires devront satisfaire les critères de sélection suivants:

<b>Gestionnaires au soutien à domicile dans un CISSS ou CIUSSS du Québec</b>	
<b><i>Critères inclusion</i></b>	<b><i>Critères exclusion</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Détenir actuellement un poste de gestionnaires au soutien à domicile depuis au moins 5 ans.</li> <li>- Être capable de lire, écrire et parler français</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir été absent de son poste pour une durée de plus de deux mois au cours des cinq dernières années.</li> </ul>

À partir de la liste des infirmières au SAD fournie par l'OIIQ qui satisfaisaient aux critères d'inclusion, tous comme les gestionnaires au SAD, 15 infirmières expertes au SAD seront recrutées de manière aléatoire. Ainsi, toutes les infirmières devront satisfaire les critères de sélection suivants :

<b>Infirmières expertes au soutien à domicile dans un CISSS ou CIUSSS du Québec</b>	
<b><i>Critères inclusion</i></b>	<b><i>Critères exclusion</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmière qui occupe actuellement un poste au soutien à domicile depuis au moins 5 ans.</li> <li>- Être capable de lire, écrire et parler français</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Avoir été absent de son poste pour une durée de plus de deux mois au cours des cinq dernières années.</b></li> </ul>

#### **Déroulement de l'étude**

La présente étude se déroule en 3 étapes, les 2 premières étapes ayant déjà été complétées. La première étape consistait, par la recension des écrits, à identifier des compétences spécifiques du domaine de la pratique infirmière au soutien à domicile. Dans un deuxième temps, un échantillon de compétences minimales requises par les infirmières débutantes répondant à la spécificité de la pratique des soins infirmiers au soutien à domicile a été généré. Deux approches complémentaires permettant de générer cet échantillon de compétences seront retenues, à savoir une approche déductive qui consiste à identifier une série de compétences à partir des écrits pertinents et une approche inductive qui se traduit par la consultation des gestionnaires et des infirmières expertes au SAD qui agissent à titre d'experts sur la base de leur expérience.

L'approche inductive sera utilisée à titre de complément à l'approche déductive permettant aux experts de proposer d'autres compétences minimales qui leur apparaissent pertinentes et importantes.

La troisième étape étant la validation *a priori* par technique Delphi, aura pour but de soumettre chacune des compétences retenues (sous forme d'énoncé) au jugement des experts de la pratique des soins infirmiers au soutien à domicile. Au terme de cette étape, seules les compétences jugées représentatives seront retenues. De plus, c'est à cette étape de validation *a priori* que les experts auront la possibilité de proposer de nouvelles compétences à soumettre à la validation. C'est également à cette étape qu'un premier questionnaire de validation sera élaboré de même que l'envoi par courriel, aux gestionnaires et infirmières expertes ciblées des services de soutien à domicile, d'une lettre d'invitation à participer à l'étude expliquant le but de l'étude de même que la nature de leur participation. Une fois les accords reçus, la collecte de données débutera par l'envoi, par courriel, à chacun des gestionnaires et infirmières expertes, du questionnaire démographique de même que du premier questionnaire de validation.

La validation des experts portera sur la clarté, la pertinence et l'importance de chacun des énoncés de compétences formulés dans le premier questionnaire de validation. Une échelle de type Likert, comportant quatre points d'ancrage sera utilisée pour la mesure de ces trois variables : *Très clair, Clair, Ambigu* et *Incompréhensible* pour la clarté ; *Très pertinent, Pertinent, Peu pertinent* et *Non pertinent* pour la pertinence, et enfin, *Très important, Important, Peu important* et *Non important* pour l'importance. Pour être retenu, un énoncé de compétence devra avoir été reconnu très clair ou clair, très pertinent ou pertinent et très important ou important à un niveau de consensus minimal de 80 % chez les gestionnaires ou les infirmières expertes. À la fin du questionnaire, une section sera réservée pour permettre aux répondants de soumettre d'autres idées de compétences qui leur semblent pertinentes et importantes et qui n'apparaissent pas dans le questionnaire qui leur a été soumis. Si le niveau de consensus demeure insuffisant pour la clarté, l'énoncé sera reformulé et soumis de nouveau lors du deuxième questionnaire de validation. Si le niveau de consensus demeure insuffisant pour la pertinence et l'importance, l'énoncé sera soumis de nouveau lors du deuxième questionnaire de validation en indiquant les résultats obtenus. Il y aura rejet de l'énoncé uniquement si le consensus est nettement insuffisant. Habituellement, il est démontré que trois questionnaires suffisent.

Exemple d'énoncé de compétence soumis :

Planification et coordination des soins			
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile est capable de :</b>			
<b>Planifier les visites et d'établir leur ordre de priorité pour répondre aux besoins en matière de soins de santé et de la disponibilité des clients.</b>			
	<i>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</i>	<i>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</i>	<i>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</i>
<b>Compétence 1</b>	<input type="checkbox"/> Très clair	<input type="checkbox"/> Très pertinent	<input type="checkbox"/> Très important
	<input type="checkbox"/> Clair	<input type="checkbox"/> Pertinent	<input type="checkbox"/> Important
	<input type="checkbox"/> Ambigu	<input type="checkbox"/> Peu pertinent	<input type="checkbox"/> Peu important
	<input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Non important
Si cet énoncé de compétence vous apparaît ambigu ou incompréhensible, veuillez indiquer vos commentaires ou recommandations :			

### **Bénéfices pressentis**

En ce qui concerne les bénéfices pressentis dans le cadre de cette étude, nous désirons identifier une liste des compétences minimales requises pour la pratique des infirmières débutantes au soutien à domicile. Cet exercice permettra ensuite aux gestionnaires du soutien à domicile d'utiliser ce référentiel de compétences afin de procéder à l'identification et à l'analyse des besoins actuels de formation des infirmières débutantes au sein de leur établissement.

En plus de nous avoir permis d'identifier les compétences minimales requises pour la pratique des infirmières débutantes au soutien à domicile, les bénéfices suivants sont anticipés :

- Identification de ces compétences à l'échelle provinciale.
- Disponibilité pour l'ensemble des établissements du réseau de la santé du profil de compétences des infirmières débutantes au SAD servant de guide pour les entrevues d'embauche.
- Création d'un questionnaire pouvant être utilisé par les gestionnaires afin de procéder à l'analyse des besoins de formation et d'orientation des infirmières débutantes en soutien à domicile au sein de leur établissement.
- Élaboration de programmes d'orientation et de formation adaptés spécifiquement au développement des compétences des infirmières débutantes au SAD.
- Outils d'analyse et identification des besoins de formation des infirmières débutantes au soutien à domicile au sein de chacun des établissements.
- Assurance de qualité dans la pratique des infirmières débutantes au soutien à domicile.

### **Risques et inconvénients potentiels**

À l'heure actuelle, nous n'avons pas identifié de risque ou d'inconvénient particulier relié à l'étude. Le devoir de consentement éclairé est un principe incontournable en ce qui a trait au respect des droits des personnes/sujets participant à des recherches. À cet effet, les participants seront informés, par une lettre d'invitation, de la nature et des objectifs de la recherche, ainsi que de tous risques inhérents au projet, et ce, avant qu'ils s'y impliquent.

### **Confidentialité et respect de la vie privée**

Toutes les données recueillies à l'aide des questionnaires seront traitées de façon confidentielle. Aucun des questionnaires n'étant signé, il sera impossible pour toute personne autre que l'étudiante d'identifier les participants.

Aucun nom n'apparaîtra dans les fichiers servant à calculer les statistiques. Afin de distinguer les répondants, un code numérique sera utilisé. Les données de recherche seront conservées uniquement dans l'ordinateur de l'étudiante. Cet ordinateur n'est accessible que par l'ouverture d'une session protégée par mot de passe. Toutes les données seront conservées jusqu'à la diplomation de l'étudiante, puis détruites.

### **Communication des résultats**

Dans le cadre de la présente étude, les résultats obtenus par les réponses aux questionnaires seront compilés et publiés, dans un premier temps à l'intérieur d'un mémoire de recherche. Par la suite, la publication d'un article de recherche et d'un article à caractère professionnel est envisagée.

### Compensation et dépenses

Aucune indemnité ne peut être versée pour la participation à cette étude.

### Personnes-ressources

Pour toute question relative à ce projet de recherche, vous pouvez contacter :



**Nancy Perron**  
**Étudiante maîtrise en sciences infirmières**  
**Université du Québec à Rimouski**  
Téléphone : [REDACTED]  
Courriel : [nancy\\_perron@uqar.ca](mailto:nancy_perron@uqar.ca)

**Guy Bélanger, Ph.D.**  
**Professeur associé**  
**Université du Québec à Rimouski**  
300 Allée des Ursulines  
Rimouski, Qc, G5L 3A1  
Courriel : [guy\\_belanger@uqar.ca](mailto:guy_belanger@uqar.ca)

### **Conclusion**

Le contexte de pénurie et d'économie financière implique que les infirmières au SAD se retrouvent rapidement à assumer de lourdes charges de responsabilités sans pour autant posséder les compétences pour le faire. Afin de permettre le développement de leurs compétences pour ainsi assurer leur fonction dans le rôle d'infirmière à domicile, il s'avère essentielle d'identifier, en premier lieu, les compétences qu'elles doivent minimalement posséder afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins prodigués. L'identification de ces compétences minimales permettra de fournir un meilleur soutien dans la pratique des infirmières débutantes au SAD par l'élaboration de programme d'orientation ciblant les besoins de ces infirmières, une évaluation plus précise de leurs compétences de même qu'un niveau d'attente réaliste.

Étant donné que ce projet de recherche vise à conduire la première étape d'une analyse de besoins, il serait fort intéressant de poursuivre le développement des 3 étapes suivantes dans le cadre d'un autre projet d'étude.

**ANNEXE 8 : EXEMPLE D'UN FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DU  
CHERCHEUR À LA CONFIDENTIALITÉ**



### FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DU CHERCHEUR À LA CONFIDENTIALITÉ

Titre de la recherche : Identification et validation des compétences minimales requises chez les infirmières débutantes pratiquant dans un service de soutien à domicile (SAD).

Nom du chercheur principal : Nancy Perron

Je déclare être au courant qu'en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et des normes encadrant l'éthique de la recherche, tous les renseignements contenus dans les dossiers des usagers de l'établissement sont strictement confidentiels, de même que les renseignements colligés dans le cadre d'un projet de recherche auprès des usagers hospitalisés ou ayant quitté l'établissement.

Je m'engage formellement par la présente :

- À n'utiliser ni à divulguer à quiconque les informations permettant d'identifier les personnes ayant participé ou ayant été contactées pour un projet de recherche;
- À ne publier aucun renseignement permettant d'identifier des individus dans mes rapports de recherche;
- À conserver, sauf exception autorisée, une liste à jour des noms et coordonnées des personnes prêtant leur concours à des activités de recherche, ne la rendant disponible qu'aux autorités spécifiquement autorisées;
- À respecter les politiques institutionnelles concernant la confidentialité ainsi que les règles généralement reconnues.

Je comprends que je suis passible de sanctions si je contreviens aux obligations mentionnées ci-haut.

Signature du chercheur principal	DATE
<i>Nancy Perron</i>	2017-12-06
Signature des co-chercheurs	
Signature des assistants de recherche	

**ANNEXE 9 : NIVEAUX DE CONSENSUS OBTENUS POUR LES 104 ÉNONCÉS  
SOU MIS AUX EXPERTS LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION**

		Gestionnaires	Infirmières			Gestionnaires	Infirmières
NIE		%	%	NIE		%	%
1	Clarté	100	93	19	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100		Pertinence	100	100
	Importance	100	100		Importance	100	100
2	Clarté	92	93	20	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100		Pertinence	100	100
	Importance	100	93		Importance	100	100
3	Clarté	92	93	21	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100		Pertinence	100	100
	Importance	100	100		Importance	100	100
4	Clarté	100	100	22	Clarté	100	93
	Pertinence	100	100		Pertinence	83	93
	Importance	100	100		Importance	83	93
5	Clarté	100	100	23	Clarté	100	93
	Pertinence	100	100		Pertinence	100	100
	Importance	100	100		Importance	100	100
6	Clarté	100	100	24	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100		Pertinence	92	100
	Importance	100	100		Importance	92	100
7	Clarté	100	93	25	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100		Pertinence	75	100
	Importance	100	100		Importance	83	100
8	Clarté	100	87	26	Clarté	100	100
	Pertinence	100	93		Pertinence	100	100
	Importance	92	93		Importance	100	100
9	Clarté	100	93	27	Clarté	100	100
	Pertinence	92	87		Pertinence	100	100
	Importance	92	87		Importance	100	100
10	Clarté	100	100	28	Clarté	92	80
	Pertinence	100	100		Pertinence	92	93
	Importance	100	100		Importance	83	93
11	Clarté	100	100	29	Clarté	92	100
	Pertinence	100	100		Pertinence	92	100
	Importance	100	100		Importance	92	100
12	Clarté	100	100	30	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100		Pertinence	100	100
	Importance	100	100		Importance	100	100
13	Clarté	92	93	31	Clarté	92	100
	Pertinence	92	93		Pertinence	83	100
	Importance	83	93		Importance	75	100
14	Clarté	100	100	32	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100		Pertinence	92	100
	Importance	100	100		Importance	100	100
15	Clarté	100	100	33	Clarté	92	100
	Pertinence	92	100		Pertinence	100	87
	Importance	92	100		Importance	92	80
16	Clarté	100	100	34	Clarté	92	100
	Pertinence	100	100		Pertinence	83	100
	Importance	100	100		Importance	75	100
17	Clarté	92	100	35	Clarté	100	100
	Pertinence	92	100		Pertinence	92	100
	Importance	75	100		Importance	92	100
18	Clarté	92	87	36	Clarté	100	100
	Pertinence	92	100		Pertinence	92	100
	Importance	92	100		Importance	100	93

NIE		Gestionnaires	Infirmières
		%	%
37	Clarté	92	80
	Pertinence	92	93
	Importance	92	93
38	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
39	Clarté	83	93
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
40	Clarté	83	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
41	Clarté	100	93
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
42	Clarté	92	93
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
43	Clarté	100	93
	Pertinence	100	93
	Importance	100	93
44	Clarté	82	73
	Pertinence	82	93
	Importance	82	93
45	Clarté	100	93
	Pertinence	75	100
	Importance	67	100
46	Clarté	92	93
	Pertinence	92	93
	Importance	92	93
47	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
48	Clarté	100	100
	Pertinence	83	100
	Importance	83	93
49	Clarté	83	93
	Pertinence	50	87
	Importance	50	87
50	Clarté	100	87
	Pertinence	83	73
	Importance	67	73
51	Clarté	100	100
	Pertinence	83	93
	Importance	83	93
52	Clarté	100	86
	Pertinence	67	79
	Importance	58	79
53	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100

NIE		Gestionnaires	Infirmières
		%	%
54	Clarté	100	93
	Pertinence	92	93
	Importance	92	93
55	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
56	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
57	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
58	Clarté		
	Pertinence		
	Importance		
59	Clarté	100	100
	Pertinence	92	100
	Importance	92	100
60	Clarté	100	93
	Pertinence	83	87
	Importance	83	67
61	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
62	Clarté	100	93
	Pertinence	92	93
	Importance	100	93
63	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
64	Clarté	100	93
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
65	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
66	Clarté	92	87
	Pertinence	83	93
	Importance	83	93
67	Clarté	100	100
	Pertinence	92	100
	Importance	100	100
68	Clarté	92	93
	Pertinence	92	100
	Importance	92	100
69	Clarté	92	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
70	Clarté	92	100
	Pertinence	92	100
	Importance	92	100

NIE		Gestionnaires	Infirmières
		%	%
71	Clarté	92	93
	Pertinence	92	100
	Importance	92	100
72	Clarté	83	93
	Pertinence	83	100
	Importance	83	100
73	Clarté	92	93
	Pertinence	83	80
	Importance	75	87
74	Clarté	100	93
	Pertinence	92	86
	Importance	83	71
75	Clarté	100	93
	Pertinence	92	79
	Importance	83	64
76	Clarté	100	79
	Pertinence	42	43
	Importance	42	50
77	Clarté	100	100
	Pertinence	92	100
	Importance	92	100
78	Clarté	100	100
	Pertinence	92	80
	Importance	83	80
79	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
80	Clarté	92	80
	Pertinence	92	87
	Importance	92	87
81	Clarté	100	100
	Pertinence	92	100
	Importance	92	100
82	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
83	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
84	Clarté	100	93
	Pertinence	92	93
	Importance	83	80
85	Clarté	100	93
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
86	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
87	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
88	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
89	Clarté	100	93
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
90	Clarté	100	93
	Pertinence	92	100
	Importance	75	100
91	Clarté	100	80
	Pertinence	58	60
	Importance	50	40
92	Clarté	100	93
	Pertinence	92	100
	Importance	92	100
93	Clarté	100	93
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
94	Clarté	100	100
	Pertinence	92	80
	Importance	92	87
95	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
96	Clarté	100	87
	Pertinence	58	60
	Importance	42	47
97	Clarté	92	87
	Pertinence	50	53
	Importance	33	47
98	Clarté	92	87
	Pertinence	83	67
	Importance	83	67
99	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
100	Clarté		
	Pertinence		
	Importance		
101	Clarté	100	100
	Pertinence	92	100
	Importance	92	100
102	Clarté	100	100
	Pertinence	92	100
	Importance	92	100
103	Clarté	100	100
	Pertinence	100	93
	Importance	100	93
104	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
105	Clarté	100	92
	Pertinence	88	100
	Importance	88	100
106	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	92	100

**ANNEXE 10 : NIVEAUX DE CONSENSUS OBTENUS POUR LES ÉNONCÉS  
NON RETENUS LORS DE LA PREMIÈRE CONSULTATION DES EXPERTS**

NIE	Niveaux de consensus		Dimensions	Énoncés de compétences	
	Gestionnaires	Infirmières expertes			
44	C	<b>82.00%</b>	<b>73.00%</b>	Enseignement	L'infirmière débutante en SAD évalue l'efficacité de ses interventions dans le cadre d'enseignement thérapeutique
	P	82.00%	93.00%		
	I	82.00%	93.00%		
60	C	100.00%	93.00%	Accès et équité des soins	L'infirmière débutante en SAD utilise les ressources de manière responsable sur le plan financier pour fournir des soins sécuritaires, efficaces et efficients.
	P	83.00%	87.00%		
	I	<b>83.00%</b>	<b>67.00%</b>		
74	C	100.00%	93.00%	Promotion de la santé	L'infirmière débutante au soutien à domicile identifie les facteurs de risques que présente le client et les réévalue selon l'évolution de l'état de santé.
	P	92.00%	79.00%		
	I	<b>83.00%</b>	<b>71.00%</b>		
75	C	100.00%	93.00%	Qualité	L'infirmière débutante en SAD procède à l'examen critique des incidents et accidents.
	P	<b>92.00%</b>	<b>79.00%</b>		
	I	<b>83.00%</b>	<b>64.00%</b>		
98	C	92.00%	87.00%	Responsabilités professionnelles	L'infirmière débutante en SAD démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes dans le domaine de la recherche en santé (ex: données probantes, pratiques exemplaires, développement profession etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.
	P	<b>83.00%</b>	<b>67.00%</b>		
	I	<b>83.00%</b>	<b>67.00%</b>		

NIE : Numéro d'identification de l'énoncé de compétence

C= Niveaux de consensus obtenus pour la clarté

P= Niveaux de consensus obtenus pour la pertinence

I= Niveaux de consensus obtenus pour l'importance

**ANNEXE 11 : COMMENTAIRES ÉMIS PAR LES EXPERTS LORS DE LA  
PREMIÈRE CONSULTATION DES EXPERTS**

NIE	Type d'experts	No répondant	Commentaires	Modifications apportées
1	Gestionnaires	G-2	C'est le rôle principal de l'inf. au SAD.	
		G-6	Préciser davantage les risques : environnementaux, sociaux.	
	Infirmières expertes	INF-9	Il serait nécessaire de définir ce qu'est l'autonomie fonctionnelle : AVD et AVQ.	
2	Gestionnaires	G-6	Ajouter : Faire les références aux différents professionnels selon les besoins.	Malgré que l'énoncé soit évalué clair par les gestionnaires et les infirmières une note explicative est tout de même précisée pour le terme « justesse » : Dans le cas d'une infirmière débutante, le terme « justesse » signifie qu'elle est en mesure d'identifier les besoins des clients dans chacune des sphères énoncées. Si le client présente un besoin dans l'une des sphères, l'infirmière débutante doit être en mesure de l'orienter vers la ressource appropriée
		G-2	Elle doit absolument bien évaluer les besoins afin d'être en mesure d'y répondre par la bonne offre de service.	
	INF-4	Les besoins développementaux ? Qu'en est-il exactement		
	INF-5	J'ai un peu de difficulté avec justesse pour les besoins affectif, spirituel, développementaux, environnementaux et sociaux. Pour ces éléments je préfère me référer au TS, ergo ou tout membre de l'équipe.		
	INF-9	Je me pose une question du mot justesse dans le mot justesse pour une évaluation d'une infirmière qui commence. Ce qui est très difficile d'évaluer cette compétence.		
3	Gestionnaires	G-1	Oui puisque le PSIAS doit être fait avec l'usager et selon ce que l'usager veut travailler	
		G-2	Non seulement cet énoncé est clair, pertinent et important, il est primordial que la démarche de l'infirmière soit adaptée aux besoins des usagers ainsi qu'à leur milieu.	
		G-6	Détailler la démarche de soins.	
	Infirmières expertes	INF-5	Chaque personne est unique et il est vrai que nous devons l'adapter à l'environnement, aux besoins et à la situation. Parfois nous devons aussi tenir compte de la distance et de la météo.	
4	Infirmières expertes	INF-4	Ne pas oublier opinion personnel	
5	Gestionnaires	G-3	Dans cet énoncé, j'aurais aimé qu'on parle de l'importance d'aller chercher l'information et l'expertise de ses collègues car en début de carrière on ne peut pas uniquement se fier à son expérience clinique.	L'énoncé # 82 identifie une compétence précisant que l'infirmière débutante doit faire appel à l'expertise de ses collègues.
		G-2	Avec les outils d'évaluation, l'infirmière joue un rôle d'intervenant-pivot et peut être amenée à faire des PSIAS (plan de service individualisé et d'allocation de service) et des PII (plan d'intervention interdisciplinaire) en plus de son PTI.	
		G-8	Elle doit absolument bien évaluer les besoins afin d'être en mesure d'y répondre par la bonne offre de service	
6	Gestionnaires	G-2	Tous les PSTI et PTI doivent répondre aux besoins de l'usager ou présenter un portrait clair de l'état.	Élaboration d'un nouvel énoncé : #107 : L'infirmière débutante au soutien à domicile implique le client dans l'élaboration du PTI.
		G-5	Les PSTI ne sont pas vraiment utilisés en soins communautaires	
	G-8	I faut que le PTI soit fait aussi en collaboration avec le patient et sa famille afin de refléter les besoins prioritaires de ceux-ci		
9	Infirmières expertes	INF-9	Le client doit être consulté pour le PSTI et avoir accepté ce plan.	Cette compétence doit être évaluée en fonction des ordonnances collectives adoptées dans son établissement. Certaines ordonnances permettent ou non d'initier des tests diagnostiques
		INF-10	Initie ? Ambigu car il y a, à mon avis, peu d'ordonnances collectives permettant d'initier des tests diagnostiques. Aussi, Incompréhensible : Je peux initier des procédures, mais les "interpréter" ?	
	Gestionnaires	G-2	En collaboration avec le médecin de famille, lorsque requis.	
		INF-12	Nous ne pouvons initier un test diagnostique sans prescription du md	

NIE	Type d'experts	No répondant	Commentaires	Modifications apportées
11	Gestionnaires	G-2	En partenariat avec l'infirmière auxiliaire. Donc elle doit connaître le champ d'exercice de l'infirmière auxiliaire	
		G-3	On pourrait ajouter selon les meilleures pratiques	
12	Gestionnaires	G-3	La continuité de soins se réfère à une trajectoire de services ? Est-ce que nous parlons de mécanismes de communication ? Information au point de transition ?	
		INF-4	Difficile cependant à cause de congé maladie, grossesse etc...	
13	Gestionnaires	INF-12	En référant aux besoins, aux différents professionnels concernés.	
		G-2	Elle doit suivre les procédures mises en place par l'établissement	
14	Gestionnaires	G-9	Ex : Milieu insalubre avec odeur.	
		G-2	Doit être en mesure de référer aux services professionnels au bon moment afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur	
15	Gestionnaires	G-2	Elle doit suivre les politiques et procédures en place.	
		INF-3	Il faut respecter le choix de vie des clients.	Élaboration d'un nouvel énoncé :
16	Infirmières expertes	INF-6	En tout temps car nous sommes seules avec le client et/ou la famille et n'avons aucun moyen de nous protéger en cas d'agressivité. De plus, nous devons travailler dans l'environnement du client dont la fumée de cigarette	# 108 : L'infirmière débutante au soutien à domicile prend en compte les choix exprimés par le client/famille.
		G-2	S'assure de planifier sa route afin de répondre aux besoins des usagers selon le PSTI et afin d'optimiser les déplacements	Cet énoncé de compétence cible toutes les obligations professionnelles de l'infirmière débutante.
17	Infirmières expertes	INF-4	En tenant compte des contraintes temps/visite à domicile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La première validation auprès des experts a permis d'identifier que les compétences r/a la planification</li> <li>• Ajout professionnelle pour préciser.</li> </ul>
		G-6	Gestion du temps : Avoir des objectifs cliniques clairs Vs administratifs en % (6)	
19	Gestionnaires	INF-3	Surtout les obligations envers le client et non l'envers le système	Cet énoncé de compétence cible toutes les obligations professionnelles de l'infirmière débutante.
		INF-4	Afin de répondre aux normes établies comme de réévaluer le pt au moins une fois/année ou selon le changement de sa condition de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La première validation auprès des experts a permis d'identifier que les compétences r/a la planification</li> <li>• Ajout professionnelle pour préciser.</li> </ul>
		INF--6	Très difficile avec les charges de cas de plus en plus lourds et le manque de personnel.	
		INF-13	C'est clair mais demande + expérience	
20	Infirmières expertes	INF-4	En pratique il est difficile de garder à jour les PTi et PSTI à cause de l'importance de la charge de travail demandée.	
21	Gestionnaires	INF-3	Malheureusement pas compris par tous	
		INF-4	Au fil des années avec l'expérience la contribution des autres intervenants est mieux définie	
21	Gestionnaires	G-2	Collaboration interprofessionnelle est une priorité de l'établissement.	
		G-6	En partageant ses observations et son opinion professionnelle	
21	Infirmières expertes	INF-4	Le rôle de chaque intervenant est important pour répondre aux besoins du pt et lui donner des soins de qualité.	
		INF-6	Surtout pour les cas complexes et de non-compliance.	

NIE	Type d'experts	No répondant	Commentaires	Modifications apportées
	Gestionnaires	G-5	Je conserverais l'énoncé # 21.	
22	Infirmières expertes	INF-4	Important que chaque intervenant exprime son opinion sur les besoins et les soins optimum a prodiguer au pt.	
	Gestionnaires	G-2	Se travaille lors du plan d'intervention interdisciplinaire.	
23	Infirmières expertes	INF-4	Très important d'impliquer le client/famille dans le plan de traitement	
	Infirmières expertes	INF-4	Parle-t-on aussi d'obstacle administratif	
24		INF-5	À améliorer dans mon cas. Je trouve que c'est important dans certains dossiers d'expliquer les interventions et les effets positifs ou négatifs. Mais dans certains dossiers les cause sont peut-être trop vagues et difficiles à justifier tant il y a de suppositions. Parfois même le médecin n'a pas de réponse. Ce qui est important c'est de l'expliquer à la personne et la famille	Une précision est apportée pour le terme obstacle : Les obstacles peuvent provenir du milieu physique, du client, de la famille, peuvent être de type administratif.
	Gestionnaires	G-2	Le PTI doit toujours représenter la situation du client	
26	Infirmières expertes	INF-9	Surtout avec l'accord du client qui doit faire partie intégrante du plan	Le Pti ne..... selon la condition de santé.
		INF-4	Selon l'évolution de la condition de santé.	
27	Infirmières expertes	INF-4	Souvent par manque de temps cependant difficile de garder le PTI a jour	
	Gestionnaires	G-5	Je conserverais l'énoncé # 26.	
28	Infirmières expertes	INF-10	Je dirais plutôt "modifie les INTERVENTIONS en fonction de l'évolution de l'état de santé du client ou de changement dans son environnement	
29	Gestionnaires	G-5	Je conserverais la compétence 11.	
		G-6	Préciser ce que veut dire suivi clinique adéquat	
	Gestionnaires	G-3	Interdisciplinaire ?	
		G-6	Si elle est pivot, sinon c'est plus au pivot à faire cela	
31	Infirmières expertes	INF-4	Importance du travail d'équipe en multidisciplinarité pour résoudre problème de santé.	
		INF-9	Facilite l'accès ? Pour tous les autres professionnels il y a une liste d'attente. L'infirmière peut apporter des éléments de l'évaluation qui aidera à prioriser la demande.	
	Gestionnaires	G-6	Préciser ou changer qualité : optimaux, en respectant la loi 2. Très pertinent pour l'équipe de soins palliatifs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette compétence doit être évaluée selon les pratiques adoptées dans l'établissement.</li> <li>• La recension des écrits met l'accent sur certaines spécialités au SAD dont les soins de plaies et les soins palliatifs.</li> <li>• Dans certains établissements, les infirmières débutantes interviennent dans les secteurs spécialisés. On doit s'assurer qu'elle possède les compétences nécessaires afin de dispenser des soins de qualité. Si lors de l'évaluation des compétences de l'infirmière débutante celles-ci s'avère insuffisantes, une période d'orientation lui permettant d'acquérir les compétences manquantes sera alors nécessaire afin d'exercer dans les secteurs spécialisés</li> </ul>
33	Infirmières expertes	INF-9	Les soins palliatifs doivent être effectués par une infirmière ayant une expérience supérieure à 2 ans de pratique. Ce champ de pratique demande une formation particulière tant sur le savoir être que sur le savoir scientifique	

NIE	Type d'experts	No répondant	Commentaires	Modifications apportées
34	Gestionnaires	G-8	Les infirmières sont appelées à jouer de plus en plus un grand rôle dans ce domaine	
	Infirmières expertes	INF-4	L'expérience de travail et de vie aidera à améliorer la communication avec ce type de clientèles	
36	Gestionnaires	G-3	Dans la formulation de l'énoncé j'aurais supprimé le « à » entre « et » et « entretien ».	
		G-8	Il est important de favoriser les auto-soins et l'autodétermination des usagers.	
37	Gestionnaires	G-6	L'infirmière sur la route ne les adapte pas, elle suit les procédures et protocoles établies pour SAD.	
	Infirmières expertes	INF-8	En partenariat avec autres professionnels	
38	Infirmières expertes	G-4	C'est l'infirmière qui doit s'adapter aux besoins du pt et non l'inverse.	
39	Gestionnaires	G-1	C'est très important qu'elle le nomme, pour notre part nous sommes très ouvertes et on le nomme souvent aux débutantes que même si elles sont seules à domicile elles ne sont jamais seules quand même elles peuvent toujours se référer à quelqu'un. Pour toutes tes questions d'ailleurs je pourrais inscrire qu'elles peuvent être supportées	
		INF-4	L'infirmière en soutien à domicile a besoin d'une formation adéquate et du support de ses pairs pour assurer des soins de qualité	
		INF-5	Souvent le travail en soins palliatif nécessite l'interventions de plusieurs professionnels afin que les soins palliatifs se passe bien à la maison	
40	Gestionnaires	G-3	Erreur dans la formulation de l'énoncé, il faut supprimer « avec lien ».	Énoncé corrigé.
41	Gestionnaires	G-2	J'indiquerais enseignement adapté à la condition.	Dans cet énoncé le terme condition fait référence à la situation dans laquelle se trouve le client/famille tant au niveau physique, moral que social.
		G-3	En fonction de la condition du client mais aussi adapté à son niveau de scolarité	Doit tenir compte du niveau scolarité, stade développement, état mental, de sa condition de santé. Ne Change pas l'énoncé mais fait le lien avec l'enseignement adapté.
		INF-8	Qu'est-ce qu'un enseignement pertinent. Trop vague.	
42	Infirmières expertes	INF-4	Idéalement mais n'a pas réponse à tout	
		INF-5	Sinon se renseigne et retransmet l'information.	
		INF-8	Définir le terme : efficacement. Pour moi c'est flou. Tout est dans la validation de ce que comprend le client.	
43	Gestionnaires	G-6	Inf. adapte en fonction des besoins et des attentes	
	Infirmières expertes	INF-9	Le client déterminera ses besoins et ses attentes en premier lieu	
44	Infirmières expertes	INF-8	Enseignement thérapeutique. Qu'est-ce que ça veut dire ?	
46	Gestionnaires	G-5	Difficile à évaluer.	
	Infirmières expertes	INF-8	Est-ce qu'on termine une relation aidante... Se mettre à disponibilité du client pour moi c'est important.	

NIE	Type d'experts	No répondant	Commentaires	Modifications apportées
47	Gestionnaires	G-8	La communication joue un rôle clé dans le suivi des usagers.	
48	Infirmières expertes	INF-6	Surtout dans notre région, nous avons une réserve Amérindienne.	
49	Gestionnaires	G-3	Est-ce que vous parlez de relation thérapeutique VS contexte social ou manque de distance professionnelle ?	
	Infirmières expertes	INF-8	En tout temps ne pas se laisser distraire, pas spécifique aux soins à domicile.	
50	Infirmières expertes	INF-8	Quand fait-on de la négociation ? Vérifier si l'offre convient aux besoins du client d'un commun accord c'est tout.	
52	Gestionnaires	G-2	Les outils technologiques de l'établissement selon les politiques et procédures.	
	Infirmières expertes	INF-5	Feuille d'autorisation parfois doit être signé.	
		INF-8	La technologie n'est pas un panacé mais peut améliorer le suivi.	
		INF-12	Est-ce dans les communications entre les divers intervenants ?	
53	Infirmières expertes	INF-8	Agir pour garder le lien de confiance en toute situation c'est primordial.	
54	Infirmières expertes	INF-8	Très important, la famille constitue le plus important dispensateur de soins	
55	Infirmières expertes	INF-3	Important, on n'a pas les même valeurs	
		INF-5	Référence doit être faite à la Travailleuse sociale si insalubrité.	
		INF-6	Même si parfois cela est très difficile.	
60	Gestionnaires	G-5	Les ressources matérielles	
	Infirmières expertes	INF-12	Quelles ressources parle-t-on ? Est-ce le plan financier de l'hôpital ?	
66	Gestionnaires	G-3	Puisse comprendre et décider d'adopter ?	
	Infirmières expertes	INF-8	Est-ce que ça réfère aux différentes stratégies qu'utilise l'infirmière dans la décision de changement du client	
70	Infirmières expertes	INF-8	Dans le contexte actuel, peut manquer de temps pour la prévention. Parfois difficile de l'inclure dans l'épisode de soins.	
72	Gestionnaires	G-6	Nécessite plus de détails.	
74	Infirmières expertes	INF-8	Différents comités pour y voir : serait bien d'y participer mais dans la réalité, pas toujours autant d'intérêt qu'il le faut pour ces questions.	
75	Infirmières expertes	G-3	Souvent effectué avec l'assistante au supérieur immédiat ou avec la gestionnaire.	
		G-6	Surtout fait par l'ASI.	
		INF-10	Elle n'a pas accès aux formulaires d'incidents et accidents complétés par d'autres personnes. Par contre, elle doit promptement compléter un formulaire d'incidents et accidents dès le constat d'une irrégularité ayant mené à un accident ou qui aurait pu y mener ; Elle doit aussi formuler une suggestion qui préviendrait la récurrence de cette irrégularité. Si tel était l'énoncé, je le coterai à "très clair" "très pertinent" et "très important".	
		INF-12	Examen critique ? Est-ce l'évaluation de ce qui est arrivé et ce qui aurait dû être fait pour l'éviter ?	

NIE	Type d'experts	No répondant	Commentaires	Modifications apportées
76	Gestionnaires	G-1	Des gens d'expériences peuvent faire ce travail, par contre leur avis est intéressant.	
	Infirmières expertes	INF-8	Rarement nous sommes invités à l'évaluation des programmes.	
		INF-12	Évaluation de quels programmes ?	
78	Gestionnaires	G-1	C'est important mais je considère que le travail auprès des usagers est à prioriser. Au fur et à mesure elle va s'impliquer au niveau de l'organisation.	
	Infirmières expertes	INF-3	Peu applicable, la vision nursing contredit la vision administrative.	
		INF-8	L'organisation du travail : un bon moment les gestionnaires s'en sont chargé. (Méthode lean) Dans mon milieu un peu plus de concertation sur ces questions maintenant. Une bonne attitude et une volonté de travailler en équipe est une priorité.	
80	Infirmières expertes	INF-8	Du vocabulaire de fonctionnaire. Ne comprend pas ce que ça veut dire.	
		INF-10	'et les déterminants de la santé''?	
85	Gestionnaires	G-1	C'est normal qu'elle soit plus insécure et qu'elle demande de l'aide au départ, j'aime mieux une personne qui pose des questions qu'une personne trop sûre d'elle et qui fera des erreurs.	
96	Gestionnaires	G-1	Moins pertinent au départ elle peut avoir du support de d'autre professionnel.	
	Infirmières expertes	INF-5	Je crois que d'autre professionnels possèdent plus de connaissance dans ce milieu.	
97	Gestionnaires	G-1	Peu pertinent pour commencer ce n'est pas une mauvaise inf si elle n'a pas les connaissances en philo.	
	Infirmières expertes	INF-5	Je crois que d'autres professionnels possèdent plus de connaissances dans ce milieu.	
105	Gestionnaires	G-6	Cet élément est une répétition de l'énoncé 102.	L'énoncé #105 semblable à l'énoncé # 102.
	Infirmières expertes	INF-12	Répétitif compétence #102.	Énoncé #105 annulé.
SUGGESTIONS DES EXPERTS		G-9	Bonne connaissance des politiques et procédures en vigueur dans l'établissement. Bonne connaissance des rôles des membres de l'équipe multidisciplinaire.	•Énoncé # 20 : L'infirmière débutante au soutien à domicile connaît les fonctions, les responsabilités ainsi que les contributions des autres intervenants qui prennent part au PTI du client.
		INF-12	Je crois qu'un minimum de 3 ans d'expérience en soins hospitalier serait nécessaire pour une infirmière débutante en SAD pour être à l'aise et efficace.	
		INF-13	Demandez l'opinion de la clientèle. Jumeler au début avec différents intervenants. Tout ce que tu as dit est pertinent, important et clair.Dimension humaine !!! Client/infirmière	•Élaboration d'un nouvel énoncé : #110 : L'infirmière débutante au soutien à domicile connaît les politiques et les procédures en vigueur dans l'établissement

**ANNEXE 12 : QUESTIONNAIRE NO 2 TRANSMIS AUX GESTIONNAIRES**



**Identification et validation des compétences cliniques  
minimales chez les infirmières débutantes en soutien  
à domicile (SAD).**

*Seconde consultation des experts*

**Second questionnaire de validation  
auprès des gestionnaires  
au service de soutien à domicile.**

**Recherche effectuée par  
Nancy Perron  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Université du Québec à Rimouski**

## Dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières volet mémoire

### Directives

Vous avez reçu ce questionnaire à titre de gestionnaire reconnu pour votre expertise dans le domaine des services de soutien à domicile. À l'avance, nous vous remercions de prendre le temps de répondre à ce second questionnaire qui nous permettra de valider la clarté, la pertinence de même que l'importance de quelques énoncés de compétences que doivent minimalement posséder les infirmières débutantes dans un service de soutien à domicile (SAD).

Voici les instructions :

1. Ce deuxième questionnaire se divise en trois parties. Dans la première partie, nous vous soumettons **8** énoncés de compétences qui doivent vous être présentés à nouveau, car ils n'ont pas atteint un niveau de consensus de 80 % auprès des gestionnaires pour l'un ou l'autre des attributs (clarté, pertinence, importance) lors de la première consultation des experts. Dans la deuxième partie, nous vous soumettons **2** énoncés de compétences qui ont dû être reformulés sur la base des commentaires émis par les experts. Enfin, dans la troisième partie, nous vous soumettons **5** nouveaux énoncés de compétences qui nous ont été proposés par les experts.
2. Vous remarquerez que nous avons précisé les résultats obtenus auprès des gestionnaires et des infirmières pour chacun des énoncés que nous vous soumettons à nouveau. Nous vous demandons de vous prononcer à nouveau sur ces énoncés en prenant en compte les niveaux de consensus obtenus. Nous vous demandons de vous prononcer uniquement sur les attributs présentés dans le questionnaire (clarté, pertinence, ou importance). En effet, dans certains cas, seuls les attributs n'ayant pas atteint un degré de consensus suffisant lors de la première consultation doivent être mesurés à nouveau.
3. Répondre à ce questionnaire nécessitera environ 15 minutes de votre temps.
4. Il n'est pas nécessaire de remplir le questionnaire d'un seul jet. Pensez cependant à le sauvegarder régulièrement pendant que vous y répondez.
5. Nous vous conseillons d'inscrire vos réponses directement dans le fichier en cliquant dans les cases à cocher correspondant à l'item représentant le mieux votre opinion au regard de la clarté, de la pertinence ou de l'importance de chaque énoncé qui vous est soumis. En cas de problème avec le fichier, veuillez contacter le chercheur principal afin d'apporter les correctifs appropriés. Si vous le préférez, vous pouvez imprimer le questionnaire.
6. Une fois complété, veuillez retourner le fichier par courriel au chercheur principal dont les coordonnées apparaissent à la page suivante. Une confirmation de réception vous sera acheminée.

7. La date limite pour retourner le questionnaire est le 15 mai 2018.

Énoncé de  
compétence à  
valider

### Voici comment vous seront présentés les énoncés de compétences dans le questionnaire :

Dimension

Évaluation, surveillance et prise de décision clinique			
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> effectue une évaluation complète de la situation de santé du client, incluant sa condition physique, mentale et comportementale, son niveau d'autonomie fonctionnelle et les risques liés à sa situation de santé.			
<b>Compétence</b> <b>1</b>	Selon vous est-ce que cet énoncé est : <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	Selon vous est-ce que cet énoncé est : <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	Selon vous est-ce que cet énoncé est : <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
Veuillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence Cliquez ici pour entrer du texte.			

Répondez aux attributs qui n'ont pas atteints le niveau de consensus lors de la première évaluation

Inscrivez vos commentaires Ici.

Afin de faciliter l'expression de votre jugement sur la clarté, la pertinence et l'importance des énoncés de compétences ciblant spécifiquement la pratique des infirmières débutantes au SAD, nous vous précisons les définitions suivantes qui ont été adoptées dans le cadre de la présente étude :

<b><u>Infirmière débutante</u></b>	Infirmière qui possède un diplôme d'étude collégiale ou un baccalauréat, membre de l'OIIQ, ayant acquis moins de 24 mois continus d'expérience dans le secteur du soutien à domicile.
<b><u>Compétence</u></b>	Savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations (soutien à domicile) (Tardif, 2006). Une compétence sera décrite par un énoncé précisant les habiletés que doivent posséder les infirmières débutantes au soutien à domicile.
<b><u>Clarté</u></b>	Qualité de ce qui est facilement intelligible; réfère à la netteté; à la précision et au vocabulaire utilisé dans l'énoncé. <b><u>Est-ce que l'énoncé de compétence qui porte sur un aspect de la pratique des infirmières débutantes au SAD vous apparaît clair?</u></b>

<b><u>Pertinence</u></b>	Qui a rapport au sujet; <b><u>Êtes-vous en mesure d'établir un lien de congruence entre l'énoncé formulé et le domaine de la pratique infirmière en soutien à domicile ?</u></b>
<b><u>Importance</u></b>	Qui est de conséquence; intérêt que vous portez à la satisfaction de la compétence énoncée. <b><u>Quel niveau d'importance accordez-vous à ce que cette compétence soit acquise par les infirmières débutantes en soutien à domicile ?</u></b>

Au besoin pour toute question ou toute ambiguïté relative à ce questionnaire, n'hésitez pas à communiquer avec l'étudiante ou avec le directeur de recherche :

**Nancy Perron**

Étudiante, maîtrise en sciences infirmières  
Université du Québec à Rimouski

Courriel : [nancy\\_perron@uqar.ca](mailto:nancy_perron@uqar.ca)

**Guy Bélanger**

Directeur de recherche  
Professeur associé  
Département des sciences infirmières  
Université du Québec à Rimouski

Courriel : [guy\\_belanger@uqar.ca](mailto:guy_belanger@uqar.ca)

La liste des énoncés de compétence soumis à la validation débute à la page suivante.

## 1ère partie : Énoncés de compétences soumis à nouveau

## Évaluation, surveillance et prise de décision clinique

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> encourage les clients et leur famille/proche aidant à tirer parti de leurs forces pour atteindre et maintenir un état de santé désiré en tenant compte des ressources disponibles.						
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>						
<b>Compétence 25</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>	
	<b>Gestionnaires :</b>	<b>100 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>75 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>83 %</b>
	<b>Infirmières :</b>	<b>100 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>100%</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>100%</b>
			<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>			
		<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent				
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.						

## Évaluation, surveillance et prise de décision clinique

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> facilite et coordonne l'accès à d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire pour résoudre des problèmes particuliers.						
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>						
<b>Compétence 31</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>	
	<b>Gestionnaires :</b>	<b>92 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>83 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>75%</b>
	<b>Infirmières :</b>	<b>100 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>100 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>100%</b>
			<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>			
		<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important				
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.						

<b>Maintien et palliation</b>
-------------------------------

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>						
communique efficacement avec le client/famille tout en le soutenant durant le processus de prise de décision concernant les soins palliatifs.						
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>						
<b>Compétence 34</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>	
	<b>Gestionnaires :</b>	<b>92 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>83 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>75%</b>
	<b>Infirmières :</b>	<b>100 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>100 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>100%</b>
					<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>  <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important	
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b>						
Cliquez ici pour entrer du texte.						

<b>Communication</b>
----------------------

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>						
emploie les techniques de relation d'aide pour comprendre la perspective du client/famille.						
<i>* Suite à l'analyse des résultats obtenus lors de la première consultation, cet énoncé a été reconnu clair, pertinent et important par les infirmières expertes (seuils de 80 % atteints). Cependant il peut sembler limitatif. Un nouvel énoncé plus global vous est donc proposé dans la troisième partie du questionnaire (compétence # 111).</i>						
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>						
<b>Compétence 45</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>	
	<b>Gestionnaires :</b>	<b>100 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>75 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>67 %</b>
	<b>Infirmières :</b>	<b>93 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>100%</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>100 %</b>
			<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>  <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent		<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>  <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important	
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b>						
Cliquez ici pour entrer du texte.						

Communication						
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> concentre son attention en dépit des multiples distractions dans le contexte résidentiel.						
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>						
<b>Compétence 49</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>	
	<b>Gestionnaires :</b>	<b>83 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>50 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>50 %</b>
	<b>Infirmières :</b>	<b>93 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>87 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>87 %</b>
			<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>		<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	
		<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent		<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important		
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.						

Communication						
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> utilise les techniques de négociation auprès du client/famille.						
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>						
<b>Compétence 50</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>	
	<b>Gestionnaires :</b>	<b>100 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>83 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>67 %</b>
	<b>Infirmières :</b>	<b>87 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>73 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>73 %</b>
			<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>		<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	
		<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent		<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important		
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.						

Prévention de la maladie						
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> identifie des interventions interdisciplinaires en promotion de la santé et prévention de la maladie pour maintenir et améliorer la santé.						
Résultats obtenus lors de la 1 <sup>ère</sup> consultation						
<b>Compétence 73</b>	Clarté		Pertinence		Importance	
	Gestionnaires :	92 %	Gestionnaires :	83 %	Gestionnaires :	75 %
	Infirmières :	93 %	Infirmières :	80 %	Infirmières :	87 %
					Selon vous est-ce que cet énoncé est : <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important	
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.						

Responsabilités professionnelles						
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> justifie ses interventions sur des résultats probants.						
Résultats obtenus lors de la 1 <sup>ère</sup> consultation						
<b>Compétence 90</b>	Clarté		Pertinence		Importance	
	Gestionnaires :	100 %	Gestionnaires :	92 %	Gestionnaires :	75 %
	Infirmières :	93 %	Infirmières :	100 %	Infirmières :	100 %
					Selon vous est-ce que cet énoncé est : <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important	
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.						

2<sup>e</sup> partie: Énoncés reformulés

<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
---

**Ancienne formulation :**

**L'infirmière débutante au soutien à domicile**

organise sa charge de travail et perfectionne ses méthodes de gestion du temps afin de respecter ses obligations.

**Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation**

<b>Compétence 17</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>	
	Gestionnaires :	92 %	Gestionnaires :	92 %	Gestionnaires :	75 %
	Infirmières :	100 %	Infirmières :	100 %	Infirmières :	100%

**Nouvelle formulation :**

**L'infirmière débutante au soutien à domicile**

organise sa charge de travail et perfectionne ses méthodes de gestion du temps afin de respecter ses obligations professionnelles.

	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>
	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important

**Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence**

Cliquez ici pour entrer du texte.

## Communication

**Ancienne formulation :****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

utilise des outils technologiques (tablette, ordinateur, caméra numérique, logiciels spécialisés etc.) pour communiquer efficacement et bien gérer les soins dispensés au client/famille de manière confidentielle.

*\* Cet énoncé de compétence a été accepté par les infirmières expertes cependant il a été noté que cet énoncé précise deux compétences différentes. Afin de mesurer plus précisément la perspective des gestionnaires au regard de la pertinence et de l'importance de ces 2 compétences, l'énoncé a dû être scindé en deux.*

*Nous vous demandons de vous prononcer sur les attributs (clarté, pertinence et importance) de chacun des énoncés de compétences proposés.*

Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation

Compétence 52	Clarté		Pertinence		Importance	
	Gestionnaires :	100%	Gestionnaires :	75%	Gestionnaires :	67 %
Infirmières :	93 %	Infirmières :	100 %	Infirmières :	100%	

**Nouvelle formulation:****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

utilise les outils technologiques implantés dans l'établissement (tablette, ordinateur, caméra numérique, logiciels spécialisés etc.) pour communiquer efficacement avec les autres intervenants et le client/famille.

	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :
<b>Compétence 52 A</b>	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important

**Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence**

Cliquez ici pour entrer du texte.

**Nouvelle formulation :****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

utilise des outils technologiques implantés dans l'établissement (tablette, ordinateur, caméra numérique, logiciels spécialisés etc.) afin de bien gérer les soins dispensés au client/famille.

	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :
<b>Compétence 52 B</b>	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important

**Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence**

Cliquez ici pour entrer du texte.

### 3<sup>e</sup> partie: Nouveaux énoncés de compétences

#### Évaluation, surveillance et prise de décision clinique

L'infirmière débutante au soutien à domicile implique le client dans l'élaboration du PTI.			
	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :
<b>Compétence 107</b>	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.			

#### Évaluation, surveillance et prise de décision clinique

L'infirmière débutante au soutien à domicile prend en compte les choix exprimés par le client/famille.			
	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :
<b>Compétence 108</b>	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.			

#### Responsabilités professionnelles

L'infirmière débutante au soutien à domicile planifie ses visites afin d'optimiser ses déplacements.			
	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :
<b>Compétence 109</b>	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.			

<b>Responsabilités professionnelles</b>			
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> connait les politiques et les procédures en vigueur dans l'établissement.			
<b>Compétence 110</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>
	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.			

<b>Communication</b>			
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> emploie les techniques de relation d'aide dans ses interventions auprès du client/famille.			
<b>Compétence 111</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>
	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.			

**ANNEXE 13 : QUESTIONNAIRE NO 2 TRANSMIS AUX INFIRMIÈRES  
EXPERTES**



**Identification et validation des compétences cliniques  
minimales chez les infirmières débutantes en soutien  
à domicile (SAD).**

***Seconde consultation des experts***

**Second questionnaire de validation  
auprès des infirmières expertes  
au service de soutien à domicile.**

**Recherche effectuée par**

**Nancy Perron**

**Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières**

**Université du Québec à Rimouski**

## Dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières volet mémoire

### Directives

Vous avez reçu ce questionnaire à titre d'infirmière reconnue pour votre expertise dans le domaine des services de soutien à domicile. À l'avance, nous vous remercions de prendre le temps de répondre à ce second questionnaire qui nous permettra de valider la clarté, la pertinence de même que l'importance de quelques énoncés de compétences que doivent minimalement posséder les infirmières débutantes dans un service de soutien à domicile (SAD).

Voici les instructions :

1. Ce deuxième questionnaire se divise en trois parties. Dans la première partie, nous vous soumettons **6** énoncés de compétences qui doivent vous être présentés à nouveau, car ils n'ont pas atteint un niveau de consensus de 80 % auprès des infirmières pour l'un ou l'autre des attributs lors de la première consultation des experts (clarté, pertinence, importance). Dans la deuxième partie, nous vous soumettons **1** énoncé de compétence qui a dû être reformulé sur la base des commentaires émis par les experts. Enfin, dans la troisième partie, nous vous soumettons **5** nouveaux énoncés de compétences qui nous ont été proposés par les experts.
2. Vous remarquerez que nous avons précisé les résultats obtenus auprès des gestionnaires et des infirmières pour chacun des énoncés que nous vous soumettons à nouveau. Nous vous demandons de vous prononcer à nouveau sur ces énoncés en prenant en compte les niveaux de consensus obtenus. Nous vous demandons de vous prononcer uniquement sur les attributs présentés dans le questionnaire (clarté, pertinence, ou importance). En effet, dans certains cas, seuls les attributs n'ayant pas atteint un degré de consensus suffisant lors de la première consultation doivent être mesurés à nouveau.
3. Répondre à ce questionnaire nécessitera environ 15 minutes de votre temps.
4. Il n'est pas nécessaire de remplir le questionnaire d'un seul jet. Pensez cependant à le sauvegarder régulièrement pendant que vous y répondez.
5. Nous vous conseillons d'inscrire vos réponses directement dans le fichier en cliquant dans les cases à cocher correspondant à l'item représentant le mieux votre opinion au regard de la clarté, de la pertinence ou de l'importance de

chaque énoncé qui vous est soumis. En cas de problème avec le fichier, veuillez contacter le chercheur principal afin d'apporter les correctifs appropriés. Si vous le préférez, vous pouvez imprimer le questionnaire.

6. Une fois complété, retournez le fichier par courriel au chercheur principal dont les coordonnées apparaissent à la page suivante. Une confirmation de réception vous sera acheminée.
7. La date limite pour retourner le questionnaire est le 15 mai 2018

**Voici comment vous seront présentés les énoncés de compétences dans le questionnaire :**

Énoncé de compétence à valider

Evaluation, surveillance et prise de décision clinique

L'infirmière débutante au soutien à domicile effectue une évaluation complète de la situation de santé du client, incluant sa condition physique, mentale et comportementale, son niveau d'autonomie fonctionnelle et les risques liés à sa situation de santé.

	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :	Selon vous est-ce que cet énoncé est :
Compétence 1	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important

Veuillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence  
Cliquez ici pour entrer du texte.

Dimension

Répondez aux attributs qui n'ont pas atteint le niveau de consensus lors de la première évaluation

Inscrivez vos commentaires Ici.

Afin de faciliter l'expression de votre jugement sur la clarté, la pertinence et l'importance des énoncés de compétences ciblant spécifiquement la pratique des infirmières débutantes au SAD, nous vous précisons les définitions suivantes qui ont été adoptées dans le cadre de la présente étude :

<b><u>Infirmière débutante</u></b>	Infirmière qui possède un diplôme d'étude collégiale ou un baccalauréat, membre de l'OIIQ, ayant acquis moins de 24 mois continus d'expérience dans le secteur du soutien à domicile.
<b><u>Compétence</u></b>	Savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations (soutien à domicile) (Tardif, 2006). Une compétence sera décrite par un énoncé précisant les habiletés que doivent posséder les infirmières débutantes au soutien à domicile.

<b><u>Clarté</u></b>	Qualité de ce qui est facilement intelligible; réfère à la netteté; à la précision et au vocabulaire utilisé dans l'énoncé. <b><u>Est-ce que l'énoncé de compétence qui porte sur un aspect de la pratique des infirmières débutantes au SAD vous apparaît clair?</u></b>
<b><u>Pertinence</u></b>	Qui a rapport au sujet; <b><u>Êtes-vous en mesure d'établir un lien de congruence entre l'énoncé formulé et le domaine de la pratique infirmière en soutien à domicile ?</u></b>
<b><u>Importance</u></b>	Qui est de conséquence; intérêt que vous portez à la satisfaction de la compétence énoncée. <b><u>Quel niveau d'importance accordez-vous à ce que cette compétence soit acquise par les infirmières débutantes en soutien à domicile ?</u></b>

Au besoin pour toute question ou toute ambiguïté relative à ce questionnaire, n'hésitez pas à communiquer avec l'étudiante ou avec le directeur de recherche :

**Nancy Perron**

Étudiante, maîtrise en sciences infirmières  
Université du Québec à Rimouski

Courriel : [nancy\\_perron@uqar.ca](mailto:nancy_perron@uqar.ca)

**Guy Bélanger**

Directeur de recherche  
Professeur associé  
Département des sciences infirmières  
Université du Québec à Rimouski

Courriel : [guy\\_belanger@uqar.ca](mailto:guy_belanger@uqar.ca)

La liste des énoncés de compétence soumis à la validation débute à la page suivante.

1<sup>re</sup> partie : Énoncés de compétences soumis à nouveau

						Enseignement et formation	
<p><b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> évalue l'efficacité de ses interventions dans le cadre d'enseignement thérapeutique.</p> <p>★ <i>Cet énoncé a été reconnu clair, pertinent et important par les gestionnaires (seuils de 80 % atteints). Cependant le niveau de consensus en matière de clarté évalué par les infirmières n'est que de 73 %, ce qui justifie une nouvelle consultation auprès des infirmières expertes.</i></p> <p><i>Malheureusement un seul commentaire a été émis et celui-ci ne permet pas d'identifier la source d'ambiguïté perçue par les infirmières.</i></p> <p><i>Nous vous demandons donc d'évaluer à nouveau la clarté, la pertinence et l'importance en prenant en compte des résultats obtenus lors de la première évaluation.</i></p>							
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>							
<b>Compétence 44</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>		
	Gestionnaires :	82 %	Gestionnaires :	82 %	Gestionnaires :	82 %	
	Infirmières :	73 %	Infirmières :	93 %	Infirmières :	93 %	
	Selon vous est-ce que cet énoncé est :		Selon vous est-ce que cet énoncé est :		Selon vous est-ce que cet énoncé est :		
	<input type="checkbox"/> Très clair		<input type="checkbox"/> Très pertinent		<input type="checkbox"/> Très important		
<input type="checkbox"/> Clair		<input type="checkbox"/> Pertinent		<input type="checkbox"/> Important			
<input type="checkbox"/> Ambigu		<input type="checkbox"/> Peu pertinent		<input type="checkbox"/> Peu important			
<input type="checkbox"/> Incompréhensible		<input type="checkbox"/> Non pertinent		<input type="checkbox"/> Non important			
<p><b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.</p>							
						Communication	
<p><b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> utilise les techniques de négociation auprès du client/famille.</p>							
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>							
<b>Compétence 50</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>		
	Gestionnaires :	100 %	Gestionnaires :	83 %	Gestionnaires :	67 %	
	Infirmières :	87 %	Infirmières :	73 %	Infirmières :	73 %	
	Selon vous est-ce que cet énoncé est :		Selon vous est-ce que cet énoncé est :		Selon vous est-ce que cet énoncé est :		
			<input type="checkbox"/> Très pertinent		<input type="checkbox"/> Très important		
		<input type="checkbox"/> Pertinent		<input type="checkbox"/> Important			
		<input type="checkbox"/> Peu pertinent		<input type="checkbox"/> Peu important			
		<input type="checkbox"/> Non pertinent		<input type="checkbox"/> Non important			
<p><b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.</p>							

						Accès et équité	
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>							
utilise les ressources de manière responsable sur le plan financier pour fournir des soins sécuritaires, efficaces et efficients.							
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>							
<b>Compétence 60</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>		
	<b>Gestionnaires :</b>	<b>100 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>83 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>83 %</b>	
	<b>Infirmières :</b>	<b>93 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>87 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>67 %</b>	
					<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important		
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b>							
Cliquez ici pour entrer du texte.							
						Qualité	
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>							
participe activement aux activités de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité.							
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>							
<b>Compétence 74</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>		
	<b>Gestionnaires :</b>	<b>100 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>92 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>83 %</b>	
	<b>Infirmières :</b>	<b>93 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>86 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>71 %</b>	
					<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important		
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b>							
Cliquez ici pour entrer du texte.							

						Qualité
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>						
procède à l'examen critique des incidents et accidents.						
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>						
<b>Compétence 75</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>	
	<b>Gestionnaires :</b>	<b>100 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>92 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>83 %</b>
	<b>Infirmières :</b>	<b>93 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>79 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>64 %</b>
			<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>		<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	
		<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent		<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important		
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b>						
Cliquez ici pour entrer du texte.						

						Responsabilités professionnelles
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>						
démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes dans le domaine de la recherche en santé (ex: données probantes, pratiques exemplaires, développement profession etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.						
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>						
<b>Compétence 98</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>	
	<b>Gestionnaires :</b>	<b>92 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>83 %</b>	<b>Gestionnaires :</b>	<b>83 %</b>
	<b>Infirmières :</b>	<b>87 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>67 %</b>	<b>Infirmières :</b>	<b>67 %</b>
			<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>		<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	
		<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent		<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important		
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b>						
Cliquez ici pour entrer du texte.						

2<sup>e</sup> partie : Énoncé reformulé

<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
---

<b>Ancienne formulation :</b> <b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> organise sa charge de travail et perfectionne ses méthodes de gestion du temps afin de respecter ses obligations.						
<b>Résultats obtenus lors de la 1<sup>ère</sup> consultation</b>						
<b>Compétence 17</b>	<b>Clarté</b>		<b>Pertinence</b>		<b>Importance</b>	
	Gestionnaires :	92 %	Gestionnaires :	92 %	Gestionnaires :	75 %
	Infirmières :	100 %	Infirmières :	100 %	Infirmières :	100%
<b>Nouvelle formulation :</b> <b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> organise sa charge de travail et perfectionne ses méthodes de gestion du temps afin de respecter ses obligations professionnelles.						
	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>		<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>		<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>	
	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible		<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent		<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important	
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.						

### 3<sup>e</sup> partie : Nouveaux énoncés de compétences

<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> implique le client dans l'élaboration du PTI.			
<b>Compétence 107</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b>		
	<input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.			

<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>			
prend en compte les choix exprimés par le client/famille.			
<b>Compétence 108</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.			

<b>Responsabilités professionnelles</b>
---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>			
planifie ses visites afin d'optimiser ses déplacements.			
<b>Compétence 109</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.			

<b>Responsabilités professionnelles</b>
---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b>			
connait les politiques et les procédures en vigueur dans l'établissement.			
<b>Compétence 110</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.			

<b>Communication</b>			
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> emploie les techniques de relation d'aide dans ses interventions auprès du client/famille.			
<b>Compétence 111</b>	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très clair <input type="checkbox"/> Clair <input type="checkbox"/> Ambigu <input type="checkbox"/> Incompréhensible	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très pertinent <input type="checkbox"/> Pertinent <input type="checkbox"/> Peu pertinent <input type="checkbox"/> Non pertinent	<b>Selon vous est-ce que cet énoncé est :</b> <input type="checkbox"/> Très important <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Peu important <input type="checkbox"/> Non important
<b>Veillez indiquer tout commentaire ou proposition relatif à l'énoncé de cette compétence</b> Cliquez ici pour entrer du texte.			

**ANNEXE 14 : NIVEAUX DE CONSENSUS OBTENUS POUR LES ENONCES  
SOU MIS AUX EXPERTS LORS DE LA SECONDE CONSULTATION**

NIE		Gestionnaires	Infirmières
		%	%
17	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	81	92
25	Clarté		
	Pertinence	100	
	Importance		
31	Clarté		
	Pertinence		
	Importance	100	
34	Clarté		
	Pertinence		
	Importance	100	
44	Clarté		85
	Pertinence		85
	Importance		85
45	Clarté		
	Pertinence	100	
	Importance	100	
49	Clarté		
	Pertinence	100	
	Importance	100	
50	Clarté		
	Pertinence	92	100
	Importance	92	100
52A	Clarté	100	100
	Pertinence	92	100
	Importance	83	100
52B	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	92	100
60	Clarté		
	Pertinence		
	Importance	100	

NIE		Gestionnaires	Infirmières
		%	%
73	Clarté		
	Pertinence		
	Importance	92	
74	Clarté		
	Pertinence		
	Importance		100
75	Clarté		
	Pertinence		92
	Importance		92
90	Clarté		
	Pertinence		
	Importance	100	
98	Clarté		
	Pertinence		87
	Importance		80
107	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
108	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
109	Clarté	92	93
	Pertinence	92	93
	Importance	83	93
110	Clarté	100	100
	Pertinence	100	100
	Importance	100	100
111	Clarté	90	92
	Pertinence	90	92
	Importance	82	92

NIE = numéro d'identification de l'énoncé de compétence.

\*Les cases ombragées indiquent que l'attribut a déjà été mesurés lors de la première consultation des experts.

**ANNEXE 15 : ÉNONCES DE COMPÉTENCES RETENUS PAR LES EXPERTS  
AU TERME DES DEUX CONSULTATIONS.**

★ Les énoncés de compétences retenus par les experts au terme des deux consultations sont classés sur la base de leur association aux dimensions retenues. Par conséquent les numéros d'énoncés ne se suivent pas séquentiellement.

<b>Compétence 1</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> effectue une évaluation complète de la situation de santé du client, incluant sa condition physique, mentale et comportementale, son niveau d'autonomie fonctionnelle et les risques liés à sa situation de santé.	

<b>Compétence 2</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> détermine avec justesse les besoins physiques, affectifs, spirituels, cognitifs, développementaux, environnementaux et sociaux du client.	

<b>Compétence 3</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> applique une démarche de soins infirmiers adaptée aux différentes situations cliniques et aux besoins des clients et de leur famille/proche aidant.	

<b>Compétence 4</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> utilise des techniques d'évaluation fondées sur des preuves, des outils ou des instruments appropriés (échelle de douleur, échelle d'évaluation de la dépression, échelle d'évaluation du niveau cognitif etc.)	

<b>Compétence 5</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> élabore, de façon précise, des plans de soins et de traitements infirmiers (PSTI) et des plans thérapeutiques infirmiers (PTI) qui reposent sur son expérience clinique, son analyse critique et son jugement professionnel.	

<b>Compétence 6</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> détermine un PTI et un PSTI appropriés à partir des besoins et de la situation du client.	

<b>Compétence 7</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> analyse et interprète les données collectées pendant l'évaluation du client/famille afin de cibler et prioriser ses interventions.	

<b>Compétence 8</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> procède avec rigueur, discernement et efficacité à l'examen clinique du client en tenant compte de ses réactions et de sa condition, et dégage les constats cliniques significatifs.	

<b>Compétence 9</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> initie et interprète les tests diagnostiques et les procédures relatives à la condition du client.	

<b>Compétence 10</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> identifie les changements physiologiques normaux et anormaux associés à l'âge et à la condition de santé du client.	

<b>Compétence 11</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> assure la surveillance clinique appropriée selon la condition du client.	

<b>Compétence 12</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> s'assure de la continuité des soins.
---

<b>Compétence 13</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> adapte ses interventions et résout les problèmes judicieusement pour surmonter les obstacles à la prestation de soins au client, par exemple mauvais temps, manque de ressources, ergonomie etc.
---

<b>Compétence 14</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> identifie les risques réels ou potentiels pour la santé et la sécurité du client (signes de détérioration, prévention des infections, prévention des blessures, environnement, etc.)
---

<b>Compétence 15</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> identifie les risques réels ou potentiels pour la santé et la sécurité des intervenants (environnement, animaux ou visiteur sur place etc.)
--

<b>Compétence 16</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> planifie les visites et établit leur ordre de priorité pour répondre adéquatement aux besoins des clients.
---

<b>Compétence 17</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> organise sa charge de travail et perfectionne ses méthodes de gestion du temps afin de respecter ses obligations professionnelles.
---

<b>Compétence 18</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> développe, coordonne et met en œuvre des PTI acceptés par le client en négociant les priorités en matière de soins avec des objectifs de traitement et des résultats clairs.
---

<b>Compétence 19</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> planifie et assure de façon efficace la réalisation du PTI et du PSTI.
---

<b>Compétence 20</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> connait les fonctions, les responsabilités ainsi que les contributions des autres intervenants qui prennent part au PTI du client.
---

<b>Compétence 21</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> s'implique activement lors de la réalisation d'un plan d'intervention interdisciplinaire.
--

<b>Compétence 22</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> énonce et soutient son point de vue dans l'équipe de soins afin de permettre une meilleure réponse aux besoins du client/famille.
--

<b>Compétence 23</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
----------------------	---

<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> collabore avec le client/famille et sa famille/proche aidant afin de développer des objectifs spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et dans un temps défini.
--

<b>Compétence 24</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> identifie les obstacles qui pourraient nuire à l'application efficaces des interventions ciblées et à l'atteinte des résultats.	
<b>Compétence 25</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> encourage les clients et leur famille/proche aidant à tirer parti de leurs forces pour atteindre et maintenir un état de santé désiré en tenant compte des ressources disponibles.	
<b>Compétence 26</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> détermine et ajuste le PTI et PSTI selon l'évolution de la situation et des constats faits.	
<b>Compétence 27</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> évalue les résultats des interventions du PTI.	
<b>Compétence 28</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> modifie les résultats attendus en fonction de l'évolution de l'état de santé du client ou de changement dans son environnement.	
<b>Compétence 29</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> assure le suivi clinique adéquat selon l'évolution de l'état de santé du client.	
<b>Compétence 30</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> détermine le plan de traitement relié aux plaies et prodigue les soins qui s'y rattachent.	
<b>Compétence 31</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> facilite et coordonne l'accès à d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire pour résoudre des problèmes particuliers.	
<b>Compétence 107</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> implique le client dans l'élaboration du PTI	
<b>Compétence 108</b>	<b>Évaluation, surveillance et prise de décision clinique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> prend en compte les choix exprimés par le client/famille.	
<b>Compétence 32</b>	<b>Maintien de la santé et palliation</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> accompagne la personne dans un processus décisionnel concernant sa santé en respectant ses valeurs, ses besoins et ses attentes.	
<b>Compétence 33</b>	<b>Maintien de la santé et palliation</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> dispense des soins infirmiers de qualités en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie.	

**Compétence 34****Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

communique efficacement avec les clients et les familles/proches aidants tout en les soutenant durant le processus de prise de décision concernant les soins palliatifs.

**Compétence 35****Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

comprend l'usage et l'entretien sécuritaire et approprié de divers types d'équipement et de technologies utilisés lors de soins prodigués à domicile.

**Compétence 36****Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

enseigne aux clients, leurs familles/proches aidants ainsi qu'aux autres intervenants l'usage et à l'entretien de divers types d'équipement et de technologies utilisés lors de soins prodigués à domicile.

**Compétence 37****Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

exécute des procédures complexes (soins plaies, suivi clients multi morbides, équipements et technologies spécialisés) et les adapte au milieu résidentiel.

**Compétence 38****Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

répond aux besoins changeants du client/famille en adaptant ses interventions.

**Compétence 39****Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

reconnait d'elle-même qu'elle a besoin d'aide, si elle connaît mal les exigences et les interventions et ne sait pas comment trouver un soutien adéquat pour assurer la qualité des soins.

**Compétence 103****Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

administre sécuritairement les médicaments.

**Compétence 106****Maintien de la santé et palliation****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

répond aux besoins du client/famille en matière de soins palliatifs et de soins en fin de vie.

**Compétence 40****Enseignement****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

évalue le niveau de connaissance du client/famille en lien avec la situation de soins (auto gestion des soins, surveillances, ressources etc.)

**Compétence 41****Enseignement****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

dispense un enseignement pertinent en fonction de la condition du client/famille.

**Compétence 42****Enseignement****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

transmet efficacement l'information requise au client/famille pour répondre à leurs besoins en matière de santé, de soins et services.

**Compétence 43****Enseignement****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

détermine les besoins et les attentes du client/famille en matière d'information et d'apprentissage.

<b>Compétence 44</b>	<b>Enseignement</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> évalue l'efficacité de ses interventions dans le cadre d'enseignement thérapeutique.	
<b>Compétence 45</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> emploie les techniques de relation d'aide pour comprendre la perspective du client/famille.	
<b>Compétence 46</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> établit, maintient et termine une relation aidante.	
<b>Compétence 47</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> utilise des techniques de communication efficaces (empathie, écoute active, non-verbale, reformulation etc.)	
<b>Compétence 48</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> trouve et utilise des moyens pour surmonter les obstacles linguistiques et de communication.	
<b>Compétence 49</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> concentre son attention en dépit des multiples distractions dans le contexte résidentiel.	
<b>Compétence 50</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> utilise les techniques de négociation auprès du client/famille.	
<b>Compétence 51</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> utilise la documentation (dépliants, affiches, livres etc.) en tant qu'outil de communication.	
<b>Compétence 52a</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> utilise des outils technologiques (tablette, ordinateur, caméra numérique, logiciels spécialisés etc.) pour communiquer efficacement avec les autres intervenants et le client/famille. et bien gérer les soins dispensés au client/famille de manière confidentielle.	
<b>Compétence 52b</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> utilise des outils technologiques implantés dans l'établissement (tablette, ordinateur, caméra numérique, logiciels spécialisés etc.) afin de gérer les soins dispensés au client/famille.	
<b>Compétence 55</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> travaille efficacement et sans porter de jugement dans les différentes conditions de propreté et d'hygiène.	
<b>Compétence 111</b>	<b>Communication</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> emploie les techniques de relation d'aide dans ses interventions auprès du client/famille.	

<b>Compétence 53</b>	<b>Relation thérapeutique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> établit et maintient une relation thérapeutique infirmière-client fondée sur la confiance mutuelle, le respect, l'empathie et l'écoute.	
<b>Compétence 54</b>	<b>Relation thérapeutique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> reconnait la contribution que fournit la famille à la santé du client d'une manière qui la valorise, la respecte et la soutienne.	
<b>Compétence 56</b>	<b>Relation thérapeutique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> établit une collaboration multidisciplinaire qui respecte les champs de compétences.	
<b>Compétence 57</b>	<b>Relation thérapeutique</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> partage ses connaissances et son expertise avec l'équipe multidisciplinaire.	
<b>Compétence 59</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> dispense des soins adaptés au stade de développement et aux particularités culturelles, intégrant les croyances et les valeurs du client.	
<b>Compétence 60</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> utilise les ressources de manière responsable sur le plan financier pour fournir des soins sécuritaires, efficaces et efficients.	
<b>Compétence 61</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> prend les mesures nécessaires pour respecter en tout temps les droits du client notamment à ce qui a trait à l'intimité, à la confidentialité et au consentement libre et éclairé.	
<b>Compétence 62</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> motive les clients, les familles/proches aidants à prendre des mesures pour répondre à leurs besoins en matière de santé.	
<b>Compétence 63</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> réfère le client/famille vers les ressources appropriées dès que la situation le nécessite.	
<b>Compétence 64</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> aide le client et sa famille à reconnaître leur capacité de gérer leurs propres besoins en matière de santé en fonction des ressources disponibles.	
<b>Compétence 65</b>	<b>Accès et équité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> accompagne la personne dans un processus décisionnel concernant sa santé en respectant ses valeurs, ses besoins, ses attentes.	
<b>Compétence 66</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> adapte son enseignement afin que le client puisse décider d'adopter ou non un comportement de santé.	

<b>Compétence 67</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> met en œuvre des stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie auprès du client/famille et des différents intervenants (ex : faire valoir le lavage des mains, l'immunisation, le port du masque).	
<b>Compétence 68</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> identifie les comportements de santé adaptés et ceux qui devraient être adoptés par le client.	
<b>Compétence 69</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> évalue la capacité de prise en charge du client/famille en lien avec sa santé.	
<b>Compétence 70</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> aide le client/famille à identifier les risques pour la santé et à faire des choix éclairés sur les mesures de protection et de prévention à prendre.	
<b>Compétence 71</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> identifie les facteurs de risques que présente le client et les réévalue selon l'évolution de l'état de santé.	
<b>Compétence 72</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> met en place des mesures de prévention au regard des risques et des facteurs de risques identifiés.	
<b>Compétence 74</b>	<b>Qualité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> Participe activement aux activités de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité	
<b>Compétence 75</b>	<b>Qualité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> procède à l'examen critique des incidents et accidents.	
<b>Compétence 77</b>	<b>Qualité des soins</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> évalue la qualité et l'efficacité de ses interventions à partir des résultats obtenus chez le client/famille.	
<b>Compétence 73</b>	<b>Prévention de la maladie</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> identifie des interventions interdisciplinaires en promotion de la santé et prévention de la maladie pour maintenir et améliorer la santé.	
<b>Compétence 78</b>	<b>Prévention de la maladie</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> s'implique activement aux démarches visant l'amélioration du climat et de l'organisation de travail.	
<b>Compétence 79</b>	<b>Prévention de la maladie</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> fait preuve de professionnalisme, de leadership, de jugement et de responsabilité dans sa pratique indépendante qui prend place dans de multiples contextes et avec de multiples intervenants.	

**Compétence 104****Prévention de la maladie****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

respecte les principes d'asepsie lors de l'exécution des procédures de soins dans le contexte à domicile.

**Compétence 80****Responsabilités professionnelles****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

connait le rôle des soins de santé primaires au sein du continuum de santé et les déterminants de la santé.

**Compétence 81****Responsabilités professionnelles****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

connait le rôle et les responsabilités de l'infirmière aux SAD.

**Compétence 82****Responsabilités professionnelles****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

démontre qu'elle respecte ses limites en matière d'habiletés et de connaissances en faisant appel à ses collègues lorsque la situation dépasse son niveau de compétence.

**Compétence 83****Responsabilités professionnelles****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

reconnait et déclare les accidents /incidents et prends des mesures afin de les éviter.

**Compétence 84****Responsabilités professionnelles****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

s'implique rapidement dans la résolution de conflits à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire.

**Compétence 85****Responsabilités professionnelles****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

exerce sa pratique professionnelle de façon autonome dans une grande variété de contextes.

**Compétence 86****Responsabilités professionnelles****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

dispense des soins infirmiers d'une manière à préserver et à protéger l'autonomie, la dignité, les droits, les valeurs et les croyances du client.

**Compétence 87****Responsabilités professionnelles****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

démontre une compréhension du consentement éclairé dans divers contextes (ex : consentement aux soins, refus de traitement, communication de renseignement, consentement à participer à une recherche).

**Compétence 88****Responsabilités professionnelles****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

auto évalue, de façon critique, les attitudes qu'elles adoptent dans les relations de soins et interprofessionnelles.

**Compétence 89****Responsabilités professionnelles****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

agit dans le respect des valeurs professionnelles, du code de déontologie, des lois et règlements applicables à la profession infirmière ainsi que des conditions d'encadrement de la pratique infirmière à domicile.

**Compétence 90****Responsabilités professionnelles****L'infirmière débutante au soutien à domicile**

justifie ses interventions sur des résultats probants.

<b>Compétence 92</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> reconnait la dimension éthique d'une situation professionnelle.	
<b>Compétence 93</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> garde à jour ses connaissances et assure son développement professionnel.	
<b>Compétence 94</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en santé et en sécurité au travail (ex : ergonomie, pratiques de travail sécuritaires, prévention et gestion des comportements perturbateurs) afin d'intervenir en soins à domicile.	
<b>Compétence 95</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en sciences infirmières (ex: besoins en soins de santé adulte et population vulnérables, promotion de la santé, relation aide, jugement clinique, santé mentale, approche famille, dispensation des soins, éducation à la santé etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.	
<b>Compétence 98</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes dans le domaine de la recherche en santé (ex: données probantes, pratiques exemplaires, développement profession etc.) afin d'intervenir en soins à domicile.	
<b>Compétence 99</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> démontre qu'elle possède les connaissances suffisantes en sciences de la santé (anatomie, physiologie, physiopathologie, pharmacologie, microbiologie, immunologie et la nutrition) afin d'intervenir en soins à domicile.	
<b>Compétence 109</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> planifie ses visites afin d'optimiser ses déplacements.	
<b>Compétence 110</b>	<b>Responsabilités professionnelles</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> connait les politiques et les procédures en vigueur dans l'établissement.	
<b>Compétence 101</b>	<b>Enseignement</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> évalue la compréhension du client/famille suite à l'enseignement dispensé.	
<b>Compétence 102</b>	<b>Enseignement</b>
<b>L'infirmière débutante au soutien à domicile</b> adapte son enseignement selon la condition du client/famille (ex: niveau scolarité, culture, environnement).	



