

COMMENT LES INFIRMIÈRES DU QUÉBEC perçoivent-elles leur compétence en soins palliatifs et quels sont leurs besoins de formation?

JEAN-FRANÇOIS DESBIENS, Ph. D.

Infirmier, professeur adjoint

Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Courriel : jean-francois.desbiens@fsi.ulaval.ca

LISE FILLION, Ph. D.

Infirmière, psychologue, professeure titulaire

Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Courriel : lise.fillion@fsi.ulaval.ca

INTRODUCTION

L'accès à des milieux de soins palliatifs spécialisés demeure encore limité et inégal au Québec (Association canadienne de soins palliatifs, 2008; ministère de la santé et des Services sociaux [MSSS], 2004). Des décès surviennent dans des milieux de soins diversifiés, ce qui incite toutes les infirmières¹ à acquérir un minimum de compétence en soins palliatifs pour répondre aux besoins de cette clientèle (MSSS, 2008). Malheureusement, des inégalités dans les formations de base (collèges et universités) et dans les formations continues en cours d'emploi et le manque d'organisation des soins palliatifs dans plusieurs établissements n'ont pas favorisé le développement de la compétence infirmière dans ce domaine (Fillion, Fortier et Goupil, 2005; MSSS, 2004). Différentes initiatives ont vu le jour au cours des dernières années pour pallier cette lacune, par exemple l'engagement de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) à perfectionner, à travers tout le Canada, la compétence des infirmières en soins palliatifs (Santé Canada, 2007). Cependant, qu'en est-il exactement des effets de ces initiatives : où en sommes-nous au Québec quant au développement

de la compétence infirmière en soins palliatifs? Plus précisément, comment les infirmières perçoivent-elles leurs compétences dans ce secteur de soins et quels sont les besoins actuels de formation dans ce domaine? La présente étude vise à répondre à ces questions. Le but est de documenter la compétence infirmière en soins palliatifs selon différentes dimensions de la pratique en soins palliatifs telle qu'elle est perçue par les infirmières et de formuler à partir de ces résultats les principaux besoins de formation.

La mesure de la compétence perçue correspond à un processus d'autoévaluation de ses propres compétences. Le fait de documenter la compétence perçue en soins palliatifs pourrait informer les décideurs sur les besoins des infirmières en termes de formation et de développement de leur compétence en soins palliatifs. L'objectif recherché par cette étude consiste à décrire la compétence perçue selon les dimensions des soins palliatifs, afin de déterminer différents besoins de formation. Le Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs (Plan directeur), proposé par le MSSS (2008) en collaboration avec le Réseau de soins palliatifs du Québec (RSPQ), comporte différentes dimensions des soins palliatifs qui permettent de catégoriser efficacement les besoins de formation des infirmières.

Ce processus de documentation pourrait éventuellement guider l'implantation, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de formation qui permettront de soutenir l'accroissement de la compétence infirmière en soins palliatifs.

Le contexte actuel du développement de la compétence infirmière en soins palliatifs

Divers rapports soumis aux instances gouvernementales québécoises et canadiennes dans les dernières années soulignent l'importance de développer la compétence des infirmières en soins palliatifs, de même que la nécessité d'instaurer des programmes de formation plus appropriés (MSSS, 2004; Secrétariat des soins palliatifs et des soins en fin de vie de Santé Canada, 2002; Sénat du Canada, 2000). Plus de 60 activités de formation, cours, programmes d'enseignement ou stages spécifiques du domaine des soins palliatifs ont été répertoriés dernièrement sur le territoire du Québec (MSSS, 2008), qui pourraient aider à répondre aux besoins des infirmières. Le Plan directeur (MSSS, 2008) précise cependant à ce sujet :

Seulement quelques organisations se sont dotées de véritables programmes internes et structurés de formation en soins palliatifs. Pourtant, les intervenants en soins palliatifs, tant les nouveaux que ceux plus expérimentés, démontrent un goût réel d'apprendre et de se perfectionner. Plusieurs d'entre eux sollicitent régulièrement leur employeur pour participer à des activités de formation. Cependant, ces besoins de formation perçus par les intervenants sur le terrain sont souvent plus ou moins précis. Les organisations, de leur côté, sont peu outillées pour les aider à préciser les objectifs et les formats les plus appropriés. La réponse aux besoins de formation se résume trop souvent à quelques activités de formation discontinues sans vue d'ensemble (ex., inscrire quelques intervenants à un colloque ou à un congrès ou faire venir quelques conférenciers experts pour une leçon magistrale sur un sujet précis). Bien qu'utiles, ces moyens sont insuffisants pour rehausser le niveau global de compétence de tous les intervenants d'une équipe de soins palliatifs. (p. 13)

En fait, le contenu des différentes activités de formation varie grandement et leur impact sur le développement de la compétence infirmière demeure peu documenté. Ces initiatives sont rarement évaluées. De plus, aucune étude ne permet de dresser un portrait plus large à travers le Québec quant au niveau de la compétence infirmière en soins palliatifs, et quant à l'étendue et à la nature des besoins des infirmières pour le développement de leur compétence. Certaines études réalisées auprès d'infirmières au Québec ou ailleurs en Amérique du Nord viennent tout de même décrire l'importance de rehausser la compétence infirmière dans ce secteur de soins ou préciser des besoins de formation comme tels (Sheehan et Malloy, 2010).

Le développement de la compétence infirmière en soins palliatifs et les besoins de formation au Québec et ailleurs

Une seule étude a été recensée au Québec (Fillion, et autres, 2005). Cette dernière, qui a été effectuée auprès de 197 infirmières de trois régions différentes du Québec, a révélé qu'il existait des besoins élevés de formation chez les participantes à l'étude. En effet, les infirmières ont manifesté des besoins de formation d'un niveau modéré ou élevé pour 34 des 35 thèmes de soins palliatifs proposés. L'étude a aussi révélé que les trois besoins de formation les plus fréquemment exprimés par les infirmières concernaient principalement l'aspect psychosocial des soins palliatifs (gestion de crise, soutien émotionnel et gestion du stress).

Aux États-Unis, une étude a montré que le thème des soins palliatifs était abordé dans 99 % des 410 programmes de baccalauréat en sciences infirmières sondés, mais qu'une moyenne de 14 heures d'enseignement seulement y était consacrées dans chacun des programmes (Dickinson, 2007). Parmi tous les sujets d'enseignement traités, l'euthanasie constitue celui qui était le moins fréquemment abordé (66 %). Une étude récente effectuée auprès de 56 infirmières en soins critiques a révélé des résultats

semblables, puisque les participantes ont identifié les aspects culturels et les enjeux éthiques comme les deux principaux besoins de formation (Crump, Schaffer et Schulte, 2010).

Plus près de nous, en Ontario, une étude a évalué le niveau de préparation aux soins palliatifs parmi 58 étudiants au baccalauréat en sciences infirmières (Brajtman, Fothergill-Bourbonnais, Casey, Alain et Fiset, 2007). Les résultats ont montré que les étudiants présentaient un faible niveau de connaissance en soins palliatifs (moyenne de 12,29/20 au *Palliative care quiz for nursing*). De plus, 30 % des étudiants de dernière année indiquaient ne pas se sentir suffisamment préparés pour prodiguer des soins palliatifs. Une étude semblable a aussi été effectuée auprès de 53 enseignants au baccalauréat en sciences infirmières en Ontario (Brajtman, Fothergill-Bourbonnais, Fiset et Alain, 2009). Les enseignants ont présenté un niveau de connaissances en soins palliatifs semblable à celui des étudiants (moyenne de 12,80/20 au *Palliative care quiz for nursing*). Les aspects culturels et la gestion du stress constituaient les principaux besoins de formation formulés par les enseignants. Une autre étude effectuée en milieu rural ontarien auprès de 128 infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires a permis d'identifier différents besoins de formation (Kortes-Miller, Habjan, Kelley et Fortier, 2007). Les cinq principaux besoins manifestés par les participantes concernaient tous l'aspect psychosocial des soins palliatifs, telle que la gestion du stress et la gestion des besoins émotionnels.

Mesure et évaluation de la compétence perçue

La mesure de la compétence perçue permet de cibler, à travers une pratique réflexive, des besoins de formation et de développement de la compétence infirmière en soins palliatifs. La compétence perçue est un construit d'ordre cognitif qui correspond à un processus d'autoévaluation de ses propres compétences. Dans le domaine des soins infirmiers palliatifs, la compétence perçue fait référence au jugement

qu'une infirmière porte sur ses propres capacités à prodiguer des soins de qualité aux personnes atteintes d'une maladie grave à caractère fatal ou en fin de vie et à leurs proches (Desbiens et Fillion, sous presse). De manière générale, ce processus d'autoévaluation permet aux infirmières d'examiner leur pratique dans leur propre environnement, afin d'identifier leurs forces et les domaines qui nécessitent d'être améliorés (Campbell et Mackay, 2001). La mesure de la compétence perçue a notamment été utilisée dans le domaine des soins palliatifs pour évaluer les besoins de formation et de développement en milieu d'emploi (Payne et autres, 2007), ou encore pour déterminer l'impact de différents programmes de formation visant à améliorer la compétence infirmière (Adriaansen, Van Achterberg et Borm, 2005).

La compétence perçue pourrait également constituer un construit d'intérêt pour les soins infirmiers palliatifs parce qu'elle permettrait aux individus d'organiser et de mobiliser efficacement leur compétence (Bandura, 1997 ; François et Botteman, 2002). Une infirmière qui possède à la fois les compétences requises et se perçoit compétente serait plus encline à prodiguer des soins de qualité (Bandura, 1986). Les gens tendent à éviter les tâches et les situations qu'ils perçoivent comme excédant leurs capacités, tandis qu'ils favorisent les activités qu'ils se jugent capables d'accomplir. En général, plus le niveau de compétence perçue est élevé, plus la personne a tendance à entreprendre des actions exigeantes et à persévérer dans l'accomplissement d'une tâche malgré les difficultés. De plus, une personne qui possède un faible niveau de compétence perçue est plus vulnérable au stress et elle anticipe l'échec plus facilement, ce qui peut détourner son attention de la meilleure manière de procéder dans ses actions. En d'autres mots, plus on se sent compétent dans un secteur donné, plus on s'y engage et persévère lors des difficultés, ce qui amène des succès et renforce la motivation à agir. En retour, en pratiquant davantage, on développe et améliore ses compétences. Ainsi, les programmes de formation en soins palliatifs gagneraient à favoriser non seulement le développement de la compétence

infirmière, mais également le développement de la compétence perçue.

Les dimensions du Plan directeur

Afin de soutenir la formation continue et l'accroissement de la compétence, le Plan directeur (MSSS, 2008) propose de catégoriser les compétences professionnelles en soins palliatifs selon 10 dimensions. Ces dimensions représentent des compétences générales et spécifiques propres à chacune des 12 disciplines les plus souvent représentées dans l'équipe interdisciplinaire, parmi lesquelles se trouve la profession infirmière (Champagne et L'Heureux, 2010). Ces dimensions sont : (1) douleur et symptômes; (2) besoins psychosociaux et spirituels; (3) besoins liés à l'organisation de la vie quotidienne; (4) agonie et décès; (5) deuil; (6) communication; (7) collaboration centrée sur la personne et ses proches; (8) questions éthiques et légales; (9) développement personnel et professionnel et (10) soins palliatifs et système de santé. Ces dimensions reflètent la complexité de la pratique en soins palliatifs, qui nécessite de nombreuses compétences de la part de tous les intervenants du milieu de la santé. Comme le précise le Plan directeur (MSSS, 2008, p. 12) : « Même si la présence et la chaleur humaine sont des éléments très importants et de bons indicateurs de qualité, les soins palliatifs sont des soins complexes qui demandent de grandes connaissances et beaucoup d'expertise de la part des intervenants qui les administrent. »

Ces dimensions peuvent être utilisées pour cibler des besoins de formation en soins palliatifs et ainsi favoriser en définitive le développement de la compétence infirmière en soins palliatifs. En rapport avec le Plan directeur, la présente étude s'insère dans un domaine de recherche qui vise l'élaboration, l'implantation et l'évaluation de programmes de formation en soins palliatifs afin de mieux soutenir le développement de la compétence infirmière et, par le fait même, favoriser l'accès à des soins de qualité.

OBJECTIFS DE CETTE ÉTUDE

Le premier objectif de cette étude est de décrire la compétence infirmière en soins palliatifs telle qu'elle est perçue par des infirmières partout au Québec qui sont exposées aux soins palliatifs dans leur pratique. Le second objectif est de formuler à partir de ces résultats une liste des principaux besoins de formation.

MÉTHODE

Le devis de recherche

Cette étude s'insère dans un plus vaste programme de recherche en cours, subventionné en partenariat par les Instituts de recherche en santé du Canada, et qui vise à améliorer le contexte dans lequel les soins palliatifs sont prodigués (Fillion et Truchon, 2007-2012). Pour la présente étude, un devis descriptif a été utilisé auprès d'une population d'infirmières de la province de Québec susceptibles de prodiguer des soins aux personnes atteintes d'une maladie grave à caractère fatal ou en fin de vie.

Participants

L'échantillon est composé à partir de la population des infirmières inscrites à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) qui ont accepté d'être contactées pour participer à des projets de recherche. Comme la population des infirmières québécoises qui prodiguent uniquement des soins palliatifs est très restreinte au Québec, l'invitation à participer au projet a été envoyée à toutes les infirmières pratiquant en soins palliatifs et dans trois autres domaines de soins où elles étaient le plus à même d'être exposées à une clientèle atteinte d'une maladie grave à caractère fatal ou en fin de vie : les soins à domicile, les soins critiques (urgence et soins intensifs) et les soins oncologiques. La population

cible comprenait 3509 infirmières. Les seuls critères d'inclusion étaient que les participantes devaient être infirmières et qu'elles devaient être susceptibles d'être exposées aux soins palliatifs dans leur pratique courante en travaillant dans l'un des quatre domaines de soins sélectionnés. L'étude a été approuvée par les comités d'éthique des établissements concernés.

La collecte de données

La collecte de données s'est déroulée entre février et août 2010. Les participantes avaient la possibilité de remplir le questionnaire en ligne par Internet ou en version papier (une enveloppe de retour préaffranchie leur était fournie). Une première section du questionnaire, élaborée dans le cadre du plus vaste programme de recherche (Fillion et Truchon, 2007-2012), visait à recueillir des données sociodémographiques générales auprès des participantes, telles que l'âge, l'expérience de travail et le degré de scolarité.

Pour répondre au premier objectif, la compétence perçue a été mesurée à l'aide du questionnaire de perception de compétence infirmière en soins palliatifs (PCISP). Cet instrument a été mis au point dans le but d'évaluer les besoins de formation des infirmières dans le domaine des soins palliatifs, ou encore pour évaluer les retombées de programmes de formation visant à améliorer la compétence infirmière en soins palliatifs (Desbiens, 2011 ; Desbiens et Fillion, sous presse). La population d'intérêt du PCISP est constituée de toutes les infirmières qui sont appelées dans leur pratique à prodiguer des soins aux personnes atteintes d'une maladie grave à caractère fatal ou en fin de vie, peu importe leur milieu de soins. L'instrument a démontré des qualités psychométriques satisfaisantes lors du processus de validation de contenu, de validation factorielle, d'évaluation de la fidélité et des caractéristiques des énoncés (Desbiens, 2011 ; Desbiens et Fillion, sous presse).

Le PCISP comprend 8 dimensions et 34 énoncés (voir Tableau 1). Il est demandé aux participantes

d'indiquer jusqu'à quel point elles se sentent capables actuellement de prodiguer des soins palliatifs. Le choix de réponse varie de 0 (je ne me sens pas capable) à 10 (je me sens hautement capable). La moyenne est utilisée pour le calcul des scores pour chacune des dimensions de même que pour le score total. À la suite des analyses psychométriques du questionnaire (Desbiens, 2011), les choix de réponse ont été regroupés en six catégories pour fin d'analyse, de la manière suivante : 0, 1, 2, 3 = 1 ; 4, 5 = 2 ; 6, 7 = 3 ; 8 = 4 ; 9 = 5 ; 10 = 6. Le Tableau 2 montre que les indices de consistance interne (alpha de Cronbach) s'avèrent adéquats pour chacune des dimensions.

Pour répondre au second objectif, les scores obtenus à chaque dimension ont été évalués selon l'intensité de la compétence perçue. Le besoin de formation est considéré comme inversement proportionnel à ce niveau d'intensité pour chacune des huit dimensions de la pratique en soins palliatifs. Les huit dimensions du PCISP s'avèrent cohérentes avec le Plan directeur (MSSS, 2008). Le Plan directeur propose 10 dimensions de compétences en soins palliatifs pour l'ensemble des membres de l'équipe interdisciplinaire (Champagne et L'Heureux, 2010), parmi lesquelles huit sont communes avec les dimensions du PCISP. En ce qui concerne la dimension du deuil du Plan directeur, celle-ci est prise en compte à l'intérieur de plusieurs énoncés du PCISP dans différentes dimensions, par exemple dans les besoins psychosociaux ou spirituels. En fait, seule la dimension du Plan directeur se référant à l'organisation des services de santé n'a pas été retenue dans le PCISP, parce qu'elle constituait plutôt une connaissance de l'organisation des soins palliatifs qu'une compétence à prodiguer des soins directs aux patients.

RÉSULTATS

La section des résultats débute par la présentation des participantes et la stratégie de traitement des données manquantes. Les analyses effectuées pour répondre aux objectifs de cette étude sont ensuite

présentées. Le logiciel SPSS (version 19) a été utilisé pour l'analyse des données.

Participant^{es}

Un total de 870 infirmières ont rempli les questionnaires, ce qui correspond à un taux de réponse de 24,8 %. Parmi les questionnaires remplis, 751 répondaient aux critères d'inclusion. Les participantes exclues avaient soit changé de domaine de pratique depuis un certain temps ou encore ne présentaient pas une pratique active des soins infirmiers (ex. : gestionnaires). Les participantes étaient âgées en moyenne de 41 ans (*é.t.* = 11) et elles possédaient une expérience moyenne en tant qu'infirmières de 17 ans et demi (*é.t.* = 11). Les domaines de pratique se répartissaient comme suit : soins à domicile (42,3 %), soins critiques (33,2 %), soins oncologiques (15,3 %) et soins palliatifs (9,2 %). Les participantes indiquaient travailler en centre hospitalier (51 %), en CLSC (43,4 %) et en maison de soins palliatifs (3,7 %). La majorité de l'échantillon était constitué de femmes (92,4 %), travaillant à temps plein (68,3 %) et possédant un diplôme universitaire de baccalauréat (56 %).

Traitement des données manquantes

Étant donné le faible pourcentage de données manquantes (de 1,5 % à 3,6 % selon les sous-échelles du PCISP) et leur distribution complètement aléatoire (test de Little, $\chi^2(135) = 123,43, p = .75$), une imputation simple a été effectuée l'aide de l'algorithme EM (*expectation-maximization*) du logiciel SPSS. C'est donc ce fichier de données complet qui a été utilisé pour les analyses.

Description de la compétence perçue

Le premier objectif poursuivi visait à décrire la compétence perçue selon les différentes dimensions de la pratique infirmière en soins palliatifs. Le Tableau 2 présente la moyenne et l'écart-type des participantes

pour chacune des sous-échelles du PCISP. On remarque que les niveaux de compétence perçue les plus faibles se réfèrent respectivement aux soins spirituels ($M = 2,87; \text{é.t.} = 1,13$), aux enjeux éthiques et légaux ($M = 3,09; \text{é.t.} = 1,15$) et aux soins psychosociaux ($M = 3,13; \text{é.t.} = 1,08$). À l'opposé, le niveau de compétence perçue le plus élevé correspond aux soins prodigués dans les dernières heures de vie ($M = 4,14; \text{é.t.} = 1,12$). Le Tableau 1 présente également la moyenne et l'écart-type pour chacun des énoncés du PCISP. Par exemple, l'énoncé de la dimension spirituelle : « Aider une personne en soins palliatifs à explorer le sens de son expérience de maladie », se trouve parmi les trois énoncés présentant la plus faible moyenne ($M = 2,66; \text{é.t.} = 1,21$), tandis que l'énoncé de la dimension soins de fin de vie : « Assurer une présence authentique auprès d'une personne en soins palliatifs et de ses proches dans les dernières heures de vie », présente la moyenne la plus élevée ($M = 4,37; \text{é.t.} = 1,27$).

Description des principaux besoins de formation

À partir des résultats précédents, le second objectif était de préciser les besoins de formation. Nous proposons de reprendre les résultats présentés au tableau 2 et d'ordonner les besoins de formation selon le niveau d'intensité des compétences perçues, du plus faible au plus fort. Ainsi, le premier besoin de formation serait lié au développement des compétences dans le domaine des soins spirituels.

DISCUSSION

Cette étude avait pour premier objectif de décrire la compétence infirmière en soins palliatifs telle qu'elle est perçue par des infirmières de différents domaines de pratique exposées aux soins palliatifs. Les résultats obtenus offrent un portrait de la compétence perçue pour des infirmières du Québec qui travaillent en soins à domicile, en soins critiques, en

soins oncologiques et en soins palliatifs. À partir de ces résultats, le second objectif de cette étude était de préciser les besoins de formation.

Les besoins spirituels constituent la dimension où les infirmières perçoivent le moins de compétence, un besoin de formation qui n'avait pas été identifié spécifiquement dans la recension des écrits précédente. Pourtant, ce résultat n'est pas si surprenant. Bien que la profession infirmière s'intéresse à la personne dans sa globalité, souvent les infirmières se sentent peu qualifiées pour prendre en compte la dimension spirituelle de leurs patients (Carr, 2008). La confrontation à la mort, la peur de l'inconnu, la douleur et la solitude engendrent souvent un questionnement et des souffrances d'ordre spirituel auprès des personnes en soins palliatifs (Desbiens, Vachon et Fillion, 2010), et les infirmières se sentent parfois impuissantes devant cette souffrance. Le rôle de l'infirmière ne consiste pas à combler tous les besoins spirituels de la personne, mais plutôt à l'accompagner dans cette démarche pour l'aider à se sentir mieux. Les besoins spirituels constituent ainsi une dimension essentielle en soins palliatifs, où l'infirmière se doit de posséder un minimum de compétence (MSSS, 2008).

Les enjeux éthiques et légaux représentent la seconde dimension où les infirmières perçoivent moins de compétence, un besoin de formation qui apparaissait également prioritaire dans la recension des écrits (Crump, et autres, 2010; Dickinson, 2007). Les soins palliatifs comportent de nombreux enjeux éthiques, tels que l'arrêt de traitement, l'alimentation, l'hydratation artificielle, l'euthanasie et la sédation palliative. Ces enjeux seront souvent abordés en équipe interdisciplinaire, car ils nécessitent l'expertise de plusieurs professionnels de la santé. Cependant, la capacité à les reconnaître et à guider la personne dans ses démarches pour y répondre constitue une compétence fondamentale pour l'infirmière qui prodigue des soins palliatifs (Matzo, Sherman, Nelson-Marten, Rhome et Grant, 2004).

Finalement, les besoins psychosociaux constituent la troisième dimension où les infirmières perçoivent

moins de compétence, ce qui s'avère cohérent avec les écrits (Fillion, et autres, 2005; Kortés-Miller et autres, 2007). Tout comme pour les soins spirituels, il semblerait que les infirmières se sentent peu préparées pour prodiguer des soins psychosociaux (Frost, Brueggen et Mangan, 1997). Le manque de formation, le manque de temps à accorder aux patients, le manque de ressources du milieu, le peu de valorisation des soins psychosociaux et le fait d'être confronté à sa propre finitude sont autant de facteurs qui peuvent expliquer cet état de fait.

Les soins spirituels, les enjeux éthiques et les soins psychosociaux constituent ainsi des besoins de formation d'importance pour les infirmières. Ces besoins pourraient être ciblés spécifiquement à l'intérieur de programmes de formation. Des études récentes effectuées dans le domaine des soins palliatifs au Québec, en Ontario et aux États-Unis montrent des résultats semblables en ce qui concerne les enjeux éthiques (Crump, et autres, 2010; Dickinson, 2007) et les soins psychosociaux (Brajtman, et autres, 2009; Fillion, et autres, 2005; Kortés-Miller, et autres, 2007), mais pas en ce qui concerne les soins spirituels. Cependant, les écrits révèlent que les infirmières, de manière générale, se sentent peu préparées pour prodiguer des soins spirituels (Carr, 2008). On note également qu'il existe une confusion chez les infirmières entre les termes religion et spiritualité et que le terme spiritualité n'est pas toujours bien défini, ce qui pourrait expliquer certains résultats contradictoires.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que les soins de fin de vie constituent la dimension où les infirmières perçoivent le plus de compétence. Intuitivement, on aurait pu penser que l'intensité des dernières heures de vie et la complexité des soins qui y sont associés comporteraient un niveau de difficulté particulier pour les infirmières. Il se peut cependant que les soins de fin de vie soient mieux délimités dans la pratique infirmière et ils peuvent avoir été abordés davantage lors de programmes de formation pratique. En effet, de tels programmes de formation mettent souvent l'accent sur le soulagement de la douleur et

des autres symptômes dans les dernières heures de vie. Une étude qualitative permettrait d'explorer plus en profondeur pourquoi les infirmières affichent un tel niveau de compétence perçue pour les soins de fin de vie.

Limites de l'étude

Malgré l'apport distinctif de cette étude, certaines limites doivent être considérées dans l'interprétation des résultats. Le faible taux de réponse (25 %) ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population infirmière. Ce faible taux de réponse est étonnant et constitue en soi un résultat. Il peut s'expliquer en partie par la période non favorable pendant laquelle s'est effectuée la collecte de données. En effet, la collecte de données a été réalisée en période de négociations des conditions de travail du personnel infirmier. Il peut également s'expliquer par l'objet de l'étude, qui portait sur les soins palliatifs. Selon les commentaires recueillis par les assistants de recherche, certaines infirmières clairement associées aux quatre domaines de pratique retenus prenaient la peine de téléphoner pour s'informer de leur admissibilité à participer à l'étude. Même si leur pratique impliquait au moins les soins de fin de vie, ces infirmières semblaient dissocier soins de fin de vie et soins palliatifs. La définition des soins palliatifs ne semble pas faire consensus et certaines infirmières pourraient ainsi s'être exclues elles-mêmes. L'incompréhension des soins de fin de vie comme étant intégrés aux soins palliatifs est d'ailleurs cohérente avec certains propos soulevés dans le récent mémoire de l'OIIQ (2010a) déposé lors de la Commission d'enquête sur la question de mourir dans la dignité. Ce mémoire fait ressortir plusieurs éléments de confusion concernant les besoins de formation en soins de fin de vie et la nécessité de mettre en place des programmes de formation pour toutes les infirmières.

En plus du faible taux de participation, on remarque que l'échantillon était peu représentatif de

la population d'intérêt, puisque 56 % des participantes à l'étude avaient un diplôme de baccalauréat alors que cette donnée se situe à 30 % dans la population des infirmières (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2010b).

Implications pour la pratique infirmière

Malgré ces limites, l'étude précise les domaines de soins palliatifs qui gagneraient notamment à être soutenus par des programmes de formation. Le PCISP permet de documenter les domaines de soins palliatifs de façon cohérente avec la récente matrice de compétence du Plan directeur (MSSS, 2008). Le PCISP constitue ainsi un instrument d'intérêt pour les soins infirmiers palliatifs, qui peut être utilisé de manière complémentaire avec le Plan directeur. Il peut être utilisé dans des organisations pour dresser un plan d'ensemble des besoins de formation des infirmières. Le nombre élevé de dimensions du PCISP permet de cibler des secteurs prioritaires de formation, pour ainsi répondre aux besoins actuels des infirmières. Il est aussi possible de cibler plus précisément des besoins de formation dans une dimension en particulier, en utilisant les réponses aux énoncés de cette dimension. Par exemple, on remarque dans l'étude actuelle que pour la dimension des besoins physiques et des autres symptômes, l'énoncé qui affiche la plus faible moyenne est : « Détecter de manière précoce le délirium chez une personne en soins palliatifs. » On pourrait donc penser qu'une formation ciblant plus particulièrement les troubles cognitifs en fin de vie pourrait s'avérer d'intérêt pour ces infirmières.

Le PCISP permet également d'assurer un suivi des besoins de formation, puisqu'il peut être utilisé avant et après un programme de formation pour en évaluer les effets. Le PCISP constitue aussi une mesure d'intérêt parce qu'il peut être associé à une meilleure qualité des soins et à un plus grand bien-être des infirmières. Comme il a été mentionné précédemment, les infirmières qui présentent un niveau

plus élevé de compétence perçue seront plus à même de mettre en œuvre les compétences acquises au cours du programme de formation et de les maintenir même devant les difficultés, pour ainsi améliorer la qualité de leurs soins (Desbiens, 2011). De plus, ces infirmières afficheraient une meilleure maîtrise du stress au travail et un plus grand bien-être personnel.

CONCLUSION

Cette étude a permis de dresser un portrait plus large de la compétence infirmière en soins palliatifs au Québec telle qu'elle est perçue par des infirmières de différents milieux de pratique. La mesure de la compétence perçue a été utilisée pour mettre en évidence des besoins de formation dans les domaines des soins psychosociaux et spirituels et des enjeux éthiques. Dans une prochaine étape, il conviendrait d'évaluer l'effet de différents programmes de formation sur la compétence perçue des infirmières, afin de pouvoir cibler et décrire les solutions qui s'avèrent les plus prometteuses pour favoriser le développement de la compétence infirmière en soins palliatifs. Il serait intéressant également d'explorer plus en profondeur le lien entre la compétence perçue et la qualité des soins infirmiers, de même que sa relation avec la santé émotionnelle et le bien-être des infirmières.

RÉFÉRENCES

- Adriaansen, M., T. Van Achterberg et G. Borm (2005). « Effects of a postqualification course in palliative care ». *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), p. 96-103.
- Association canadienne de soins palliatifs. (2008). Feuille de données : les soins palliatifs au Canada. [En ligne] [à http://www.chpca.net/uploads/files/francais/politique_public/Feuille_de_donnees_Les_soins_palliatifs_au_Canada_Octobre_2010.pdf].
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey, Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, W. H. Freeman.
- Bandura, A. (2006). « Guide for Constructing Self-Efficacy Scales ». Dans F. Pajares et T. Urdan (éd.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (vol. 5, p. 307-337). Greenwich, CT, Information Age Publishing.
- Brajtman, S., F. Fothergill-Bourbonnais, A. Casey, D. Alain et F. Fiset (2007). « Providing direction for change: Assessing Canadian nursing students learning needs ». *International Journal of Palliative Nursing*, 13(5), p. 213-221.
- Brajtman, S., F. Fothergill-Bourbonnais, V. Fiset et D. Alain (2009). « Survey of educators' end-of-life care learning needs in a Canadian baccalaureate nursing programme ». *International Journal of Palliative Nursing*, 15(5), p. 233-241.
- Campbell, B. et G. Mackay (2001). « Continuing competence: An Ontario nursing regulatory program that supports nurses and employers ». *Nursing Administration Quarterly*, 25(2), p. 22-30.
- Carr, T. (2008). « Mapping the processes and qualities of spiritual nursing care ». *Qualitative Health Research*, 18(5), p. 686-700.
- Champagne, M. et M. L'Heureux (2010). « Le plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs : Regard sur la méthodologie ». *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 10(1), p. 83-97.
- Crump, S. K., M.-A. Schaffer et E. Schulte (2010). « Critical care nurses' perceptions of obstacles, supports, and knowledge needed in providing quality end-of-life care ». *Dimensions Of Critical Care Nursing: DCCN*, 29(6), p. 297-306.
- Desbiens, J.-F. (2011). *Développement et validation d'une mesure de perception de compétence infirmière en soins palliatifs* (thèse doctorale). Université Laval, Québec.

- Desbiens, J.-F. et L. Fillion (sous presse). « Development of the palliative care nursing self-competence scale ». *Journal of Hospice & Palliative Nursing*.
- Desbiens, J.-F., M. Vachon et L. Fillion (2010). « Favoriser le bien-être spirituel ». Dans P. A. Potter et A. G. Perry (éd.), *Soins infirmiers : fondements généraux* (3^e éd., p. 404-421). Montréal, Québec Chenelières Éducation.
- Dickinson, G. E. (2007). « End-of-life and palliative care issues in medical and nursing schools in the United States ». *Death Studies*, 31(8), p. 713-726.
- Fillion, L., M. Fortier et R.L. Goupil (2005). « Educational needs of palliative care nurses in Québec ». *Journal of Palliative Care*, 21(1), p. 12-18.
- Fillion, L. et M. Truchon (2007-2012). *Vers l'amélioration des services et des soins de fin de vie : mieux comprendre l'impact du milieu de travail sur la satisfaction et le bien-être des infirmières*. Recherche subventionnée, Instituts de recherche en santé du Canada.
- François, P.-H. (1998). « Sentiment d'efficacité et compétences : Une approche sociale cognitive ». *Éducation permanente*, 135, p. 45-55.
- François, P.-H. et A. E. Botteman (2002). « Théorie sociale cognitive de Bandura et bilan de compétences : Applications, recherches et perspectives critiques ». *Carriérologie*, 8(3), p. 519-543.
- Frost, M., C. Brueggen et M. Mangan, M. (1997). « Intervening with the psychosocial needs of patients and families: Perceived importance and skill level ». *Cancer Nursing*, 20(5), p. 350-358.
- Kortes-Miller, K., S. Habjan, M. L. Kelley et M. Fortier (2007). « Development of a palliative care education program in rural long-term care facilities ». *Journal of Palliative Care*, 23(3), p. 154-162.
- Matzo, M. L., D. W. Sherman, P. Nelson-Marten, A. Rhome et M. Grant (2004). « Ethical and legal issues in end-of-life care: Content of the end-of-life nursing education consortium curriculum and teaching strategies ». *Journal for Nurses in Staff Development*, 20(2), p. 59-66.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Politique en soins palliatifs de fin de vie*. Québec, Auteur. [En ligne] [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/ documentation/2004/04-828-02.pdf>].
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*. Québec, Auteur. [En ligne] [<http://www.aqsp.org/images/PlanDirecteurDeveloppementCompetencesInterven.pdf>].
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010a). *Mourir dans la dignité : développer d'abord les soins palliatifs. Mémoire présenté à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité*. Westmount, Québec, Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2009-2010*. Westmount, Québec, Auteur.
- Payne, S., S. Hawker, C. Kerr, D. Seamark, N. Jarrett et H. Roberts (2007). « Healthcare workers' skills: Perceived competence and experiences of end-of-life care in community hospitals ». *Progress in Palliative Care*, 15(3), p. 118-125.
- Santé Canada. (2007). *Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie : Rapport final*. Ottawa, Santé Canada.
- Schunk, D. H. et F. Pajares (2005). « Competence perceptions and academic functioning. » dans A. J. Elliot et C. S. Dweck (éd.), *Handbook of competence and motivation* (p. 85-104). New York, The Guilford Press.
- Secrétariat des soins palliatifs et des soins en fin de vie de Santé Canada. (2002). *Atelier de planification d'action nationale sur les soins en fin de vie : Rapport d'atelier*. Ottawa, Santé Canada.
- Sénat du Canada. (2000). *Des soins de fin de vie de qualité : Chaque Canadien et Canadienne y a droit*. Ottawa, Sénat du Canada.
- Sheehan, D. K. et P. Malloy (2010). « Nursing Education ». Dans B. R. Ferrell et N. Coyle (éd.), *Oxford Textbook of Palliative Nursing* (3^e éd., p. 1193-1210). New York, Oxford University Press.

Tableau 1

Liste des dimensions et des énoncés du PCISP avec moyennes et écart-type (N = 751)

Dimensions et énoncés du PCISP^a		<i>M</i>	<i>é.t.</i>
Besoins physiques: douleur et autres symptômes			
1.	Évaluer la douleur chez une personne en soins palliatifs qui ne peut pas communiquer.	3,36	1,30
2.	Utiliser de manière efficace les interventions pharmacologiques pour soulager la douleur d'une personne en soins palliatifs.	3,87	1,37
3.	Utiliser des interventions non pharmacologiques et complémentaires pour soulager la douleur d'une personne en soins palliatifs.	3,10	1,32
4.	Prodiguer des soins efficaces pour soulager les nausées et vomissements chez une personne en soins palliatifs.	3,74	1,31
5.	Prodiguer des soins efficaces pour soulager la constipation chez une personne en soins palliatifs.	4,01	1,27
6.	Prodiguer des soins efficaces pour soulager la dyspnée chez une personne en soins palliatifs.	3,57	1,32
7.	Prodiguer des soins de bouche appropriés pour favoriser le confort d'une personne en soins palliatifs.	4,27	1,32
8.	Détecter de manière précoce le délirium chez une personne en soins palliatifs.	3,09	1,31
Besoins psychosociaux			
9.	Prodiguer des soins efficaces pour diminuer la détresse psychologique d'une personne en soins palliatifs et de ses proches.	3,08	1,21
10.	Accompagner une personne en soins palliatifs et ses proches dans leur expérience de deuil.	3,33	1,34
11.	Évaluer l'impact d'une maladie grave à caractère fatal sur la dynamique familiale.	3,10	1,26
12.	Aider une personne en soins palliatifs et ses proches à identifier leurs ressources personnelles pour faire face aux difficultés liées à une maladie grave à caractère fatal.	3,02	1,19
Besoins spirituels			
13.	Évaluer les besoins spirituels d'une personne en soins palliatifs et de ses proches.	3,01	1,30
14.	Reconnaître la détresse spirituelle chez une personne en soins palliatifs et ses proches.	2,79	1,26
15.	Aider une personne en soins palliatifs à explorer le sens de son expérience de maladie.	2,66	1,21
16.	Adapter les soins en fonction des croyances spirituelles d'une personne en soins palliatifs et de ses proches.	3,02	1,29
Besoins liés au statut fonctionnel			
17.	Évaluer les besoins liés aux activités de la vie quotidienne chez une personne en soins palliatifs.	3,74	1,35
18.	Aider une personne en soins palliatifs à maintenir son autonomie le plus longtemps possible.	3,77	1,33
19.	Mettre en place des interventions appropriées pour aider à diminuer l'épuisement des proches d'une personne en soins palliatifs.	3,49	1,38
Enjeux éthiques et légaux			
20.	Reconnaître promptement les enjeux éthiques présents dans les situations de soins chez une personne en soins palliatifs.	3,02	1,29
21.	Procurer de l'information à une personne en soins palliatifs concernant les aspects légaux associés à une maladie grave à caractère fatal.	2,46	1,27
22.	Aider une personne en soins palliatifs à prendre des décisions éclairées concernant les soins de fin de vie.	3,19	1,35
23.	Défendre les intérêts d'une personne en soins palliatifs et de ses proches auprès des autres professionnels.	3,69	1,40
Collaboration interprofessionnelle et communication			
24.	Participer activement aux discussions concernant une situation de soins palliatifs lors des rencontres de l'équipe interdisciplinaire.	3,96	1,42
25.	Favoriser la communication entre la personne en soins palliatifs, ses proches et les professionnels de la santé pour assurer le partage d'information.	3,96	1,29
26.	Favoriser la communication entre les différents professionnels de la santé lorsqu'un conflit surgit concernant les soins d'une personne en soins palliatifs et de ses proches.	3,66	1,32

Dimensions et énoncés du PCISP ^a	<i>M</i>	<i>é.t.</i>
Enjeux personnels et professionnels liés aux soins		
27. Reconnaître comment mes croyances personnelles et professionnelles peuvent influencer les soins que je prodigue à une personne en soins palliatifs et à ses proches.	3,96	1,18
28. Faire face aux pertes et aux deuils liés aux soins des personnes en soins palliatifs et de leurs proches.	3,66	1,20
29. Reconnaître mes ressources personnelles pour gérer le stress lié aux soins d'une personne en soins palliatifs et de ses proches.	3,70	1,17
30. Discuter de la mort avec une personne en soins palliatifs et ses proches.	3,74	1,37
Soins de fin de vie		
31. Prodiger des soins efficaces pour soulager la détresse respiratoire dans les dernières heures de vie.	4,12	1,35
32. Reconnaître les signes et les symptômes d'une mort imminente chez une personne en soins palliatifs.	4,33	1,32
33. Assurer une présence authentique auprès d'une personne en soins palliatifs et de ses proches dans les dernières heures de vie.	4,37	1,27
34. Favoriser l'expression des traditions culturelles et religieuses de la personne en soins palliatifs et de ses proches dans les dernières heures de vie.	3,76	1,31

Note^a Les personnes intéressées à utiliser le PCISP dans leur milieu de soins sont priées de communiquer avec Jean-François Desbiens à l'adresse courriel : jean-francois.desbiens@fsi.ulaval.ca.

Tableau 2
Statistiques descriptives et indice de fidélité du PCISP (N = 751)

Dimensions du PCISP	Étendue	<i>M</i>	<i>é.t.</i>	α^a
Besoins physiques : douleur et autres symptômes	1-6	3,63	1,03	.91
Besoins psychosociaux	1-6	3,13	1,08	.89
Besoins spirituels	1-6	2,87	1,13	.92
Besoins liés au statut fonctionnel	1-6	3,67	1,23	.91
Enjeux éthiques et légaux	1-6	3,09	1,15	.89
Collaboration interprofessionnelle et communication	1-6	3,86	1,24	.92
Enjeux personnels et professionnels liés aux soins	1-6	3,76	1,05	.86
Soins de fin de vie	1-6	4,14	1,12	.88

Note^aIndice d'alpha de Cronbach

NOTES

1. Le terme infirmière est utilisé au féminin uniquement afin d'alléger le texte et désigne autant les infirmières que les infirmiers.