

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
ANNIE MÉNARD

PRISE EN CHARGE DES DOULEURS MUSCULOSQUELETTIQUES
CHRONIQUES CHEZ L'ADULTE : PRATIQUE ET SENTIMENT
D'AUTOEFFICACITÉ DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN
SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

AVRIL 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

Ce mémoire a été dirigé par :

Aurélie Baillot, directrice de recherche, Ph. D. Université du Québec en Outaouais

Lucie Lemelin, codirectrice de recherche, inf., Ph. D. Université du Québec en Outaouais

Annie Rioux-Dubois, codirectrice de recherche, IPSPL, Ph. D. Université du Québec en Outaouais

Jury d'évaluation du mémoire :

Valérie Lebel, présidente du jury, inf., Ph. D., Université du Québec en Outaouais

Lysane Paquette, membre examinatrice, inf., Ph. D., Université du Québec en Outaouais

Sommaire

Dans une optique d'améliorer l'accès aux soins de santé en première ligne au Québec, les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) prennent en charge plusieurs problématiques de santé dont les douleurs musculosquelettiques (MSQ) chroniques chez l'adulte, pour lesquelles la prévalence est considérable. En dépit de cette responsabilité importante, la formation aux cycles supérieurs des IPSPL en regard des problématiques MSQ semble assez brève pour soutenir ces professionnelles dans l'éventail de l'offre de services nécessaires à la première ligne, et ce, en face d'une évolution continue de leur champ de pratique. La capacité de prise en charge des adultes ayant des douleurs MSQ chroniques ainsi que le sentiment d'autoefficacité à cet effet sont essentiels pour offrir des soins de qualité accessibles en première ligne, situation pour laquelle la littérature semble pauvre en données, et aucune n'a porté sur les IPSPL du Québec. Un devis descriptif a été utilisé afin d'identifier la fréquence de réalisation des étapes de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte par les IPSPL, d'évaluer leur sentiment d'autoefficacité associé et d'explorer les facteurs l'influençant par le biais d'un questionnaire en ligne rempli par 127 répondantes. Les résultats indiquent que les IPSPL répondantes, de divers milieux de première ligne au Québec, présentaient un sentiment d'autoefficacité généralement élevé dans leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Les hommes IPSPL de cette étude réalisaient moins fréquemment les éléments de prise en charge ($R_b = -0,240, p = 0,007$). Les participantes ayant un plus grand nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ réalisaient plus fréquemment des éléments de prise en charge ($R_s = 0,182, p = 0,041$), et

il en était de même pour le sentiment d'autoefficacité (score total) ($R_s = 0,555$, $p < 0,001$). Dans la régression multivariée, seul le sentiment d'autoefficacité (score total) était significativement associé à la pratique (score total), présentant un coefficient ajusté $\beta = 0,590$ et une significativité inférieure à 0,001. Ainsi, un sentiment d'autoefficacité élevé chez les IPSPL de cette étude augmentait la probabilité qu'elles effectuent l'élément de prise en charge concerné dans leur pratique. Il s'avère donc pertinent de s'intéresser à la formation des IPSPL (initiale et continue) pour évaluer si un rehaussement s'avèrerait nécessaire, ainsi qu'à leur sentiment d'autoefficacité dans la prise en charge en première ligne, qui pourrait bénéficier d'une formation initiale révisée, dans une perspective de perfectionnement de leur pratique infirmière avancée.

Mots-clés : Infirmières praticiennes, pratique infirmière avancée, première ligne, prise en charge, douleurs musculosquelettiques chroniques, sentiment d'autoefficacité, adulte.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	11
Liste des figures	12
Liste des abréviations	13
Remerciements	xiv
Introduction	16
Problématique	19
But de l'étude	25
Pertinence de l'étude	25
Recension des écrits	27
Stratégies de recherche documentaire	28
Prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte en première ligne.....	29
Lignes directrices et démarche clinique.....	29
Pratiques spécifiques.....	34
Le rôle, la pratique et la formation des IPSPL au Québec	36

Description du rôle des IPSPL au Québec.....	36
Description de la pratique des IPSPL au Québec	38
Description de la formation des IPSPL au Québec.....	39
Le sentiment d'autoefficacité chez les IPSPL au Québec	41
Définition du sentiment d'autoefficacité	42
Facteurs associés au sentiment d'autoefficacité chez les IPSPL	43
L'impact du sentiment d'autoefficacité dans la pratique des IPSPL	45
Objectifs spécifiques de l'étude	47
Cadre de référence.....	49
Présentation du Nursing Role Effectiveness Model.....	50
Utilisation du <i>Nursing Role Effectiveness Model</i> dans différents contextes	53
Utilisation du Nursing Role Effectiveness Model dans cette étude	56
Concept du sentiment d'autoefficacité dans cette étude.....	58
Méthode.....	60
Devis de recherche	61
Milieu de la recherche	62

Population cible et échantillon	62
Échantillonnage et recrutement	63
Déroulement de l'étude et de la collecte de données	64
Variables à l'étude	65
Instruments de mesure et de collecte de données	71
Analyses des données	73
Analyses descriptives	74
Analyses d'association	75
Analyses qualitatives	75
Considérations éthiques	77
Résultats	79
Description de l'échantillon	80
La pratique des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte	84
Description de l'évaluation clinique	84
Description de l'investigation clinique	86

Description de la gestion clinique.....	88
Le sentiment d’autoefficacité des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l’adulte	90
Facteurs associés à la pratique des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l’adulte	94
Opinion des participantes en regard de la formation initiale des IPSPL du Québec sur les problématiques MSQ	97
Discussion	101
La pratique des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l’adulte	102
Le sentiment d’autoefficacité des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l’adulte	106
Facteurs associés à la pratique des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l’adulte	108
Opinion des participantes en regard de la formation initiale des IPSPL du Québec sur les problématiques MSQ	110
Limites de l’étude	113
Retombées	116
Retombées pour la recherche.....	116
Retombées pour la pratique	117
Retombées pour la formation.....	117

Retombées pour la gestion.....	118
Retombées pour la politique	119
Conclusion	120
Références.....	123
Appendice A. Utilisation de la méthode PICO	132
Appendice B. Détails des stratégies de recherche documentaire.....	134
Appendice C. CHERRIES	137
Appendice D. Questionnaire.....	144
Appendice E. Affiche de recrutement.....	164
Appendice F. Formulaire de consentement.....	166
Appendice G. Commentaires des participantes en lien avec la question 9.....	172
Appendice H. Repérage et catégorisation des unités significatives des commentaires des participantes en lien avec la question 9.....	179
Appendice I. Codage des unités significatives des commentaires des participantes en lien avec la question 9 selon les catégories.....	187
Appendice J. Formulaire d’attestation d’évaluation scientifique.....	194
Appendice K. Approbation éthique.....	197

Appendice L. Distributions de fréquences de la pratique pour l'évaluation clinique....	200
Appendice M. Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour l'évaluation clinique.....	203
Appendice N. Distributions de fréquences de la pratique pour l'investigation clinique	205
Appendice O. Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour l'investigation clinique.....	207
Appendice P. Distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique.....	209
Appendice Q. Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique	212
Appendice R. Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé à la pratique	215
Appendice S. Extraits des commentaires des participantes	220

Liste des tableaux

Tableau

1 Concepts et variables de l'étude

2 Lexique des catégories des unités significatives

3 Caractéristiques des IPSPL participantes

4 Relations entre les caractéristiques des IPSPL participantes et leur pratique en regard des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte

5 Facteurs associés à la pratique des IPSPL participantes en regard des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte

Liste des figures

Figure

1 *The Nursing Role Effectiveness Model (NREM)*

2 *Conceptual framework for evaluating the ACNP role*

3 Adaptation du NREM dans le cadre de la présente étude

4 Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour l'évaluation clinique

5 Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour l'investigation clinique

6 Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique

7 Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé à la pratique pour l'évaluation clinique

8 Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé à la pratique pour l'investigation clinique

9 Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé à la pratique pour la gestion clinique

Liste des abréviations

AIPSQ : Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec

CHERRIES : Checklist for Reporting Results of Internet E-Survey

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CLSC : Centre local de services communautaires

CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail

ÉT : Écart type

GMF : Groupe de médecine familiale

GMF-U : Groupe de médecine familiale universitaire

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

IPS : Infirmières praticiennes spécialisées

IPSPL : Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

MSQ : Musculosquelettiques

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NREM : Nursing Role Effectiveness Model

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

UMF : Unité de médecine de famille

UQO : Université du Québec en Outaouais

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement plusieurs personnes qui ont pris part à l'élaboration de ce mémoire de maîtrise. D'abord, ma directrice de mémoire, Aurélie Baillot, qui a toujours démontré une disponibilité et une présence exceptionnelle depuis le tout début de mon cheminement. Ensuite, ma co-directrice Annie Rioux-Dubois, qui a gentiment accepté de se joindre à ma direction de recherche vers la fin du projet. Je tiens également à remercier Lucie Lemelin, qui, malgré qu'il lui a été impossible de terminer le projet à mes côtés comme co-directrice, m'a offert de précieux conseils. Je remercie aussi Éric Tchouaket Nguemeleu, qui a généreusement répondu à plusieurs interrogations au fil de ce projet. Ce fut un privilège d'être guidée dans ce processus et ces apprentissages par des professeurs aussi compétents, rigoureux et avec autant d'engagement. Je remercie également la présidente du jury, Valérie Lebel, et Lysane Paquette, membre examinatrice, pour leur disponibilité et leur apport constructif.

Je tiens également à remercier ma famille et mes ami(e)s pour leur support et leurs encouragements durant ce projet. J'ai une pensée spéciale pour ma collègue et amie étudiante Élisabeth, que j'ai rencontrée dans le cadre de notre maîtrise. Nous nous sommes liées d'amitié et supportées mutuellement dans cette aventure, qui se serait avérée très solitaire sans cette précieuse amitié. Finalement, je remercie mon mari Gilbert pour son essentiel soutien dans mes études, et mes filles Blanche et Marguerite pour leur résilience face aux nombreuses heures accordées à ce travail. Elles ont été ma motivation à

persévérer pour leur démontrer la possibilité d'être une femme, une mère et une professionnelle accomplie et équilibrée dans ses rôles.

Introduction

La pratique infirmière avancée, encore jeune au Québec, est en évolution constante depuis ses débuts. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) semblent particulièrement concernées par cette réalité, leur champ de pratique s'élargissant constamment avec l'augmentation de leurs activités réservées (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2021a). Ces professionnelles ont donc un rôle de plus en plus complexe en première ligne, face à certaines problématiques de santé très répandues, comme les douleurs musculosquelettiques (MSQ) chroniques chez l'adulte.

En effet, les problématiques MSQ, très fréquentes et variées dans la population en général (Babatunde et al., 2020; El-Tallawy et al., 2021), évoluent souvent en douleurs MSQ chroniques (El-Tallawy et al., 2021). Cela explique leur grande prévalence chez l'adulte en première ligne, une réalité internationale qui touche également le Québec (Browne & Merrill, 2015; Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2021). Les IPSPL du Québec se retrouvent ainsi grandement exposées à cette problématique de santé à travers un rôle et une pratique en constante évolution (OIIQ, 2021a), et apparemment avec peu de lignes directrices ou guides de pratique optimale. Par surcroît, il semblerait que la formation initiale des IPSPL comporterait peu d'heures attribuées à cette problématique, soit environ 30 heures (Université de Montréal, 2021; Université de Sherbrooke, 2021).

Cette étude a donc émergé de ces constats dans un contexte où la littérature scientifique semble pauvre en données empiriques décrivant cet aspect de la pratique des IPSPL, à l'international et au Québec. Ainsi, cette étude vise à décrire la pratique des

IPSPL lors de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte et leur sentiment d'autoefficacité associé. Ce mémoire présente donc la problématique, le but et la pertinence de l'étude, ainsi qu'une recension des écrits sur le sujet. Les objectifs spécifiques et le cadre de référence de l'étude sont ensuite présentés, puis la méthode utilisée. Finalement, les résultats et la discussion, incluant les retombées, sont présentés avant la conclusion du mémoire.

Problématique

Il y a présentement au Québec une volonté politique d'augmenter l'accès aux soins de santé en première ligne. Ceci se traduit notamment par des incitatifs financiers destinés à améliorer l'accès à la profession des IPSPL et à soutenir les programmes de formation aux cycles supérieurs de ces infirmières en pratique avancée (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2023). Ces mesures de soutien gouvernementales répondent directement aux besoins d'augmenter les effectifs infirmiers spécialisés, de manière à améliorer l'accès aux soins de santé en première ligne (Ferlatte, 2019; Guillaumie et al., 2020; OIIQ, 2021a). Les IPSPL prennent en charge diverses conditions de santé en première ligne, telles que les problématiques MSQ (OIIQ, 2021a), qui touchent les tissus mous (muscles, tendons, ligaments), les os et/ou les articulations en général (Creech et al., 2011; INSPQ, 2021). Les problématiques MSQ sont fréquentes et très variées dans la population (Babatunde et al., 2020; El-Tallawy et al., 2021) et elles évoluent en douleurs MSQ chroniques dans 39 à 45 % des cas chez les adultes âgés de 18 ans et plus (El-Tallawy et al., 2021). Les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte seraient donc les problématiques MSQ les plus répandues (Browne & Merrill, 2015). La douleur MSQ est dite « chronique » lorsqu'elle perdure depuis plus de trois mois (Creech et al., 2011).

La littérature scientifique internationale fait état d'une grande prévalence, voire omniprésence des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte en première ligne, et ce, indépendamment de l'origine de la douleur en question (p. ex., blessure liée au travail, traumatique, cancéreuse ou autre) ou du site de la douleur (p. ex., cervicale, dorsale, lombaire ou autre). Au Royaume-Uni, cette problématique engendrerait 50 millions de consultations par année pour une perte de 10 millions de jours de travail par année

(Babatunde et al., 2020). Aux États-Unis, un adulte sur deux présenterait une douleur MSQ chronique, ce qui occasionnerait d'énormes pertes financières, soient 874 milliards de dollars au regard du coût annuel des traitements et des salaires perdus, et occuperait 18 % de toutes les visites médicales du pays (Browne & Merrill, 2015). Le Québec ne semble pas épargné par la prévalence élevée des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte en première ligne. En effet, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) indique qu'en janvier 2021, plus d'un million de travailleurs rapportaient une douleur MSQ chronique, ce qui représenterait environ un travailleur sur quatre. Cette situation causerait plus de cinq millions de jours d'absence au travail au cours d'une année, dont 2,4 millions de jours seraient indemnisés par la CNESST (INSPQ, 2021). Cette situation semble d'ailleurs perdurer depuis longtemps. En effet, de 2010 à 2012, les douleurs MSQ chroniques représentaient 33 % des lésions professionnelles indemnisées par la CNESST, et le coût des indemnités liées à cette problématique s'est élevé à environ 759 millions de dollars en 2019 (INSPQ, 2021).

La prévalence importante des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, adressées en première ligne, entraîne donc des enjeux économiques importants dans lesquels naviguent les professionnels de la santé impliqués dans leur prise en charge, comme les médecins omnipraticiens, les IPSPL et infirmières, les physiothérapeutes et les chiropraticiens (Babatunde et al., 2020; Ball, Walton, & Hawes, 2007; Hawk et al., 2020). Par ailleurs, au niveau clinique, certains aspects doivent être considérés dans la prise en charge de cette problématique, incluant la satisfaction de la personne soignée, la diminution de sa douleur et l'augmentation de sa capacité fonctionnelle et de sa qualité de vie (Babatunde et al.,

2020; El-Tallawy et al., 2021). Par surcroît, ces aspects cliniques doivent être adressés dans une approche multidisciplinaire par les professionnels de la santé (El-Tallawy et al., 2021), selon leur expertise spécifique, tout en mettant en avant-plan une vision holistique de cette problématique multifactorielle (Ball et al., 2007).

Ainsi, les enjeux économiques et les aspects cliniques associés à la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte font partie intégrante de la réalité de pratique des IPSPL du Québec, dont le nombre s'est rapidement accru, passant de 568 IPSPL en 2020 à 647 IPSPL en 2021 (OIIQ, 2021b), puis à 812 en 2022 (OIIQ, 2022). L'augmentation du nombre d'IPSPL au Québec se traduit aussi par l'accroissement de leur présence et leur portée d'action dans les milieux de première ligne, comme les groupes de médecine familiale (GMF), les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les centres locaux de services communautaires (CLSC) (OIIQ, 2021a). Leur champ de pratique s'est aussi beaucoup élargi au cours des années, entre autres avec l'ajout de l'établissement de diagnostic de maladies qui présentent des critères diagnostiques et des manifestations cliniques reconnus (OIIQ, 2021a), et le plus récent ajout de la prise en charge de personnes soignées présentant des lésions professionnelles (accidents et maladies professionnelles) avec la CNESST (CNESST, 2023).

Dans la réalité de cette évolution du rôle et de la pratique des IPSPL du Québec, ces professionnelles doivent pouvoir compter sur une formation initiale adéquate pour bâtir leur capacité à prendre en charge les problématiques de santé qui les concernent, comme les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Cependant, lorsqu'on examine les cursus des

programmes universitaires du Québec concernés par la formation des futures IPSPL, ceux-ci comporteraient environ 30 heures de formation destinées aux problématiques MSQ, alors que ceux des futurs médecins omnipraticiens en comporteraient environ 400 heures (Université de Montréal, 2021; Université de Sherbrooke, 2021). Pourtant, les activités professionnelles des IPSPL ont maintenant une grande portée dans ce domaine, en vertu d'un champ d'exercice leur octroyant une grande latitude d'action (OIIQ, 2021a). Cette situation ne semble cependant pas être unique au Québec. Aux États-Unis, une enquête menée en 2014 montre que les IPSPL recevaient moins de 10 heures de formation sur les problématiques MSQ (courantes) découlant vers un manque perçu de connaissances et de confiance quant à la prise en charge de ces problématiques (Benham & Geier, 2016). Ces perceptions de fragilité à la prise en charge de ces conditions ont aussi été repérées chez les médecins omnipraticiens au Royaume-Uni, au Canada et aux États-Unis, où Mashov et Tabenkin (2011) ont conclu dans une enquête similaire que les médecins présentaient une déficience au niveau de leurs connaissances et compétences quant à leur prise en charge des conditions MSQ.

Ainsi, la prise en charge des conditions de santé en première ligne est influencée d'une part, par la formation, mais d'autre part, par des guides de pratiques optimales visant l'amélioration et la standardisation de la qualité des soins (Lin et al., 2018). Cependant, il semble y avoir au Québec peu de ce genre de guides précisément pour le domaine des problématiques MSQ, visant à soutenir la pratique de prise en charge des IPSPL et de leurs équipes. Pourtant, au Québec, il existe divers outils d'aide aux décisions cliniques, comme l'outil interactif pour une utilisation optimale de l'imagerie par résonance

magnétique dans les cas de douleurs MSQ chez l'adulte (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2017), mais ils ne constituent pas des guides de pratique clinique qui peuvent soutenir la prise en charge des problématiques concernées.

Il existe néanmoins au Québec des algorithmes de prise en charge de certaines problématiques spécifiques, comme la douleur neuropathique ou la douleur lombaire (MSSS, 2015 ; 2021a), mais ceux-ci ne ciblent pas l'ensemble des douleurs MSQ chroniques et présentent une certaine complexité d'utilisation, n'assurant donc pas une description sûre de la pratique des professionnels concernés. Enfin, l'absence apparente de lignes directrices spécifiques pour la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte et la pauvreté des données empiriques décrivant cet aspect de la pratique des IPSPL rendent difficile de savoir comment ces professionnelles adressent cette problématique.

Dans le contexte d'une formation des IPSPL aux cycles supérieurs comportant un nombre limité d'heures de formation sur les problématiques MSQ, et surtout, qui ne semble pas proportionnelle en rapport à la prévalence, aux impacts et à la complexité de la problématique, cette situation soulève un questionnement sur le sentiment d'autoefficacité des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, c'est-à-dire le jugement qu'elles portent quant à leur capacité à prendre en charge cette problématique (Bandura & Adams, 1977), notion pour laquelle il ne semble pas non plus y avoir de données empiriques.

But de l'étude

Dans cet ordre d'idée, le but de l'étude est de décrire la pratique des IPSPL lors de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte et leur sentiment d'autoefficacité associé.

Pertinence de l'étude

La pertinence de cette étude pour la discipline infirmière se traduit d'abord en mettant en avant-plan les quatre concepts du métaparadigme infirmier de Fawcett (1996), faisant ainsi progresser cette discipline. En effet, le concept de soin est adressé par la description de la pratique des IPSPL dans la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Le concept de personne est articulé autour de la clientèle ciblée, c'est-à-dire les adultes, comme personnes soignées dans leur environnement de vie, suivant leur prise en charge en première ligne et leurs contextes de soins. Puis, le concept de santé est énoncé à travers cette problématique, soit les douleurs MSQ chroniques. Donc, la problématique à l'étude est directement en lien avec le centre d'intérêt de la discipline infirmière et contribue à faire avancer les connaissances sur ce sujet.

D'autre part, dans cette recherche, l'intérêt porté au sentiment d'autoefficacité des IPSPL dans le contexte de la prise en charge des douleurs MSQ chez l'adulte est pertinent et prioritaire en regard de quatre aspects : 1) la prévalence de la problématique d'intérêt en première ligne, 2) le nombre d'heures attribué à cette problématique dans la formation initiale des IPSPL, 3) l'élargissement et les changements constants du champ de pratique

des IPS, et 4) l'annonce du changement réglementaire de la CNESST pour reconnaître le rôle et l'intervention des IPSPL dans les dossiers des travailleurs ayant des maladies ou lésions professionnelles, exposant encore plus ces professionnelles à la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte.

Cette recherche veille aussi à s'intéresser de près à la pratique infirmière avancée, ce qui est pertinent dans le cadre du développement de spécialisations (dites « avancées ») à l'intérieur de la discipline, résultant en de récents rôles et pratiques professionnelles au Québec pour lesquels des connaissances sont nécessaires. La genèse de nouvelles connaissances au niveau de la pratique infirmière avancée permet de souligner son apport particulier et son importance dans le champ disciplinaire et pour la société, aux fins de la propulser davantage, et ce, dans une perspective émancipatoire et politique.

La pertinence de l'étude se reflète au niveau de la société puisque les douleurs MSQ chroniques chez les adultes ont une forte prévalence en première ligne et qu'elles entraînent des conséquences économiques significatives tout comme des enjeux importants pour les professionnels du système de santé québécois. De plus, dans l'optique d'offrir à la population des soins de première ligne accessibles et de qualité, il est impératif de s'intéresser à la pratique des IPSPL lors de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte.

Recension des écrits

Stratégies de recherche documentaire

La recension des écrits en lien avec cette étude est divisée en trois sections selon les thématiques recoupées par l'étude : 1) la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte en première ligne, 2) le rôle et la pratique de l'IPSPL au Québec, ainsi que 3) le sentiment d'autoefficacité des IPSPL. Les concepts clés de la recherche documentaire ont d'abord été identifiés avec la méthode PICO (population à l'étude ou problème, intervention, comparaison d'interventions et variable mesurée ou objectif) (Gauthier et al., 2010). L'utilisation de la méthode PICO est montrée à l'Appendice A.

Ensuite, la traduction de ces concepts clés en anglais ainsi que la transcription en termes MeSH (*Medical Subject Headings*) ont été réalisées avec la plateforme HeTOP (*Health Terminology/Ontology Portal*). Les recherches documentaires ont ensuite été effectuées du 30 septembre 2021 au 15 novembre 2021, avec une mise à jour en octobre 2023, avec les bases de données CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), PubMed, PEDro (*Physiotherapy Evidence Database*) ainsi que Google et Google Scholar pour inclure les données de la littérature grise. Les critères d'exclusion de la recherche documentaire concernaient la date de publication (plus de 15 ans) et la langue (autre que français ou anglais). Concernant la recherche documentaire sur la première thématique, soit la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte en première ligne, les études possédant une problématique principale autre que celle touchant les douleurs MSQ (comme des troubles en santé mentale secondaires à une douleur MSQ chronique) ont été exclues. Au sujet de la troisième thématique visant le sentiment

d'autoefficacité des IPSPL, plusieurs études repérées lors de la recherche documentaire n'évaluaient pas directement le sentiment d'autoefficacité, mais plutôt l'effet d'une intervention spécifique sur le sentiment d'autoefficacité, et ce, plutôt pour des infirmières en général et non des IPS. Ces études ont aussi été exclues, le contexte étant trop différent de la problématique d'intérêt et de la population de la présente étude. L'Appendice B montre les détails des stratégies de recherche documentaire en fonction des bases de données, comme les mots-clés utilisés dans les équations de recherche ainsi que les nombres d'articles trouvés et conservés.

Prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte en première ligne

Cette section présente la recension des écrits sur la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte en première ligne. Elle passe par une description des lignes directrices et de la démarche clinique associées à cette problématique, ainsi que par un survol des différentes pratiques plus spécifiques à certains professionnels concernés en lien avec la gestion de cette problématique.

Lignes directrices et démarche clinique

Les lignes directrices professionnelles énoncent des règles et des directives qui guident les professionnels par rapport à leurs activités réservées, ainsi qu'à la réglementation qui les encadrent (OIIQ, 2021a). Elles ne sont cependant pas exhaustives et n'encadrent pas les professionnels dans leurs décisions cliniques (OIIQ, 2021a). Par ailleurs, en première

ligne, les guides de pratique clinique ont pour but d'optimiser et de standardiser la qualité des soins lors des différents segments des démarches cliniques (Lin et al., 2018). Les démarches cliniques empruntées par les professionnels en première ligne représentent en quelque sorte les différentes étapes de prise en charge des problématiques de santé des personnes soignées, allant de l'évaluation à la gestion de ces problématiques (Lin et al., 2020). Par ailleurs, il y a aussi des guides de pratique qui sont des outils cliniques, comme des algorithmes, des résumés, des fiches synthèse ou des dépliants, et des outils d'aide à la décision (INESSS, 2023). Ils imbriquent donc les meilleures données probantes, incarnent des outils de diffusion des connaissances et assurent le déploiement de pratiques optimales, visant l'accès, le bien-être, la sécurité et la qualité des soins aux personnes soignées (INESSS, 2023).

Concernant la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte en première ligne, il semble y avoir peu de lignes directrices guidant les professionnels de la santé concernés au Québec. D'ailleurs, le MSSS (2021b) a publié des lignes directrices en ce qui concerne la douleur chronique en général, mais elles ne sont pas spécifiques aux douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. En Ontario, le *Clinical Tools and Resources* (Centre for Effective Practice, 2023) est mis à la disposition des professionnels de la santé et peut-être utilisé comme outil décisionnel pour certaines problématiques MSQ, mais il ne constitue pas un guide de pratique clinique. Le Conseil de la santé et de la sécurité au travail de l'Ontario (2023) a aussi publié des lignes directrices de prévention des troubles MSQ, mais ces lignes directrices sont axées sur la prévention. Au Canada, Korownyk et al. (2022) ont formulé des lignes directrices sur la douleur chronique en première ligne,

basées sur des données probantes et des principes de décision partagée, mais elles sont seulement spécifiques aux douleurs lombaires, arthrosiques et neuropathiques. À l'international, Lin et al. (2018) ont souligné, dans une revue systématique, une piètre qualité des lignes directrices des douleurs MSQ. Suite à ce constat, ces auteurs ont publié, en 2020, des recommandations pour une prise en charge optimale des douleurs MSQ. Ces recommandations concordent avec d'autres écrits scientifiques et les complètent pour décrire une démarche clinique commune aux professionnels concernés (médecins omnipraticiens, IPSPL, physiothérapeutes et chiropraticiens) comprenant une évaluation, une investigation et une gestion des douleurs MSQ en général (Babatunde et al., 2017; Ball et al., 2007; Browne & Merrill, 2015; Ernstzen, Louw, & Hillier, 2017).

D'abord, lors de l'évaluation, les professionnels concernés réalisent une anamnèse, où ils dressent un portrait de l'historique de l'apparition de la douleur MSQ et des antécédents de santé de la personne soignée (Browne & Merrill, 2015; Globe et al., 2016; Hawk et al., 2020). Un examen physique est ensuite effectué, comprenant, selon le cas, une inspection visuelle, une palpation, ainsi que des tests neurologiques, de mobilité ou de force musculaire (Browne & Merrill, 2015; Globe et al., 2016; Hawk et al., 2020; Lin et al., 2020). Divers outils d'évaluation peuvent être utilisés à cette étape, comme des mesures d'évaluation de la douleur (ex : échelle visuelle analogique), des limitations fonctionnelles (Babatunde et al., 2020; Globe et al., 2016) ou des questionnaires d'évaluation spécifiques aux douleurs MSQ (Scott, McCray, Lancaster, Foster, & Hill, 2020). Selon Lin et al. (2020), le professionnel de la santé doit, dès la première évaluation de la douleur MSQ, offrir des soins centrés sur la personne soignée, où son contexte de vie est pris en compte

et où la communication favorise un partage de décision entre le professionnel et la personne soignée. Dans cette première évaluation, les auteurs mentionnent aussi que les facteurs psychosociaux doivent être évalués et adressés. De plus, dans le même sens que Globe et al. (2016), Lin et al. (2020) soulignent l'importance d'identifier les « drapeaux rouges », c'est-à-dire les possibilités de présence de pathologies sérieuses, comme des infections, des tumeurs malignes, des causes inflammatoires ou un déficit neurologique.

Ensuite, des tests diagnostiques peuvent être demandés lors de l'investigation. Les examens d'imagerie peuvent inclure des radiographies pour visualiser les os, des échographies pour visualiser les tissus mous (tendons, ligaments, etc.) ou encore des imageries par résonance magnétique (Ball et al., 2007; Browne & Merrill, 2015; Globe et al., 2016; Lin et al., 2020). Au Québec, dans un souci d'utilisation judicieuse des ressources (limitées) du système de santé, le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (2020) a élaboré des outils pour soutenir les professionnels référents relativement aux demandes d'imagerie, entre autres pour les divers cas reliés au système MSQ. Les tests de laboratoire médical, comme des prélèvements sanguins, peuvent aussi être demandés par le professionnel, principalement lorsque celui-ci suspecte une composante inflammatoire chez la personne soignée (Ball et al., 2007; Browne & Merrill, 2015; Globe et al., 2016; Lin et al., 2020). Les tests diagnostiques viennent appuyer un raisonnement clinique qui appuie un diagnostic différentiel (provisoire), c'est-à-dire par élimination. Ce dernier est souvent final lorsque posé au terme d'un traitement conservatoire, consistant à soulager la douleur et à effectuer un suivi, où le professionnel peut alors observer une certaine évolution du problème et interpréter les résultats des tests

demandés (Browne & Merrill, 2015; Lin et al., 2020). Ainsi, Lin et al. (2020) insistent sur l'importance d'évaluer la progression de la douleur MSQ en plus d'interpréter les résultats des examens diagnostiques. Cette progression peut s'évaluer à travers l'autoévaluation de la personne soignée de sa rémission, l'intensité de sa douleur, ses capacités fonctionnelles, ses activités de la vie quotidienne et domestique, ou sa qualité de vie (Lin et al., 2020). Concernant l'imagerie radiologique, Lin et al. (2020) considèrent qu'elle est surutilisée par les professionnels de la santé et ils la déconseillent, sauf s'il y a suspicion de pathologie sévère, si la réponse au traitement conservatoire est insatisfaisante, si la progression des signes et symptômes est inexplicable (chronicisation) ou si le résultat de l'imagerie radiologique est susceptible d'orienter la gestion de la douleur MSQ.

Enfin, c'est à l'étape de la gestion que sont adressées les différentes options de traitement. Dans les options pharmacologiques, les prescriptions d'analgésiques, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou d'infiltrations de cortisone sont mentionnées (Babatunde et al., 2017; Browne & Merrill, 2015; Creech et al., 2011). Dans les options non pharmacologiques, la plupart des écrits énoncent des conseils et de l'éducation à la personne soignée, incluant des conseils visant une autogestion de la douleur MSQ (ainsi que des limitations fonctionnelles et professionnelles), des exercices spécifiques, ou encore des interventions psychosociales adressant les douleurs MSQ psychosomatiques (Babatunde et al., 2017; Browne & Merrill, 2015; Creech et al., 2011; Lin et al., 2020). Lin et al. (2020) insistent sur le fait que la gestion de la douleur MSQ doit toujours inclure des exercices et inclure l'activité physique, selon la condition de la personne soignée. Le professionnel de la santé peut aussi orienter la personne soignée vers des thérapies

complémentaires ou médecines alternatives, comme la massothérapie ou l'acupuncture (Babatunde et al., 2017; Creech et al., 2011; Globe et al., 2016; Hawk et al., 2020; Lin et al., 2020). Au Québec, certains outils ont été créés pour guider les professionnels concernés dans leur choix de référencement et dans leur approche collaborative avec d'autres professionnels (Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, 2023). Cependant, Lin et al. (2020) spécifient que la thérapie manuelle devrait être utilisée en combinaison avec d'autres traitements, comme des exercices, une thérapie psychosociale ou de l'enseignement. D'autres méthodes peuvent aussi être abordées, comme le laser, l'ultrason ou le neurostimulateur transcutané (Babatunde et al., 2017). Le référencement chirurgical apparaît comme une option de traitement réservée aux personnes dont les signes et symptômes sont réfractaires (Babatunde et al., 2017; Creech et al., 2011; Lin et al., 2020). Dans tous les cas de douleurs MSQ, Lin et al. (2020) considèrent qu'il faut favoriser la continuité ou le retour au travail de la personne soignée, c'est-à-dire qu'elle doit demeurer active ou reprendre progressivement ses activités.

Pratiques spécifiques

Certains écrits décrivent des pratiques plus spécifiques à certains professionnels en lien avec la gestion de problématiques MSQ. En effet, Globe et al. (2016) et Hawk et al. (2020) dépeignent, pour les chiropraticiens aux États-Unis, les lignes directrices pour les conditions spécifiques de lombalgies, de cervicalgies et de céphalées de tension chroniques, ainsi que pour les problématiques d'ostéoarthrose du genou et de la hanche, et de la fibromyalgie. Au Royaume-Uni, Ball et al. (2007) ont comparé, dans leur revue

de dossiers rétrospective, les méthodes de prise en charge de blessures MSQ aiguës par les différents professionnels concernés d'une salle d'urgence en centre hospitalier. Les médecins omnipraticiens, IPSPL et physiothérapeutes de cette étude auraient tous la même fréquence d'utilisation des radiographies, et les cas de fractures et de luxation seraient tous pris en charge selon un protocole départemental (Ball et al., 2007). Cependant, lors de blessures aux tissus mous, les médecins omnipraticiens prescriraient davantage d'analgésie et d'anti inflammatoires non stéroïdiens, les IPSPL apporteraient davantage de support structurel (bandages) et les physiothérapeutes offriraient davantage de suivis et de conseils (Ball et al., 2007). Cependant, cette étude s'intéressait spécifiquement aux blessures MSQ aiguës et non aux douleurs MSQ chroniques. Du côté des IPSPL aux États-Unis, Creech et al. (2011) ont effectué une revue de dossiers (n= 50) visant à explorer leur gestion des douleurs MSQ chroniques. Les IPSPL de cette étude auraient prescrit des opioïdes à 90 % des personnes, une thérapie physique dans 88 % des cas, référé 28 % des personnes vers une spécialité et offert un traitement non pharmacologique dans 16 % des cas (Creech et al., 2011). Cependant, comme cette revue a été réalisée avec 50 dossiers de personnes non assurées aux États-Unis, les résultats semblent peu transférables dans un autre contexte. Par surcroît, il est impossible de savoir si ces éléments de gestion étaient adéquats, selon les conditions des personnes soignées, mais aussi selon les recommandations (inconnues) du moment quant aux pratiques optimales. Ainsi, il ne semble pas y avoir de données exhaustives sur la pratique spécifique aux IPSPL du Québec ou du Canada lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte.

Le rôle, la pratique et la formation des IPSPL au Québec

Cette section présente la recension des écrits sur le rôle, la pratique et la formation des IPSPL au Québec, en relevant les données de la littérature décrivant ces aspects.

Description du rôle des IPSPL au Québec

Dans la littérature, le rôle des IPSPL se rapporte à ce qu'il est attendu qu'elles accomplissent, au sein des équipes de professionnels de la santé, à travers leur champ de pratique (Rioux-Dubois, 2019). Introduit au Québec en 2007 et constamment en évolution, ce rôle vise à augmenter l'accès aux soins de santé en première ligne, à favoriser la continuité de ces soins et à améliorer l'expérience de santé de la personne (Côté, Freeman, Jean, & Denis, 2019; Ferlatte, 2019; Landry et al., 2020) tout en apportant une valeur ajoutée au système de santé (Chouinard, Contandriopoulos, Perroux, & Larouche, 2017; Guillaumie et al., 2020; Rioux-Dubois, 2019; Savard, Al Hakim, & Kilpatrick, 2023; Vermette, 2017). En effet, les IPSPL sont en mesure d'adresser plusieurs problèmes de santé dans les consultations de première ligne et à en effectuer la prise en charge de manière rigoureuse (OIIQ, 2021a), à travers une pratique efficiente (Tchouaket, Kilpatrick, & Jabbour, 2020). C'est en intégrant les éléments de conformité, de compétence, de pertinence et de scientificité (OIIQ, 2021a) que le rôle des IPS (infirmières praticiennes spécialisées) est désigné comme l'un possédant de la rigueur.

Le rôle des IPSPL repose sur les connaissances avancées, fondées minimalement sur leur expérience d'au moins 3600 heures à titre d'infirmière dont une année dans la

spécialité visée (p. ex., première ligne), ainsi que sur les compétences « avancées » acquises dans le cadre d'une formation de 75 crédits universitaires aux cycles supérieurs. C'est au fil de leur formation supérieure, incluant notamment des cours théoriques, des simulations en laboratoire et des stages de 950 heures dans la spécialité de la première ligne, qu'elles développent, par exemple dans le réseau de l'Université du Québec, six grandes compétences, soient celles reliées à la pratique clinique avancée, à la collaboration, au leadership, au professionnalisme, à l'éthique et à la recherche (Rioux-Dubois et al., 2022).

Les lignes directrices des IPS au Québec, intitulées *L'infirmière praticienne spécialisées et sa pratique*, créées par l'OIIQ, stipulent qu'elles accomplissent aussi leur rôle à travers leurs activités professionnelles (OIIQ, 2021a). En plus des dix-sept activités réservées aux infirmières, les IPS possèdent huit activités supplémentaires. Les IPSPL peuvent donc diagnostiquer des maladies, prescrire des examens diagnostiques, utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice, déterminer des traitements médicaux, prescrire des médicaments et d'autres substances, prescrire des traitements médicaux, utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudices et effectuer le suivi de grossesses (OIIQ, 2021a). Les activités réservées aux IPSPL leur permettent effectivement d'intégrer la prise en charge complète des problèmes de santé aigus ou chroniques, allant du diagnostic, à la gestion thérapeutique, à l'enseignement aux patients et aux familles ainsi qu'aux suivis optimaux de ces populations. En ce sens, l'IPSPL au Québec a une contribution essentielle aux soins de santé (Ferlatte, 2019; Guillaumie et al., 2020; OIIQ, 2021a; Vermette, 2017).

Description de la pratique des IPSPL au Québec

Ces contextes associés au rôle professionnel des IPSPL influencent les caractéristiques de leur pratique professionnelle. Les IPSPL du Québec effectuent la prise en charge de patients de tous âges, pour autant que cela concorde à leur spécialité. Elles effectuent ainsi la prise en charge au regard de diverses problématiques de santé, aiguës ou chroniques, comme des blessures, des infections, des maladies chroniques (p. ex., asthme, diabète) et des problématiques MSQ, augmentant considérablement l'accès aux soins de première ligne (Ferlatte, 2019; Guillaumie et al., 2020; OIIQ, 2021a). Elles œuvrent dans une foule de milieux en première ligne, allant des salles d'urgence des centres hospitaliers aux CLSC, démocratisant ainsi l'accès aux soins de première ligne.

Toujours étroitement affiliée à la discipline infirmière, la pratique des IPSPL est holistique, basée sur une approche biopsychosociale, où ces dernières considèrent le contexte de la personne soignée, impliquent sa famille et cherchent à comprendre sa réalité à travers un partenariat avec cette personne (Ferlatte, 2019; Guillaumie et al., 2020). Les consultations des IPSPL sont ainsi centrées sur la personne et assurent une qualité des suivis (Guillaumie et al., 2020). La littérature montre que les IPSPL consacrent d'ailleurs la plus grande partie de leur pratique à la dimension clinique, c'est-à-dire les soins directs aux personnes soignées (Landry et al., 2020), qui incluent les examens physiques ciblés, réalisés entre autres en présence de douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. La littérature scientifique ne permet cependant pas d'établir une prévalence de cette problématique spécifique dans les consultations des IPSPL du Québec. Même du côté de leurs collègues

omnipraticiens, ces données sont difficilement accessibles. Par contre, les données de la CNESST au Québec ainsi que de la littérature internationale établissent une forte prévalence de cette problématique en première ligne. Il est donc plausible que les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte soient un problème de santé fréquemment adressé dans les consultations des IPSPL au Québec.

Un aspect important de leur pratique réside dans la prise en charge autonome, et en équipe multidisciplinaire, au regard de la prise en charge de problèmes de santé chroniques comme les douleurs MSQ, où les notions de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures sont fondamentales. D'ailleurs, l'obligation des ententes de partenariat avec des médecins partenaires n'est plus en vigueur depuis 2021, bien que les IPS possèdent le mandat d'assurer des trajectoires efficaces de soins et des mécanismes de collaboration dès que le patient peut en retirer un bénéfice (OIIQ, 2021a).

Description de la formation des IPSPL au Québec

Au Québec, la formation des IPSPL s'inscrit au sein des programmes de formation universitaires de 75 crédits aux cycles supérieurs des infirmières en pratique avancée. Ainsi, il est d'abord nécessaire d'être une infirmière détenant un diplôme de premier cycle (baccalauréat) en sciences infirmières et un minimum d'expérience dans la spécialité choisie, soit 3600 heures dont une année dans la spécialité, avant d'accéder à la formation d'IPS (Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec [AIPSQ], 2023). La formation d'IPS se constitue d'un diplôme de deuxième cycle, incluant une maîtrise

en sciences infirmières et un diplôme d'études supérieures spécialisé dans l'une des cinq classes de spécialités, dont les soins de première ligne pour les IPSPL (AIPSQ, 2023).

Concernant la formation des IPSPL du Québec en regard des problématiques MSQ et de la gestion de douleurs associées, il n'est pas aisé de préciser le nombre d'heures exactes qu'elle comporte, car plusieurs éléments sont intégrés dans divers cours, selon les cursus des différents programmes universitaires concernés. Du côté de l'Université du Québec à Trois-Rivières, la direction du programme de cycle supérieur IPSPL estime ce nombre d'heures à 34 heures ciblées, où s'ajoutent des activités théoriques associées (p. ex. : gestion de douleurs) et des activités en clinique et en stage (S. Longpré, communication par courriel, 18 juin 2021). Du côté de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), une professeure IPSPL du département estime ce nombre d'heures à 27, incluant six heures de théorie et six heures de pratique sur l'examen physique MSQ intrinsèques à un cours de trois crédits, et incluant 15 heures de formation conjointe avec l'Université McGill (C. Dion, communication par téléphone, 27 mai 2021). La structure des cursus du programme IPSPL de l'Université de Sherbrooke présenterait aussi une trentaine d'heures de formation initiale attribuées aux problématiques MSQ (Université de Sherbrooke, 2021).

Au niveau de la formation continue, les IPSPL auraient accès à diverses formations sur les problématiques MSQ, selon leur région, et suivies selon leurs intérêts et leurs besoins professionnels, et leur pertinence semble démontrée (Kellahan, Burnitt, Eisen, Curtis, & Parks, 2023).

Par ailleurs, il semble y avoir une importante différence d'heures de formation initiale attribuées aux problématiques MSQ entre les IPSPL et les médecins omnipraticiens. À l'Université de Montréal, par exemple, le programme de médecine incluait 400 heures ciblées au système MSQ, excluant les heures attribuées à cette problématique durant les stages, les ateliers spécifiques et durant le programme de résidence de deux ans (G. Grégoire, communication par courriel, 21 juin 2021). Cet aspect soulève donc un questionnement, à savoir si les IPSPL, avec leur formation initiale, se sentent capables de prendre en charge les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. À cet effet, connaître le sentiment d'autoefficacité des IPSPL en regard de cette problématique s'avère pertinent afin d'évaluer si ces professionnelles se sentent capables de remplir leur rôle dans ce contexte. D'ailleurs, aux États-Unis, une enquête a été menée en 2014 auprès d'IPSPL pour évaluer leurs connaissances, leurs compétences et leur confiance en regard de leur prise en charge de problématiques MSQ courantes en première ligne. Les résultats de cette enquête ont indiqué que les IPSPL recevaient moins de 10 heures de formation sur les problématiques MSQ, qu'elles se sentaient moins confiantes vis-à-vis des problématiques MSQ par rapport aux autres problématiques de santé et qu'elles manquaient de connaissances pour prendre en charge les problématiques MSQ (Benham & Geier, 2016).

Le sentiment d'autoefficacité chez les IPSPL au Québec

Cette section présente la recension des écrits sur la notion de sentiment d'autoefficacité pertinente au contexte de la présente étude. Ainsi, une définition du sentiment d'autoefficacité est d'abord présentée, suivie d'une description des facteurs qui

sont associés au sentiment d'autoefficacité chez les IPSPL, puis d'une description de l'impact du sentiment d'autoefficacité dans la pratique des IPSPL.

Définition du sentiment d'autoefficacité

Le sentiment d'autoefficacité est un concept découlant de la théorie sociale cognitive de Bandura et se définit comme étant le jugement de la personne quant à sa capacité à accomplir une tâche (Bandura & Adams, 1977). La théorie sociale cognitive de Bandura s'intéresse à la relation de la personne avec son environnement, espace où surviennent des apprentissages, provenant de multiples sources, et produisant des effets sur ses comportements et, par le fait même, sur son sentiment d'autoefficacité (Bandura, 1984; Bandura & Adams, 1977). La théorie sociale cognitive cible plus précisément la différence entre la possession d'une capacité spécifique (p. ex. : cognitive, sociale ou physique) et le sentiment de se sentir capable de l'utiliser, paramètre donnant ainsi naissance au sentiment d'autoefficacité (Bandura, 1984; Bandura & Adams, 1977; Shirey, 2020). Dans un contexte professionnel, bien que le sentiment d'autoefficacité et le sentiment de compétence soient dépeints de manière similaire dans la littérature (Lauder et al., 2008), Bandura situe le concept de compétence par rapport au sentiment d'autoefficacité, en stipulant que les individus qui ne performant pas bien ne sont pas nécessairement incompetents, mais qu'ils manquent peut-être de croyance en leur capacité d'utiliser leurs compétences adéquatement (Bandura, 1995; Bandura & Adams, 1977). Ainsi, selon Bandura (1984), un faible sentiment d'autoefficacité affecte directement la pratique professionnelle des individus, en influençant leurs comportements.

Facteurs associés au sentiment d'autoefficacité chez les IPSPL

Dans le contexte de la présente étude, il est d'abord nécessaire d'explorer les facteurs qui sont associés au sentiment d'autoefficacité chez les IPSPL de manière à élaborer une étude judicieuse, présentant une analyse valide des résultats. Malheureusement, la littérature semble pauvre en données spécifiques aux IPSPL du Québec à cet effet. Cependant, certaines études exposant des facteurs associés au sentiment d'autoefficacité chez des infirmières en général et chez des IPS de diverses spécialisations présentent des résultats qui semblent pertinents à considérer pour les IPSPL.

En effet, une étude transversale a été menée en Indonésie auprès de 1323 infirmières (et non des IPS) offrant des soins directs aux personnes soignées dans des centres hospitaliers. Selon Handiyani et al. (2019), les hommes infirmiers auraient un sentiment d'autoefficacité plus élevé que les femmes infirmières. On y convie qu'ils seraient plus matures et plus efficaces dans leurs résolutions de problèmes, et auraient développé plus d'habiletés et de compétences à ce niveau. Concernant le degré d'éducation des infirmières, Handiyani et al. (2019) n'ont pas relevé de relation significative avec le sentiment d'autoefficacité, contrairement à ce que stipule Bandura (1997). Les auteurs expliquent ce résultat par le fait que dans les soins directs aux personnes soignées, en centres hospitaliers, le niveau d'éducation n'oriente pas les tâches des infirmières. Cependant, l'étude a relevé que les infirmières des hôpitaux privés démontrent un sentiment d'autoefficacité supérieur à celui des infirmières des hôpitaux publics. Handiyani et al. supposent que la définition plus précise de la mission et des valeurs des

hôpitaux privés de cette étude auraient amélioré la distinction du rôle des infirmières et optimisé l'aspect organisationnel, contribuant ainsi à un meilleur sentiment d'autoefficacité. Malheureusement, cette étude ne vise pas les IPSPL et a été réalisée auprès d'infirmières œuvrant en centres hospitaliers, donc en deuxième et troisième ligne. En ce sens, elle ne contribue que partiellement à relever des facteurs associés au sentiment d'autoefficacité chez les IPSPL.

Puis, une autre étude transversale a exploré la relation entre le support social et le sentiment d'autoefficacité chez 335 IPS provenant de sept hôpitaux à Taïwan. Les répondantes œuvraient majoritairement sur des unités de chirurgie (43,6 %) ou de médecine (31,9 %). Selon Hu, Yu, Chang & Lin (2018), le soutien social des superviseurs, des collègues, des familles et des amis influence significativement le sentiment d'autoefficacité des IPS. Les auteurs soulignent cependant la pertinence de mener des études similaires locales, car la famille et les amis sont des éléments uniques et fondamentaux dans la culture taïwanaise. Les résultats pourraient donc s'avérer différents dans d'autres pays. Ils auraient également observé un lien entre le sentiment d'autoefficacité et le salaire mensuel des IPS, qu'ils expliquent par un sentiment de reconnaissance de leurs performances, mais cette donnée doit être considérée avec prudence, car il n'est pas précisé si les salaires mensuels étaient observés pour un même nombre d'heures travaillées. En effet, davantage d'heures de pratique signifieraient une plus grande expérience de travail et pourrait augmenter le sentiment d'autoefficacité dans la pratique professionnelle. Dans le même sens que pour la première étude décrite, les facteurs associés au sentiment d'autoefficacité relevés dans cette étude ne s'appliquent

que partiellement aux IPSPL, car la recherche a aussi été réalisée en centres hospitaliers et visaient plusieurs domaines d'IPS, où la majorité des participantes ne travaillaient pas en première ligne.

Ainsi, il est laborieux de relever des données de la littérature scientifique spécifiques au sentiment d'autoefficacité des IPSPL quant à leur pratique, ce qui justifie la pertinence de s'y intéresser dans une étude à cet effet. Même si les résultats des études relevant des facteurs associés au sentiment d'autoefficacité chez des infirmières en général et chez des IPS de diverses spécialités doivent être considérés avec prudence dans le contexte des IPSPL, ils adressent tout de même des notions intéressantes à intégrer dans une étude explorant le sentiment d'autoefficacité des IPSPL dans leur pratique.

L'impact du sentiment d'autoefficacité dans la pratique des IPSPL

Tel que mentionné précédemment, la littérature scientifique semble pauvre en données spécifiques aux IPSPL du Québec lorsqu'il est question de leur sentiment d'autoefficacité, mais certaines données relatives à son impact sur la pratique des infirmières en général semblent transposables au contexte des IPSPL. En ce sens, les lignes qui suivent présentent l'état des connaissances relatives à l'impact du sentiment d'autoefficacité des infirmières dans leur pratique en général.

En effet, l'épuisement professionnel, la fatigue émotionnelle et le stress chez les infirmières pourraient être associés à un faible sentiment d'autoefficacité (Handiyani et al., 2019), ce qui entraverait leur pratique et nuirait à la rétention de ces dernières dans les

réseaux de santé. À l'inverse, Bandura expose que si le sentiment d'autoefficacité est élevé chez un professionnel, ce dernier serait plus enclin à adresser des cas complexes et à y relever les défis (Bandura, 1986, 1997), ce qui laisse supposer qu'un sentiment d'autoefficacité élevé chez les IPSPL pourrait les prédisposer à prendre en charge des problématiques MSQ complexes, plutôt que d'engendrer un stress face à ces défis, dans l'hypothèse où leur sentiment d'autoefficacité s'avérerait faible.

En outre, chez les infirmières, le niveau de sentiment d'autoefficacité influencerait leur motivation, leur comportement et leur performance au travail, affectant directement les résultats cliniques des personnes soignées (Shirey, 2020), ce qui pourrait avoir un impact sur la qualité des soins que prodiguent les IPSPL. Certains écrits mentionnent aussi qu'en pratique avancée, le sentiment d'autoefficacité des infirmières pourrait avoir un impact sur la perception de leur rôle, sans spécifier de quelle manière (Al-Kalaldeh, Suleiman, Abu-Shahroor, & Al-Mawajdah, 2019; Anggraini, Putra, & Setyoadi, 2020; Gilmartin & Nokes, 2015). En outre, une étude menée à Taïwan a dépeint de manière générale le sentiment d'autoefficacité des IPS comme étant faible, affectant la qualité de leurs soins directs aux personnes soignées (Hu et al., 2018), suggérant ainsi un impact que le sentiment d'autoefficacité des IPSPL pourrait avoir sur leur pratique.

L'impact du sentiment d'autoefficacité sur la pratique infirmière, qu'elle soit avancée ou non, semble donc indéniable. D'ailleurs, la littérature scientifique expose les effets de plusieurs interventions spécifiques influençant le sentiment d'autoefficacité chez les infirmières, mais il ne semble pas y avoir de données qui situent le sentiment

d'autoefficacité des IPSPL du Québec dans certains aspects spécifiques de leur pratique, comme dans la prise en charge de douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Il y a donc pertinence à étudier le sentiment d'autoefficacité chez les IPSPL du Québec dans leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, car il est susceptible d'affecter directement la qualité de leurs soins pour ce problème de santé ayant une importante prévalence en première ligne.

Objectifs spécifiques de l'étude

À la lumière des données empiriques recensées sur le sujet de l'étude, il est possible de constater qu'une démarche clinique de prise en charge des douleurs MSQ générales semble utilisée par les professionnels concernés en première ligne (Babatunde et al., 2017; Ball et al., 2007; Browne & Merrill, 2015; Ernstzen et al., 2017). De plus, le rôle et la pratique générale de l'IPSPL au Québec ont été examinés dans plusieurs écrits (Côté et al., 2019; Ferlatte, 2019; Guillaumie et al., 2020; Landry et al., 2020; OIIQ, 2021a), mais pas sur le plan de la description de leur prise en charge des douleurs MSQ chez l'adulte. Par ailleurs, concernant le sentiment d'autoefficacité, la littérature internationale en dépeint certains facteurs associés chez les infirmières en général, soit le genre, le milieu de travail et le niveau d'éducation (Handiyani et al., 2019) ainsi que le support social et le salaire mensuel (Hu et al., 2018). De plus, certains impacts du sentiment d'autoefficacité sur la pratique des professionnels de la santé sont décrits. Ainsi, un faible sentiment d'autoefficacité entraînerait un épuisement professionnel, une fatigue émotionnelle et un stress (Handiyani et al., 2019). Un sentiment d'autoefficacité élevé augmenterait aussi la

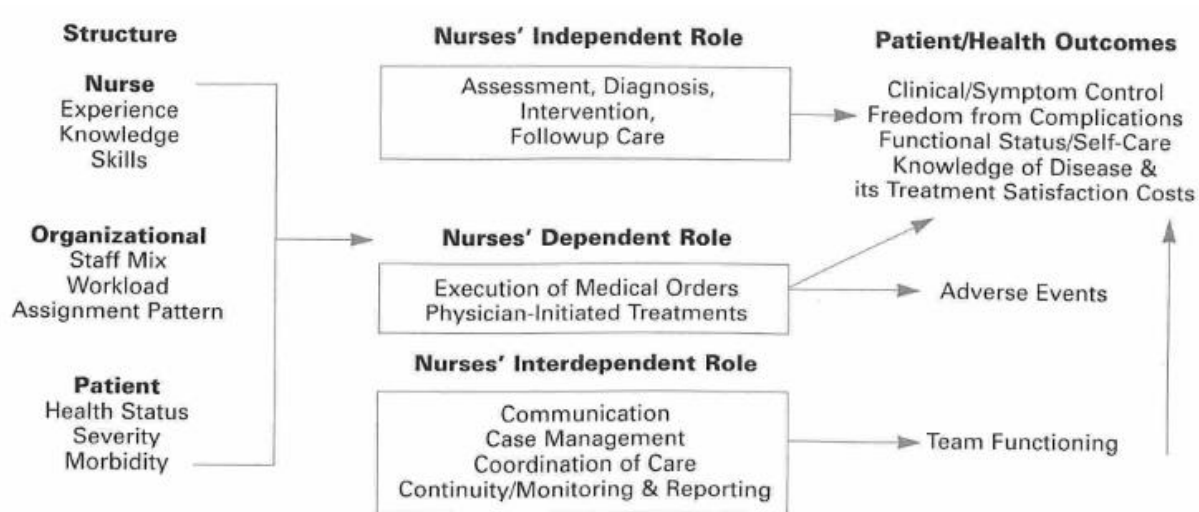
complexité des cas et des défis relevés par les professionnels de la santé (Bandura, 1986, 1997) et améliorerait la motivation, le comportement et la performance de ceux-ci (Shirey, 2020). En regard de la pratique infirmière avancée spécifiquement, le sentiment d'autoefficacité aurait aussi un impact sur la perception du rôle de l'infirmière en pratique avancée (Al-Kalaldehy et al., 2019; Anggraini et al., 2020; Gilmartin & Nokes, 2015), mais il n'est pas précisé de quelle manière dans les écrits. En outre, la pratique spécifique aux IPSPL du Québec lors de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte semble inconnue, ainsi que leur sentiment d'autoefficacité dans ce contexte. De ces lacunes empiriques découle le but de l'étude, qui est de décrire la pratique des IPSPL lors de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte et leur sentiment d'autoefficacité associé. Dans cet ordre d'idée, les trois objectifs spécifiques de l'étude sont :

- 1) d'identifier dans quelle fréquence les IPSPL réalisent les différentes étapes de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte ;
- 2) d'évaluer leur sentiment d'autoefficacité associé à chacune de ces étapes, et ;
- 3) d'explorer les facteurs, incluant le sentiment d'autoefficacité, associés à la pratique des IPSPL du Québec en ce qui concerne les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte.

Cadre de référence

Présentation du *Nursing Role Effectiveness Model*

Afin de répondre aux objectifs de l'étude, le *Nursing Role Effectiveness Model* (NREM) d'Irvine, Sidani et Hall (1998a, 1998b), basé sur le modèle de qualité des soins de Donabedian (1980), a été utilisé comme cadre de référence. Ce cadre met une emphase particulière sur les éléments de structure, de processus et de résultats associés au déploiement d'un rôle professionnel infirmier (Irvine et al., 1998a). Visant précisément les contextes d'amélioration de la qualité des soins, dont ceux associés au rôle des IPSPL, ce cadre s'avère utile pour guider les activités de recherche, où il est utilisé pour évaluer l'efficacité du rôle infirmier, des processus et des changements structurels actuels et en évolution. Il guide ainsi l'évaluation de la contribution infirmière dans les systèmes de santé (Irvine et al., 1998a). Cependant, bien que ce modèle concerne la pratique infirmière en général, et non la pratique infirmière avancée, il demeure très intéressant dans la manière dont il situe le déploiement et l'effet des rôles infirmiers au sein de contextes complexes tels que les systèmes de santé. Les éléments du NREM permettent d'identifier la contribution infirmière en mettant en relation ses rôles, les variables structurelles et les résultats sur la personne soignée et le système de santé (Irvine et al., 1998b) (voir Figure 1).

Figure 1*The Nursing Role Effectiveness Model*

Au sein de ce cadre, les éléments de **structure** englobent les variables reliées à l'infirmière, à l'organisation et à la personne soignée, qui peuvent influencer le processus et les résultats des soins. Les variables liées à l'infirmière incluent son expérience, ses connaissances et ses habiletés ou compétences, alors que les variables organisationnelles se rapportent à l'organisation du personnel et de sa charge de travail assignée. Les variables associées à la personne soignée sont en lien avec son état de santé, la sévérité de ses symptômes et la morbidité associée. Les éléments de la structure ont une influence sur les rôles de l'infirmière (Irvine et al., 1998b).

Les rôles de l'infirmière constituent les éléments de **processus** du modèle, et incluent ses rôles indépendant, dépendant et interdépendant. Le rôle indépendant se rapporte aux fonctions qui concernent uniquement les infirmières, comme l'évaluation infirmière ou le

diagnostic infirmier. Le rôle dépendant se rattache aux activités découlant d'une ordonnance médicale, comme des prescriptions de traitements. Le rôle interdépendant est réalisé par l'infirmière en collaboration avec d'autres professionnels de la santé lors de gestion de cas, de coordination ou de continuité des soins (Irvine et al., 1998b). Cependant, les rôles infirmiers de ce modèle concernent la pratique infirmière en générale, alors que dans le contexte spécifique de la présente étude réalisée auprès d'IPSPL, il n'y aura pas de distinction entre les rôles indépendant et dépendant, puisqu'en pratique avancée, les IPSPL sont davantage autonomes. Elles peuvent effectivement diagnostiquer des maladies, prescrire des examens diagnostiques, utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice, déterminer des traitements médicaux, prescrire des médicaments et d'autres substances, prescrire des traitements médicaux, utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudices et effectuer le suivi de grossesses (OIIQ, 2021a).

Les derniers éléments du NREM concernent les **résultats** qu'ont les relations de structure et de processus sur la personne soignée et sa santé, impliquant les symptômes cliniques, les complications, la satisfaction de la personne soignée quant aux coûts de traitement, ses connaissances de sa maladie et son autogestion. Tel qu'illustré à la Figure 1, le rôle infirmier interdépendant a un effet sur le fonctionnement de l'équipe de soins, ce qui se répercute sur les résultats de santé de la personne soignée, alors que le rôle indépendant a un effet direct sur ceux-ci. Pour sa part, le rôle infirmier dépendant a aussi un effet direct sur les résultats de santé de la personne soignée, mais peut aussi y engendrer des événements défavorables (Irvine et al., 1998b).

Utilisation du *Nursing Role Effectiveness Model* dans différents contextes

Au Portugal, Amaral et Vidinha (2014) se sont intéressés au NREM dans un contexte où les restrictions économiques entraînent des efforts pour améliorer l'efficience et l'efficacité du système de santé. Ces efforts passent, entre autres, par l'analyse de la contribution infirmière, qui est effectuée dans le NREM avec les relations spécifiques entre les variables de structure, de processus et de résultats (Amaral & Vidinha, 2014). Les auteurs ont donc testé les relations entre les variables du NREM dans une étude transversale et longitudinale menée dans 26 unités de quatre hôpitaux différents. En utilisant le *Structural Equation Modelling*, ils ont relevé une forte relation ayant atteint une significativité statistique entre les variables du NREM, ce qui leur a permis de conclure que ce modèle évalue non seulement adéquatement la contribution infirmière, mais souligne aussi la valeur et l'efficacité du soin infirmier (Amaral & Vidinha, 2014).

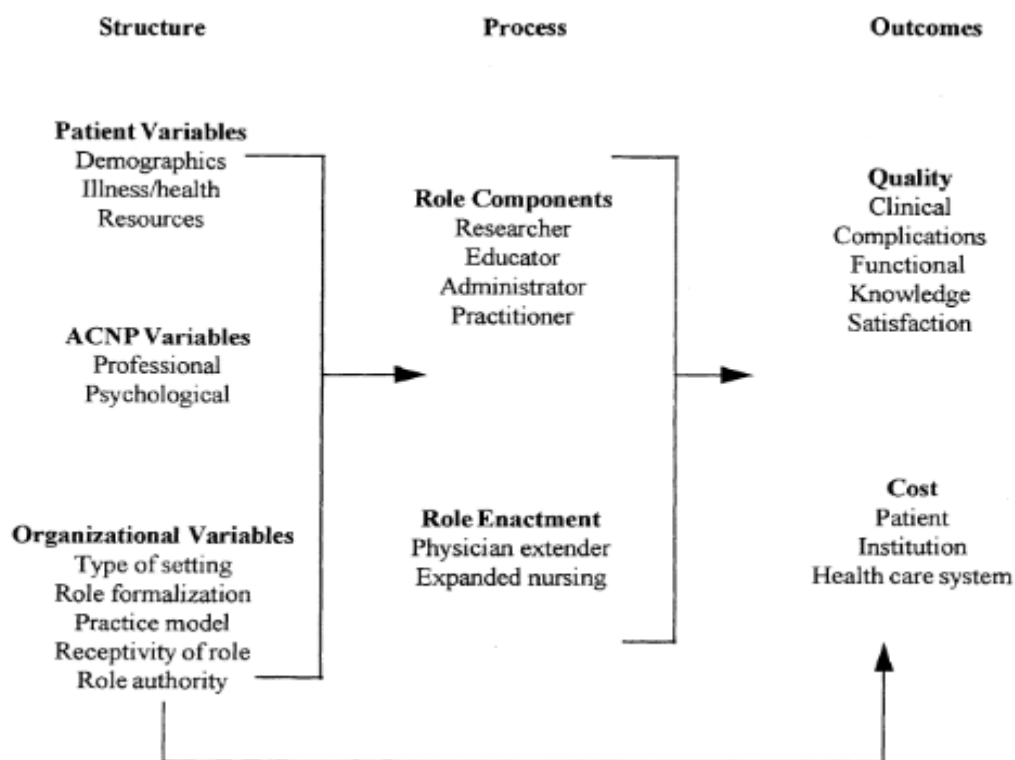
En Ontario, le NREM a été testé dans le même objectif par Doran, Sidani, Keatings et Doidge (2002) dans 26 unités de médecine et de chirurgie générale d'un centre hospitalier. Les auteurs indiquent que les résultats confirment les relations entre les variables du modèle, mais que davantage d'études seraient nécessaires pour développer la compréhension de l'implication des infirmières dans leurs fonctions de coordination des soins, ainsi qu'une description de cette implication à travers leurs rôles et leurs activités (Doran et al., 2002).

À Toronto, Sidani et Irvine (1999) ont adapté ce modèle pour guider l'évaluation du rôle de l'IPS dans un contexte de soins aigus. Au niveau des éléments de structure du

modèle qui ont été adaptés par les auteurs, les variables associées à la personne soignée sont des variables démographiques, des variables de maladie ou de santé, ainsi que des variables en lien avec les ressources de la personne soignée. Pour les variables de l'IPS en soins aigus, les auteurs les ont classées en deux catégories, soit les variables professionnelles et les variables psychosociales. Les variables organisationnelles concernent le type d'établissement de soins, le modèle de pratique, ainsi que la formalisation, la réceptivité et l'autorité du rôle de l'IPS. Au niveau des éléments de processus de ce modèle adapté, les variables ont été regroupées selon les composantes du rôle de l'IPS et la promulgation de ce rôle, mais elles sont décrites de manière moins exhaustives que dans le modèle d'origine utilisé pour la présente étude. Ainsi, les variables décrivant les composantes du rôle de l'IPS sont des variables cliniques, d'éducation, de recherche et d'administration. La promulgation du rôle de l'IPS en soins aigus est décrite par les variables « complémentarité du médecin » et « soin infirmier élargi ». Finalement, les éléments de résultats de ce modèle adapté sont regroupés en variables désignant la notion de qualité, soit la qualité clinique, les complications, la fonctionnalité, les connaissances et la satisfaction de la personne soignée, ce qui s'apparente énormément au modèle conceptuel d'origine. Les variables associées aux coûts des traitements pour la personne soignée, pour l'institution et pour le système de santé s'y retrouvent aussi. Ce modèle conceptuel adapté est illustré à la Figure 2.

Figure 2

Conceptual framework for evaluating the ACNP role



Note. ACNP = *Acute Care Nurse Practitioner*.

L'adaptation de ce modèle conceptuel a aussi été utilisée au Québec pour évaluer la contribution des IPSPL au sein des suivis de maladies chroniques (Ferlatte, 2019), mais cette utilisation s'est seulement basée sur les éléments des résultats du modèle, peu changés par rapport au modèle d'origine, et d'autres cadres de référence ont aussi été utilisés pour guider cette étude.

Utilisation du *Nursing Role Effectiveness Model* dans cette étude

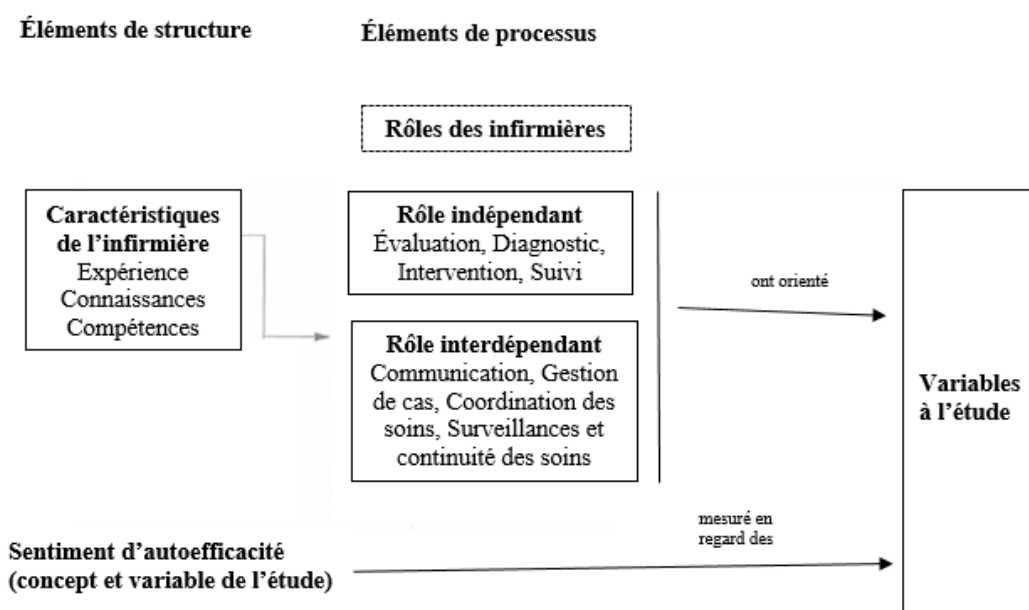
Dans le cadre de la présente recherche, où le but est de décrire la pratique et le sentiment d'efficacité des IPSPL lors de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, c'est le modèle conceptuel d'origine qui a été retenu pour guider la sélection des variables à l'étude. Ainsi, ce sont les variables infirmières des éléments de structure du modèle conceptuel, ainsi que les variables des éléments de processus, définis par les rôles infirmiers, qui ont guidé l'étude. Contrairement à Ferlatte (2019), ce ne sont pas les éléments de résultats du modèle adapté qui ont guidé la sélection des variables à l'étude, et les éléments spécifiques de structure et de processus adaptés à l'IPS en contexte de soins aigus ne semblaient pas appropriés dans un contexte où la problématique concernait des douleurs MSQ chroniques. Ainsi, les variables du modèle d'origine permettaient plus adéquatement de cibler les variables de l'étude concernée.

Donc, tel que suggéré par Irvine et al. (1998a), le NREM a guidé la sélection des variables à l'étude. Les variables infirmières, sous les éléments de structure, ont permis de cibler des caractéristiques des participantes pertinentes à décrire dans un portrait de l'échantillon, comme le statut d'emploi, le nombre d'années d'expérience comme infirmière et comme IPSPL et le nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ en général. Les rôles infirmiers, sous les éléments de processus de ce modèle, ont permis de cibler les variables pertinentes à la description de la pratique de l'IPSPL concernant la problématique d'intérêt, comme en présentant le rôle indépendant en termes d'une démarche clinique, et en présentant le rôle interdépendant en termes

d'options de référencement lorsque la situation du patient le requiert. Le rôle dépendant, tel que vu dans le NREM initial, a été retiré puisque les IPSPL possèdent une autonomie professionnelle et qu'elles n'évoluent plus sous des activités déléguées ou des ententes de partenaires obligatoires avec les médecins. De plus, c'est en regard de ces rôles précis, ainsi que des caractéristiques des participantes, que le deuxième objectif de l'étude s'intéresse concernant le sentiment d'autoefficacité des IPSPL. Les variables sont identifiées plus précisément et exhaustivement à la section *Variables à l'étude*. La Figure 3 illustre une adaptation et une traduction du NREM dans le contexte de la présente étude, avec l'intégration du concept du sentiment d'autoefficacité.

Figure 3

Adaptation du NREM dans le cadre de la présente étude



Note. NREM = *Nursing Role Effectiveness Model*.

Concept du sentiment d'autoefficacité dans cette étude

Les sources permettant de construire et de modifier le sentiment d'autoefficacité sont l'expérience active de maîtrise (la plus influente), l'expérience vicariante (ou l'expérience indirecte), la persuasion verbale et les états physiologiques et émotionnels (Rondier, 2004). Dans le cadre de cette étude, ce sont l'expérience active de maîtrise, l'expérience vicariante ainsi que la persuasion verbale qui ont constitué les concepts majeurs du sentiment d'autoefficacité des IPSPL de l'étude réalisant ainsi, d'une manière réaliste, les objectifs de l'étude. Le concept d'expérience active de maîtrise, ayant majoritairement guidé l'analyse du concept du sentiment d'autoefficacité chez les IPSPL de l'étude, s'est retrouvé inséré à chacune des étapes de la démarche clinique, démarche reflétant le rôle indépendant du NREM. Ainsi, c'est en se basant sur la croyance des IPSPL en leur capacité personnelle d'accomplir les éléments de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte que le concept d'autoefficacité peut donc être mesuré. La construction de l'échelle de sentiment d'autoefficacité est décrite plus précisément et exhaustivement à la section *Instruments de mesure et de collecte de données*. Pour sa part, l'expérience vicariante, qui concerne les apprentissages par observation (Rondier, 2004), a été prise en compte dans la présente étude dans les questions adressant les caractéristiques des IPSPL participantes, plus précisément leur formation initiale et continue en regard de la problématique d'intérêt, donc des apprentissages réalisés dans ces formations. La persuasion verbale a été prise en compte à la question évaluant la fréquence où les IPSPL participantes consultaient un collègue pour obtenir son avis professionnel sur le cas pris en charge. Finalement, l'évaluation des états physiologiques

et émotionnels n'a pas pu être réalisée, compte tenu des objectifs principaux qui ciblaient principalement la prise en charge, et non les émotions y étant reliées.

Méthode

Devis de recherche

Étant donné que la pratique et le sentiment d'autoefficacité spécifiques aux IPSPL du Québec en regard des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte semblent peu explorés au niveau de la littérature scientifique, le but de l'étude est d'en établir une description. Les objectifs spécifiques de l'étude sont d'identifier dans quelle fréquence les IPSPL réalisent les différentes étapes de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, d'évaluer leur sentiment d'autoefficacité associé à chacune de ces étapes, et d'explorer les facteurs, incluant le sentiment d'autoefficacité, associés à la pratique des IPSPL du Québec en ce qui concerne les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Compte tenu de ces objectifs, un devis descriptif quantitatif a été utilisé (Gray & Grove, 2021). De plus, le *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES) (Eysenbach, 2004), présenté à l'Appendice C, a guidé l'élaboration et la description de la méthodologie de cette étude transversale. Tout comme le *CONSORT Statement* est utilisé dans les études randomisées contrôlées (Equator Network, 2022), ou le *PRISMA* ou *QUORUM Statement* dans les revues systématiques (Equator Network, 2022), le CHERRIES peut être utilisé comme liste de recommandations élaborées pour assurer la qualité des rapports d'études sous forme d'enquête par Internet (Eysenbach, 2004). Assurant ainsi une description rigoureuse et complète de l'enquête par Internet ayant un échantillon de convenance, le CHERRIES en favorise une compréhension approfondie pour le lecteur (Eysenbach, 2004).

Milieu de la recherche

Puisque cette étude a pris la forme d'une enquête via un questionnaire en ligne (Appendice D) et qu'elle visait à atteindre des IPSPL de milieux différents à travers le Québec, il n'y avait pas de milieu physique dans cette recherche. Cependant, les participantes provenaient de milieux précis, dont les caractéristiques sont mentionnées dans les critères de sélection.

Population cible et échantillon

Les IPSPL du Québec ont constitué la population cible de l'étude. Les critères d'inclusion étaient d'être une IPSPL pratiquant au Québec, rencontrant des cas de douleurs MSQ chroniques chez l'adulte dans sa pratique, ayant accès à un ordinateur et Internet et sachant lire, comprendre et écrire en français. Il n'y avait aucun critère d'exclusion. Aucune question d'éligibilité a été posée aux participantes avant la complétion des questionnaires. Il n'y avait donc pas de moyen de s'assurer qu'elles correspondaient aux critères d'inclusion. La taille visée de l'échantillon de cette étude était de 230 IPSPL, taille calculée en fonction de la taille de la population de 647 IPSPL au Québec au 31 mars 2021 (OIIQ, 2021b), d'un niveau de confiance de 95 % et d'une marge d'erreur de 5 % standards (Qualtrics, 2022).

Échantillonnage et recrutement

L'échantillonnage de l'étude était non probabiliste, étant un échantillonnage de convenance et par réseaux (boule de neige), car le choix des participantes volontaires se trouvait déterminé par le lieu et le moment de la distribution de l'affiche de recrutement (Appendice E), et en fonction des liens d'un réseau de personnes permettant le recrutement (Fortin & Gagnon, 2016). Ces méthodes d'échantillonnage sont faciles et peu coûteuses, et donc réalistes dans le contexte de cette étude. Le recrutement s'est effectué par courriels grâce à une liste d'IPSPL fournie par l'OIIQ, et via l'infolettre et les pages de réseaux sociaux de l'AIPSQ, pour les professionnelles ayant consenti à recevoir des demandes de recrutement à la recherche. De plus, l'affiche de recrutement informatisée a été partagée sur les réseaux sociaux, incluant dans des groupes privés dont étaient susceptibles de faire partie des IPSPL (comme la page Sciences Infirmières de l'UQO sur Facebook). Elle a aussi été distribuée par courriels via des contacts personnels, des IPSPL et des professeures en sciences infirmières rencontrées lors de colloques, séminaires ou conférences. Cette affiche de recrutement, validée par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQO, indiquait le but de l'étude, la population cible, les critères de sélection, le déroulement de l'étude et la manière de prendre contact avec l'étudiante-chercheuse, soit par courriel ou par cellulaire.

Déroulement de l'étude et de la collecte de données

Les participantes, ayant visualisé l'affiche de recrutement informatisée et intéressées à participer à l'étude, devaient cliquer sur le lien de l'affiche identifié pour accéder au questionnaire en ligne. La participation à l'étude se faisait de manière volontaire et sans incitatif autre que la contribution à la recherche et à l'avancement des connaissances sur le sujet. Le formulaire de consentement, présenté à l'Appendice F, devait d'abord être rempli avant d'accéder et de répondre aux questions du questionnaire, ce qui prenait une durée d'environ 20 minutes. Les questions n'ont pas été randomisées ou alternées, car l'ordre des questions était important pour faciliter la compréhension de celles-ci par les participantes. Puisque les participantes étaient des IPSPL, le vocabulaire des questions n'a pas eu à être adapté pour en réduire la complexité. Chaque question devait obligatoirement être répondue avant de pouvoir passer à la suivante, avec la possibilité d'indiquer « Ne souhaite pas répondre » à chaque question. Les participantes n'avaient pas l'option de réviser ou de changer leurs réponses lorsqu'elles étaient soumises. De plus, de manière à respecter l'anonymat des participantes, leurs adresses IP n'étaient pas sauvegardées lorsqu'ils ou elles accédaient au questionnaire. Ainsi, tous les items du CHERRIES en lien avec les taux de réponses, soit le ratio de vues, le ratio de participation et le ratio de complétion, n'ont pas pu être vérifiés. Il était donc aussi impossible de prévenir de multiples réponses au questionnaire par la même participante, qui aurait pu se reconnecter. Les réponses du questionnaire ont été collectées du 2 février au 25 mai 2023 via l'outil d'enquête en ligne *LimeSurvey*. Cet outil offre des solutions pour effectuer des enquêtes clients, pour les analystes de marché, pour les étudiants et pour les universités, et présente

les avantages d'être une méthode à grande échelle, rapide, peu coûteuse et confidentielle (LimeSurvey, 2022). Cette étude s'est donc déroulée sous forme d'enquête ouverte, par Internet, car cette enquête était accessible sans mot de passe à tous les visiteurs du site ayant eu accès au lien Internet. Le recrutement s'est déroulé simultanément avec la collecte de données, avec deux courriels de relance aux membres IPSPL de la liste fournie par l'OIIQ et une relance à l'AIPSQ jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de participations supplémentaires d'enregistrées sur la plateforme *LimeSurvey* pendant une semaine.

Variables à l'étude

Les variables de cette étude sont organisées en trois catégories, soit les variables qui décrivent l'échantillon, les variables qui décrivent la pratique de l'IPSPL lors de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, puis la variable « sentiment d'autoefficacité » des IPSPL qui est mesurée en regard de chaque variable de la pratique.

D'abord, les variables qui décrivent l'échantillon découlent du cadre de référence et de la recension des écrits. Elles sont le genre (féminin, masculin ou autre), l'âge, le statut marital (mariée, divorcée, etc.), le statut d'emploi (temps plein ou temps partiel), le milieu de travail (clinique publique, clinique privée, etc.), le nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière et en tant qu'IPSPL (moins d'un an à 30 ans), ainsi que le nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ des participantes (une à quatre heures, cinq à neuf heures, 10 à 14 heures, 15 à 19 heures, 20 à 24 heures, 25 à 29 heures et plus de 30 heures), qui représente leur nombre d'heures de formation cumulatif

à cet effet. Le concept de connaissances de l'infirmière du cadre de référence est opérationnalisé par la variable « nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ ». Le concept d'expérience de l'infirmière du cadre de référence est opérationnalisé par les variables « statut d'emploi », « nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière » et « nombre d'années d'expérience en tant qu'IPSPL ». Les concepts de support social et du milieu de travail de la recension des écrits en lien avec les facteurs d'influence du sentiment d'autoefficacité des infirmières sont opérationnalisés par les variables « statut marital » et « milieu de travail ». Les variables « Milieu de pratique » et « Nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ » ont dues être recodées, car le format utilisé pour ces questions sur la plateforme *LimeSurvey* permettait aux participantes d'inscrire plus d'un milieu de travail, selon leur réalité, et limitait les erreurs d'inscription possibles, mais ne permettait pas d'en faire des analyses quantitatives. Ainsi, la variable « Milieu de pratique » a été recodée en attribuant un nombre à chaque milieu de travail (1 = clinique privée, 2 = clinique publique, 3 = CLSC, 4 = GMF, 5 = unité de médecine de famille (UMF) ou groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U), 6 = centre hospitalier, 7 = télémédecine, 8 = CHSLD, 9 = gestion, 10 = université, 11 = dispensaire en communauté autochtone, 12 = clinique mobile d'itinérance, 13 = coopérative de santé, et 14 = plus d'un milieu de travail). La variable « Nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ » a été recodée en catégories, de manière à devenir une variable ordinale plutôt qu'une variable continue, car l'option de réponse « plus de 30 heures » du questionnaire ne permettait pas d'analyser cette variable comme une variable continue. Ainsi, le recodage s'est effectué tel que 1 =

un à quatre heures, 2 = cinq à neuf heures, 3 = 10 à 14 heures, 4 = 15 à 19 heures, 5 = 20 à 24 heures, 6 = 25 à 29 heures, et 7 = plus de 30 heures.

Ensuite, la pratique de l'IPSPL concernant les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte est décrite par huit variables découlant de la démarche clinique de prise en charge des douleurs MSQ tel que décrit dans la recension des écrits, ainsi que des rôles des infirmières du cadre de référence. Ainsi, la variable « anamnèse » se définit comme étant le portrait de l'historique et des antécédents de santé de la personne soignée dressé par l'IPSPL, c'est-à-dire la raison de la consultation et l'histoire contextuelle de la problématique. La variable « examen physique » se définit comme l'inspection visuelle, la palpation ou les tests de mobilité réalisés par l'IPSPL. La variable « imagerie » est définie par toute demande d'imagerie demandée par l'IPSPL (radiographie, échographie, imagerie par résonance magnétique, etc.). La variable « examen de laboratoire » se définit par toute demande de prélèvement par l'IPSPL, analysée en laboratoire (prélèvements sanguins, biopsie, etc.). La variable « options pharmacologiques » est définie comme toute option de traitement incluant des médicaments (analgésiques, anti inflammatoires non stéroïdiens, etc.). La variable « options non pharmacologiques » est définie comme toute option de traitement conseillée par l'IPSPL n'incluant pas de médicament (conseils, support structurel, etc.). Toutes ces variables opérationnalisent les concepts des rôles dépendants et indépendants des infirmières du cadre de référence et découlent de la recension des écrits. La variable « options de référencement » réfère à toute option de traitement nécessitant que la personne soignée soit référée vers un autre professionnel de la santé (physiothérapeute, massothérapeute, acupuncteur, etc.). Cette variable

opérationnalise les concepts du rôle interdépendant des infirmières du cadre de référence et découle de la recension des écrits. La variable « suivis » est définie comme tout rendez-vous de la personne soignée avec l'IPSPL pour réévaluer la même problématique, et opérationnalise ce même concept de la recension des écrits. Un score total de toutes les variables décrivant la pratique a été effectué sur le logiciel *SPSS* en effectuant une moyenne de toutes ces variables, créant une nouvelle variable « Pratique : score total », avec laquelle les analyses d'association ont pu être effectuées. Cette nouvelle variable peut donc être interprétée comme représentant l'ensemble de la pratique des IPSPL de cette étude lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte.

Finalement, la variable « sentiment d'autoefficacité » mesurée pour chacune des variables de la pratique de l'IPSPL énumérées se définit comme étant le jugement de l'IPSPL de sa capacité à réaliser l'étape de prise en charge décrite. Elle opérationnalise ce même concept de la recension des écrits. Un score total du sentiment d'autoefficacité de toutes les variables de la pratique a été effectué sur *SPSS* en effectuant une moyenne de toutes ces variables, créant une nouvelle variable « Sentiment d'autoefficacité : score total », avec laquelle les analyses d'association ont pu être réalisées. Comme pour la pratique, cette nouvelle variable peut donc être interprétée comme représentant l'ensemble du niveau de sentiment d'autoefficacité des IPSPL de cette étude lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. L'ensemble des concepts opérationnalisés par les variables de l'étude est présenté dans le Tableau 1.

Tableau 1*Concepts et variables de l'étude*

	Concepts	Variables	Types de variables (niveaux de mesure)	Unités	
Description de l'échantillon	Genre	Genre (masculin, féminin, autre)	Nominale		
	Âge	Âge	Continue	Années	
	Support social	Statut marital (célibataire, mariée ou conjointe de fait, divorcée, veuve)	Nominale		
	Milieu de travail	Milieu de travail (clinique privée, clinique publique, CLSC, GMF, UMF, GMF-U, centre hospitalier, plateforme de télémédecine)	Nominale		
	Expérience de l'infirmière		Statut d'emploi (temps plein, temps partiel, congé de maladie, congé parental)	Nominale	
			Nombre d'années d'expérience en tant qu'infirmière	Continue	Années
			Nombre d'années d'expérience en tant qu'IPSPL	Continue	Années
Connaissances de l'infirmière	Nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ	Ordinale	Heures		
Description de la pratique des	Évaluation	Fréquences d'anamnèse	Ordinale	Échelle de Likert	

IPSPL concernant la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte		Fréquences d'examen physique	Ordinale	Échelle de Likert
	Diagnostic	Fréquences d'imagerie et de laboratoire	Ordinale	Échelle de Likert
	Intervention	Fréquences des options pharmacologiques	Ordinale	Échelle de Likert
		Fréquences des options non pharmacologiques	Ordinale	Échelle de Likert
	Gestion de cas Coordination des soins	Fréquences des options de référencement	Ordinale	Échelle de Likert
	Suivis	Fréquences des suivis	Ordinale	Échelle de Likert
	Pratique	Pratique : score total	Ordinale	
Description du sentiment d'autoefficacité des IPSPL concernant la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte	Sentiment d'autoefficacité	Sentiment d'autoefficacité en regard de chaque variable de la pratique	Ordinale	Niveau de sentiment d'autoefficacité
	Sentiment d'autoefficacité	Sentiment d'autoefficacité : score total	Ordinale	

Note. CLSC = Centre local de services communautaires. GMF = Groupe de médecine familiale. UMF = Unité de médecine de famille. GMF-U = Groupe de médecine familiale universitaire. IPSPL = Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. MSQ = Musculosquelettiques.

Instruments de mesure et de collecte de données

L'instrument de mesure et de collecte de données de cette étude était un questionnaire distribué sur l'outil d'enquête en ligne *LimeSurvey*. Il comportait 25 questions, d'une durée d'environ 20 minutes, et était divisé en trois sections.

La première section du questionnaire portait sur les caractéristiques des IPSPL participantes et a permis d'établir une description de l'échantillon. Ces questions ont été inspirées des variables du cadre de référence, soient des éléments de structure. Elles adressaient aussi les facteurs d'influence du sentiment d'autoefficacité chez les infirmières, relevés dans la recension des écrits. Ainsi, certaines questions concernaient, par exemple, l'expérience et les connaissances de l'IPSPL (variables du NREM) et le milieu de travail de l'IPSPL (recension des écrits). Une question adressant l'opinion des participantes sur leur formation initiale en regard des problématiques MSQ a été ajoutée à la fin de cette section du questionnaire. Ainsi, à la question « Considérez-vous que votre formation initiale sur les problématiques musculosquelettiques était adéquate ? », les participantes devaient d'abord cocher une réponse entre « Oui », « Non » ou « Ne souhaite pas répondre », et avaient l'option facultative d'ajouter un commentaire à cet effet.

La deuxième section du questionnaire portait sur les méthodes de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte par les IPSPL. Cette section a permis d'établir une description de la pratique des IPSPL en regard de la problématique étudiée. Chaque énoncé portait sur une étape de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte et a été évalué avec une échelle de Likert mesurant la fréquence de réalisation de l'étape

décrite en cinq points (0 = jamais, 1 = occasionnellement, 2 = environ la moitié du temps, 3 = souvent, 4 = toujours). Les énoncés de ce questionnaire ciblaient les variables des rôles de l'infirmière, des éléments de processus du cadre de référence, en se basant sur la démarche clinique de prise en charge des douleurs MSQ relevée dans la recension des écrits (Babatunde et al., 2017; Ball et al., 2007; Browne & Merrill, 2015; Ernstzen et al., 2017).

La troisième section du questionnaire portait sur le sentiment d'autoefficacité des IPSPL en regard de chaque étape de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte décrite dans la deuxième section du questionnaire. L'échelle de mesure utilisée pour déterminer le niveau de sentiment d'autoefficacité en regard de l'étape décrite utilisait une gradation de 11 points, où 0 = je ne me sens pas capable, 5 = je me sens modérément capable, et 10 = je me sens hautement capable. Cette échelle a été construite selon le guide d'élaboration d'échelles d'autoefficacité de Bandura (2005), assurant ainsi une validité de contenu, une analyse conceptuelle du domaine d'intérêt, une gradation adéquate du défi et une échelle de réponses appropriée. En effet, il n'existe pas d'échelle de mesure de sentiment d'autoefficacité qui s'applique à tous les domaines, car la pertinence en regard du domaine étudié en serait extrêmement limitée (Bandura, 2005).

Ce questionnaire a donc été autoconstruit pour répondre aux objectifs de l'étude. Ainsi, ses qualités métrologiques (fidélité et validité) n'ont pas pu être vérifiées (Fortin & Gagnon, 2016), mais le questionnaire a été soumis au préalable à deux IPSPL et trois infirmières cliniciennes pour en tester la clarté. Aucun changement n'a été apporté par la suite, puisque toutes ont affirmé que le questionnaire était clair. Par exemple, à l'énoncé :

« J'opte pour des prescriptions d'analgésiques narcotiques dans ma gestion de la problématique », l'IPSPL devait d'abord répondre, dans la deuxième section, sur l'échelle de Likert allant de « jamais » à « toujours », dans quelle fréquence elle prescrit des analgésiques narcotiques, et ensuite, dans la troisième section, sur l'échelle d'autoefficacité allant de « je ne me sens pas capable » à « je me sens hautement capable », dans quelle mesure elle se sent capable de prescrire des analgésiques narcotiques.

Analyses des données

Les données des 154 questionnaires remplis sur l'outil d'enquête en ligne *LimeSurvey* ont été importées dans le logiciel Excel, qui a ensuite été utilisé pour le nettoyage des données et pour l'élaboration des tableaux des résultats. Les analyses descriptives et les analyses d'association ont été effectuées avec le logiciel *IBM SPSS Statistics*, version 29.0.0.0 (241), 2022. Une vérification de la cohérence entre l'âge des participantes et leurs nombres d'années d'expérience en tant qu'infirmière et en tant qu'IPSPL a été effectuée. Selon l'âge indiqué, le nombre total d'années d'expérience devait conduire à la conclusion que la participante avait commencé à travailler comme infirmière au plus tôt vers l'âge de 19 ans, soit vers la fin d'une technique collégiale en soins infirmiers. Dans cette optique, une donnée d'une participante a été ajustée en enlevant la valeur du nombre d'années d'expérience indiquées comme IPSPL pour établir cette cohérence. De plus, 11 données ont été ajustées en soustrayant le nombre d'années d'expérience comme IPSPL des années d'expérience comme infirmière des participantes concernées, car elles avaient inclus les

années d'expérience comme IPSPL dans les années d'expérience comme infirmière, contrairement à la distinction demandée.

Analyses descriptives

Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées avec les données conservées. Des distributions de fréquences ont été faites en utilisant le pourcentage valide pour chaque variable de la pratique. La vérification de la normalité des données a été effectuée en fonction d'un indice d'asymétrie allant de -2 à +2, et d'un indice d'aplatissement allant de -7 à +7 (Université de Sherbrooke, 2023b; University of Cambridge, 2023). Cependant, une présentation de toutes les données sous forme de moyennes et d'écart types a été préconisée plutôt qu'une présentation sous forme de médianes et de quartiles, même pour les variables dont les données étaient distribuées anormalement, car toutes ces données, sous forme de quartiles, présentaient les mêmes valeurs de médiane, de premier et de troisième quartile. Par exemple, la variable 11.1 (Effectuer un examen physique qui inclue une inspection visuelle) présentait une médiane de 4,00, un premier quartile de 4,00 et un troisième quartile de 4,00. La variable 12.3 (Procéder à une investigation en prescrivant une imagerie par résonance magnétique) présentait une médiane de 1,00, un premier quartile de 1,00 et un troisième quartile de 1,00). Les résultats ont donc été harmonisés en étant tous présentés sous forme de moyennes et d'écart types.

Analyses d'association

Ensuite, des associations de *Spearman* et de *Rank Biserial* ont été effectuées entre la variable « Pratique : score total » et les variables décrivant l'échantillon, ainsi que la variable « Sentiment d'autoefficacité : score total », selon le niveau de mesure de celles-ci. Ainsi, les analyses impliquant les variables continues et ordinales ont été des associations de *Spearman* (Liège Université, 2023), et les analyses impliquant les variables nominales dichotomiques ont été des associations *Rank Biserial* (Scale, 2023). Ensuite, une analyse de régression linéaire multivariée a été réalisée entre des variables indépendantes décrivant l'échantillon, la variable « Sentiment d'autoefficacité : score total » et la variable dépendante « Pratique : score total ». Les variables indépendantes qui ont été incluses dans le modèle de régression linéaire multivarié avaient une significativité (p) inférieure ou égale à 0,25 dans les analyses d'association de *Spearman* ou de *Rank Biserial* (Hosmer, 2000). La colinéarité des variables indépendantes a été vérifiée avec le test de colinéarité, où toutes les valeurs de VIF étaient près de 1,0 et loin de 10 ou de 0,1 (Université de Sherbrooke, 2023b). La vérification des associations bivariées entre variables indépendantes a aussi été vérifiée, et aucune ne présentait une association supérieure ou égale à 0,7 (Polit, 2010).

Analyses qualitatives

Une analyse de contenu inspirée de Paillé et Mucchielli (2021) des commentaires écrits en lien avec la question sur l'opinion des participantes en regard de leur formation

initiale sur les problématiques MSQ a été réalisée par l'étudiante-chercheuse, guidée par la première co-directrice de recherche (Lucie Lemelin). Ces analyses ont amené une compréhension approfondie de la formation, comme facteur influençant la pratique des IPSPL et leur sentiment d'autoefficacité, et s'inscrivant ainsi au niveau du troisième objectif de l'étude. Les étapes d'analyse qualitative des commentaires écrits (Appendice G) ont été réalisées par l'étudiante-chercheuse et révisées par la co-directrice de recherche. Dans un premier temps, un repérage des unités significatives a été effectué. Dans un deuxième temps, les unités significatives ont été classées en catégories. Le repérage et la catégorisation des unités significatives sont présentés à l'Appendice H. Certaines catégories ont été suggérées à titre d'exemples par la co-directrice de recherche et conservées par l'étudiante-chercheuse, qui a ensuite élaboré un lexique des catégories finales en utilisant le Larousse de la langue française (2023), par souci d'exactitude et de cohérence. Ce lexique est présenté au Tableau 2.

Tableau 2

Lexique des catégories des unités significatives

Catégories	Définitions du Larousse de la langue française (2023)
Opinion	Jugement, avis, sentiment qu'un individu ou un groupe émet sur un sujet, des faits, ce qu'il en pense.
Souhais	Aspiration vers quelque chose qu'on a pas, désir, envie que quelque chose arrive.
Évolution	Passage progressif d'un état à l'autre.

Aide complémentaire

Aide	Action d'aider quelqu'un, de lui donner une assistance momentanée ; appui, soutien.
Complémentaire	Qui constitue un complément, qui vient s'ajouter à d'autres choses de même nature pour les compléter.

Dans un troisième temps, un codage de ces unités significatives a été fait. Dans un quatrième temps, les codes ont été regroupés selon les quatre catégories. Le codage des unités significatives selon les catégories est présenté à l'Appendice I. Au final, le tout a permis de dégager quelques constats émergents de l'analyse qualitative des commentaires (facultatifs) des participantes, constats soulevés par l'étudiante-chercheuse et révisés par la co-directrice de recherche.

Considérations éthiques

Cette étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQO. Le formulaire d'attestation d'évaluation scientifique est présenté à l'Appendice J et le certificat d'approbation éthique est présentée à l'Appendice K. De manière à respecter le principe éthique des droits de la personne, le formulaire de consentement devait être rempli en ligne via *LimeSurvey*, et les conditions devaient être acceptées avant d'avoir accès au questionnaire. Le formulaire de consentement présentait l'étudiante-chercheuse et les directrices de recherche du projet, et indiquait le but de l'étude ainsi que la durée approximative du questionnaire. Il était aussi mentionné que l'arrêt de la participation était possible à n'importe quel moment et que les données déjà fournies pouvaient être utilisées,

et qu'elles seraient conservées pour une durée de cinq ans avant d'être détruites. De plus, les participantes étaient avisées qu'il était possible d'indiquer « Ne souhaite pas répondre » à chacune des questions ou énoncés. Concernant le respect de la vie privée, les moyens retenus pour assurer ce principe concernaient la gestion des données en ligne (Jean, 2015) et ont été communiqués aux participantes dans le formulaire de consentement. Les données étaient ainsi anonymes, conservées sur un logiciel et un ordinateur ayant un code d'accès, et la double sauvegarde de ces données a été sécurisée grâce à l'entente entre l'UQO et Microsoft Office 365, par le laboratoire virtuel. Les données seront donc détruites après cinq ans, selon le Comité d'éthique de la recherche de l'UQO, en utilisant le logiciel de suppression sécuritaire de données *Secure File Deleter 6*. Les risques, mentionnés dans le formulaire de consentement, étaient considérés comme minimaux selon l'Énoncé politique des trois conseils (EPTC2), c'est-à-dire que les risques de participer à cette étude n'étaient pas plus élevés pour les participantes que les risques associés à leur quotidien professionnel (Gouvernement du Canada, 2022). Les bénéfices pour les participantes, décrits dans le formulaire de consentement, étaient indirects, concernant principalement l'implication dans la recherche et la participation au développement de connaissances.

Résultats

Le but de la présente étude était de décrire la pratique des IPSPL lors de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte et leur sentiment d'autoefficacité associé. Les objectifs spécifiques étaient d'identifier dans quelle fréquence les IPSPL réalisent les différentes étapes de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, d'évaluer leur sentiment d'autoefficacité associé à chacune de ces étapes, et d'explorer les facteurs, incluant le sentiment d'autoefficacité, associés à la pratique des IPSPL du Québec en ce qui concerne les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Cette section rapporte les résultats obtenus en fonction de ces objectifs.

Description de l'échantillon

Un total de 154 participantes a été recensé sur la plateforme *LimeSurvey* du questionnaire. La taille visée de l'échantillon (N = 230) n'a pas été atteinte malgré les deux relances de recrutement. Les réponses de 17 questionnaires (11,04 %) ont été retirés, car les participantes concernées s'étaient seulement connectées sur la plateforme *LimeSurvey* du questionnaire, sans répondre aux questions. Les réponses de deux autres questionnaires (1,3 %) ont été retirés, car seuls les consentements avaient été remplis. Les réponses des sept (4,55 %) questionnaires dont seules les données sociodémographiques avaient été remplies ont aussi été retirées. Les données d'un dernier (0,65 %) questionnaire ont été retirées, car le questionnaire était un doublon. Ainsi, les données de 127 questionnaires ont été conservées, dont 122 questionnaires complétés et cinq questionnaires partiellement complétés. Dans les questionnaires partiellement complétés, les participantes n'avaient pas terminé de répondre aux sections de la deuxième section

du questionnaire, portant sur les méthodes de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, ou de la troisième section du questionnaire, portant sur leur sentiment d'autoefficacité en regard de chaque étape de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte décrite dans la deuxième section du questionnaire. Il n'y a eu aucun refus de participer à l'étude selon les formulaires de consentement, et la totalité des participantes a donc donné son consentement à participer à l'étude et à la conservation des données pour une durée de cinq ans, pour une utilisation secondaire dans le cadre de la possibilité d'une analyse ultérieure. Le temps moyen pour répondre au questionnaire en ligne était de 11,76 minutes, avec un écart type (ÉT) de 8,64 minutes, un temps minimum de 3,39 minutes et un temps maximum de 58,28 minutes. Ces données concernent tous les questionnaires conservés, incluant les questionnaires partiellement complétés. L'échantillon de cette étude était donc composé de 127 IPSPL (N = 127), dont 118 (92,9 %) étaient de genre féminin. La moyenne d'âge des participantes était de 38,42 (ÉT = 6,67) ans. La vaste majorité des participantes était mariée ou conjointe de fait (N = 95, 74,8 %) et travaillaient à temps plein (N = 113, 89,0 %). Les IPSPL qui travaillaient à temps partiel pratiquaient en moyenne 19,17 (ÉT = 7,55) heures par semaine. Les milieux de pratique les plus récurrents étaient le GMF (N = 72, 56,7%) et l'UMF ou GMF-U (N = 27, 21,3 %). Dans la catégorie « Autres milieux », huit IPSPL ont indiqué travailler en CHSLD, et les autres milieux indiqués étaient un milieu de gestion, une université, un dispensaire en communauté autochtone, une clinique mobile d'itinérance et une coopérative de santé. Chacun de ces milieux constituait le milieu de pratique d'une seule participante. Les participantes avaient en moyenne 5,51 (ÉT = 4,10) années d'expérience

comme IPSPL et 10,45 (ÉT = 4,94) années d'expérience comme infirmière. La plupart (N = 79, 62,6 %) des participantes avait cumulé moins de 15 heures de formation continue sur les problématiques MSQ en général. La description détaillée des caractéristiques des IPSPL participantes est présentée dans le Tableau 3.

Tableau 3

Caractéristiques des IPSPL participantes

Variabiles	Fréquence (%)	Moyenne (ÉT)
Genre (n = 127)		
Féminin	118 (92,9)	
Masculin	9 (7,1)	
Âge (n = 126)		38,42 (6,67)
Statut marital (n = 127)		
Célibataire	28 (22,0)	
Mariée ou conjointe de fait	95 (74,8)	
Divorcée	3 (2,4)	
Veuve	0	
Statut d'emploi (n = 126)		
Temps plein	113 (89,0)	
Temps partiel	6 (4,7)	
Nombre d'heures de travail par semaine si temps partiel (n = 6)		19,17 (7,55)
Congé de maladie	2 (1,6)	
Congé parental	5 (3,9)	
Milieu de pratique (n = 127)		
Clinique privée	12 (9,4)	

Clinique publique	6 (4,7)	
CLSC	21 (16,5)	
GMF	72 (56,7)	
UMF, GMF-U	27 (21,3)	
Centre hospitalier	2 (1,6)	
Télémédecine	12 (9,4)	
Autres	12 (9,4)	
Nombre d'années d'expérience comme IPSPL (n = 127)		5,51 (4,10)
Nombre d'années d'expérience comme infirmière (n = 127)		10,45 (4,94)
Nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ (n = 126)		
1h à 4h	25 (19,8)	
5h à 9h	23 (18,2)	
10h à 14h	31 (24,6)	
15h à 19h	8 (6,4)	
20h à 24h	18 (14,3)	
25h à 29h	1 (0,8)	
plus de 30h	20 (15,9)	

Note. IPSPL = Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. CLSC = Centre local de services communautaires. GMF = Groupe de médecine familiale. UMF = Unité de médecine de famille. GMF-U = Groupe de médecine familiale universitaire. MSQ = Musculosquelettiques.

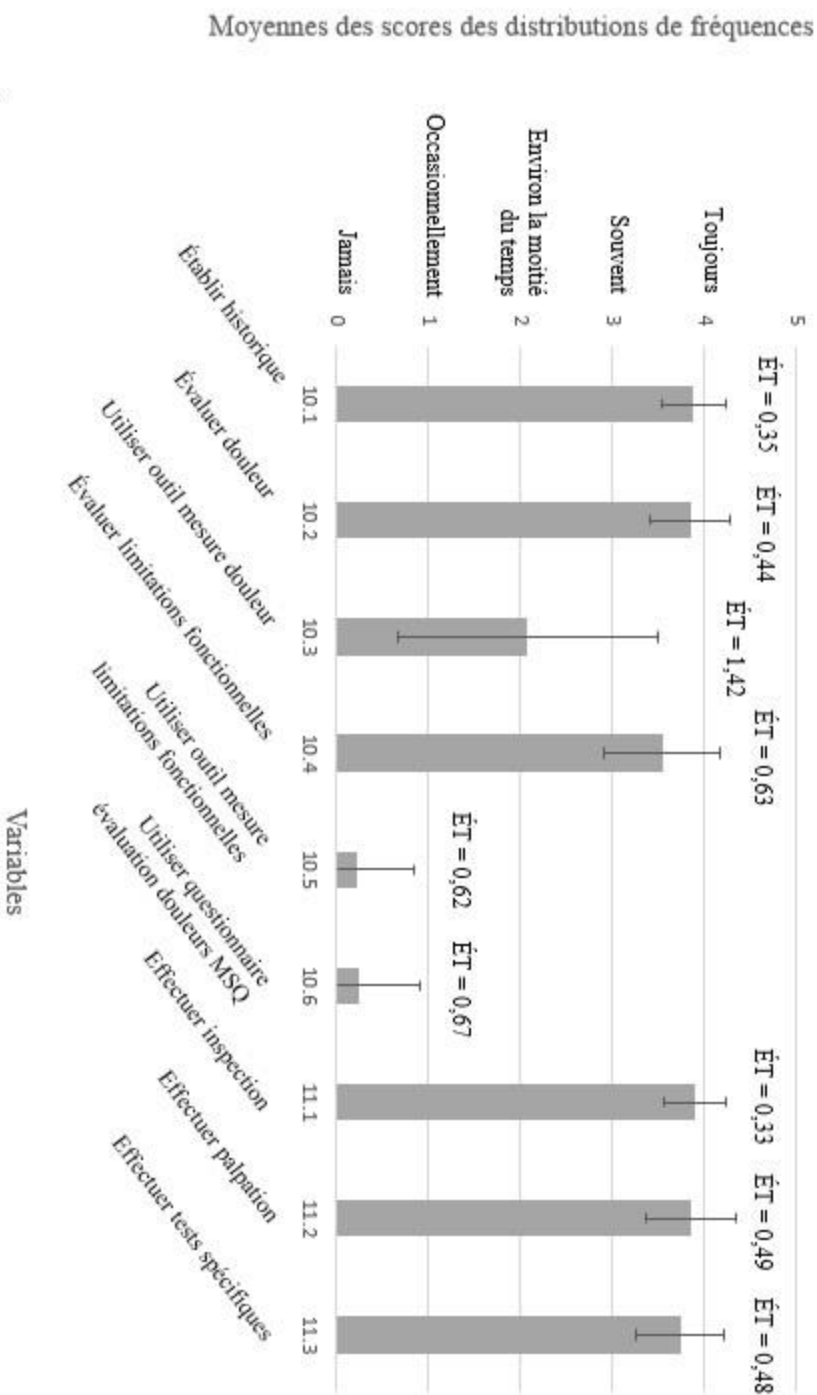
La pratique des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte

Description de l'évaluation clinique

La portion d'évaluation clinique comprend six éléments d'anamnèse et trois éléments d'examen physique. Au niveau de l'anamnèse, la vaste majorité des IPSPL répondantes (N = 113, 89,0 %) établit toujours un portrait de l'historique de la problématique de la personne soignée en la questionnant et la majorité (N = 110, 86,6 %) évalue toujours globalement la douleur de la personne soignée en la questionnant. Cependant, la majorité des IPSPL de cette étude n'utilise jamais d'outil de mesure des limitations fonctionnelles (N = 105, 82,7 %) ni de questionnaire d'évaluation des douleurs MSQ (N = 110, 86,6 %). Au niveau de l'examen physique, la vaste majorité (N = 115, 90,6 %) des IPSPL de cette étude effectue toujours une inspection visuelle. La plupart (N = 112, 88,2 %) effectue toujours une palpation, et une grande partie (N = 95, 74,8 %) effectue toujours des tests spécifiques. Les distributions de fréquences de la pratique pour l'évaluation clinique sont présentées à l'Appendice L, et les moyennes des scores des distributions de fréquence de la pratique pour l'évaluation clinique sont présentées à l'Appendice M et à la Figure 4.

Figure 4

Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour l'évaluation clinique



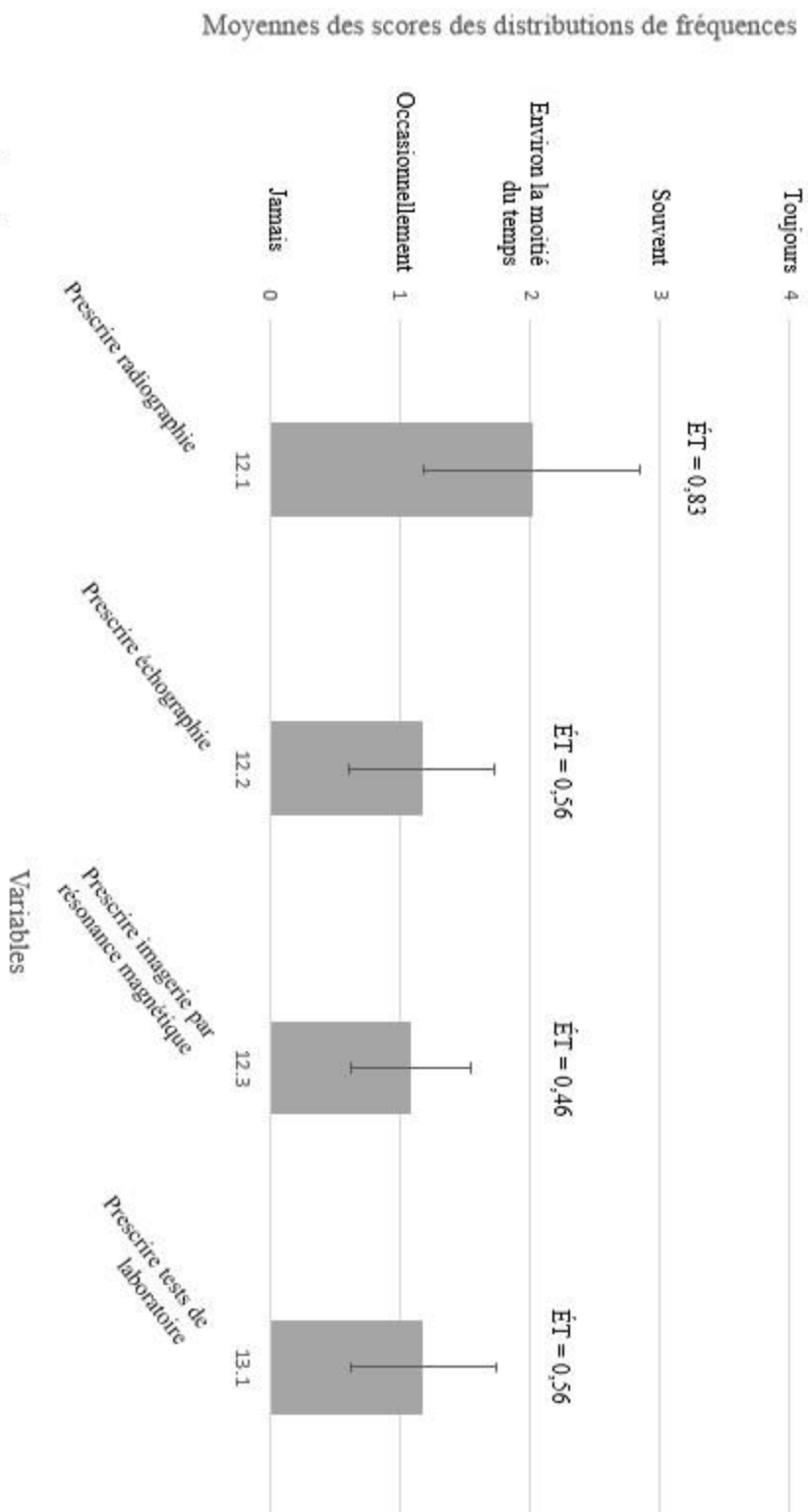
Note. ÉT = écart type. MSQ = Musculosquelettiques.

Description de l'investigation clinique

La portion d'investigation clinique comprend trois éléments de tests d'imagerie et un élément de tests de laboratoire. Au niveau des tests d'imagerie, la plupart des participantes prescrivent seulement occasionnellement une échographie (N = 103, 81,1 %) et une imagerie par résonance magnétique (N = 113, 89,0 %). L'utilisation de la radiographie est variable, puisque 42 (33,1 %) participantes l'utilisent occasionnellement, 39 (30,7 %) l'utilisent environ la moitié du temps, et 44 (34,6 %) participantes l'utilisent souvent. Au niveau des tests de laboratoire, comme des prélèvements sanguins, la plupart des IPSPL de cette étude (N = 106, 83,5%) en prescrit également occasionnellement. Les distributions de fréquences de la pratique pour l'investigation clinique sont présentées à l'Appendice N, et les moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour l'investigation clinique sont présentées à l'Appendice O et à la Figure 5.

Figure 5

Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour l'investigation clinique



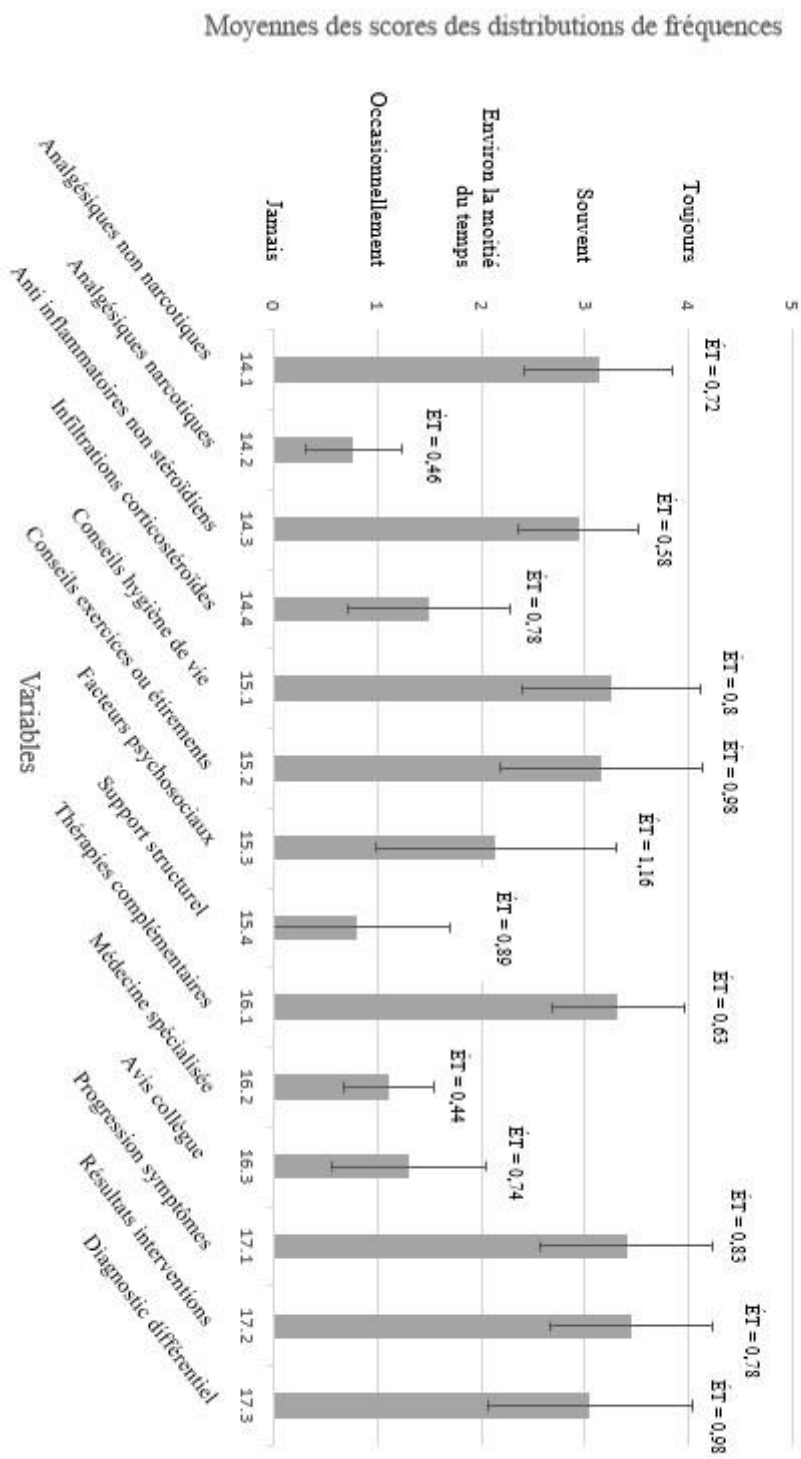
Note. ÉT = Écart type.

Description de la gestion clinique

La portion de gestion clinique comprend quatre éléments d'options pharmacologiques, quatre éléments d'options non pharmacologiques, trois éléments d'options de référencement et trois éléments de suivi. Au niveau des options pharmacologiques, la plupart des participantes (N = 100, 78,7%) prescrit souvent des anti inflammatoires non stéroïdiens. Dans les options non pharmacologiques, plusieurs IPSPL de cette étude (N= 60, 47,2 %) prodiguent des conseils d'hygiène de vie, ainsi que des conseils d'exercices ou d'étirements (N = 56, 44,1 %). Au niveau des options de référencement, la majorité des participantes (N = 116, 91,3 %) réfèrent seulement occasionnellement la personne soignée en médecine spécialisée, telle que la neurologie ou l'orthopédie. Plusieurs IPSPL de cette étude (N = 100, 78,7 %) consultent aussi occasionnellement un collègue pour obtenir son avis professionnel sur le cas pris en charge. Les distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique sont présentées à l'Appendice P, et les moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique sont présentées à l'Appendice Q et à la Figure 6.

Figure 6

Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique



Note. ÉT = Écart type

Le sentiment d'autoefficacité des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte

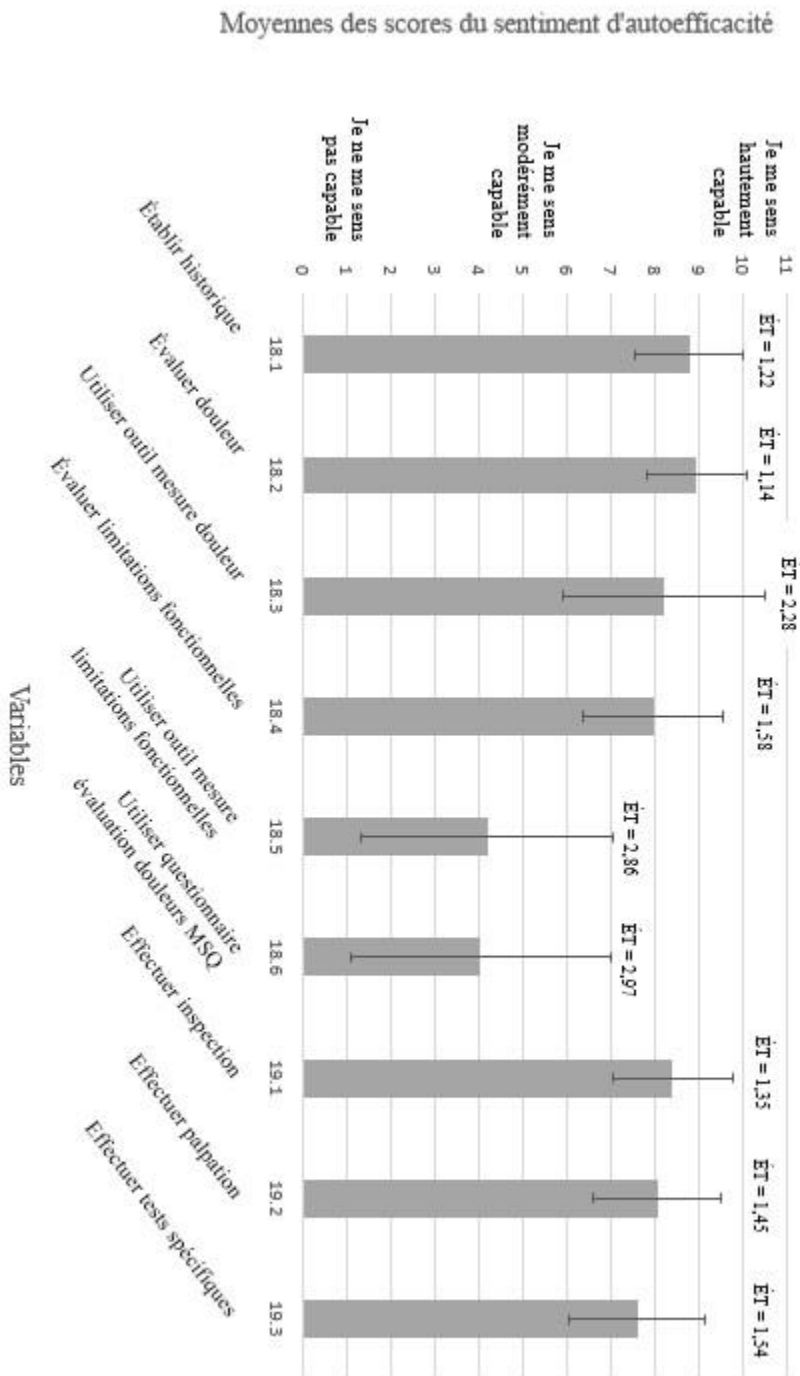
L'Appendice R présente les moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé aux variables correspondantes de la pratique. Les Figures 7, 8 et 9 présentent ces moyennes sous forme d'histogrammes pour les variables de l'évaluation clinique, de l'investigation clinique et de la gestion clinique, respectivement.

Au niveau de l'évaluation clinique et de l'investigation clinique, la plupart des éléments présentent des moyennes de sentiment d'autoefficacité supérieures à sept sur 10, sauf les éléments en lien avec l'utilisation d'un outil de mesure des limitations fonctionnelles et d'un questionnaire d'évaluation des douleurs MSQ, qui présentent des moyennes plus basses (moins de cinq).

Au niveau de la gestion clinique, l'élément des options pharmacologiques ayant la plus haute moyenne (9,14) est l'élément en lien avec la prescription d'anti inflammatoires non stéroïdiens. L'élément ayant la plus basse moyenne (6,88) est celui en lien avec la prescription d'analgésiques narcotiques. Pour les options non pharmacologiques, l'élément ayant la plus haute moyenne (8,73) est celui en lien avec les conseils d'hygiène de vie, et l'élément ayant la plus basse moyenne (4,17) est celui en lien avec le support structurel. Les éléments des options de référencement et de suivi présentent tous des moyennes de sentiment d'autoefficacité des participantes supérieures à huit.

Figure 7

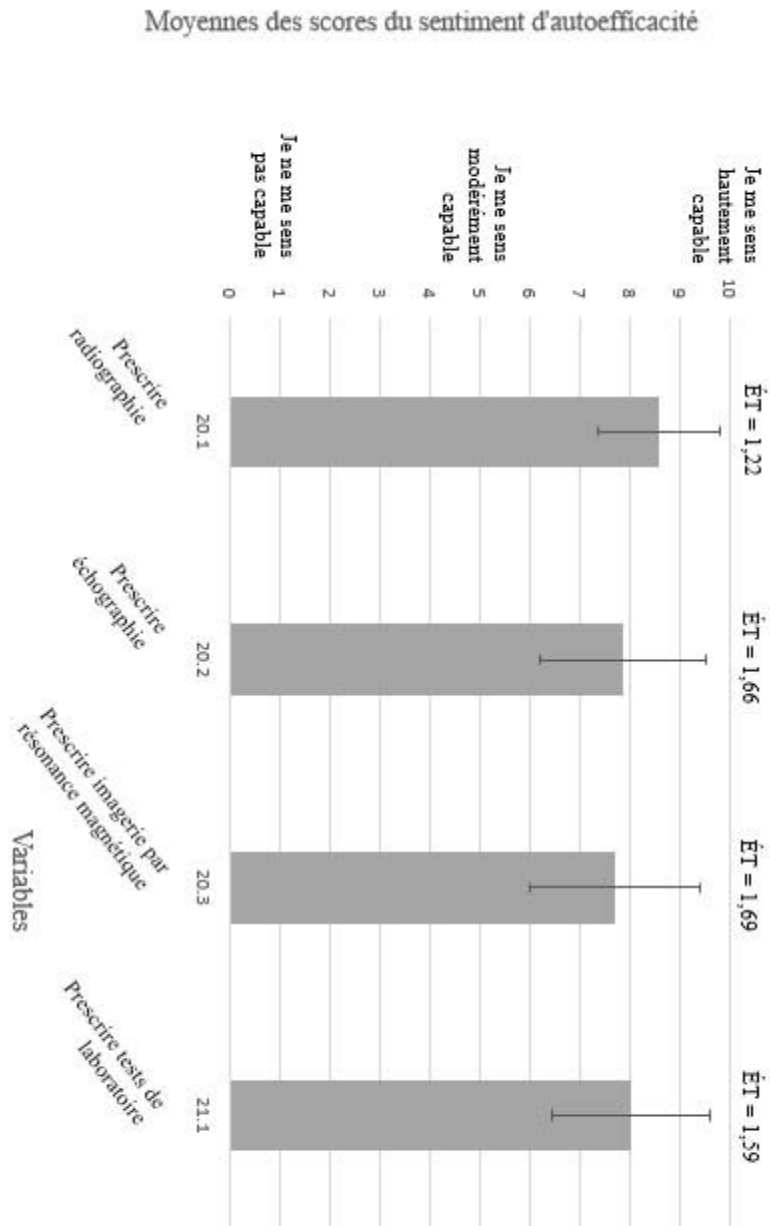
Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé à la pratique pour l'évaluation clinique



Note. ET = Écart type. MSQ = Musculosquelettiques.

Figure 8

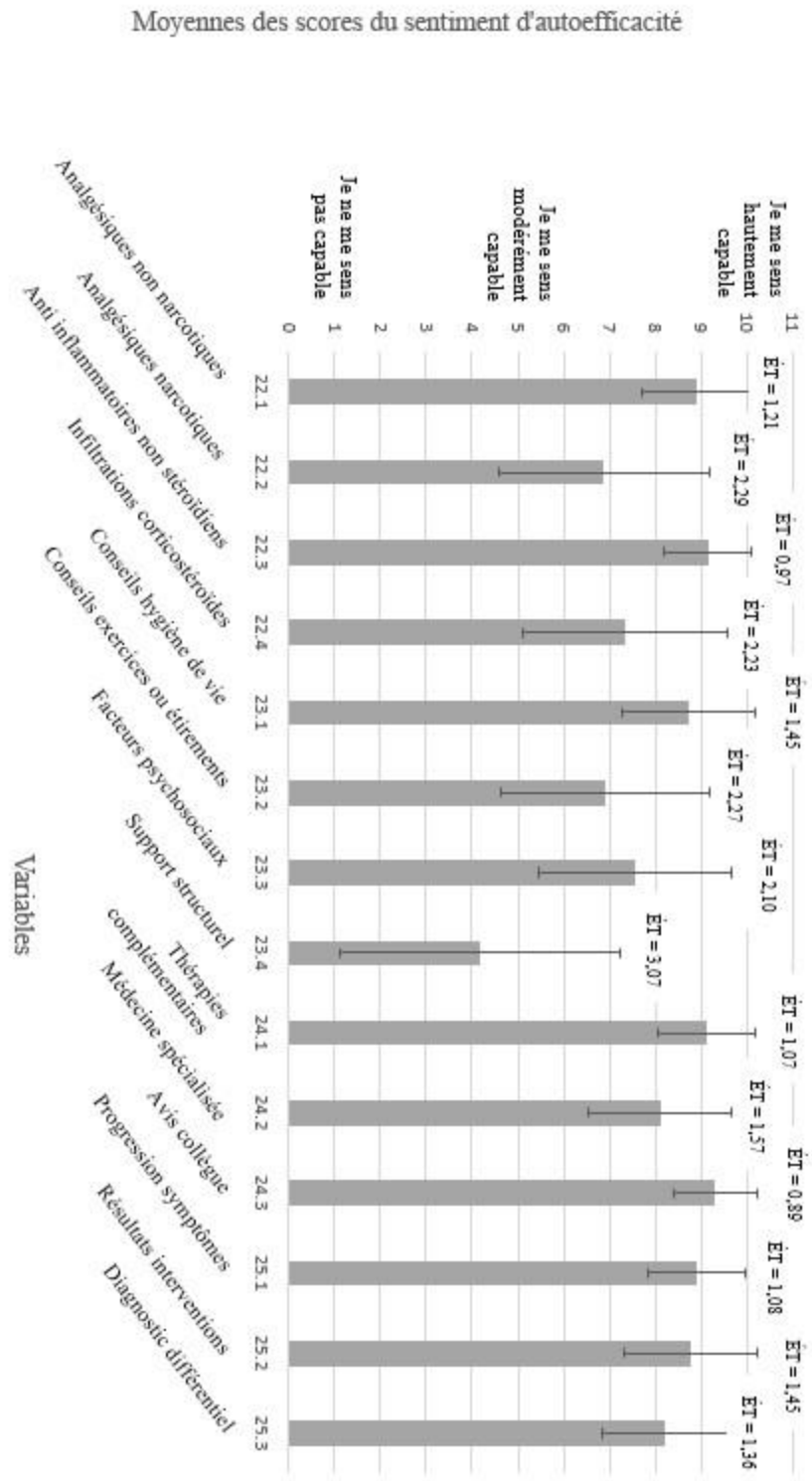
Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associée à la pratique pour l'investigation clinique



Note: ÉT = Écart type.

Figure 9

Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé à la pratique pour la gestion clinique



Note. ET = Écart type.

Facteurs associés à la pratique des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte

Les résultats des analyses d'association bivariées entre les variables décrivant l'échantillon, le score total de sentiment d'autoefficacité et la variable de score total de la pratique sont présentés au Tableau 4. Brièvement, il en découle que les variables « Genre », « Nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ » et « Sentiment d'autoefficacité » étaient significativement corrélés à la pratique. En premier lieu, ces analyses montrent que les hommes IPSPL de cette étude réaliseraient moins fréquemment les éléments de prise en charge ($R_b = -0,240$, $p = 0,007$). Ensuite, les participantes ayant un plus grand nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ sont celles qui réaliseraient plus fréquemment des éléments de prise en charge ($R_s = 0,182$, $p = 0,041$), et il en serait de même pour le sentiment d'autoefficacité (score total) ($R_s = 0,555$, $p < 0,001$), c'est-à-dire que les participantes ayant un plus grand sentiment d'autoefficacité réaliseraient plus fréquemment des éléments de prise en charge. Les résultats de l'analyse de régression multivariée sont présentés au Tableau 5. Selon les analyses, seul le sentiment d'autoefficacité (score total) était significativement associé à la pratique (score total), présentant un coefficient ajusté $\beta = 0,590$ et une significativité inférieure à 0,001. Ainsi, un sentiment d'autoefficacité élevé chez les IPSPL de cette étude augmenterait la probabilité qu'elles effectuent l'élément de prise en charge concerné dans leur pratique.

Tableau 4

Relations entre les caractéristiques des IPSPPL participantes et leur pratique en regard des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte

Variables	Pratique (score total)
Genre : Rank biserial (<i>p</i>)	-0,240 (0,007)
Âge : Spearman (<i>p</i>)	0,014 (0,880)
Statut marital : Spearman (<i>p</i>)	-0,138 (0,124)
Statut d'emploi : Spearman (<i>p</i>)	-0,078 (0,387)
Milieu de pratique : Spearman (<i>p</i>)	0,079 (0,380)
Nombre d'années d'expérience comme IPSPPL : Spearman (<i>p</i>)	0,016 (0,855)
Nombre d'années d'expérience comme infirmière : Spearman (<i>p</i>)	0,080 (0,370)
Nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ : Spearman (<i>p</i>)	0,182 (0,041)
Opinion sur la formation initiale en regard des problématiques MSQ : Rank biserial (<i>p</i>)	-0,036 (0,691)
Sentiment d'autoefficacité (score total) : Spearman (<i>p</i>)	0,555 (<0,001)

Note. IPSPPL = Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. MSQ = Musculosquelettiques.

Tableau 5

Facteurs associés à la pratique des IPSPPL participantes en regard des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte

Variables	Coef. aj. (B)	Sig. (p) (R-deux ajusté=0,378)	IC (95 %)
Genre	-0,136	0,068	0,975-1,785
Statut marital	-0,062	0,397	-0,130-0,052
Nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ	-0,008	0,917	-0,023-0,020
Sentiment d'autoefficacité (score total)	0,590	<0,001	0,115-0,198

Note. IPSPPL = Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. MSQ = Musculosquelettiques.

Opinion des participantes en regard de la formation initiale des IPSPL du Québec sur les problématiques MSQ

À la question « Considérez-vous que votre formation initiale sur les problématiques musculosquelettiques était adéquate ? », seulement le quart (N = 32, 25,2 %) des IPSPL participantes a répondu « Oui », et aucune participante a répondu « Ne souhaite pas répondre ». Par ailleurs, 60 participantes (47,2 %) ont rédigé un commentaire à cet effet, option qui était totalement facultative. Cette section présente les constats émergents de l'analyse qualitative de ces commentaires, qui a permis une compréhension de la perception des IPSPL quant à leur formation initiale, facteur influençant leur pratique, et s'inscrivant ainsi au niveau du troisième objectif de l'étude.

Le premier constat concerne l'aspect de la durée de la formation initiale qui est allouée aux notions de problématiques MSQ. Plusieurs IPSPL de cette étude ont émis un commentaire selon lequel la formation initiale serait trop courte ou trop rapide en regard de ces notions. Le deuxième constat est étroitement lié à l'aspect de la durée, et concerne l'aspect de la qualité de cette formation, où la majorité des participantes la considèrerait comme étant incomplète et insuffisante en ce qui concerne les notions de problématiques MSQ. Pour certaines participantes, la formation était « un survol : trop de sujets en peu de temps » (participante 136) ou même dite « absolument inadéquate et incomplète » (participante 20). D'autres participantes attestent que la formation procure aux IPSPL des compétences de base : « Elle fournit la base minimum, mais elle devrait être beaucoup plus complète pour faire face à la réalité quotidienne » (participante 135). Les

participantes semblent démontrer que les compétences nécessaires à la pratique optimale des IPSPL auprès des patients atteints de problématiques MSQ a évolué davantage que celle mise en relief à l'intérieur de leur formation :

Le temps attribué aux problèmes de santé et la pratique directe par rapport aux cours de la maîtrise est trop peu suffisant, incluant l'étude des problèmes musculosquelettiques. De plus, il serait plus avantageux qu'un physiothérapeute couvre cette matière, je pense (participante 74)

Cependant, dans une perspective où la formation initiale des IPSPL se doit seulement de couvrir la base des notions en regard des problématiques MSQ, certaines IPSPL de cette étude la jugent comme « adéquate, mais courte » (participante 151) ou adéquate seulement pour des problématiques courantes comme ce qu'en dit cette participante : « Elle était adéquate pour répondre aux problèmes courants, mais pas pour les problématiques plus complexes » (participante 30).

Le troisième constat émergeant de l'analyse des commentaires des participantes concerne l'évolution de la formation initiale. En effet, dans une perspective où les programmes universitaires de formation des IPSPL sont encore jeunes et en évolution, certaines participantes jugent que la formation initiale s'est améliorée au fil des cohortes d'étudiantes. Cependant, il faut aussi considérer le quatrième constat qui concerne l'évolution de la pratique (rôle et responsabilités) des IPSPL au Québec en regard des problématiques MSQ, car certaines participantes de cette étude avancent que la formation initiale ne répondrait pas aux nouveaux besoins d'apprentissage des IPSPL et de l'élargissement graduel qu'a connu leur pratique professionnelle : « Initialement, nos

lignes directrices (2012) étaient très limitantes. Donc, pour notre champ pratique de 2011-2012, la formation me semblait adéquate, mais maintenant que nous avons droit au diagnostic, j'ai dû me former *moi-même* » (participante 22), « Au moment de la formation [initiale], ça l'était [suffisant], mais avec nos nouvelles activités, ce n'est plus suffisant » (participante 132), « Je trouve qu'on nous enseignait à l'époque encore une méthode de clinicienne, d'être méthodique mais qui ne nous montre pas ce que l'on recherche. Heureusement, avec les nouvelles formations et l'expérience, ça va mieux » (participante 120).

Finalement, le cinquième constat émergent porte sur les autres modalités de formation et souligne l'affirmation de certaines participantes qu'un apprentissage complémentaire, soit par stage, par initiative personnelle ou à travers l'expérience de la pratique, est un atout considérable, comme indique la participante 56 : « J'ai eu accès à un milieu de stage spécialisé, ce qui m'a grandement aidé ». La participante 78 a parlé de l'initiative de sa cohorte en regard de leur formation initiale sur les problématiques MSQ en disant : « Il n'y en avait pratiquement pas, si bien que notre cohorte a payé un orthopédiste pour quelques heures ». D'autres modalités de formation ont aussi été soulevées : « Mon apprentissage s'effectue beaucoup à travers la pratique, questionnements de collègues plus expérimentés, via mes patients qui sont suivis dans les cliniques de douleur chronique, et par les quelques formations obtenues à ce sujet » (participante 112).

Les extraits des commentaires des participantes illustrant ces constats émergents sont présentés à l'Appendice S.

Discussion

Le but de la présente étude était de décrire la pratique des IPSPL lors de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte et leur sentiment d'autoefficacité associé. Les objectifs spécifiques étaient d'identifier dans quelle fréquence les IPSPL réalisent les différentes étapes de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, d'évaluer leur sentiment d'autoefficacité associé à chacune de ces étapes, et d'explorer les facteurs, incluant le sentiment d'autoefficacité, associés à la pratique des IPSPL du Québec en ce qui concerne les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Dans cette section, les résultats obtenus sont discutés en fonction de ces objectifs et en comparaison avec les données de la littérature recensées. Les limites de l'étude avec les stratégies d'atténuation sont ensuite présentées, ainsi que les retombées selon les cinq axes de la discipline infirmière.

La pratique des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte

En général, les résultats de la présente étude vont dans le même sens que les données de la littérature scientifique internationale en regard de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte par les différents professionnels de la santé concernés, c'est-à-dire les médecins omnipraticiens, les IPSPL, les physiothérapeutes et les chiropraticiens. En effet, au niveau de la démarche clinique générale de cette prise en charge, les résultats de cette étude soutiennent les données de Babatunde et al. (2017), Ball et al. (2007), Browne et Merrill (2015) et Ernstzen et al. (2017) quant à la présence des éléments d'évaluation, d'investigation et de gestion. Tous les éléments de cette

démarche clinique recensée dans la littérature étaient effectivement réalisés par les IPSPL participantes de la présente étude.

De façon plus spécifique, au niveau de l'anamnèse des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, les résultats de cette étude vont dans le même sens que Browne et Merrill (2015), Globe et al. (2016), Hawk et al. (2020) et Babatunde et al. (2020) concernant les éléments du portrait de l'historique et de l'évaluation de la douleur. En effet, la vaste majorité des IPSPL de cette étude (89,0 %) ont affirmé qu'elles dressent toujours un portrait de l'historique de la douleur MSQ chronique des personnes soignées en les questionnant, ce qui correspond à ce que feraient les chiropraticiens aux États-Unis (Globe et al., 2016; Hawk et al., 2020), les IPSPL aux États-Unis (Browne & Merrill, 2015) ainsi que les autres professionnels concernés à l'international, soit les médecins omnipraticiens et les physiothérapeutes (Babatunde et al., 2020). La grande majorité (86,6 %) a aussi répondu qu'elle évalue toujours globalement la douleur de la personne soignée en la questionnant. Cependant, concernant l'utilisation d'un outil de mesure des limitations fonctionnelles et d'un questionnaire d'évaluation des douleurs MSQ, les résultats de la présente étude semblent différer des données de Babatunde et al. (2020), Globe et al. (2016) et Scott et al. (2020), car respectivement 82,7 % et 86,6 % des participantes ont affirmé qu'ils ou elles n'utilisent jamais ces éléments, alors que les auteurs indiquent que leur utilisation ferait partie de la démarche clinique de l'ensemble des professionnels concernés en première ligne (Babatunde et al., 2020; Globe et al., 2016; Scott et al., 2020). Ces auteurs n'indiquent cependant pas de fréquence d'utilisation précise par les professionnels. Au niveau de l'examen physique, les résultats de l'étude vont dans le même sens que la

littérature (Browne & Merrill, 2015; Globe et al., 2016; Hawk et al., 2020; Lin et al., 2020), car les éléments d'inspection visuelle, de palpation et de tests spécifiques étaient fréquemment réalisés par les IPSPL participantes, tout comme les professionnels concernés dans la littérature internationale (Browne & Merrill, 2015; Globe et al., 2016; Hawk et al., 2020; Lin et al., 2020).

Généralement, en ce qui concerne les tests d'imagerie et de laboratoire, les IPSPL de cette étude réalisaient seulement occasionnellement ces éléments, ce qui semble différer des données de la littérature internationale (Ball et al., 2007; Browne & Merrill, 2015; Globe et al., 2016; Lin et al., 2020) indiquant qu'ils font partie de la démarche clinique de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, sans toutefois qu'il n'y ait de recommandations précises à cet effet. Cependant, cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les tests d'investigation ne sont pas toujours nécessaires et dépendent de l'évaluation clinique réalisée au préalable par la professionnelle, comme stipulé par Lin et al. (2020), qui recommandent une investigation s'il y a suspicion de pathologie sévère, si la réponse au traitement conservatoire est insatisfaisante, si la progression des signes et symptômes est inexplicée (chronicisation) ou si le résultat de l'imagerie radiologique est susceptible d'orienter la gestion de la douleur MSQ.

Concernant les éléments des options pharmacologiques, non pharmacologiques, de référencement et de suivi, les résultats de l'étude vont généralement dans le même sens que les données de la littérature, sauf pour l'élément du support structurel, comme l'application de bandages. En effet, 87,4 % des IPSPL de cette étude ont répondu qu'elles

n'appliquaient jamais, ou seulement occasionnellement, un support structurel dans leurs consultations pour des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Or, cette donnée pourrait différer des résultats obtenus par Ball et al. (2007) dans leur étude au Royaume-Uni où les IPSPL apportaient davantage de support structurel dans leur prise en charge de blessures MSQ aiguës comparativement aux médecins et aux physiothérapeutes avancés de cette étude. Cependant, les auteurs ne révèlent pas dans quelle fréquence exacte les professionnels réalisaient cet élément de prise en charge. De plus, le milieu de cette étude était une salle d'urgence d'un centre hospitalier, et la problématique étudiée était les blessures MSQ aiguës, qui sont peut-être plus susceptibles de nécessiter un support structurel, comparativement aux IPSPL de la présente étude, qui provenaient majoritairement de GMF ou de CLSC.

Par ailleurs, les résultats de cette étude qui sont en lien avec la gestion clinique sont intéressants à comparer avec les données de la littérature en regard du rôle et de la pratique des IPSPL au Québec. En effet, il semblerait que les IPSPL de cette étude accordaient une grande importance, dans leur pratique, aux éléments en lien avec les conseils d'hygiène de vie, les conseils d'exercices ou d'étirements, le recours aux thérapies complémentaires ainsi qu'aux suivis. Ces données semblent donc refléter le rôle et la contribution des IPSPL décrits dans la littérature, soit de favoriser la continuité des soins et d'améliorer l'expérience de santé de la personne (Côté, Freeman, Jean, & Denis, 2019; Ferlatte, 2019; Landry et al., 2020). Ces résultats concordent aussi avec les données de Ferlatte (2019), de Guillaumie et al. (2020), de l'OIIQ (2021a) et de Vermette (2017), qui décrivent que les activités réservées aux IPSPL leur permettent d'intégrer la prise en charge complète

des problèmes de santé chroniques, du diagnostic à la gestion thérapeutique, en intégrant l'enseignement aux personnes soignées, aux familles, ainsi qu'aux suivis optimaux de ces populations.

Ainsi, il semblerait que la principale divergence entre les IPSPL du Québec et l'ensemble des professionnels concernés en première ligne en regard de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte se situe au niveau de l'utilisation d'un outil de mesure des limitations fonctionnelles et d'un questionnaire d'évaluation des douleurs MSQ. Ces outils seraient beaucoup moins utilisés dans la pratique des IPSPL au Québec, peut-être en raison de l'absence de lignes directrices spécifiques aux douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Il est possible que cet aspect engendre un impact sur la qualité des soins offerts (Scott et al., 2020), en ne permettant pas de compléter adéquatement les évaluations effectuées, menant à une piètre évaluation des besoins de la personne soignée et à une gestion non optimisée des problématiques rencontrées. En effet, il semblerait que l'utilisation d'outils standardisés permettrait des évaluations plus objectives, des suivis plus rigoureux et une collaboration interprofessionnelle optimisée (Scott et al., 2020).

Le sentiment d'autoefficacité des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte

En général, il ressort de cette étude que les IPSPL participantes avaient un sentiment d'autoefficacité assez élevé (scores moyens de plus de six sur 10) concernant les éléments de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, sauf en ce qui a trait

à trois éléments. En effet, l'utilisation d'un outil de mesure des limitations fonctionnelles présentait un score moyen de sentiment d'autoefficacité de 4,20. L'utilisation d'un questionnaire d'évaluation des douleurs MSQ présentait un score moyen de 4,05 et l'application de support structurel présentait un score moyen de 4,17. Ces données sont intéressantes, car elles concernent les éléments de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte qui étaient en général les moins réalisés par les IPSPL de cette étude.

Ces résultats sont intéressants à situer par rapport aux quatre sources construisant et modifiant le sentiment d'autoefficacité. En effet, l'expérience active de maîtrise, source la plus influente et majoritairement adressée dans cette étude, stipule que plus un individu vit du succès lors d'un comportement ou la réalisation d'une tâche, plus il croira en sa capacité à l'effectuer (Rondier, 2004). Ainsi, si les IPSPL ne réalisent pas fréquemment certains éléments de prise en charge, elles diminuent leurs chances de connaître du succès en lien avec ces éléments, et le contraire s'applique aussi. Ceci s'est reflété dans cette étude au niveau des éléments de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte qui étaient en général les moins réalisés par les IPSPL, pour lesquels elles présentaient d'ailleurs un plus faible sentiment d'autoefficacité. Par ailleurs, leur niveau sentiment d'autoefficacité moyen-élevé pourrait aussi découler de leur expérience vicariante, possiblement limitée par le peu d'heures de formation initiale et continue consacrées aux problématiques MSQ relevées dans la littérature et dans les résultats de cette étude. En outre, pour les IPSPL de cette étude, il semblerait que la possibilité de gain de sentiment d'autoefficacité par persuasion verbale serait faible. En effet, la majorité des

participantes (78,7 %) a indiqué consulter occasionnellement un collègue pour obtenir son avis professionnel sur le cas pris en charge, ce qui s'inscrirait dans la persuasion verbale, mais qui ne représente pas une grande fréquence de réalisation. Il est possible que cet aspect reflète une difficulté d'accès à la collaboration, ou un effet de la dissolution des ententes obligatoires de partenariats avec les médecins. Finalement, l'état physiologique et émotionnel des IPSPL de cette étude n'a pas été évalué.

Facteurs associés à la pratique des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte

Dans cette étude, il est ressorti que le genre, le nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ et le sentiment d'autoefficacité des IPSPL participantes étaient significativement associés à leur pratique en ce qui concerne leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Cependant, quand tous ces facteurs sont intégrés dans modèle de régression multiple, il en ressort que seul le sentiment d'autoefficacité des IPSPL prédirait la pratique en regard des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, de manière modérée-forte ($B = 0,590$) (Polit, 2010), c'est-à-dire que les participantes ayant un plus grand sentiment d'autoefficacité en regard des éléments de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte étaient davantage susceptibles de les réaliser. Ces résultats suggèrent donc que si les IPSPL se sentent capables de réaliser certains éléments, il est plus probable qu'elles les intègrent dans leur pratique.

Ces résultats sont intéressants à mettre en lien avec le cadre de référence et à situer par rapport aux données de la littérature. Dans la présente étude, il est ressorti que les participantes ayant un plus grand nombre d'heures de formation continue réalisaient plus fréquemment des éléments de prise en charge. En assumant qu'un plus grand nombre d'heures de formation continue augmente le niveau de connaissances et de compétences de l'IPSPL, ce résultat concorde avec le cadre de référence stipulant que les caractéristiques de l'infirmière (éléments de la structure) ont une influence sur ses rôles (éléments de processus), et donc sa pratique. Ce résultat est aussi intéressant à situer par rapport à ce que stipule Bandura (1997) sur le degré d'éducation qui aurait une relation significative avec le sentiment d'autoefficacité. En outre, Shirey et al. (2020) affirment que chez les infirmières, le niveau de sentiment d'autoefficacité influencerait leur motivation, leur comportement et leur performance au travail, affectant directement leurs résultats cliniques. Pour sa part, Bandura (1986, 1997) expose que si le sentiment d'autoefficacité est élevé chez un professionnel, ce dernier serait plus enclin à adresser des cas complexes et à y relever les défis, ce qui va dans le même sens que les résultats de la présente étude où les participantes ayant un plus grand sentiment d'autoefficacité en regard des éléments de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte étaient davantage susceptibles de les réaliser. Il devient donc pertinent de supposer que des interventions pour améliorer le sentiment d'autoefficacité des IPSPL dans leur formation initiale, et même dans leur formations continues, pourraient améliorer la qualité de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, ainsi que de soutenir l'évolution progressive de leur champ d'exercice.

Opinion des participantes en regard de la formation initiale des IPSPL du Québec sur les problématiques MSQ

Dans l'analyse qualitative des commentaires des participantes en regard de leur formation initiale sur les problématiques MSQ, les principaux résultats obtenus remettent en question la durée et la qualité de cet aspect de leur formation. Ces résultats vont dans le même sens que les données de Benham et Geier (2016), où les auteurs stipulent que les IPSPL de leur enquête recevaient moins de 10 heures de formation sur les problématiques MSQ (courantes), amenant un manque perçu de connaissances et de confiance vis-à-vis la prise en charge de cette problématique. Cette enquête s'est cependant déroulée aux États-Unis, et il ne semble pas y avoir d'enquête similaire sur ce sujet précis au Québec ou au Canada. Par ailleurs, l'aspect de l'évolution positive de la formation initiale des IPSPL sur les problématiques MSQ a aussi été soulevée dans les résultats des analyses qualitatives, mais contrastent avec l'évolution plus rapide de la pratique des IPSPL. Ces résultats corroborent les données de plusieurs études québécoises décrivant une grande et rapide évolution du rôle et de la pratique des IPSPL depuis leur implantation dans le système de santé québécois (Côté et al., 2018 ; Ferlatte, 2019 ; Landry et al., 2020) ou même dans d'autres provinces canadiennes (Rioux-Dubois, 2019).

Les résultats de l'analyse qualitative des commentaires des participantes en regard de leur formation initiale sur les problématiques MSQ ont aussi soulevé une réflexion sur deux aspects principaux. Le premier aspect concerne la perspective des besoins de formation initiale des IPSPL en regard des problématiques MSQ. Il serait pertinent de

préciser si la formation initiale devrait couvrir seulement la base des notions sur ces problématiques, dans une perspective où les IPSPL se doivent de gérer seulement les problèmes mineurs, ou si la formation doit couvrir davantage de notions, dans une perspective où les IPSPL doivent aussi avoir les compétences de gérer les problématiques MSQ qu'elles considèrent plus complexes. Cette précision réside probablement dans une révision du rôle de l'IPSPL au Québec, qui a déjà été décrit dans la recension des écrits. Ainsi, le rôle des IPSPL au Québec, qui se rapporte à ce qui est attendu qu'elles accomplissent à travers leur champ de pratique (Rioux-Dubois, 2019), vise principalement à augmenter l'accès aux soins de santé en première ligne (Côté et al., 2019; Ferlatte, 2019; Landry et al., 2020) dans une perspective d'efficience et de qualité de soins (Savard et al., 2023; Tchouaket et al., 2020). C'est dans cette optique que ces professionnelles prennent en charge de façon autonome diverses problématiques de santé (OIIQ, 2021a). Il ne semble donc pas attendu, au sein des équipes interprofessionnelles, que les IPSPL du Québec prennent en charge, seules et sans collaboration, des problématiques de santé complexes. Elles ont effectivement la possibilité, voire l'obligation, de référer à un professionnel opportun, au besoin, les cas nécessitant une prise en charge où leurs compétences, expertises ou connaissances sont dépassées, tout en ayant rempli leur rôle d'accès aux soins de santé en première ligne. Ce partenariat, permettant des prises en charge collaboratives au sein d'équipes de professionnels, serait sans doute essentiel vis-à-vis de cas chroniques et complexes. Cette réflexion pourrait sans doute concerner l'ensemble de toute pratique professionnelle en soins de première ligne. En effet, une telle pratique nécessite un large éventail de connaissances et compétences en regard de tous les

systèmes (cardiovasculaire, respiratoire, musculosquelettique, etc.) et un soutien multiniveau (soutien physique, social, fonctionnel, etc.), mais ne permet pas une profondeur de ces connaissances et compétences nécessaire à la gestion de cas complexes. Dans cet ordre d'idées, il semblerait donc que la formation initiale des IPSPL du Québec en regard des problématiques MSQ pourrait être adéquate en couvrant essentiellement les notions de base, nécessaires à une prise en charge de problèmes mineurs.

Le deuxième aspect concerne l'évolution du champ de pratique des IPSPL en regard de la problématique d'intérêt, qui peut influencer la perception des besoins de formation initiale. La pratique des IPSPL du Québec a également été décrite dans la recension des écrits, où il a été établi que les IPSPL peuvent maintenant diagnostiquer des maladies (OIIQ, 2021a). De plus, il a aussi été mentionné que les données de la CNESST au Québec ainsi que de la littérature internationale établissent une forte prévalence des problématiques MSQ en première ligne, ce qui laisse croire que les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte est un problème de santé fréquemment rencontré dans les consultations des IPSPL au Québec. Il faut aussi tenir compte de l'importante différence d'heures de formation initiale attribuées à cette problématique entre les étudiantes IPSPL et les étudiants médecins omnipraticiens qui a été soulevée. De plus, il devient pertinent de se demander si la formation initiale des IPSPL du Québec en regard des problématiques MSQ a été ajustée en tenant compte du changement réglementaire de la CNESST (CNESST, 2023), qui interpelle maintenant ces professionnelles à prendre en charge les cas découlant d'accidents de travail. Ces cas peuvent inclure des problématiques MSQ susceptibles d'évoluer en chronicité, nécessitant des évaluations médicales en continu et

des décisions sur les mesures de réadaptation. À la lumière de ces aspects de la pratique des IPSPL du Québec, il semblerait que la formation initiale pourrait bénéficier d'un rehaussement en matière des notions sur les problématiques MSQ.

Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites qui sont susceptibles d'entraîner des biais. Cependant, diverses stratégies d'atténuation ont été mises en place afin de limiter les répercussions de possibles biais sur les résultats de l'étude.

Premièrement, cette étude a été menée sous forme d'enquête par Internet, utilisant un échantillonnage de convenance et par réseaux. Cet aspect peut amener un biais d'échantillonnage. En effet, il est possible que l'échantillon de l'étude soit non représentatif de la population, l'accès au questionnaire étant possible uniquement par Internet. De plus, le questionnaire étant rempli seulement sur une base volontaire, il est possible que les caractéristiques des IPSPL volontaires diffèrent de celles des IPSPL qui ont choisi de ne pas y répondre. Ceci crée un obstacle à la validité externe, en lien avec la généralisation des résultats auprès de la population à l'étude (Eysenbach, 2004; Fortin & Gagnon, 2016), c'est-à-dire les IPSPL du Québec.

Deuxièmement, la taille visée d'échantillon ($N = 230$) calculée en fonction de la taille de la population (647 IPSPL au Québec en date du 31 mars 2021) (OIIQ, 2021b) pour avoir un niveau de confiance de 95 % et une marge d'erreur de 5 % standards (Qualtrics, 2022) n'a pas été atteinte malgré deux relances de recrutement, la taille réelle de

l'échantillon étant de 127 participantes. Par surcroît, les données plus récentes de l'OIIQ (2022), qui ont été rendues disponibles durant la collecte de données de l'étude, indiquent que l'effectif IPSPL avait augmenté à 812 au 31 mars 2022. Cet aspect peut également amener un biais d'échantillonnage relié à la non représentativité de la population, créant un autre obstacle à la validité externe et à la généralisation des résultats (Fortin & Gagnon, 2016). Cependant, la taille d'échantillon visée de 230 participantes avait été calculée durant l'élaboration du protocole de recherche dans l'optique d'une étude de prévalence, en fonction du devis descriptif de l'étude. A posteriori, le logiciel G Power 3.1.9.7 (Université de Dusseldorf, 2023) a été utilisé pour valider la taille d'échantillon pour l'analyse de régression linéaire multivariée. Ainsi, selon un effet de taille de 0,15, une marge d'erreur de 0,05 et une puissance statistique de 0,95, la taille d'échantillon requise pour la régression linéaire multiple était de 129 participantes, pour un nombre total de 10 prédicteurs possibles et de quatre prédicteurs testés. Donc, la taille de l'échantillon était appropriée pour faire cette analyse. Ensuite, la représentativité de l'échantillon a été vérifiée en comparant certaines données de l'étude avec celles du Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec (OIIQ, 2022). Les données de l'étude comparables à celles de ce rapport étaient le genre, l'âge moyen et le pourcentage d'effectif travaillant à temps plein. Cependant, les données du rapport concernent l'ensemble des IPS du Québec et ne sont pas spécifiques aux IPSPL, contrairement à la présente étude. Ainsi, selon l'OIIQ, 10,2 % de l'effectif IPS du Québec est de genre masculin. L'âge moyen des IPS est de 37,6 ans, et 93,4 % des IPS travaillent à temps plein. Dans la présente étude, 7,1 % des IPSPL est de genre masculin, l'âge moyen est de

38,42 ans et 89,0 % travaillent à temps plein. Si l'on considère ces données, l'échantillon de l'étude semble représentatif de la population, soit les 812 IPSPL du Québec (au 31 mars 2022).

Troisièmement, le questionnaire de cette étude était auto rapporté par les participantes. Cet aspect peut engendrer un biais de rappel causé par les réponses des participantes, car il n'y avait pas d'observation objective, faisant ainsi obstacle à la validité interne (Fortin & Gagnon, 2016).

Quatrièmement, le fait que le questionnaire de cette étude était auto construit peut poser un biais lié à l'utilisation d'une seule méthode, c'est-à-dire un seul questionnaire dont les qualités métrologiques (validité et fidélité) ne pouvaient pas être vérifiées. Cet aspect crée un obstacle à la validité de construit (Fortin & Gagnon, 2016). Cependant, en plus d'avoir testé le questionnaire avec deux IPSPL et trois infirmières cliniciennes pour en assurer la clarté, des stratégies ont été mises en place pour assurer la création d'un questionnaire rigoureux. Le cadre de référence et la revue de la littérature ont orienté l'élaboration des questions concernant la pratique des IPSPL, et le guide d'élaboration d'échelles d'autoefficacité de Bandura (2005) a été utilisé pour établir une gradation adéquate du niveau de sentiment d'autoefficacité. Il en demeure toutefois que ce questionnaire ne pouvait pas s'ajuster à la prise en charge hétérogène que nécessite souvent les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte.

Cinquièmement, l'état physiologique et émotionnel des IPSPL de cette étude, constituant la quatrième source de sentiment d'autoefficacité (Rondier, 2004), n'ayant pas

été évalué dans cette étude, cela constitue une limite dans l'analyse de leur niveau de sentiment d'autoefficacité.

Sixièmement, le cadre de référence de cette étude a servi à guider l'identification des variables à l'étude, mais a été très peu utilisé pour guider l'examen et l'interprétation des données. Par ailleurs, le fait que le cadre de référence ait été adapté pour le contexte de la pratique infirmière avancée constitue aussi une limite de cette étude.

Retombées

Retombées pour la recherche

Cette étude a généré des données qui décrivent la pratique et le sentiment d'autoefficacité des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Ainsi, toutes les données générées dans cette étude peuvent servir de base empirique pour des recherches futures à court, moyen ou long terme, concernant les cinq axes de la discipline infirmière. Ainsi, il serait possible de s'appuyer sur les données de la présente étude pour effectuer des recherches approfondissant davantage les connaissances de la pratique des IPSPL du Québec, liée à la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, ou des recherches désignées au sentiment d'autoefficacité des IPSPL incluant l'aspect émotif de ce concept. Il pourrait aussi en découler des recherches explorant des pistes d'amélioration de leur formation, ou encore des recherches examinant l'optimisation de la gestion de la pratique infirmière avancée et sa place politique au Québec.

Retombées pour la pratique

Les données générées par cette étude décrivent la pratique des IPSPL du Québec en regard de la problématique adressée. À court terme, cela constitue donc un avancement des connaissances sur des **soins** dispensés par les IPSPL, qui sont reliés à une problématique de **santé** touchant, selon les données de la littérature grise, un grand nombre de **personnes (société)**. Cet avancement des connaissances sur la pratique infirmière avancée concerne ainsi plusieurs concepts du métaparadigme infirmier de Fawcett (1996). En regard de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, les données de cette étude rendent possible de situer la pratique des IPSPL du Québec par rapport à la démarche clinique recensée dans la littérature internationale. Les données de cette étude justifient ainsi le questionnement quant à la place, essentielle ou non, d'outils d'évaluation standardisés pour ces problématiques. Ces données sont aussi susceptibles de servir de base empirique pour des démarches ultérieures supportant l'élaboration de lignes directrices et de guides de pratique optimale au Québec en ce qui concerne les problématiques MSQ, ce qui semble essentiel à l'amélioration des pratiques professionnelles (World Health Organization, 2023).

Retombées pour la formation

Les données de cette étude décrivent la pratique des IPSPL du Québec lors de leur prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, mais aussi leur sentiment d'autoefficacité associé à cette pratique, c'est-à-dire leur sentiment d'être capable d'exercer cette pratique. Par ailleurs, les participantes IPSPL de cette étude ont eu

l'occasion de formuler leur opinion personnelle sur leur formation initiale en regard des problématiques MSQ. Donc, à court terme, ces données peuvent souligner les besoins d'amélioration ou de rehaussement de cet aspect de la formation initiale, ressentis par les IPSPL. Dans cet ordre d'idées et à la lumière des résultats de l'étude, il pourrait être pertinent d'augmenter le nombre d'heures de formation initiale attribué aux problématiques MSQ pour les IPSPL du Québec. À moyen terme, les données de cette étude pourraient aussi servir de base empirique pour déterminer les moyens d'améliorer la formation initiale des IPSPL du Québec. Il pourrait être envisageable de cibler les éléments avec lesquels les IPSPL ont un plus faible sentiment d'autoefficacité pour les bonifier dans la formation initiale. Celle-ci pourrait, de surcroît, cibler le sentiment d'autoefficacité des IPSPL dans ses aspects théoriques et pratiques, en intégrant des interventions reconnues dans la littérature pour améliorer le sentiment d'autoefficacité chez ces professionnelles. Tous ces aspects pourraient être pertinents à considérer pour la formation continue également.

Retombées pour la gestion

Toutes les données générées dans cette étude pourraient servir à établir un état de situation sur la pratique des IPSPL du Québec en regard de la problématique étudiée. Elles pourraient ainsi éclairer les forces et les difficultés de cette pratique, de manière à orienter, à long terme, des pistes de solutions d'amélioration et d'optimisation de la gestion de la pratique des IPSPL. Selon les données de cette étude, ces professionnelles pourraient

potentiellement bénéficié, par exemple, d'une gestion qui clarifie et consolide leur rôle en première ligne, rôle face auquel leur sentiment d'autoefficacité pourrait être diminué.

Retombées pour la politique

Les résultats de l'étude ont suggéré que la pratique des IPSPL du Québec en regard des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte va dans le même sens que la pratique des autres professionnels concernés par cette prise en charge, selon la revue de la littérature internationale à ce sujet. Leur pratique semble donc rigoureuse et actualisée, valorisant ainsi la pratique infirmière avancée, entre autres en égard aux notions biopsychosociales de leur rôle et de leur contribution. Cela soulève la nécessité indéniable du temps qu'il leur est essentiel pour exercer leur pratique de manière optimale, ce qui pourrait potentiellement être amené aux yeux des décideurs politiques. Dans cet optique, à long terme, les données générées par cette étude pourraient servir de base empirique pour éclairer la valeur ajoutée et la place de l'IPSPL, non seulement dans la première ligne du système de santé, mais aussi dans le système politique québécois.

Conclusion

En conclusion, la volonté politique actuelle du Québec à améliorer l'accès aux soins de santé en première ligne souligne la pertinence de s'intéresser à la pratique encore jeune et en constante évolution des IPSPL. Ces professionnelles sont fortement exposées à certaines problématiques de santé dont la prévalence et les enjeux sont importants, comme les douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Malgré certaines limites de la présente étude descriptive, il a été possible de conclure que les IPSPL du Québec semblent emprunter de manière rigoureuse une démarche clinique de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte qui est commune aux autres professionnels concernés. Elles présenteraient en général un sentiment d'autoefficacité élevé quant à leur pratique en regard de cette problématique, hormis pour l'utilisation d'un outil de mesure des limitations fonctionnelles, l'utilisation d'un questionnaire d'évaluation des douleurs MSQ et l'application de support structurel. Par ailleurs, les IPSPL ayant effectué un plus grand nombre d'heures de formation continue sur les problématiques MSQ et ayant un plus haut niveau de sentiment d'autoefficacité réalisaient plus fréquemment les éléments de prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte, alors que les hommes IPSPL de cette étude réalisaient moins fréquemment ces éléments de prise en charge. Finalement, le sentiment d'autoefficacité des IPSPL prédirait leur pratique en regard des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Il est donc possible de croire en la pertinence de s'intéresser à la formation initiale des IPSPL, en regard des problématiques MSQ, dans la perspective d'une optimisation de cette formation, qui pourrait potentiellement contribuer à optimiser la pratique des IPSPL. Il serait aussi intéressant d'explorer des moyens visant

à consolider le sentiment d'autoefficacité de ces professionnelles, car il semblerait que cela pourrait aussi bonifier leur pratique.

Il semble que la pratique infirmière avancée au Québec pourrait jouer un rôle déterminant dans la perspective d'une efficacité du système de santé, où seraient priorisés l'accès et la qualité des soins. Il est possible de croire, et même souhaitable, que l'intérêt des chercheurs sur la pratique infirmière avancée propulse celle-ci dans une vision d'émancipation professionnelle liée à un meilleur système de santé québécois.

Références

- Abu Yahya, O., Ismaile, S., Allari, R. S., & Hammoudi, B. M. (2019). Correlates of nurses' motivation and their demographic characteristics. *Nursing Forum*, 54(1), 7-15. doi: 10.1111/nuf.12291
- Al-Kalaldeh, M., Suleiman, K., Abu-Shahroor, L., & Al-Mawajdah, H. (2019). The impact of introducing the Modified Early Warning Score 'MEWS' on emergency nurses' perceived role and self-efficacy: A quasi-experimental study. *International Emergency Nursing*, 45, 25-30. doi: 10.1016/j.ienj.2019.03.005
- Amaral, A. F. S., & Vidinha, T. (2014). Implementation of the nursing role effectiveness model. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 757.
- Anggraini, I. R., Putra, K. R., & Setyoadi. (2020). The Correlations among Leadership, Staff Organization and Meaningful Recognition of Nurses' Self-Efficacies toward the Management of Neonatal Resuscitation. *International Journal of Nursing Education*, 12(4), 164-169.
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec [AIPSQ]. (2023). Devenir IPS. Repéré à <https://www.aipsq.com/laiqsq/devenir-ips>
- Babatunde, O. O., Bishop, A., Cottrell, E., Jordan, J. L., Corp, N., Humphries, K., ... van der Windt, D. A. (2020). A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS One Journal*, 15(7), e0235364. doi: 10.1371/journal.pone.0235364
- Babatunde, O. O., Jordan, J. L., Van der Windt, D. A., Hill, J. C., Foster, N. E., & Protheroe, J. (2017). Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One Journal*, 12(6), e0178621. doi: 10.1371/journal.pone.0178621
- Ball, S. T., Walton, K., & Hawes, S. (2007). Do emergency department physiotherapy practitioner's, emergency nurse practitioners and doctors investigate, treat and refer patients with closed musculoskeletal injuries differently? *Emergency Medicine Journal*, 24(3), 185-188. doi: 10.1136/emj.2006.039537
- Bandura, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8(3), 231-255. doi: 10.1007/bf01172995
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. . New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge University Press.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York, W.H.: Freeman.
- Bandura, A. (2005). Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. Dans I. A. Publishing (Éd.), *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* (pp. 307-337).
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-310.
- Benham, A. J., & Geier, K. A. (2016). How Well Are Nurse Practitioners Prepared to Treat Common Musculoskeletal Conditions? *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 325-329. doi: 10.1097/nor.0000000000000278
- Browne, K. L., & Merrill, E. (2015). Musculoskeletal management matters: principles of assessment and triage for the nurse practitioner. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(10), 929-939. doi: 10.1016/j.nurpra.2015.08.036
- Centre for Effective Practice. (2023). Clinical Tools and Resources. Repéré à <https://cep.health/tools/>
- Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. (2020). *Lignes directrices aux demandes d'examen* [Brochure].
- Chouinard, V., Contandriopoulos, D., Perroux, M., & Larouche, C. (2017). Supporting nurse practitioners' practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model. *BMC Health Services Research*, 17, 1-9. doi: 10.1186/s12913-017-2363-4
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail. (2023). Le rôle du professionnel de la santé à l'intention des infirmières spécialisées (IPS). Repéré à <https://cnesst.ca/capsules/role-professionnel-sante/infirmieres/content/index.html#/>
- Conseil de la santé et de la sécurité au travail de l'Ontario [CNESST]. (2023). *Lignes directrices de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) de l'Ontario* [Brochure].
- Côté, N., Freeman, A., Jean, E., & Denis, J.-L. (2019). New understanding of primary health care nurse practitioner role optimisation: the dynamic relationship between the context and work meaning. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-11. doi: 10.1186/s12913-019-4731-8
- Creech, C. J., Clark, S., Grube, G., Louisell-McFawn, M., Rench, J., Wiltse, K., & McFarland, M. (2011). Nurse practitioner management of chronic musculoskeletal pain: a chart review. *The Nurse Practitioner*, 36(9), 29-36. doi: 10.1097/01.NPR.0000403292.15266.0d

- Donabedian, A. (1980). *Exploration in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Administration Press.
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x
- El-Tallawy, S. N., Nalamasu, R., Salem, G. I., LeQuang, J. A. K., Pergolizzi, J. V., & Christo, P. J. (2021). Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain. *Pain and Therapy*, 10(1), 181-209. doi: 10.1007/s40122-021-00235-2
- Equator Network. (2022). Reporting guidelines for main study types. Repéré à <https://www.equator-network.org/>
- Ernstzen, D. V., Louw, Q. A., & Hillier, S. L. (2017). Clinical practice guidelines for the management of chronic musculoskeletal pain in primary healthcare: a systematic review. *Implement Science*, 12(1), 1. doi: 10.1186/s13012-016-0533-0
- Eysenbach, G. (2004). Improving the Quality of Web Surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *Journal of Medical Internet Research*, 6(3), e132.
- Fawcett, J. (1996). On the Requirements for a Metaparadigm: An Invitation to Dialogue:Commentary. *Nursing Science Quarterly*, 9(3), 94-97. doi: 10.1177/089431849600900305
- Ferlatte, C.-A. (2019). *Contribution des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques : Étude de cas*. (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition). Montréal: Chenelière Éducation.
- Gilmartin, M. J., & Nokes, K. (2015). A Self-Efficacy Scale for Clinical Nurse Leaders®: Results of a Pilot Study. *Nursing Economics*, 33(3), 133-143.
- Globe, G., Farabaugh, R. J., Hawk, C., Morris, C. E., Baker, G., Whalen, W. M., ... Augat, T. (2016). Clinical Practice Guideline: Chiropractic Care for Low Back Pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 39(1), 1-22. doi: 10.1016/j.jmpt.2015.10.006

- Gouvernement du Canada. (2022). Groupe en éthique de la recherche: le didacticiel EPTC2, formation en éthique de la recherche (FER). Repéré à https://ethics.gc.ca/fra/education_tutorial-didacticiel.html
- Gray, J. R., & Grove, S. K. (2021). *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Syntesis, and Generation of Evidence* (9e Ed). St-Louis: Elsevier Saunders.
- Guillaumie, L., Therrien, D., Bujold, M., Pelletier, J., Bujold, L., & Lauzier, S. (2020). Perspectives of Quebec Primary Health Care Nurse Practitioners on Their Role and Challenges in Chronic Disease Management: A Qualitative Study. *Canadian Journal of Nursing Research*, 52(4), 317-327. doi: 10.1177/0844562119862735
- Handiyani, H., Kusumawati, A. S., Karmila, R., Wagiono, A., Silowati, T., Lusiyana, A., & Widiana, R. (2019). Nurses' self-efficacy in Indonesia. *Enfermería Clínica*, 29, 252-256. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.030
- Hawk, C., Whalen, W., Farabaugh, R. J., Daniels, C. J., Minkalis, A. L., Taylor, D. N., ... Weeks, J. (2020). Best Practices for Chiropractic Management of Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Clinical Practice Guideline. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26(10), 884-901. doi: 10.1089/acm.2020.0181
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression* (2e éd.). Wiley-Interscience/John Wiley & Sons Inc.
- Hu, S. H., Yu, Y. M., Chang, W. Y., & Lin, Y. K. (2018). Social support and factors associated with self-efficacy among acute-care nurse practitioners. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), 876-882. doi: 10.1111/jocn.14129
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS]. (2017). *Utilisation optimale de l'IRM dans les cas de douleurs musculosquelettiques (DMS) chez les adultes* [Brochure].
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2023). Guides d'usage optimal. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/formations-et-outils/outils-cliniques/outils-par-types/guides-dusage-optimal.html>
- Institut national de santé publique du Québec [INSPQ]. (2021). *Les troubles musculo-squelettiques liés au travail : un fardeau humain et économique évitable* [Brochure]. : Sanon, LME & Stock, S: Auteurs.
- Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998a). Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics*, 16(3), 110-118.

- Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998b). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58-64.
- Jean, E. (2015). Les enjeux liés à la collecte de données en ligne: Le cas d'une recherche auprès de gestionnaires. *Revue des Sciences de Gestion*, (272), 13-21.
- Kellahan, S., Burnitt, L., Eisen, S., Curtis, M. P., & Parks, D. (2023). Development of a structured musculoskeletal and rheumatic disease continuing education program for nurse practitioners. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 35(9), 534-539. doi: 10.1097/JXX.0000000000000832
- Korownyk, C. S., et al., (2022). Lignes directrices simplifiées de PEER sur la douleur chronique. *Canadian Family Physician*, 68, e63-e76.
- Landry, V., Kilpatrick, K., Paquette, L., Jabbour, M., Beaulieu, M.-D., Dubois, C.-A., ... Gauthier, N. (2020). L'étendue du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne dans différents milieux de pratique au Québec: une étude de temps et mouvements. *Science of Nursing and Health Practices/Science infirmière et pratiques en santé*, 3(1), 1-14. doi: 10.31770/2561-7516.1069
- Larousse. (2023). Larousse, langue française. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- Lauder, W., Holland, K., Roxburgh, M., Topping, K., Watson, R., Johnson, M., ... Behr, A. (2008). Measuring competence, self-reported competence and self-efficacy in pre-registration students. *Nursing Standard*, 22(20). doi: 10.7748/ns2008.01.22.20.35.c6316
- Liège Université. (2023). Biostatistiques: Corrélation de Spearman. Repéré à http://www.biostat.ulg.ac.be/pages/Site_r/corr_spearman.html#Haut
- LimeSurvey. (2022). Transformez les questions en réponses. Repéré à <https://www.limesurvey.org/fr/>
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., ... O'Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2), 79-86. doi: 10.1136/bjsports-2018-099878
- Lin, I., Wiles, L. K., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., ... O'Sullivan, P. P. B. (2018). Poor overall quality of clinical practice guidelines for musculoskeletal pain: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 52(5), 337-343. doi: 10.1136/bjsports-2017-098375

- Mashov, R., & Tabenkin, H. (2011). How family physicians estimate their knowledge and skills in musculoskeletal problems? *Harefuah*, 150(3), 242-245.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS]. (2015). *Algorithme de prise en charge de la douleur lombaire* [Brochure].
- MSSS. (2021a). *Algorithme de prise en charge de la douleur neuropathique* [Brochure].
- MSSS. (2021b). *Continuum de soins et de services en douleur chronique, orientations et lignes directrices 2021-2026* [Brochure].
- MSSS. (2023). Programme ministériel de bourses d'études - Infirmières praticiennes spécialisées. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001038/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ]. (2021a). *L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique : lignes directrices*. Montréal
- OIIQ. (2021b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec*. Montréal
- OIIQ. (2022). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec*. Montréal
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2023). *Guide d'intégration des professionnels en GMF: physiothérapeute* [Brochure].
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales- 5e éd.* Armand Colin.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and Data Analysis for Nursing Research*. (2e ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Qualtrics. (2022). Comment déterminer la taille idéale de son échantillon pour ses études ? Repéré à <https://www.qualtrics.com/fr/gestion-de-l-experience/etude-marche/calcul-taille-echantillon/>
- Rioux-Dubois, A. (2019). *L'intégration et la négociation du rôle de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires en contexte de collaboration interprofessionnelle*. (Thèse de doctorat inédite). Université d'Ottawa, Ottawa, ON.
- Rioux-Dubois, A., Lemelin, L., Regragui, S., Lavoie, M., Gilbert, E., Longpré, S., Poirier, J., Lacroix, M., Leblanc, C., Collard, S., Morin, B., Boucher, C., & Doucet, E.

- (2022). *Référentiel de compétences des étudiant.e.s IPS du réseau UQ.* : Université du Québec en Outaouais. Réseau UQ. Repéré à <https://di.uqo.ca/id/eprint/1479/>
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Paris: Éditions De Boeck Université, 2003. *L'orientation scolaire et professionnelle*, (33/3), 475-476.
- Savard, I., Al Hakim, G., & Kilpatrick, K. (2023). The added value of the nurse practitioner: An evolutionary concept analysis. *Nursing Open*, 10(4), 2540-2551.
- Scale. (2023). Statistics: Rank Biserial. Repéré à <https://www.scalestatistics.com/rank-biserial.html>
- Scott, D. I. C., McCray, D. G., Lancaster, P. G., Foster, P. N. E., & Hill, D. J. C. (2020). Validation of the Musculoskeletal Health Questionnaire (MSK-HQ) in primary care patients with musculoskeletal pain. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 50(5), 813-820. doi: 10.1016/j.semarthrit.2020.06.022
- Shirey, M. R. (2020). Self-Efficacy and the Nurse Leader. *Nurse Leader*, 18(4), 339-343. doi: 10.1016/j.mnl.2020.05.001
- Sidani, S., & Irvine, D. (1999). A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 58-66. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01049.x
- Tchouaket, É., Kilpatrick, K., & Jabbour, M. (2020). Effectiveness for introducing nurse practitioners in six long-term care facilities in Québec, Canada: A cost-savings analysis. *Nursing Outlook*, 68(5), 611-625.
- Université de Dusseldorf. (2023). G Puissance. Repéré à <https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower>
- Université de Montréal. (2021). Programmes d'études. Repéré à <https://admission.umontreal.ca/programmes-detudes/>
- Université de Sherbrooke. (2021). Programmes et admission. Repéré à <https://www.usherbrooke.ca/admission/programmes>
- Université de Sherbrooke. (2023a). Régression simple. Repéré à <https://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/regression-simple/>
- Université de Sherbrooke. (2023b). SPSS: Procédure Explorer. Repéré à <https://spss.espaceweb.usherbrooke.ca/procedure-explorer/>

University of Cambridge. (2023). Testing normality including skewness and kurtosis. Repéré à <https://imaging.mrc-cbu.cam.ac.uk/statswiki/FAQ/Simon>

Vermette, S. (2017). *Rôle, pratiques et défis des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne dans le domaine des maladies chroniques au Québec: étude qualitative exploratoire auprès d'informateurs clés*. (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC.

World Health Organization. (2023). Musculoskeletal health. Repéré à <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>

Appendice A
Utilisation de la méthode PICO

Utilisation de la méthode PICO

Douleurs MSQ chroniques chez l'adulte

P (Problème)	Douleurs MSQ chronique chez l'adulte
I (Intervention)	Prise en charge en première ligne
C (Comparaison d'interventions)	Différentes pratiques Différents professionnels
O (Objectif)	Description des différentes prises en charge des douleurs MSQ chroniques

IPSPL : rôle et pratique

P (Population à l'étude)	IPSPL
I (Intervention)	Rôle et pratique
C (Comparaison d'interventions)	-
O (Variable mesurée)	Description du rôle et de la pratique de l'IPSPL

IPSPL : sentiment d'autoefficacité

P (Population à l'étude)	IPSPL
I (Intervention)	Sentiment d'autoefficacité
C (Comparaison d'interventions)	-
O (Variable mesurée ou objectif)	Définitions, impacts, facteurs

Note. MSQ = Musculosquelettiques. IPSPL = Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.

Appendice B
Détails des stratégies de recherche documentaire

Détails des stratégies de recherche documentaire

Base de données	Dates de recherche	Équations de recherche	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles conservés
CINAHL	2021-09-30	(patient care management) AND ((musculoskeletal disorders) OR (musculoskeletal pain) OR (orthopedic disorders)) AND ((primary care) OR (primary health care) OR (primary healthcare)) [Descripteurs] Filtre: aucun	18	4
	2021-10-27	((nurse practitioner) OR (advanced practice nurse) OR (primary care nurse practitioner)) AND ((role) OR (practice)) AND (((Quebec) OR (Canada)) [Descripteurs]) Filtres: 2012-2021, Canada, Français-anglais, revues universitaires	68	7
	2021-11-15	((nurse practitioner) OR (advanced practice nurse) OR (primary care nurse practitioner)) AND (self efficacy) AND ((factors) OR (causes) OR (influence)) [Descripteurs] Filtre:2012-2021	80	7

Base de données	Dates de recherche	Équations de recherche	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles conservés
PubMed	2021-10-01	((patient care management) OR (clinical practice guideline)) AND ((musculoskeletal diseases) OR (musculoskeletal pain) OR (orthopedic disorders)) AND ((primary care) OR (primary health care) OR (primary healthcare)) [MeSH] Filtres: 2012-2021, méta analyses, revues, revues systématiques	22	5
	2021-10-27	((nurse practitioner) OR (advanced practice nursing) OR (primary care nursing)) AND ((role) OR (practice)) AND (((Quebec) OR (Canada)) [MeSH]) Filtre: 2012-2021	58	0
	2021-11-15	((nurse practitioner) OR (advanced practice nursing) OR (primary care nursing)) AND (self efficacy) [MeSH] Filtres: 2012-2021	51	0
Base de données	Date de recherche	Équations de recherche	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles conservés
PEDro	2021-10-01	(subdiscipline: musculoskeletal) AND (topic: chronic pain) AND (method: practical guideline) AND (since: 2015)	61	2

Appendix C
Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys

Editorial

Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)

Gunther Eysenbach, MD, MPH

Corresponding Author:

Gunther Eysenbach, MD, MPH

Editor-in-Chief, JMIR

Associate Professor, Department of Health Policy, Management and Evaluation

Senior Scientist, Centre for Global eHealth Innovation

University of Toronto

University Health Network

190 Elizabeth Street

Toronto ON M5G 2C4

Canada

Phone: +1 416 340 4800 ext 6427

Fax: +1 416 340 3595

Email: geysenba@uhnres.utoronto.ca

Related Article:

This is a corrected version. See correction statement in: <http://www.jmir.org/2012/1/e8>

Abstract

Analogous to checklists of recommendations such as the CONSORT statement (for randomized trials), or the QUORUM statement (for systematic reviews), which are designed to ensure the quality of reports in the medical literature, a checklist of recommendations for authors is being presented by the Journal of Medical Internet Research (JMIR) in an effort to ensure complete descriptions of Web-based surveys. Papers on Web-based surveys reported according to the CHERRIES statement will give readers a better understanding of the sample (self-)selection and its possible differences from a "representative" sample. It is hoped that author adherence to the checklist will increase the usefulness of such reports.

(*J Med Internet Res* 2004;6(3):e34) doi: [10.2196/jmir.6.3.e34](https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34)

Introduction

The Internet is increasingly used for online surveys and Web-based research. In this issue of the *Journal of Medical Internet Research* we publish two methodological studies exploring the characteristics of Web-based surveys compared to mail-based surveys [1,2]. In previous issues we have published Web-based research such as a survey among physicians conducted on a Web site [3].

As explained in an accompanying editorial [4] as well as in a previous review [5], such surveys can be subject to considerable bias. In particular, bias can result from 1) the non-representative nature of the Internet population and 2) the self-selection of participants (volunteer effect). Often online surveys have a very low response rate (if the number of visitors is used as denominator). Thus, considerable debate ensues about the validity of online surveys. The editor and peer reviewers of this journal are frequently faced with the question of whether to accept for publication studies reporting results from Web surveys (or email surveys). There is no easy answer to this question. Often it "just depends". It depends on the reasons for

the survey in the first place, its execution, and the authors' conclusions. Conclusions drawn from a convenience sample are limited and need to be qualified in the discussion section of a paper. On the other hand, we will not, as many other journals do, routinely reject reports of Web surveys, even surveys with very small response rates, which are typical of electronic surveys, but decide on a case-by-case basis whether the conclusions drawn from a Web survey are valid and useful for readers. Web surveys may be of some use in generating hypotheses which need to be confirmed in a more controlled environment; or they may be used to pilot test a questionnaire or to conduct a Web-based experiment. Statistical methods such as propensity scores may be used to adjust results [4]. Again, it all depends on why and how the survey was done.

Every biased sample is an unbiased sample of another target population, and it is sometimes just a question of defining for which subset of a population the conclusions drawn are assumed to be valid. For example, the polling results on the CNN Web site are certainly highly biased and not representative for the US population. But it is legitimate to assume that they are

“representative” for visitors to the CNN Web site who choose to participate in the online survey.

This illustrates the critical importance of carefully describing how and in what context the survey was done, and how the sample, which chose to reply, is constituted and might differ from a representative population-based sample. For example, it is very important to describe the content and nature of the Web site where the survey was posted in order to get an idea of the people who filled in the questionnaire (ie, to characterize the population of respondents). A survey on an anti-vaccination Web site run by concerned parents will have a different visitor structure than, for example, a vaccination clinic site. It is also important to describe in sufficient detail exactly how the questionnaire was administered. For example, was it mandatory that every visitor who wanted to enter the Web site fill it in, or were any other incentives offered? A mandatory survey is likely to reduce a volunteer bias.

Analogous to checklists of recommendations such as the CONSORT statement (for randomized trials), or the QUORUM statement (for systematic reviews), which are designed to ensure the quality of reports in the medical literature, a checklist of recommendations for authors is being presented by JMIR in an effort to ensure complete descriptions of e-survey methodology. Papers reported according to the CHERRIES statement will give peer reviewers and readers a better understanding of the sample selection and its possible differences from a “representative” sample.

The CHERRIES Checklist

We define an e-survey as an electronic questionnaire administered on the Internet or an Intranet. Although many of the CHERRIES items are also valid for surveys administered via e-mail, the checklist focuses on Web-based surveys.

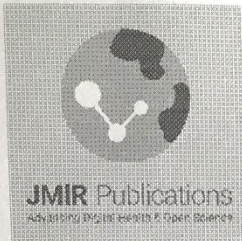
While most items on the checklist are self-explanatory, a few comments about the “response rate” are in order. In traditional surveys investigators usually report a response rate (number of people presented with a questionnaire divided by the number of people who completed the questionnaire) to allow some estimation of the degree of representativeness and bias. Surveys with response rates lower than 70% or so (an arbitrary cut-off point!) are usually viewed with skepticism.

In online surveys, there is no single response rate. Rather, there are multiple potential methods for calculating a response rate, depending on what are chosen as the numerator and denominator. As there is no standard methodology, we suggest avoiding the term “response rate” and have defined how, at least in this journal, response metrics such as, what we call, the view rate, participation rate and completion rate should be calculated.

A common concern for online surveys is that a single user fills in the same questionnaire multiple times. Some users like to go back to the survey and experiment with the results of their modified entries. Multiple methods are available to prevent this or at least to minimize the chance of this happening (eg, cookies or log-file/IP address analysis).

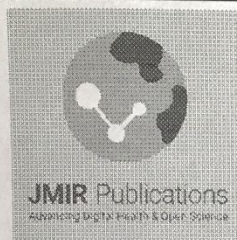
Investigators should also state whether the completion or internal consistency of certain (or all) items was enforced using Javascript (ie, displaying an alert before the questionnaire can be submitted) or server-side techniques (ie, after submission displaying the questionnaire and highlighting mandatory but unanswered items or items answered inconsistently).

The hope is that the CHERRIES checklist provides a useful starting point for investigators reporting results of Web surveys. The editor and peer reviewers of this journal ask authors to ensure that they report the methodology fully and according to the CHERRIES checklist before submitting manuscripts.

Table 1. Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)


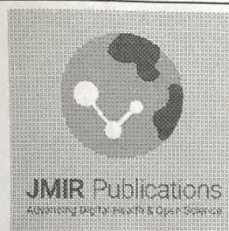
Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)

<i>Item Category</i>	<i>Checklist Item</i>	<i>Explanation</i>
Design	Describe survey design	Describe target population, sample frame. Is the sample a convenience sample? (In "open" surveys this is most likely.)
IRB (Institutional Review Board) approval and informed consent process	IRB approval	Mention whether the study has been approved by an IRB.
	Informed consent	Describe the informed consent process. Where were the participants told the length of time of the survey, which data were stored and where and for how long, who the investigator was, and the purpose of the study?
	Data protection	If any personal information was collected or stored, describe what mechanisms were used to protect unauthorized access.
Development and pre-testing	Development and testing	State how the survey was developed, including whether the usability and technical functionality of the electronic questionnaire had been tested before fielding the questionnaire.
Recruitment process and description of the sample having access to the questionnaire	Open survey versus closed survey	An "open survey" is a survey open for each visitor of a site, while a closed survey is only open to a sample which the investigator knows (password-protected survey).
	Contact mode	Indicate whether or not the initial contact with the potential participants was made on the Internet. (Investigators may also send out questionnaires by mail and allow for Web-based data entry.)
	Advertising the survey	How/where was the survey announced or advertised? Some examples are offline media (newspapers), or online (mailing lists – If yes, which ones?) or banner ads (Where were these banner ads posted and what did they look like?). It is important to know the wording of the announcement as it will heavily influence who chooses to participate. Ideally the survey announcement should be published as an appendix.
Survey administration	Web/E-mail	State the type of e-survey (eg, one posted on a Web site, or one sent out through e-mail). If it is an e-mail survey, were the responses entered manually into a database, or was there an automatic method for capturing responses?
	Context	Describe the Web site (for mailing list/newsgroup) in which the survey was posted. What is the Web site about, who is visiting it, what are visitors normally looking for? Discuss to what degree the content of the Web site could pre-select the sample or influence the results. For example, a survey about vaccination on a anti-immunization Web site will have different results from a Web survey conducted on a government Web site
	Mandatory/voluntary	Was it a mandatory survey to be filled in by every visitor who wanted to enter the Web site, or was it a voluntary survey?



Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)

<i>Item Category</i>	<i>Checklist Item</i>	<i>Explanation</i>
	Incentives	Were any incentives offered (eg, monetary, prizes, or non-monetary incentives such as an offer to provide the survey results)?
	Time/Date	In what timeframe were the data collected?
	Randomization of items or questionnaires	To prevent biases items can be randomized or alternated.
	Adaptive questioning	Use adaptive questioning (certain items, or only conditionally displayed based on responses to other items) to reduce number and complexity of the questions.
	Number of Items	What was the number of questionnaire items per page? The number of items is an important factor for the completion rate.
	Number of screens (pages)	Over how many pages was the questionnaire distributed? The number of items is an important factor for the completion rate.
	Completeness check	It is technically possible to do consistency or completeness checks before the questionnaire is submitted. Was this done, and if "yes", how (usually JavaScript)? An alternative is to check for completeness after the questionnaire has been submitted (and highlight mandatory items). If this has been done, it should be reported. All items should provide a non-response option such as "not applicable" or "rather not say", and selection of one response option should be enforced.
	Review step	State whether respondents were able to review and change their answers (eg, through a Back button or a Review step which displays a summary of the responses and asks the respondents if they are correct).
Response rates	Unique site visitor	If you provide view rates or participation rates, you need to define how you determined a unique visitor. There are different techniques available, based on IP addresses or cookies or both.
	View rate (Ratio of unique survey visitors/unique site visitors)	Requires counting unique visitors to the first page of the survey, divided by the number of unique site visitors (not page views!). It is not unusual to have view rates of less than 0.1 % if the survey is voluntary.
	Participation rate (Ratio of unique visitors who agreed to participate/unique first survey page visitors)	Count the unique number of people who filled in the first survey page (or agreed to participate, for example by checking a checkbox), divided by visitors who visit the first page of the survey (or the informed consents page, if present). This can also be called "recruitment" rate.
	Completion rate (Ratio of users who finished the survey/users who agreed to participate)	The number of people submitting the last questionnaire page, divided by the number of people who agreed to participate (or submitted the first survey page). This is only relevant if there is a separate "informed consent" page or if the survey goes over several pages. This is a measure for attrition. Note that "completion" can involve leaving questionnaire items blank. This is not a measure for how completely questionnaires were filled in. (If you need a measure for this, use the word "completeness rate".)
Preventing multiple entries from the same individual	Cookies used	Indicate whether cookies were used to assign a unique user identifier to each client computer. If so, mention the page on which the cookie was set and read, and how long the cookie was valid. Were duplicate entries avoided by preventing users access to the survey twice; or were duplicate database entries having the same user ID eliminated before analysis? In the latter case, which entries were kept for analysis (eg, the first entry or the most recent)?



Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)

Item Category	Checklist Item	Explanation
	IP check	Indicate whether the IP address of the client computer was used to identify potential duplicate entries from the same user. If so, mention the period of time for which no two entries from the same IP address were allowed (eg, 24 hours). Were duplicate entries avoided by preventing users with the same IP address access to the survey twice; or were duplicate database entries having the same IP address within a given period of time eliminated before analysis? If the latter, which entries were kept for analysis (eg, the first entry or the most recent)?
	Log file analysis	Indicate whether other techniques to analyze the log file for identification of multiple entries were used. If so, please describe.
	Registration	In "closed" (non-open) surveys, users need to login first and it is easier to prevent duplicate entries from the same user. Describe how this was done. For example, was the survey never displayed a second time once the user had filled it in, or was the username stored together with the survey results and later eliminated? If the latter, which entries were kept for analysis (eg, the first entry or the most recent)?
Analysis	Handling of incomplete questionnaires	Were only completed questionnaires analyzed? Were questionnaires which terminated early (where, for example, users did not go through all questionnaire pages) also analyzed?
	Questionnaires submitted with an atypical timestamp	Some investigators may measure the time people needed to fill in a questionnaire and exclude questionnaires that were submitted too soon. Specify the timeframe that was used as a cut-off point, and describe how this point was determined.
	Statistical correction	Indicate whether any methods such as weighting of items or propensity scores have been used to adjust for the non-representative sample; if so, please describe the methods.

References

- Ritter P, Lorig K, Laurent D, Matthews K. Internet versus mailed questionnaires: a randomized comparison. *J Med Internet Res* 2004 Sep 15;6(3):e29 [FREE Full text] [Medline: 15471755] [doi: 10.2196/jmir.6.3.e29]
- Leece P, Bhandari M, Sprague S, Swiontkowski MF, Schemitsch EH, Tornetta P, et al. Internet versus mailed questionnaires: a randomized comparison (2). *J Med Internet Res* 2004 Sep 24;6(3):e30 [FREE Full text] [Medline: 15471756] [doi: 10.2196/jmir.6.3.e30]
- Potts HWW, Wyatt JC. Survey of doctors' experience of patients using the Internet. *J Med Internet Res* 2002 Mar 31;4(1):e5 [FREE Full text] [Medline: 21953333] [doi: 10.2196/jmir.4.1.e5]
- Schonlau M. Will web surveys ever become part of mainstream research? *J Med Internet Res* 2004 Sep 23;6(3):e31 [FREE Full text] [Medline: 15471757] [doi: 10.2196/jmir.6.3.e31]
- Eysenbach G, Wyatt J. Using the Internet for surveys and health research. *J Med Internet Res* 2002 Nov 22;4(2):e13 [FREE Full text] [Medline: 22442445] [doi: 10.2196/jmir.4.2.e13]

submitted 28.09.04; peer-reviewed by M Schonlau; comments to author 28.09.04; revised version received 29.09.04; accepted 29.09.04;
published 29.09.04

Please cite as:

Eysenbach G

Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)

J Med Internet Res 2004;6(3):e34

URL: <http://www.jmir.org/2004/3/e34/>

doi: [10.2196/jmir.6.3.e34](https://doi.org/10.2196/jmir.6.3.e34)

PMID: [15471760](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15471760/)

© Gunther Eysenbach. Originally published in the Journal of Medical Internet Research (<http://www.jmir.org>), 29.9.2004. Except where otherwise noted, articles published in the Journal of Medical Internet Research are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://www.creativecommons.org/licenses/by/2.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, including full bibliographic details and the URL (see "please cite as" above), and this statement is included.

Appendice D
Questionnaire

SECTION 1

[Genre] 1. Quel est votre genre ?

1. Féminin
2. Masculin
3. Autre
4. Ne souhaite pas répondre

Si 3 à Q1 : [GenAut] : 1.1. Si vous avez répondu Autre, veuillez préciser.

(Zone de texte court)

[Age] 2. Quel est votre âge ?

(Liste, menu déroulant de 1=18 ans à 48=65 ans + 49=Ne souhaite pas répondre)

[StatMari] 3. Quel est votre statut marital ?

1. Célibataire
2. Marié(e) ou conjoint(e) de fait
3. Divorcé(e)
4. Veuf ou veuve
5. Ne souhaite pas répondre

[StatEmp] 4. Quel est votre statut d'emploi actuel ?

1. Temps plein
2. Temps partiel
3. Congé de maladie
4. Congé parental
5. Ne souhaite pas répondre

Si 2 à Q4 : [HresTP] 4.1. Indiquez le nombre d'heures de travail par semaine.

(Liste, menu déroulant de 1=1 heure à 35=35 heures + 36=Ne souhaite pas répondre)

[Milieu] 5. Quel est votre milieu de travail de pratique ?

1. Clinique privée
2. Clinique publique
3. Centre local de services communautaires (CLSC)
4. Groupe de médecine familiale (GMF)
5. Unité de médecine de famille (universitaire, UMF, GMF-U)

- 6.
7. Centre hospitalier
8. Plate-forme de télémédecine
9. Autre
10. Ne souhaite pas répondre

Si 8 à Q5 : [MilAut] 5.1. Si vous avez répondu Autre, veuillez préciser.

(Zone de texte court)

[AnExpIPSPL] 6. Combien d'années d'expérience en tant qu'IPSPL détenez-vous ?

(Liste, menu déroulant de 1=moins d'un an à 31=30 ans + 32=Ne souhaite pas répondre)

[AnExpINF] 7. Combien d'années d'expérience en tant qu'infirmière détenez-vous ? (Ne pas inclure vos années d'expérience comme IPSPL)

(Liste, menu déroulant de 1=moins d'un an à 31=30 ans + 32=Ne souhaite pas répondre)

[HFormCont] 8. Combien d'heures de formation continue sur les problématiques musculosquelettiques avez-vous réalisées jusqu'à maintenant, approximativement, en dehors de votre formation universitaire initiale comme IPSPL ?

(Liste, menu déroulant de 1=1 heure à 31=plus de 30 heures + 32=Ne souhaite pas répondre)

[Opinion] 9. Considérez-vous que votre formation initiale sur les problématiques musculosquelettiques était adéquate ?

1. Oui
 2. Non
 3. Ne souhaite pas répondre
- + commentaires

SECTION 2

[PANamnese] 10. Veuillez indiquer dans quelle fréquence vous réalisez l'élément de l'évaluation par anamnèse décrit.

10.1. Établir un portrait de l'historique de la problématique du patient en le questionnant.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

10.2. Évaluer globalement la douleur du patient en le questionnant.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

10.3. Utiliser un outil de mesure d'évaluation de la douleur (ex : échelle visuelle analogique).

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

10.4. Évaluer globalement les limitations fonctionnelles du patient en le questionnant.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

10.5. Utiliser un outil de mesure des limitations fonctionnelles (ex : Patient Specific Functional Scale).

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours

5. Ne souhaite pas répondre

10.6. Utiliser un questionnaire d'évaluation des douleurs musculosquelettiques (ex : Musculoskeletal Health Quest).

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

[PEexamPhys] 11. Veuillez indiquer dans quelle fréquence vous réalisez l'élément de l'évaluation par examen physique décrit.

11.1. Effectuer un examen physique qui inclue une inspection visuelle.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

11.2. Effectuer un examen physique qui inclue une palpation.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

11.3. Effectuer un examen physique qui inclue des tests spécifiques (ex : tests neurologiques, tests de mobilité, tests de force musculaire).

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

[PTestsIma] 12. Veuillez indiquer dans quelle fréquence vous réalisez l'élément de l'investigation par tests d'imagerie décrit.

12.1. Procéder à une investigation en prescrivant une radiographie.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

12.2. Procéder à une investigation en prescrivant une échographie.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

12.3. Procéder à une investigation en prescrivant une imagerie par résonance magnétique.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

[PTestsLab] 13. Veuillez indiquer dans quelle fréquence vous réalisez l'élément de l'investigation par tests de laboratoire décrit.

13.1. Procéder à une investigation en prescrivant des tests de laboratoire (ex : prélèvements sanguins).

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours

5. Ne souhaite pas répondre

[POptPharma] 14. Veuillez indiquer dans quelle fréquence vous réalisez l'élément de la gestion par options pharmacologiques décrit.

14.1. Opter pour des prescriptions d'analgésiques non narcotiques.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

14.2. Opter pour des prescriptions d'analgésiques narcotiques.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

14.3. Opter pour des prescriptions d'anti inflammatoires non stéroïdiens.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

14.4. Opter pour des infiltrations de corticostéroïdes.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

[POptNPharma] 15. Veuillez indiquer dans quelle fréquence vous réalisez l'élément de la gestion par options non pharmacologiques décrit.

15.1. Prodiguer des conseils d'hygiène de vie au patient (ex : alimentation, sommeil, activité physique, gestion du stress).

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

15.2. Prodiguer des conseils d'exercices ou d'étirements.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

15.3. Adresser les facteurs psychosociaux.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

15.4. Effectuer un support structurel (ex : application de bandages).

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

[POptRef] 16. Veuillez indiquer dans quelle fréquence vous réalisez l'élément de la gestion par options de référencement décrit.**16.1. Orienter le patient vers des thérapies complémentaires ou alternatives (ex : physiothérapie, chiropratique, massothérapie, ostéopathie, acupuncture).**

0. Jamais

1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

16.2. Référer le patient en médecine spécialisée (ex : neurologie, orthopédie).

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

16.3. Consulter un collègue pour obtenir son avis professionnel sur le cas pris en charge.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

[PSuivi] 17. Veuillez indiquer dans quelle fréquence vous réalisez l'élément de la gestion par suivi décrit.

17.1. Évaluer la progression des symptômes lors d'un suivi.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

17.2. Évaluer les résultats des interventions effectuées lors d'un suivi.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours

5. Ne souhaite pas répondre

17.3. Compléter un diagnostic différentiel lors d'un suivi.

0. Jamais
1. Occasionnellement
2. Environ la moitié du temps
3. Souvent
4. Toujours
5. Ne souhaite pas répondre

SECTION 3

[AEAnamnèse] 18. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous vous sentez capable de réaliser l'élément de l'évaluation par anamnèse décrit.

18.1. Établir un portrait de l'historique de la problématique du patient en le questionnant.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

18.2. Évaluer globalement la douleur du patient en le questionnant.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

18.3. Utiliser un outil de mesure d'évaluation de la douleur (ex : échelle visuelle analogique).

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

18.4. Évaluer globalement les limitations fonctionnelles du patient en le questionnant.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

18.5. Utiliser un outil de mesure des limitations fonctionnelles (ex : Patient Specific Functional Scale).

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable

- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

18.6. Utiliser un questionnaire d'évaluation des douleurs musculosquelettiques (ex : Musculoskeletal Health Quest).

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

[AEEExamPhys] 19. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous vous sentez capable de réaliser l'élément de l'évaluation par examen physique décrit.

19.1. Effectuer un examen physique qui inclue une inspection visuelle.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

19.2. Effectuer un examen physique qui inclue une palpation.

0. Je ne me sens pas capable

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

19.3. Effectuer un examen physique qui inclue des tests spécifiques (ex : tests neurologiques, tests de mobilité, tests de force musculaire).

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

[AETestsIma] 20. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous vous sentez capable de réaliser l'élément de l'investigation par tests d'imagerie décrit.

20.1. Procéder à une investigation en prescrivant une radiographie.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

20.2. Procéder à une investigation en prescrivant une échographie.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

20.3. Procéder à une investigation en prescrivant une imagerie par résonance magnétique.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

[AETestsLab] 21. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous vous sentez capable de réaliser l'élément de l'investigation par tests de laboratoire décrit.

21.1. Procéder à une investigation en prescrivant des tests de laboratoire (ex : prélèvements sanguins).

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.

- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

[AEOptPharma] 22. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous vous sentez capable de réaliser l'élément de la gestion par options pharmacologiques décrit.

22.1. Opter pour des prescriptions d'analgésiques non narcotiques.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

22.2. Opter pour des prescriptions d'analgésiques narcotiques.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

22.3. Opter pour des prescriptions d'anti inflammatoires non stéroïdiens.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

22.4. Opter pour des infiltrations de corticostéroïdes.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

[AEOptNPharma] 23. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous vous sentez capable de réaliser l'élément de la gestion par options non pharmacologiques décrit.

23.1. Prodiguer des conseils d'hygiène de vie au patient (ex : alimentation, sommeil, activité physique, gestion du stress).

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.

- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

23.2. Prodiger des conseils d'exercices ou d'étirements.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

23.3. Adresser les facteurs psychosociaux.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

23.4. Effectuer un support structurel (ex : application de bandages).

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.

- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

[AEOptRef] 24. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous vous sentez capable de réaliser l'élément de la gestion par options de référencement décrit.

24.1. Orienter le patient vers des thérapies complémentaires ou alternatives (ex : physiothérapie, chiropratique, massothérapie, ostéopathie, acupuncture).

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

24.2. Référer le patient en médecine spécialisée (ex : neurologie, orthopédie).

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

24.3. Consulter un collègue pour obtenir son avis professionnel sur le cas pris en charge.

0. Je ne me sens pas capable

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

[AESuivi] 25. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous vous sentez capable de réaliser l'élément de la gestion par suivi décrit.

25.1. Évaluer la progression des symptômes lors d'un suivi.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

25.2. Évaluer les résultats des interventions effectuées lors d'un suivi.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

25.3. Compléter un diagnostic différentiel lors d'un suivi.

0. Je ne me sens pas capable
- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
5. Je me sens modérément capable
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
10. Je me sens hautement capable
11. Ne souhaite pas répondre

Appendice E
Affiche de recrutement



Annie Ménard, inf., B.Sc.
étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (profil mémoire)
sous la direction d'Aurélië Baillet, Ph.D.
et la codirection de Lucie Lemelin, Ph.D.



Ce projet a été approuvé par le
Comité d'éthique de la recherche (CER)
de l'UQO.

À LA RECHERCHE DE PARTICIPANT(E)S

Infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1^{re} ligne (IPSP)

Participez à notre étude pour nous aider à décrire la pratique des IPSP lors de la prise en charge des douleurs musculosquelettiques chroniques chez l'adulte et leur sentiment d'autoefficacité associé.

Critères de sélection

- IPSP praticiquant au Québec
- Rencontrer des cas de douleurs musculosquelettiques chroniques chez l'adulte dans sa pratique
- Avoir accès à un ordinateur et Internet
- Savoir lire, comprendre et écrire en français

Votre participation consistera à remplir un questionnaire en ligne
d'une durée d'environ 20 minutes.

Pour participer à l'étude, accédez au questionnaire via le lien suivant:

<https://questionnaires.uqo.ca/index.php/615236?lang=fr>

**Pour de plus amples informations,
veuillez communiquer avec nous à
mena20@uqo.ca ou au 514 817-1709**

*Veuillez noter que cette affiche ne doit pas être imprimée et exposée dans les milieux de pratique.

Appendice F
Formulaire de consentement



Formulaire de consentement

Titre du projet : Prise en charge des douleurs musculosquelettiques chroniques chez l'adulte : pratique et sentiment d'autoefficacité des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

Nom de l'étudiante-chercheuse :

Annie Ménard, inf., B.Sc.

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (profil mémoire)

Université du Québec en Outaouais

514 817-1709

mena20@uqo.ca

Nom de la directrice de recherche :

Aurélie Baillot, Ph.D.

Professeure du département des sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais, Pavillon Alexandre-Taché

283 boulevard Alexandre-Taché, local C-1811, Gatineau (Québec) J8X 3X7

819 595-3900, poste 1995

aurelie.baillot@uqo.ca

Nom de la codirectrice de recherche :

Lucie Lemelin, Ph.D.

Professeure du département des sciences infirmières

Université du Québec en Outaouais, campus de Saint-Jérôme

5 rue St-Joseph, local J-3222, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 0B7

450 530-7616, poste 4006

lucie.lemelin @uqo.ca

Source de financement : aucune

Conflits d'intérêts : Il n'y a pas de conflit d'intérêts.

Préambule

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les

risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Invitation à participer

Vous êtes invité(e) à participer à la recherche nommée ci-dessus, menée par Annie Ménard, étudiante à l'Université du Québec en Outaouais. Vous êtes libre de participer ou non à cette étude. Votre décision de participer ou de vous retirer de l'étude n'affectera en rien vos relations avec l'Université du Québec en Outaouais ou ses représentants.

But de l'étude

Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) prennent en charge les douleurs musculosquelettiques (MSQ) chroniques chez l'adulte. Cette problématique semble omniprésente en première ligne, mais il ne semble pas y avoir de données exhaustives quant à la pratique spécifique aux IPSPL lors de leurs prises en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. De plus, il apparaît que le nombre d'heures de formation initiale des IPSPL du Québec sur les problématiques MSQ générales est nettement inférieur à celui de leurs collègues omnipraticiens, ce qui soulève un questionnement quant au sentiment d'autoefficacité des IPSPL dans ce contexte. Ainsi, le but de la présente étude est de décrire la pratique des IPSPL lors de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte et leur sentiment d'autoefficacité associé. Les données de cette étude pourront contribuer à l'avancement des connaissances sur la pratique et le sentiment d'autoefficacité des IPSPL en regard de cette problématique.

Critères de sélection

Critères d'inclusion :

Être une IPSPL pratiquant au Québec

Être une IPSPL susceptible de rencontrer des cas de douleurs MSQ chroniques chez l'adulte dans sa pratique

Avoir accès à un ordinateur et Internet

Savoir lire, écrire et comprendre le français

Critères d'exclusion :

Aucun

Nature et durée de votre participation

Dans la mesure où vous acceptez de participer à l'étude, nous vous demandons de remplir un questionnaire en ligne d'une durée d'environ 20 minutes, où des questions générales sur vos caractéristiques personnelles et professionnelles vous seront demandées, ainsi que des questions portant sur votre pratique professionnelle et votre sentiment

d'autoefficacité en regard de vos prises en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Vous pouvez remplir ce questionnaire en ligne à partir de l'endroit de votre choix.

Avantages liés à la participation

Les avantages liés à la participation de cette étude concernent l'implication dans la recherche et la participation au développement de connaissances sur la pratique et le sentiment d'autoefficacité des IPSPL lors de leurs prises en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte.

Risques liés à la participation

Les risques liés à la participation de cette étude sont considérés comme minimaux selon l'énoncé politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (EPTC2), c'est-à-dire que les risques de participer à cette étude ne sont pas plus élevés que les risques associés à votre quotidien professionnel.

Conservation des données

Les données seront conservées dans un fichier Excel crypté avec un mot de passe dans l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse, ayant lui-même un code d'accès. La double sauvegarde de ces données sera sécurisée grâce à l'entente entre l'Université du Québec en Outaouais et Microsoft Office 365. Seules l'étudiante-chercheuse et ses directrices de recherche auront accès à ces données. Ces données seront sécurisées par un mot de passe, qui sera connu uniquement par l'étudiante-chercheuse et ne sera jamais transmis par courriel. Aucune copie papier ne sera existante. Toutes les données seront conservées pendant cinq années suivant le dépôt du mémoire de maîtrise présentant les résultats de l'étude. Après cette période, les données seront supprimées. Les données sur l'ordinateur de l'étudiante-chercheuse seront supprimées avec le logiciel de suppression de données sécuritaire Secure File Deleter 6, ainsi que les données de la double sauvegarde.

Confidentialité et anonymat

Vous avez l'assurance de l'étudiante-chercheuse que votre participation à cette étude se fait de manière anonyme, et que l'information que vous partagerez dans les questionnaires en ligne restera confidentielle sauf en cas d'obligation légale¹. Vous ne serez pas identifié(e) dans les présentations ou publications. Seules les données de groupe seront présentées. Vos données pourront être utilisées lors de la présentation orale ou écrite (mémoire de maîtrise) des résultats de l'étude, mais ne seront jamais associées à vous.

*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps en cessant de répondre aux questions et en quittant le questionnaire en ligne, ou de refuser de répondre à certaines questions, sans subir de conséquences négatives. Votre décision de participer ou de vous retirer de l'étude n'affectera en rien vos relations avec l'Université du Québec en Outaouais ou ses représentants. Si vous vous retirez de l'étude, les informations déjà recueillies dans le questionnaire seront néanmoins conservées, analysées ou utilisées pour assurer l'intégrité scientifique du projet.

Communication des résultats

Les résultats anonymes pourront être présentés à des conférences et publiés dans des revues scientifiques dans le but d'assurer la dissémination des connaissances.

Responsabilité civile

En acceptant de participer à cette étude, vous n'êtes privé d'aucun droit au recours judiciaire. Si vous deviez subir un préjudice en lien avec votre participation, vous conserverez tous vos recours légaux à l'encontre des différents partenaires de la recherche.

Approbation éthique

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université du Québec en Outaouais. Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec l'étudiante-chercheuse Annie Ménard au (514) 817-1709 ou au mena20@uqo.ca. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université du Québec en Outaouais, au (819) 595-3900 poste 1781 ou au andre.durivage@uqo.ca.

*Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'Université du Québec en Outaouais, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

Consentement à une utilisation secondaire des données

J'accepte que mes données soient conservées durant sept ans pour une utilisation secondaire dans le cadre d'une analyse ultérieure (sous la responsabilité de l'étudiante-chercheuse Annie Ménard, de sa directrice de recherche Aurélie Baillot et de sa codirectrice de recherche Lucie Lemelin).

Consentement

J'atteste que j'ai lu attentivement et que je comprends l'information présentée dans ce formulaire.

Acceptation :

J'accepte de participer à cette recherche menée par l'étudiante-chercheuse Annie Ménard. Je comprends que ma participation à cette étude est complètement volontaire et que j'ai le droit de me retirer de l'étude en tout temps. Les objectifs de l'étude, les détails de ma participation et les risques et inconvénients possibles ont été expliqués à ma satisfaction. Je comprends que je peux contacter l'étudiante-chercheuse Annie Ménard au 514 817-1709 ou au mena20@uqo.ca si j'ai des questions au sujet de l'étude. Je comprends que je peux imprimer une copie du formulaire de consentement.

Appendice G

Commentaires des participantes en lien avec la question 9

Commentaires des participantes en lien avec la question 9

Numéros des participantes	Commentaires
20	Absolument inadéquate et incomplète
22	Mais difficile à expliquer puisque initialement, nos lignes directrices (2012) étaient très limitantes. Donc, pour notre champ pratique de 2011-2012 la formation me semblait adéquate. Mais maintenant que nous avons droit au dx, j'ai dû me former "moi-même" / supervision / shadow etc
24	Aspect de la formation qui est clairement déficient dans la formation initiale
28	On reçoit une base à l'université. Mais ce n'est pas suffisant pour être à l'aise dans le traitement et la prise en charge des cas un peu plus complexes
29	En fait, les situations musculosquelettiques qui entraînent des douleurs sont enseignées de la façon parcellaire comme les autres pathologies et malheureusement sans enseignement de l'anatomie pour bien/mieux comprendre les structures anatomiques, leur fonctionnement et donc ce qui fait mal. De plus, la gestion de la douleur chronique n'est pas très bien enseignée pour les IPS, mais également en médecine familiale. Ayant fait un microprogramme de 2e cycle en soins palliatifs et en douleur chronique et ayant mis l'accent sur l'importance de l'enseignement de l'anatomie sur cadavres pour mieux comprendre les structures face à la construction de notre raisonnement clinique comme IPS lors de mes études doctorales non complétées, je ne vous cacherai pas que ce sujet est hyper important pour moi et les lacunes sont évidemment très présentes au sein de notre formation initiale, mais également en formation continue.

30	Elle était adéquate pour répondre aux problème courant, mais pas pour les problématique plus complexe
35	Diagnostic différentiel très restreint centré sur une ou deux problématiques par articulations
36	Elle était adéquate mais peut-être insuffisante sur certain aspect.
37	Très superficielle et peu étoffée malheureusement
38	Formation ne couvre que les problèmes les pls courants. Pour ce sentir confortable avec les maneuver d'examen
39	Nous avons passé en revue les maladies musculo-squelettiques par blocs d'un mois, enseignés par un physiothérapeute et des infirmières praticiennes. C'était utile, mais j'aurais aimé que nous revoyions le sujet chaque semestre, car les maladies musculo-squelettiques représentent une grande partie de la pratique des soins primaires.
40	Aucun cours sur l'analyse des résultats que l'on reçoit ni sur quel imagerie demander en fonction de ce que l'on cherche. Cours sur l'évaluation ok mais Peu sur le traitement et la prise en charge
41	Par videoconférence... non
46	En deçà de ce qui devrait être
50	seulement 1 cours de 3 crédits sur tout le MSK
52	Cours dAnatomie serait requis, davantage de cours et de laboratoire pratique sur le msk (doubler minimalement le temps actuel dédié à ce sujet)
56	J'ai eu accès à un milieu de stage spécialisé, ce qui m'a grandement aidé. Ma formation initiale comprenait les infiltrations
57	On devrait être formés par des physios et aller plus en détail
58	Je crois qu'on aurait plus pousser la matière un peu plus loin

59	Plutôt superficiel.
60	Nous avons plus vu le aiguë que le chronique
63	Tres peu de temps accordé au sujet ainsi qu'apprentissages par probleme sans pratique sur le terrain
66	Pas assez concis.
71	Aborde surtout les problématiques aiguës et peu la douleur chronique mais je sais que je programme à été modifié pour ajouter des heures de formation en douleur chronique.
72	Pas assez détaillé et pas assez de pratique lors de la formation Volet biomécanique non abordé Volet anatomique plus ou moins revus
73	Peu de formation sur l'anatomie MSK Nous avons très peu de connaissance sur celle-ci ce qui limite notre compréhension par moment des structures impliquées et nos trouvailles à l'examen physique
74	Le temps attribué aux problème de santé et la pratique direct p/r aux cours de la maîtrise est trop peu suffisant incluant l'étude des problèmes MSK de plus il serait plus avantageux qu'un physiothérapeute couvre cette matière je pense
75	Plusieurs impressions diagnostiques differencielles n'ont pas été abordées donc autant au niveau de l'HMA que de l'examen physique nos connaissances sont très limitées. Nous n'avons pas appris les différentes options du soulagement de la douleur dont la PRP et la viscosuppléance.
78	Il n'y en avait pratiquement pas si bien que notre cohorte avons payé un orthopédiste pour quelques heures
82	Anatomie non abordée lors de la formation
85	Suffisante pour acquérir la base sans plus
94	Adéquate, mais mais pourrait être davantage élaborée.

98	Mon stage de 6 mois en milieu Portneuf a grandement aidé à parfaire mes connaissances en infiltration et en msk.
101	Nous avons appris les structures normales de façon générale et appris à faire certains tests mais peu d'apprentissages sur comment analyser quand les examens sont anormaux. Peu d'apprentissage sur quel type d'examen d'imagerie à demander dans quel cas.
105	Nous avons vu globalement une panoplie de pathologies dans un délai très court ce qui fait que l'anatomie sous-jacente a été à peine expliquée. Pourtant pour bien traiter en mal, il faut bien comprendre l'anatomie pour poser le bon DX. La prise en charge et le soulagement des douleurs n'étaient pas suffisamment détaillés.
107	adéquate pour problématique de base, mais rapide à assimiler
112	Mon apprentissage s'effectue beaucoup à travers la pratique, questionnement de collègues plus expérimentés, via mes patients qui sont suivis dans les cliniques de douleur chronique et par les quelques formations obtenues à ce sujet
116	Je trouve que d'avoir un seul cours sur l'examen physique n'est pas suffisant. De plus, nous n'abordons pas seulement les problèmes musculosquelettiques durant ce cours. Nous devrions aller en stage avec des physiothérapeutes quelques jours également.
117	Par contre, je crois que le volet pratique à ces formations manque parfois.
120	Je trouve qu'on nous enseignait à l'époque encore une méthode de clinique, d'être méthodique mais qui ne nous montre pas ce que l'on recherchait Heureusement avec les nouvelles formations et l'expérience, ça va mieux
124	J'aurais aimé avoir une formation plus longue et avec plus de pratique.

126	Pour approfondir la matière, des cours pratiques plus avancés auraient été bénéfiques en lien avec les cours théoriques.
130	J'étais dans la première cohorte, ce qui explique pourquoi nous n'étions pas bien formés
132	Au moment de la formation, ça l'était, mais avec nos nouvelles activités, ce n'est plus suffisant
133	Beaucoup trop superficielle et nous en avons presque chaque jour
135	Elle fournit la base minimum mais elle devrait être beaucoup plus complète pour faire face à la réalité quotidienne
136	C'était un survol. Trop de sujets en peu de temps
139	Mon examen physique était sous optimale
142	Très peu de formation, en musculo
145	Manque de pratique Manque de théorie
146	Plusieurs diagnostic communs n'ont pas été couverts, anatomie très peu explorée
150	Environ 1/2 journée de formation en msk lors de ma formation universitaire Peu d'exposition en stage
151	Adéquate, mais courte.
154	Manque d'exposition en stage, manque d'heure de pratique durant la maîtrise
157	J'aurais eu besoin de plus d'heure de formation
160	Université de Sherbrooke a un bon programme MSK
163	Insuffisante

165 Très peu abordé de plus très peu de mise en situation clinique. Nous avons vu l'examen physique, mais très peu de démarches dx et de ddx. Manque de théorie.

Appendice H

Repérage et catégorisation des unités significatives des commentaires des participantes
en lien avec la question 9

**Repérage et catégorisation des unités significatives des commentaires des
participantes en lien avec la question 9**

Numéros des participantes	Commentaires	Catégories
20	Absolument inadéquate et incomplète	Opinion
22	Mais difficile à expliquer puisque initialement, nos lignes directrices (2012) étaient très limitantes. Donc, pour notre champ pratique de 2011-2012 la formation me semblait adéquate. Mais maintenant que nous avons droit au dx, j'ai du me former "moi-même" / supervision / shadow etc	Évolution
24	Aspect de la formation qui est clairement déficient dans la formation initiale	Opinion
28	On reçoit une base à l'université. Mais ce n'est pas suffisant pour être à l'aise dans le traitement et la prise en charge des cas un peu plus complexes	Opinion
29	En fait, les situations musculosquelettiques qui entraînent des douleurs sont enseignées de la façon parcellaire comme les autres pathologies et malheureusement sans enseignement de l'anatomie pour bien/mieux comprendre les structures anatomiques, leur fonctionnement et donc ce qui fait mal. De plus, la gestion de la douleur chronique n'est pas très bien enseignée pour les IPS, mais également en médecine familiale. Ayant fait un microprogramme de 2e cycle en soins palliatifs et en douleur chronique et ayant mis l'accent sur	Opinion

	<p>l'importance de l'enseignement de l'anatomie sur cadavres pour mieux comprendre les structures face à la construction de notre raisonnement clinique comme IPS lors de mes études doctorales non complétées, je ne vous cacherai pas que ce sujet est hyper important pour moi et les lacunes sont évidemment très présentes au sein de notre formation initiale, mais également en formation continue.</p>	
30	<p>Elle était adéquate pour répondre aux problèmes courants, mais pas pour les problématiques plus complexes</p>	Opinion
35	<p>Diagnostic différentiel très restreint centré sur une ou deux problématiques par articulations</p>	Opinion
36	<p>Elle était adéquate mais peut-être insuffisante sur certains aspects.</p>	Opinion
37	<p>Très superficielle et peu étoffée malheureusement</p>	Opinion
38	<p>Formation ne couvre que les problèmes les plus courants. Pour se sentir confortable avec les manœuvres d'examen</p>	Opinion
39	<p>Nous avons passé en revue les maladies musculo-squelettiques par blocs d'un mois, enseignés par un physiothérapeute et des infirmières praticiennes. C'était utile, mais j'aurais aimé que nous revoyions le sujet chaque semestre, car les maladies musculo-squelettiques représentent une grande partie de la pratique des soins primaires.</p>	Souhaits

40	Aucun cours sur l'analyse des résultats que l'on reçoit ni sur quel imagerie demander en fonction de ce que l'on cherche. Cours sur l'évaluation ok mais Peu sur le traitement et la prise en charge	Opinion
41	Par videoconférence... non	Opinion
46	En deçà de ce qui devrait être	Opinion
50	seulement 1 cours de 3 crédits sur tout le MSK	Opinion
52	Cours dAnatomie serait requis, davantage de cours et de laboratoire pratique sur le msk (doubler minimalement le temps actuel dédié à ce sujet)	Opinion
56	J'ai eu accès à un milieu de stage spécialisé, ce qui m'a grandement aidé. Ma formation initiale comprenait les infiltrations	Aide complémentaire
57	On devrait être formés par des physios et aller plus en détail	Opinion
58	Je crois qu'on aurait plus pousser la matière un peu plus loin	Opinion
59	Plutôt superficiel.	Opinion
60	Nous avons plus vu le aiguë que le chronique	Opinion
63	Tres peu de temps accordé au sujet ainsi qu'apprentissages par probleme sans pratique sur le terrain	Opinion
66	Pas assez concis.	Opinion
71	Aborde surtout les problématiques aiguës et peu la douleur chronique mais je sais que je programme à été modifié pour ajouter des heures de formation en douleur chronique.	Évolution

72	<p>Pas assez détaillé et pas assez de pratique lors de la formation</p> <p>Volet biomécanique non abordé</p> <p>Volet anatomique plus ou moins revus</p>	Opinion
73	<p>Peu de formation sur l'anatomie MSK</p> <p>Nous avons très peu de connaissance sur celle-ci ce qui limite notre compréhension par moment des structures impliquées et nos trouvailles à l'examen physique</p>	Opinion
74	<p>Le temps attribué aux problème de santé et la pratique direct p/r aux cours de la maîtrise est trop peu suffisant incluant l'étude des problèmes MSK de plus il serait plus avantageux qu'un physiothérapeute couvre cette matière je pense</p>	Opinion
75	<p>Plusieurs impressions diagnostiques différentielles n'ont pas été abordées donc autant au niveau de l'HMA que de l'examen physique nos connaissances sont très limitées. Nous n'avons pas appris les différentes options du soulagement de la douleur dont la PRP et la viscosuppléance.</p>	Opinion
78	<p>Il n'y en avait pratiquement pas si bien que notre cohorte avons payé un orthopédiste pour quelques heures</p>	Opinion Aide complémentaire
82	<p>Anatomie non abordée lors de la formation</p>	Opinion
85	<p>Suffisante pour acquérir la base sans plus</p>	Opinion
94	<p>Adéquate, mais mais pourrait être davantage élaborée.</p>	Opinion

98	Mon stage de 6 mois en milieu Portneuf a grandement aidé à parfaire mes connaissance en infiltration et en msk.	Aide complémentaire
101	Nous avons appris les structures normales de facon générale et appris a faire certaines tests mais peu apprentissages sur comment analyser quand les examens sont anormaux. Peu apprentissage sur quel type examen d'imagerie a demander dans quel cas.	Opinion
105	Nous avons vu globalement une panoplie de pathologies dans un délai très court ce qui fait que l'anatomie sous jacente a été à peine expliqué. Pourtant pour bien traiter en mal, il faut bien comprendre l'anatomie pour poser le bon DX. la prise en charge et le soulagement des douleurs n'était pas suffisamment détaillé.	Opinion
107	adéquate pour problématique de base, mais rapide à assimiler	Opinion
112	Mon apprentissage s'effectue beaucoup à travers la pratique , questionnement de collègues plus expérimentés, via mes patients qui sont suivis dans les cliniques de douleur chronique et par les quelques formations obtenues à ce sujet	Aide complémentaire
116	Je trouve que d'avoir un seul cours sur l'examen physique n'est pas suffisant. De plus, nous n'abordions pas seulement les problèmes musculosquelettiques durant ce cours. Nous devrions aller en stage avec des physiothérapeutes quelques jours également.	Opinion

117	Par contre, je crois que le volet pratique à ces formations manque parfois.	Opinion
120	je trouve qu'on nous enseignait à l'époque encore une méthode de clinicienne, d'être méthodique mais qui ne nous montre pas ce que l'on recherchait. Heureusement avec les nouvelles formations et l'expérience, ça va mieux.	Évolution Aide complémentaire
124	J'aurais aimé avoir une formation plus longue et avec plus de pratique.	Souhaits
126	Pour approfondir la matière, des cours pratiques plus avancés auraient été bénéfiques en lien avec les cours théoriques.	Opinion
130	J'étais dans la première cohorte, ce qui explique pourquoi nous n'étions pas bien formés.	Évolution
132	Au moment de la formation, ça l'était, mais avec nos nouvelles activités, ce n'est plus suffisant.	Évolution
133	Beaucoup trop superficielle et nous en avons presque chaque jour.	Opinion
135	Elle fournit la base minimum mais elle devrait être beaucoup plus complète pour faire face à la réalité quotidienne.	Opinion
136	C'était un survol. Trop de sujets en peu de temps.	Opinion
139	Mon examen physique était sous optimale.	Opinion
142	Très peu de formation, en musculo.	Opinion
145	Manque de pratique Manque de théorie	Opinion
146	Plusieurs diagnostic communs n'ont pas été couverts, anatomie très peu explorée.	Opinion

150	Environ 1/2 journée de formation en msk lors de ma formation universitaire Peu dexposition en stage	Opinion
151	Adéquate, mais courte.	Opinion
154	Manque d'exposition en stage, manque d'heure de pratique durant la maîtrise	Opinion
157	J'aurais eu besoin de plus d'heure de formation	Souhaits
160	Université de Sherbrooke a un bon programme MSK	Opinion
163	Insuffisante	Opinion
165	Très peu abordé de plus très peu de mise en situation clinique. Nous avons vu l'examen physique, mais très peu de démarches dx et de ddx. Manque de théorie.	Opinion

Appendice I

Codage des unités significatives des commentaires des participantes en lien avec la question 9 selon les catégories

**Codage des unités significatives des commentaires des participantes en lien avec la
question 9 selon les catégories**

Catégorie : opinion	
Unités significatives	Codes
Absolument inadéquate et incomplète	Inadéquate Incomplète
déficient dans la formation initiale	Inadéquate
base à l'université. Mais ce n'est pas suffisant pour être à l'aise	Base Insuffisante Incomplète
Les situations musculosquelettiques... sont enseignées de la façon parcellaire	Insuffisante Incomplète
la gestion de la douleur chronique n'est pas très bien enseignée pour les IPS, mais également en médecine familiale	Inadéquate
les lacunes sont évidemment très présentes au sein de notre formation initiale, mais également en formation continue	
adéquate pour répondre aux problème courant, mais pas pour les problématique plus complexe	Base
Diagnostic différentiel très restreint	Insuffisante
adéquate mais peut-être insuffisante sur certain aspect	Insuffisante
Très superficielle et peu étoffée	Insuffisante Incomplète
Ne couvre que les problèmes les pls courants. Pour se sentir confortable avec les manœuvres d'examen	Base
Aucun cours sur l'analyse des résultats	Incomplète
ni sur quel imagerie demander	Insuffisante
Cours sur l'évaluation ok	

Peu sur le traitement et la prise en charge	
videoconférence... non	Inadéquate
seulement 1 cours de 3 crédits sur tout le MSK	Insuffisante
superficiel	Base
plus vu le aiguë que le chronique	Inadéquate
Tres peu de temps accordé au sujet	Rapide
Sans pratique sur le terrain	
Pas assez concis	Inadéquate
Pas assez détaillé et pas assez de pratique	Incomplète
Peu de formation sur l'anatomie MSK	Base
Nous avons très peu de connaissances sur celle-ci ce qui limite notre compréhension par moment des tructures impliquées et nos trouvailles à l'examen physique	
temps attribué aux problèmes de santé...trop peu suffisant incluant l'étude des problèmes MSK	Insuffisante
il serait plus avantageux qu'un physiothérapeute couvre cette matière je pense	
Il n'y en avait pratiquement pas	Insuffisante
Anatomie non abordée lors de la formation	Incomplète
Suffisante pour acquérir la base sans plus	Base
Adéquate, mais pourrait être davantage élaborée	Base
structures normales de facon générale	Base
certaines tests	Insuffisante
peu apprentissages sur comment analyser quand les examens sont anormaux	
type examen d'imagerie a demander	
délai très court	Rapide
	Insuffisante

pour bien traiter en mal, il faut bien comprendre l'Anatomie pour poser le bon DX la prise en charge et le soulagement des douleurs n'était pas suffisamment détaillé	
adéquate pour problématique de base, mais rapide à assimiler	Base Rapide
Beaucoup trop superficielle	Insuffisante
base minimum devrait être beaucoup plus complète réalité quotidienne	Base Incomplète
survol. Trop de sujets en peu de temps	Base Inadéquate
examen physique était sous optimale	Insuffisante
Très peu de formation	Base
Manque de pratique Manque de théorie	Insuffisante
Plusieurs diagnostic communs n'ont pas été couverts, anatomie très peu explorée	Incomplète Insuffisante
Environ 1/2 journée de formation en msk lors de ma formation universitaire Peu d'exposition en stage	Rapide Insuffisante
Adéquate, mais courte	Adéquate Rapide
Manque d'exposition en stage, manque d'heure de pratique	Insuffisante
Université de Sherbrooke a un bon programme MSK	Programme
Insuffisante	Insuffisante
Très peu abordé très peu de mise en situation clinique	Insuffisante

Manque de théorie	
Déficient dans la formation initiale	Inadéquate
En deçà de ce qui devrait être	Insuffisante
Cours d'Anatomie serait requis, davantage de cours et de laboratoire pratique	Insuffisante
On devrait être formés par des physios et aller plus en détail	Inadéquate
Je crois qu'on aurait plus pousser la matière un peu plus loin	Insuffisante
Nous avons très peu de connaissance sur celle-ci ce qui limite notre compréhension par moment des structures impliquées et nos trouvailles à l'examen physique	Insuffisante
il serait plus avantageux qu'un physiothérapeute couvre cette matière je pense	Inadéquate
nos connaissances sont très limitées	Insuffisante
pour bien traiter en mal, il faut bien comprendre l'anatomie pour poser le bon DX	Inadéquate
Je trouve que d'avoir un seul cours sur l'examen physique n'est pas suffisant	Insuffisante Inadéquate
Nous devrions aller en stage avec des physiothérapeutes	
je crois que le volet pratique à ces formations manque parfois	Insuffisante
	Inadéquate
des cours pratiques plus avancés auraient été bénéfiques	Insuffisante

Catégorie : souhaits

Unités significatives	Codes
Les maladies musculosquelettiques par blocs d'un mois, enseignés par un physiothérapeute et des infirmières praticiennes... j'aurais aimé que nous revoyions le sujet	Rehaussement (temps)

chaque semestre, car les maladies musculosquelettiques représentent une grande partie de la pratique	
J'aurais aimé avoir plus de temps	Rehaussement (temps)
Adéquate, mais mais pourrait être davantage élaborée	Rehaussement (élaboration)
J'aurais aimé avoir une formation plus longue et avec plus de pratique	Rehaussement (temps et élaboration)
J'aurais eu besoin de plus d'heure de formation	Rehaussement (temps)

Catégorie : évolution

Unités significatives	Codes
champ pratique de 2011-2012 la formation me semblait adéquate. Mais maintenant que nous avons droit au dx, j'ai du me former "moi-même"	Détérioration (évolution de la pratique)
surtout les problématiques aiguës et peu la douleur chronique mais je sais que je programme à été modifié	Amélioration (de la formation initiale)
les formations se sont améliorées	Amélioration (de la formation initiale)
je trouve qu'on nous enseignait à l'époque encore une méthode de clinicienne avec les nouvelles formations et l'expérience, ça va mieux	Amélioration (de la formation initiale)
première cohorte, ce qui explique pourquoi nous n'étions pas bien formés	Amélioration (de la formation initiale)
Au moment de la formation, ça l'était, mais avec nos nouvelles activités, ce n'est plus suffisant	Détérioration (évolution de la pratique)

Catégorie : aide complémentaire	
Unités significatives	Codes
milieu de stage spécialisé, ce qui m'a grandement aidé	Stage
notre cohorte avons payé un orthopédiste pour quelques heures	Formation supplémentaire
stage grandement aidé à parfaire mes connaissances	Stage
apprentissage s'effectue beaucoup à travers la pratique quelques formations obtenues	Pratique
avec les nouvelles formations et l'expérience, ça va mieux	Pratique

Codes selon les catégories			
Opinion	Souhaits	Évolution	Aide complémentaire
Insuffisante	Rehaussement	Détérioration	Stage
Inadéquate	(temps)	(évolution de	Formation
Incomplète	Rehaussement	la pratique)	supplémentaire
Base	(élaboration)	Amélioration	Pratique
Programme		(de la	
Adéquate		formation	
Rapide		initiale)	

Appendice J
Formulaire d'attestation d'évaluation scientifique



FORMULAIRE D'ATTESTATION D'ÉVALUATION SCIENTIFIQUE

Titre du projet **Prise en charge des douleurs musculosquelettiques chroniques chez l'adulte : pratique et sentiment d'auto-efficacité des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne**

Chercheur(e) principal(e) **Annie Ménard, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (profil mémoire)**

<p>Ce projet de recherche a été évalué par un comité ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Si oui :</p> <p>Nom du comité : Cours MSI6223 : Séminaire préparatoire au mémoire.</p> <p>Prénom et nom des membres du comité : Les membres du comités sont les professeurs qui ont donné le cours, ainsi que les professeurs qui se sont portées volontaires pour entendre les projets et commenter sur ceux-ci. Il s'agit de : - Isabelle St-Pierre (prof. du cours) - Aurélie Baillot (prof. du cours) - Lucie Lemelin (prof. invitée) - Chantal Verdon (prof. invitée) - Isabelle A. St-Pierre (prof. invitée) - Marcela Ferrada-Videla (prof. invitée)</p> <p>Fonction du comité : Cours préparatoire au mémoire (suivant le cours, les étudiants sont souvent prêts pour soumettre leur protocole de recherche au comité d'éthique).</p> <p>Courriel d'un des membres du comité (pour correspondance) : Isabelle.st-pierre@uqo.ca</p>
---	---

<p>Ce projet de recherche a été évalué par une seule personne ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Si oui :</p> <p>Prénom et nom de l'évaluateur : Cliquez ici pour entrer du texte.</p> <p>Fonction : Cliquez ici pour entrer du texte.</p> <p>Organisation : Cliquez ici pour entrer du texte.</p> <p>Courriel : Cliquez ici pour entrer du texte.</p>
---	---

	Oui	Non	S.O.	Commentaires (justifications)
La problématique est :				
• Définie et claire;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La problématique est claire et bien présentée
• Appuyée scientifiquement et/ou théoriquement.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les propos sont bien soutenus par des références (littérature grise et scientifique)
Les objectifs et les hypothèses sont :				
• Clairement identifiées;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Étant donné le type de recherche, il n'y a pas d'hypothèse. Les objectifs sont clairs et cohérents avec le but.
• Découlent des écrits scientifiques;	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les lacunes dans les écrits sont clairement identifiées et les objectif spécifiques sont cohérents avec ce qui est identifié.
• Sont vérifiables / réalistes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Les objectifs sont réalistes (tant dans le temps que dans la faisabilité)
La méthodologie de la recherche est clairement définie:				
• La population cible, la taille de l'échantillon ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion sont identifiés et permettent de répondre aux objectifs et hypothèses.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La description de la population cible est claire et les critères d'inclusion sont bien stipulés
• Les outils de mesure sont identifiés et permettent de répondre aux objectifs et hypothèses.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La description des instruments de mesure est claire. Les deux questionnaires devraient permettre de répondre aux objectifs de la recherche.
• Les méthodes d'analyses de données permettent de répondre aux objectifs et hypothèses.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le plan d'analyse des données est clairement présenté. Il permet de répondre aux objectifs de la recherche.

La faisabilité du projet est clairement démontrée.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le projet, tel que proposé, est faisable. Le recrutement des infirmières (IPS) pourrait être un défi en raison de la pénurie et des conditions qui entourent la pratique infirmière.
L'échéancier est réaliste et favorisera la réussite de la recherche.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le calendrier présenté est réaliste
La recherche contribuera à l'avancement des connaissances.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui, celle-ci fournira des connaissances quant à la pratique des IPSPL et de leur sentiment d'auto-efficacité lors de la prise en charge des douleurs MSQ chroniques chez l'adulte. Ces données sont présentement non connues.

<input checked="" type="checkbox"/>	<i>J'ai communiqué au(x) responsable(s) de la recherche les remarques et commentaires qui suivent (par exemple, recommandations pour l'amélioration du projet en termes de problématique, de méthodologie, de faisabilité, d'avancement des connaissances et des contributions prévues.) :</i>
Lors du cours, l'étudiante a eu droit à une rétroaction qui lui a permis d'améliorer son protocole de recherche. Nous pouvons vous acheminer les grilles de correction des travaux si vous jugez qu'obtenir celles-ci est pertinent.	

Signature :

Isabelle St-Pierre

Digitally signed by Isabelle St-

Pierre

Date :

31 août 2022

Date: 2022.08.31 21:19:41 -04'00'

Appendice K
Approbation éthique



Le 12 janvier 2023

À l'attention de :
Annie Ménard
Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Objet : Approbation éthique de votre projet de recherche

Projet #: 2023-2426

Titre du projet de recherche : Prise en charge des douleurs musculosquelettiques chroniques chez l'adulte : pratique et sentiment d'autoefficacité des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

Votre projet de recherche a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains par le CER de l'UQO. Suivant l'examen de la documentation reçue, nous constatons que votre projet de recherche rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

Un certificat d'approbation éthique qui atteste de la conformité de votre projet de recherche à la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQO est par conséquent émis en date du 12 janvier 2023. Nous désirons vous rappeler que pour assurer la validité de votre certificat d'éthique pendant toute la durée de votre projet, vous avez la responsabilité de produire, chaque année, un rapport de suivi continu à l'aide du formulaire *F9 - Suivi continu*. Le prochain suivi devra être fait au plus tard le :

12 janvier 2024.

Un rappel automatique vous sera envoyé par courriel quelques semaines avant l'échéance de votre certificat.

Si des modifications sont apportées à votre projet, vous devrez remplir le formulaire *F8 - Modification de projet* et obtenir l'approbation du CER avant de mettre en œuvre ces modifications. Finalement, lorsque votre projet sera terminé, vous devrez remplir le formulaire *F10 - Rapport final*.

Notez qu'en vertu de la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, il est de la responsabilité des chercheurs d'assurer que leurs projets de recherche conservent une approbation éthique pour toute la durée des travaux de recherche et d'informer le CER de la fin de ceux-ci.

Nous vous souhaitons bon succès dans la réalisation de votre recherche.



CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet d'une évaluation en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et qu'il satisfait aux exigences de notre politique en cette matière.

Projet # : 2023-2426

Titre du projet de recherche : Prise en charge des douleurs musculosquelettiques chroniques chez l'adulte : pratique et sentiment d'autoefficacité des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

Niveau de risque: Risque minimal

Type d'évaluation: Évaluation déléguée

Chercheuse principale :

Annie Ménard

Étudiante, Université du Québec en Outaouais

Directrice de recherche :

Aurélie Baillot; Lucie Lemelin

Professeure, Université du Québec en Outaouais

Date d'approbation du projet : 12 janvier 2023

Date d'entrée en vigueur du certificat : 12 janvier 2023

Date d'échéance du certificat : 12 janvier 2024

Caroline Tardif

Attachée d'administration, CÉR

pour André Durivage, Président du CÉR

Signé le 2023-01-12 à 14:55

Appendice L

Distributions de fréquences de la pratique pour l'évaluation clinique

Distributions de fréquences de la pratique pour l'évaluation clinique (N = 127)

Variables	Fréquence (%)					
	0. Jamais	1. Occasion- nellement	2. Environ la moitié du temps	3. Souvent	4. Toujours	5. Ne souhaite pas répondre
Anamnèse						
10.1. Établir un portrait de l'historique de la problématique du patient en le questionnant	0	0	1 (0,8)	13 (10,2)	113 (89,0)	0
10.2. Évaluer globalement la douleur du patient en le questionnant	0	1 (0,8)	1 (0,8)	14 (11,0)	110 (86,6)	1 (0,8)
10.3. Utiliser un outil de mesure d'évaluation de la douleur (ex : échelle visuelle analogique)	22 (17,3)	29 (22,8)	20 (15,7)	29 (22,8)	27 (21,3)	0
10.4. Évaluer globalement les limitations fonctionnelles du patient en le questionnant	0	1 (0,8)	6 (4,7)	43 (33,9)	77 (60,7)	0
10.5. Utiliser un outil de mesure des limitations fonctionnelles (ex : Patient Specific Functional Scale)	105 (82,7)	16 (12,6)	2 (1,6)	3 (2,4)	1 (0,8)	0
10.6. Utiliser un questionnaire d'évaluation des douleurs MSQ (ex : Musculoskeletal Health Quest)	110 (86,6)	8 (6,3)	5 (3,9)	4 (3,1)	0	0

Distributions de fréquences de la pratique pour l'évaluation clinique (N = 127)

Variables	Fréquence (%)					
	0. Jamais	1. Occasion- nellement	2. Environ la moitié du temps	3. Souvent	4. Toujours	5. Ne souhaite pas répondre
Examen physique						
11.1. Effectuer un examen physique qui inclue une inspection visuelle	0	0	1 (0,8)	11 (8,7)	115 (90,6)	0
11.2. Effectuer un examen physique qui inclue une palpation	1 (0,8)	0	1 (0,8)	12 (9,4)	112 (88,2)	1 (0,8)
11.3. Effectuer un examen physique qui inclue des tests spécifiques (ex : tests neurologiques, tests de mobilité, tests de force musculaire)	0	0	2 (1,6)	29 (22,8)	95 (74,8)	1 (0,8)

Appendice M

Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour l'évaluation clinique

Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour l'évaluation clinique (N = 125)

Variables	Moyenne/4 (ET)
Anamnèse	
10.1. Établir un portrait de l'historique de la problématique du patient en le questionnant	3,88 (0,35)
10.2. Évaluer globalement la douleur du patient en le questionnant	3,85 (0,44)
10.3. Utiliser un outil de mesure d'évaluation de la douleur (ex : échelle visuelle analogique)	2,08 (1,42)
10.4. Évaluer globalement les limitations fonctionnelles du patient en le questionnant	3,54 (0,63)
10.5. Utiliser un outil de mesure des limitations fonctionnelles (ex : Patient Specific Functional Scale)	0,22 (0,62)
10.6. Utiliser un questionnaire d'évaluation des douleurs MSQ (ex : Musculoskeletal Health Quest)	0,23 (0,67)
Examen physique	
11.1. Effectuer un examen physique qui inclue une inspection visuelle	3,90 (0,33)
11.2. Effectuer un examen physique qui inclue une palpation	3,86 (0,49)
11.3. Effectuer un examen physique qui inclue des tests spécifiques (ex : tests neurologiques, tests de mobilité, tests de force musculaire)	3,74 (0,48)

Appendice N

Distributions de fréquences de la pratique pour l'investigation clinique

Distributions de fréquences de la pratique pour l'investigation clinique (N = 126)

Variables	Fréquence (%)					
	0. Jamais	1. Occasion- nellement	2. Environ la moitié du temps	3. Souvent	4. Toujours	5. Ne souhaite pas répondre
Tests d'imagerie						
12.1. Procéder à une investigation en prescrivant une radiographie	0	42 (33,1)	39 (30,7)	44 (34,6)	0	2 (1,6)
12.2. Procéder à une investigation en prescrivant une échographie	4 (3,1)	103 (81,1)	11 (8,7)	7 (5,5)	0	2 (1,6)
12.3. Procéder à une investigation en prescrivant une imagerie par résonance magnétique	3 (2,4)	113 (89,0)	4 (3,1)	5 (3,9)	0	2 (1,6)
Tests de laboratoire						
13.1. Procéder à une investigation en prescrivant des tests de laboratoire (ex : prélèvements sanguins)	2 (1,6)	106 (83,5)	10 (7,9)	8 (6,3)	0	1 (0,8)

Appendice O

Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour l'investigation clinique

Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour l'investigation clinique (N = 125)

	Moyenne/4 (ET)
Variables	
Tests d'imagerie	
12.1. Procéder à une investigation en prescrivant une radiographie	2,02 (0,83)
12.2. Procéder à une investigation en prescrivant une échographie	1,17 (0,56)
12.3. Procéder à une investigation en prescrivant une imagerie par résonance magnétique	1,09 (0,46)
Tests de laboratoire	
13.1. Procéder à une investigation en prescrivant des tests de laboratoire (ex : prélèvements sanguins)	1,18 (0,56)

Appendice P

Distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique

Distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique (N = 127)

Variables	Fréquence (%)					
	0. Jamais	1. Occasion- nellement	2. Environ la moitié du temps	3. Souvent	4. Toujours	5. Ne souhaite pas répondre
Options pharmacologiques						
14.1. Opter pour des prescriptions d'analgésiques non narcotiques	1 (0,8)	4 (3,1)	7 (5,5)	79 (62,2)	35 (27,6)	1 (0,8)
14.2. Opter pour des prescriptions d'analgésiques narcotiques	32 (25,2)	93 (73,2)	2 (1,6)	0	0	0
14.3. Opter pour des prescriptions d'anti inflammatoires non stéroïdiens	0	5 (3,9)	10 (7,9)	100 (78,7)	12 (9,4)	0
14.4. Opter pour des infiltrations de corticostéroïdes	1 (0,8)	83 (65,4)	21 (16,5)	21 (16,5)	0,8	1 (0,8)
Options non pharmacologiques						
15.1. Prodiguer des conseils d'hygiène de vie au patient (ex : alimentation, sommeil, activité physique, gestion du stress)	0	7 (5,5)	13 (10,2)	47 (37,0)	60 (47,2)	0
15.2. Prodiguer des conseils d'exercices ou d'étirements	3 (2,4)	7 (5,5)	13 (10,2)	48 (37,8)	56 (44,1)	0
15.3. Adresser les facteurs psychosociaux	5 (3,9)	45 (35,4)	20 (15,7)	39 (30,7)	18 (14,2)	0
15.4. Effectuer un support structurel (ex : application de bandages)	51 (40,2)	60 (47,2)	7 (5,5)	7 (5,5)	2 (1,6)	0

Distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique (N = 127)

Variables	Fréquence (%)					
	0. Jamais	1. Occasion- nellement	2. Environ la moitié du temps	3. Souvent	4. Toujours	5. Ne souhaite pas répondre
Options de référencement						
16.1. Orienter le patient vers des thérapies complémentaires ou alternatives (ex : physiothérapie, chiropratique, massothérapie, ostéopathie, acupuncture)	0	2 (1,6)	5 (3,9)	71 (55,9)	49 (38,6)	0
16.2. Référer le patient en médecine spécialisée (ex : neurologie, orthopédie)	1 (0,8)	116 (91,3)	5 (3,9)	5 (3,9)	0	0
16.3. Consulter un collègue pour obtenir son avis professionnel sur le cas pris en charge	3 (2,4)	100 (78,7)	6 (4,7)	18 (14,2)	0	0
Suivi						
17.1. Évaluer la progression des symptômes lors d'un suivi	0	6 (4,7)	10 (7,9)	37 (29,1)	74 (58,3)	0
17.2. Évaluer les résultats des interventions effectuées lors d'un suivi	0	5 (3,9)	7 (5,5)	41 (32,3)	74 (58,3)	0
17.3. Compléter un diagnostic différentiel lors d'un suivi	0	17 (13,4)	6 (4,7)	57 (44,9)	47 (37,0)	0

Appendice Q

Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique

Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique (N = 126)

Variables	Moyenne/4 (ET)
Options pharmacologiques	
14.1. Opter pour des prescriptions d'analgésiques non narcotiques	3,13 (0,72)
14.2. Opter pour des prescriptions d'analgésiques narcotiques	0,77 (0,46)
14.3. Opter pour des prescriptions d'anti inflammatoires non stéroïdiens	2,94 (0,58)
14.4. Opter pour des infiltrations de corticostéroïdes	1,49 (0,78)
Options non pharmacologiques	
15.1. Prodiguer des conseils d'hygiène de vie au patient (ex : alimentation, sommeil, activité physique, gestion du stress)	3,25 (0,86)
15.2. Prodiguer des conseils d'exercices ou d'étirements	3,16 (0,98)
15.3. Adresser les facteurs psychosociaux	2,14 (1,16)
15.4. Effectuer un support structurel (ex : application de bandages)	0,81 (0,89)
Options de référencement	
16.1. Orienter le patient vers des thérapies complémentaires ou alternatives (ex : physiothérapie, chiropratique, massothérapie, ostéopathie, acupuncture)	3,32 (0,63)
16.2. Référer le patient en médecine spécialisée (ex : neurologie, orthopédie)	1,11 (0,44)
16.3. Consulter un collègue pour obtenir son avis professionnel sur le cas pris en charge	1,31 (0,74)

Moyennes des scores des distributions de fréquences de la pratique pour la gestion clinique (N = 126)

	Moyenne/4 (ET)
Variables	
Suivi	
17.1. Évaluer la progression des symptômes lors d'un suivi	3,40 (0,83)
17.2. Évaluer les résultats des interventions effectuées lors d'un suivi	3,44 (0,78)
17.3. Compléter un diagnostic différentiel lors d'un suivi	3,05 (0,98)

Appendice R

Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé à la pratique

Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé à la pratique

	Sentiment d'autoefficacité Moyenne/10 (ÉT)
Variables	
<hr/>	
Évaluation clinique (n = 111)	
Anamnèse	
18.1. Établir un portrait de l'historique de la problématique du patient en le questionnant	8,79 (1,22)
18.2. Évaluer globalement la douleur du patient en le questionnant	8,95 (1,14)
18.3. Utiliser un outil de mesure d'évaluation de la douleur (ex : échelle visuelle analogique)	8,20 (2,28)
18.4. Évaluer globalement les limitations fonctionnelles du patient en le questionnant	7,96 (1,58)
18.5. Utiliser un outil de mesure des limitations fonctionnelles (ex : Patient Specific Functional Scale)	4,20 (2,86)
18.6. Utiliser un questionnaire d'évaluation des douleurs MSQ (ex : Musculoskeletal Health Quest)	4,05 (2,97)
Examen physique	
19.1. Effectuer un examen physique qui inclue une inspection visuelle	8,41 (1,35)
19.2. Effectuer un examen physique qui inclue une palpation	8,06 (1,45)
19.3. Effectuer un examen physique qui inclue des tests spécifiques (ex : tests neurologiques, tests de mobilité, tests de force musculaire)	7,61 (1,54)

Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé à la pratique

	Sentiment d'autoefficacité Moyenne/10 (ÉT)
Variables	
Investigation clinique (n = 122)	
Tests d'imagerie	
20.1. Procéder à une investigation en prescrivant une radiographie	8,57 (1,22)
20.2. Procéder à une investigation en prescrivant une échographie	7,87 (1,66)
20.3. Procéder à une investigation en prescrivant une imagerie par résonance magnétique	7,70 (1,69)
Tests de laboratoire	
21.1. Procéder à une investigation en prescrivant des tests de laboratoire (ex : prélèvements sanguins)	8,03 (1,59)

Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé à la pratique

	Sentiment d'autoefficacité Moyenne/10 (ÉT)
Variables	
Gestion clinique (n = 119)	
Options pharmacologiques	
22.1. Opter pour des prescriptions d'analgésiques non narcotiques	8,92 (1,21)
22.2. Opter pour des prescriptions d'analgésiques narcotiques	6,88 (2,29)
22.3. Opter pour des prescriptions d'anti inflammatoires non stéroïdiens	9,14 (0,97)
22.4. Opter pour des infiltrations de corticostéroïdes	7,32 (2,23)
Options non pharmacologiques	
23.1. Prodiguier des conseils d'hygiène de vie au patient (ex : alimentation, sommeil, activité physique, gestion du stress)	8,73 (1,45)
23.2. Prodiguier des conseils d'exercices ou d'étirements	6,91 (2,27)
23.3. Adresser les facteurs psychosociaux	7,57 (2,10)
23.4. Effectuer un support structurel (ex : application de bandages)	4,17 (3,07)

Moyennes des scores du sentiment d'autoefficacité associé à la pratique

	Sentiment d'autoefficacité Moyenne/10 (ÉT)
Variables	
Options de référencement	
24.1. Orienter le patient vers des thérapies complémentaires ou alternatives (ex : physiothérapie, chiropratique, massothérapie, ostéopathie, acupuncture)	9,11 (1,07)
24.2. Référer le patient en médecine spécialisée (ex : neurologie, orthopédie)	8,10 (1,57)
24.3. Consulter un collègue pour obtenir son avis professionnel sur le cas pris en charge	9,31 (0,89)
Suivi	
25.1. Évaluer la progression des symptômes lors d'un suivi	8,90 (1,08)
25.2. Évaluer les résultats des interventions effectuées lors d'un suivi	8,75 (1,45)
25.3. Compléter un diagnostic différentiel lors d'un suivi	8,20 (1,36)

Appendice S

Extraits des commentaires des participantes

Extraits des commentaires des participantes

Participant	Commentaires	Constats
136	« C'était un survol. Trop de sujets en peu de temps »	Durée de la formation
135	« Elle fournit la base minimum mais elle devrait être beaucoup plus complète pour faire face à la réalité quotidienne »	Qualité de la formation
20	« Absolument inadéquate et incomplète »	Qualité de la formation
74	« Le temps attribué aux problèmes de santé et la pratique directe par rapport aux cours de la maîtrise est trop peu suffisant, incluant l'étude des problèmes musculosquelettiques. De plus, il serait plus avantageux qu'un physiothérapeute couvre cette matière, je pense »	Durée de la formation
151	« Adéquate, mais courte. »	- Qualité de la formation - Durée de la formation
30	« Elle était adéquate pour répondre aux problèmes courants, mais pas pour les problématiques plus complexes »	Qualité de la formation
120	« Je trouve qu'on nous enseignait à l'époque encore une méthode de clinique, d'être méthodique mais qui ne nous montre pas ce que l'on recherche. Heureusement, avec les nouvelles formations et l'expérience, ça va mieux »	Évolution de la formation
22	« Mais difficile à expliquer, puisqu' initialement, nos lignes directrices (2012) étaient très limitantes. Donc, pour notre champ pratique de 2011-2012, la formation me semblait adéquate. Mais maintenant que nous avons droit au diagnostic, j'ai dû me former "moi-même" »	- Évolution de la formation - Évolution de la pratique

132	« Au moment de la formation, ça l'était, mais avec nos nouvelles activités, ce n'est plus suffisant »	- Évolution de la formation - Évolution de la pratique
56	« J'ai eu accès à un milieu de stage spécialisé, ce qui m'a grandement aidé »	Autres modalités de formation
78	« Il n'y en avait pratiquement pas, si bien que notre cohorte a payé un orthopédiste pour quelques heures »	Autres modalités de formation
112	« Mon apprentissage s'effectue beaucoup à travers la pratique, questionnements de collègues plus expérimentés, via mes patients qui sont suivis dans les cliniques de douleur chronique, et par les quelques formations obtenues à ce sujet »	Autres modalités de formation
