



Identification des déterminants de l'intention des infirmières d'exercer la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés auprès d'adultes hospitalisés

Identification of the determinants of nurses' intention to conduct clinical surveillance of inpatients at the peak of action of subcutaneous opioids

Geneviève Lemire, Frédéric Douville et Geneviève Roch

Volume 2, numéro 1, 2019

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1076446ar>
DOI : <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1033>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)

ISSN

2561-7516 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lemire, G., Douville, F. & Roch, G. (2019). Identification des déterminants de l'intention des infirmières d'exercer la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés auprès d'adultes hospitalisés. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 2(1), 1-19. <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1033>

Résumé de l'article

Introduction : L'administration d'opioïdes par voie sous-cutanée peut occasionner des épisodes de dépression respiratoire menant à des décès évitables. Grâce à leur efficacité, les opioïdes demeurent la thérapie de premier choix pour le soulagement de la douleur modérée à sévère. Cependant, de plus en plus d'usagers présentent un ou plusieurs facteurs de risque de dépression respiratoire qui justifient une surveillance clinique adaptée à leur condition. Pour assurer une surveillance sécuritaire des usagers, des lignes directrices professionnelles doublées de mesures organisationnelles sous forme de directives et protocoles de surveillance infirmière ont été instaurées. La surveillance clinique demeure toutefois inadéquate, nous permettant de supposer qu'il existe, au-delà des éléments organisationnels, des déterminants individuels influençant la surveillance infirmière. Objectif : Identifier les déterminants de l'intention des infirmières d'exercer la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés auprès d'adultes hospitalisés. Méthodes : Étude corrélationnelle prédictive auprès d'infirmières d'unités de chirurgie et médecine (n = 104) d'un établissement de santé québécois par le biais d'un questionnaire auto-rapporté. Des régressions multiples ont été réalisées pour identifier les déterminants associés à l'intention d'adopter le comportement souhaité. Résultats : La perception de contrôle et la norme professionnelle ont été identifiés comme étant les principaux déterminants de l'intention des infirmières à exercer une surveillance lors du pic d'action des opioïdes. Discussion et conclusion : Par l'identification des déterminants individuels les plus susceptibles d'expliquer l'intention d'exercer une surveillance adaptée lors du pic d'action des opioïdes, cette étude permet de cibler des pistes d'intervention en matière de sécurité clinique.



Identification des déterminants de l'intention des infirmières d'exercer la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés auprès d'adultes hospitalisés

Identification of the determinants of nurses' intention to conduct clinical surveillance of inpatients at the peak of action of subcutaneous opioids

Geneviève Lemire, Ét., M. Sc., Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec-
Université Laval

Frédéric Douville, inf., Ph. D., Université Laval

Geneviève Roch, inf., Ph. D., Université Laval

Correspondance | Correspondence:

Geneviève Lemire, Ét. M. Sc.

Conseillère en soins infirmiers

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval

2725 chemin Sainte-Foy, Québec, QC, Canada, G1V 4G5

genevieve.lemire.7@ulaval.ca



Mots-clés

surveillance clinique;
infirmière;
opioïde;
intention;
théorie psychosociale

Résumé

Introduction : L'administration d'opioïdes par voie sous-cutanée peut occasionner des épisodes de dépression respiratoire menant à des décès évitables. Grâce à leur efficacité, les opioïdes demeurent la thérapie de premier choix pour le soulagement de la douleur modérée à sévère. Cependant, de plus en plus d'usagers présentent un ou plusieurs facteurs de risque de dépression respiratoire qui justifient une surveillance clinique adaptée à leur condition. Pour assurer une surveillance sécuritaire des usagers, des lignes directrices professionnelles doublées de mesures organisationnelles sous forme de directives et protocoles de surveillance infirmière ont été instaurées. La surveillance clinique demeure toutefois inadéquate, nous permettant de supposer qu'il existe, au-delà des éléments organisationnels, des déterminants individuels influençant la surveillance infirmière. **Objectif** : Identifier les déterminants de l'intention des infirmières d'exercer la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés auprès d'adultes hospitalisés. **Méthodes** : Étude corrélationnelle prédictive auprès d'infirmières d'unités de chirurgie et médecine (n = 104) d'un établissement de santé québécois par le biais d'un questionnaire auto-rapporté. Des régressions multiples ont été réalisées pour identifier les déterminants associés à l'intention d'adopter le comportement souhaité. **Résultats** : La perception de contrôle et la norme professionnelle ont été identifiés comme étant les principaux déterminants de l'intention des infirmières à exercer une surveillance lors du pic d'action des opioïdes. **Discussion et conclusion** : Par l'identification des déterminants individuels les plus susceptibles d'expliquer l'intention d'exercer une surveillance adaptée lors du pic d'action des opioïdes, cette étude permet de cibler des pistes d'intervention en matière de sécurité clinique.

Abstract

Introduction: Subcutaneous administration of opioids may cause episodes of respiratory depression leading to preventable deaths. Due to their efficacy, opioids remain the first-choice therapy for the relief of moderate to acute pain. However, more and more inpatients have one or more risk factors for respiratory depression that justifies clinical surveillance adapted to their condition. To ensure safe monitoring of inpatients, professional guidelines, coupled with organizational measures in the form of guidelines and nurse monitoring protocols, have been introduced. Despite the action taken, clinical surveillance remains inadequate, allowing us to assume that there are, beyond the organizational elements, individual determinants influencing nurse supervision. **Objective:** Identify the determinants of the intention of nurses to conduct clinical surveillance of adults in hospital during the peak action of subcutaneous opioids. **Methods:** Predictive correlational study among nurses of surgical and medicine units of a Quebec health facility (n = 104) through a self-reported questionnaire. Multiple regressions were carried out to identify the determinants associated with the intention to perform the desired behaviour. **Results:** Perceived control and professional standards have been identified as the key determinants of nurses' intention to perform clinical surveillance associated with opioid at the time of peak effect. **Discussion and conclusion:** By identifying the individual determinants most likely to explain the intention to exercise appropriate surveillance at the peak of opioid action, this study helps to target clinical safety interventions.

Keywords

clinical surveillance;
nurse; opioid;
intention;
psychosocial theory

INTRODUCTION

Grâce à leur efficacité et métabolisation rapide, les opioïdes se sont imposés comme traitement de premier choix pour soulager les douleurs modérées et sévères en centre hospitalier malgré les effets secondaires qu'ils peuvent induire (Dahan, Aarts, & Smith, 2010; Dunwoody & Jungquist, 2018; Dupont et al., 2015; Jarzyna et al., 2011; Pasero, 2013). La voie d'administration sous-cutanée est communément utilisée pour le soulagement des douleurs modérées à sévères en contexte périopératoire et en urgence (Anesthesiologists, 2012; Beaudoin, Merchant, Janicki, McKaig, & Babu, 2015). Les opioïdes administrés via la voie sous-cutanée par des professionnels de la santé sont fréquemment liés à des épisodes de dépression respiratoire (Beaudoin et al., 2015; Daoust, Paquet, Lavigne, Piette, & Chauny, 2015). En centre hospitalier, l'incidence de dépression respiratoire pouvant mener au décès se situe entre 0,5% et 1% (Dahan et al., 2010; Kobelt, Burke, & Renker, 2014). Beaudoin et al. (2015) ont démontré que la majorité de ces dépressions respiratoires sont prévisibles et réversibles. L'administration par voie sous-cutanée, voie préjudiciable sous-estimée en raison du pic d'action tardif, peut créer un faux sentiment de sécurité auprès des professionnels de la santé (Dahan et al., 2010). Il a été démontré que 29% des usagers hospitalisés sous thérapie opioïde présentent un ou plusieurs épisodes de dépression respiratoire dans les 24 premières heures suivant l'introduction d'un opioïde (Dahan et al., 2010; Jarzyna et al., 2011). Les effets secondaires peuvent survenir chez tous les usagers, mais peuvent être plus sévères chez la clientèle qui présente des facteurs de risque de dépression respiratoire (Jarzyna et al., 2011; Jungquist, Card, Charchafliab, Gali, & Yilmaz, 2018). En centre hospitalier, les effets secondaires modérés et sévères entraînent inévitablement un retard de guérison en plus d'augmenter les risques d'une réadmission hospitalière dans les 30 jours suivant l'événement (Beaudoin et al., 2015; Jungquist et al., 2016; Oderda, Gan, Johnson, & Robinson, 2013). Lors de dépression ou d'arrêt respiratoire, le recours à des manœuvres de

réanimation cardiorespiratoire est parfois nécessaire. Le taux de survie suivant des manœuvres de réanimation pour les usagers sous opioïdes se situe à 42% (Overdyk et al., 2016). Les séjours hospitaliers des usagers réanimés augmentent significativement pour une moyenne de 7,57 jours supplémentaires (Overdyk et al., 2016). Herzig, Rothberg, Cheung, Ngo et Marcantonio (2014) ont démontré que les centres hospitaliers où beaucoup d'opioïdes sont administrés affichent des statistiques plus élevées de complications sévères. Cela suggère que l'administration fréquente d'opioïdes ne diminue en rien les risques de complications (Herzig et al., 2014). Une surveillance clinique déficiente figure parmi les facteurs de risques iatrogéniques de dépression respiratoire (Jungquist et al., 2016; Kalisch & Williams, 2009). Jungquist et al. (2016) ont démontré que seulement 8,3% des usagers sont surveillés selon les lignes directrices de sédation-analgésie. Considérant le volume de procédures et chirurgies effectuées quotidiennement impliquant une sédation-analgésie, les possibilités de complications sont nombreuses et justifient une surveillance clinique conforme adaptée à la situation clinique de la personne (Kobelt et al., 2014).

La surveillance clinique infirmière suivant l'administration d'un opioïde est la pratique la plus efficace pour évaluer l'efficacité de la molécule à soulager la douleur ainsi que prévenir les complications potentielles (Jarzyna et al., 2011; Pasero, 2009). La surveillance clinique, indissociable du rôle infirmier, implique d'être physiquement au chevet de l'usager et ne peut être remplacée par un monitoring à distance (Dunwoody & Jungquist, 2018; Dupont et al., 2015; Jarzyna et al., 2011). Afin d'assurer une gestion et un soulagement de la douleur aux usagers, les infirmières doivent évaluer et surveiller les signes de sédation et de dépression respiratoire à l'aide d'échelles d'évaluation et d'outils de suivi des signes vitaux (Dunwoody & Jungquist, 2018). Selon les lignes directrices d'analgésie-sédation (Dupont et al., 2015), lors du pic d'action de l'opioïde, l'infirmière doit évaluer : la pression artérielle, le pouls, la respiration, la perméabilité des voies aériennes, la saturation capillaire en oxygène, le niveau de sédation, l'état de conscience ainsi que

la douleur. Lors de l'administration de médicaments à haut risque d'effets secondaires tels que des opioïdes, l'infirmière doit faire preuve de vigilance et de jugement clinique (Brady, Malone, & Fleming, 2009; Dunwoody & Jungquist, 2018). La surveillance doit être accrue lors du pic d'action de la molécule, durant les 24 premières heures suivant l'administration de la première dose, ainsi que lors des premières heures suivant un changement de dose ou d'opioïde (Jarzyna et al., 2011). Il a été démontré que 75% des décès liés aux opioïdes et 84% des dépressions respiratoires réversibles se produisent durant cette période (Jarzyna et al., 2011). Or, une détection hâtive des facteurs de risque et des signes précurseurs d'effets secondaires permet de prévenir la sédation profonde qui précède la dépression respiratoire et d'intervenir le cas échéant (Jarzyna et al., 2011; Kobelt et al., 2014; Oderda et al., 2013). Cela soutient l'importance pour les infirmières d'exercer une surveillance clinique adaptée lors du pic d'action des opioïdes (Dunwoody & Jungquist, 2018).

Divers facteurs influencent l'intention d'effectuer la surveillance clinique infirmière lors d'administration d'opioïdes. Ces facteurs liés à la charge de travail, l'environnement de travail, le climat de travail ou le niveau de diplomation du groupe de travail sont qualifiés d'environnementaux (Blackman et al., 2015). Une charge de travail élevée mène les infirmières à favoriser les actions et interventions qui demandent peu de temps, peu de déplacements ou les tâches qu'elles considèrent personnellement essentielles (Halbesleben, Wakefield, Wakefield, & Cooper, 2008; Kalisch, 2006). Un environnement avec une charge de travail élevée, qui expose les infirmières à un risque d'épuisement, les prive du temps requis à une analyse critique de leur environnement ou d'effectuer des vérifications d'usage permettant de déceler une erreur (Halbesleben et al., 2008). Le niveau d'activités dans les unités de soins, les multiples interruptions et distractions ainsi que la difficulté à garder l'accent sur les priorités de soins représentent des obstacles à l'administration sécuritaire des médicaments (Brady et al., 2009). Le climat de travail et l'influence sociale du groupe de travail favorisent une élévation de la qualité des

soins ou, au contraire, une diminution de la qualité des soins socialement acceptée par le groupe (Beaumont, Luettel, & Thomson, 2008). Une pression sociale à se conformer aux pratiques locales plutôt que de se référer aux lignes directrices existe dans certains milieux (Dihle, Bjolseth, & Helseth, 2006; Yin, Tse, & Wong, 2015). Un manque de travail d'équipe ou travailler auprès d'une équipe de travail inconnue entraîne un soutien limité, voire absent pour certaines infirmières, ce qui a une incidence sur les détériorations cliniques des usagers (Beaumont et al., 2008; Blackman et al., 2015; Ebricht, Urden, Patterson, & Chalki, 2004). Par ailleurs, le niveau de diplomation influence les individus et les soins administrés, car il a été démontré que les taux de complications et de décès dans une unité de soins diminuent lorsque le pourcentage d'infirmières possédant un diplôme universitaire augmente (Aiken et al., 2011).

Les facteurs d'influence peuvent aussi être de nature organisationnelle, i.e., liés au manque de personnel et à l'organisation du travail (Kalisch, 2006). Le risque d'erreur augmente chez les infirmières qui travaillent plus de 12 heures d'affilée, plus de 40 heures par semaine ou qui font du temps supplémentaire (Brady et al., 2009). Curry et Jungquist (2014) soulignent d'ailleurs qu'un manque de répartition optimale de la charge de travail dans les unités de chirurgie limite la détection d'événements indésirables. D'autre part, le ratio usagers par infirmière a une incidence directe sur la surveillance clinique, les erreurs de médicaments et les probabilités de renverser une sédation profonde ou dépression respiratoire (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Brady et al., 2009; Halm et al., 2005; Jarzyna et al., 2011; Kalisch, Friese, Choi, & Rochman, 2011).

D'autres facteurs sont personnels telles les connaissances et les compétences (Brady et al., 2009). Un manque de connaissances des opioïdes et leurs effets secondaires est fréquent chez les infirmières (Pretorius, Searle, & Marshall, 2015; Tower & Chaboyer, 2014; Yin et al., 2015). La moitié des infirmières identifient à tort la diminution de la fréquence respiratoire en tant que signe précurseur d'une dépression respiratoire (Jungquist, Smith, Wiltse Nicely, & Polomano, 2017). Certaines études avancent une sous-

estimation de l'importance d'exercer la surveillance clinique post-administration d'opioïdes chez certaines infirmières (Beaudoin et al., 2015; Blackman et al., 2015; Jarzyna et al., 2011; Kalisch & Williams, 2009; Tower & Chaboyer, 2014). En effet, seulement 66% des infirmières accordent de l'importance à la surveillance associée à l'administration d'opioïdes et 37% la voient comme une surcharge de travail (Jarzyna et al., 2011; Jungquist, Willens, Dunwoody, Klingman, & Polomano, 2014; Pretorius et al., 2015). Beaumont et al. (2008) ont démontré que certaines infirmières considèrent l'observation directe de l'usager comme une tâche facilement réalisable, mais non prioritaire, puisqu'elles ne conceptualisent pas qu'un usager stable puisse développer des effets secondaires néfastes à bref intervalle.

Malgré les actions mises en place par les centres hospitaliers à la suite de l'émission de lignes directrices, une persistance des infirmières à ne pas exercer systématiquement la surveillance clinique est constatée (Jungquist et al., 2016; Jungquist, Pasero, et al., 2014; Yin et al., 2015). De plus, la documentation de la surveillance est incomplète dans 60% des cas (Jungquist et al., 2016). Lors de leur étude, Jungquist et al. (2016) ont noté que 87,5% des dépressions respiratoires constatées étaient réversibles alors que quatre décès se sont néanmoins produits, majoritairement de nuit durant les premières 24 heures de la thérapie opioïde. Au moment de l'étude, les infirmières avaient accès à des échelles standardisées d'évaluation de la douleur ainsi qu'au matériel requis pour effectuer la surveillance clinique adaptée (Jungquist et al., 2016). Il est donc possible de supposer que, au-delà des facteurs environnementaux et organisationnels, des facteurs individuels influencent l'intention d'exercer une surveillance infirmière lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés.

OBJECTIF

Cette étude avait pour but d'identifier les déterminants de l'intention des infirmières à exercer une surveillance clinique auprès d'adultes hospitalisés lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés.

MÉTHODES

Cette étude corrélationnelle prédictive basée sur le modèle intégrateur de Godin (2002) a été précédée de deux phases méthodologiques ; l'une portant sur le développement de l'instrument de mesure et la seconde sur la vérification de ses qualités psychométriques. Ce modèle propose que l'intention d'effectuer un comportement peut être prédite par trois regroupements de construits et par des variables externes. Ces regroupements de construits sont :

- a. les normes perçues (norme morale, norme sociale, norme descriptive et injonctive)
- b. la perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) et
- c. les attitudes (cognitives et affectives).

Des variables externes, qui regroupent les caractéristiques individuelles et environnementales, influencent les trois regroupements de construits.

Le modèle intégrateur de Godin (2002) permet, au besoin, l'ajout de construits pour augmenter sa précision. Dans le cadre de cette étude, considérant le caractère normatif de la surveillance clinique ainsi que les conséquences graves que peut entraîner un manque de surveillance clinique, la norme professionnelle et le regret anticipé ont été ajoutés en tant que construits à ce modèle. La Figure 1 schématise le modèle intégrateur de Godin (2002) après l'ajout de ces deux construits. Le comportement n'est pas illustré dans le schéma, car l'étude visait à identifier les déterminants de l'intention d'effectuer le comportement et non le comportement.

L'étude corrélationnelle s'est déroulée en 2017 dans huit unités de médecine, huit unités de chirurgie et deux unités de médecine-chirurgie localisées dans un établissement universitaire francophone québécois regroupant cinq complexes hospitaliers. La collecte de données s'est échelonnée sur une période de quatre mois. Les deux phases méthodologiques précédant l'étude corrélationnelle prédictive se sont déroulées dans un seul complexe hospitalier afin de limiter la contamination entre les participants.

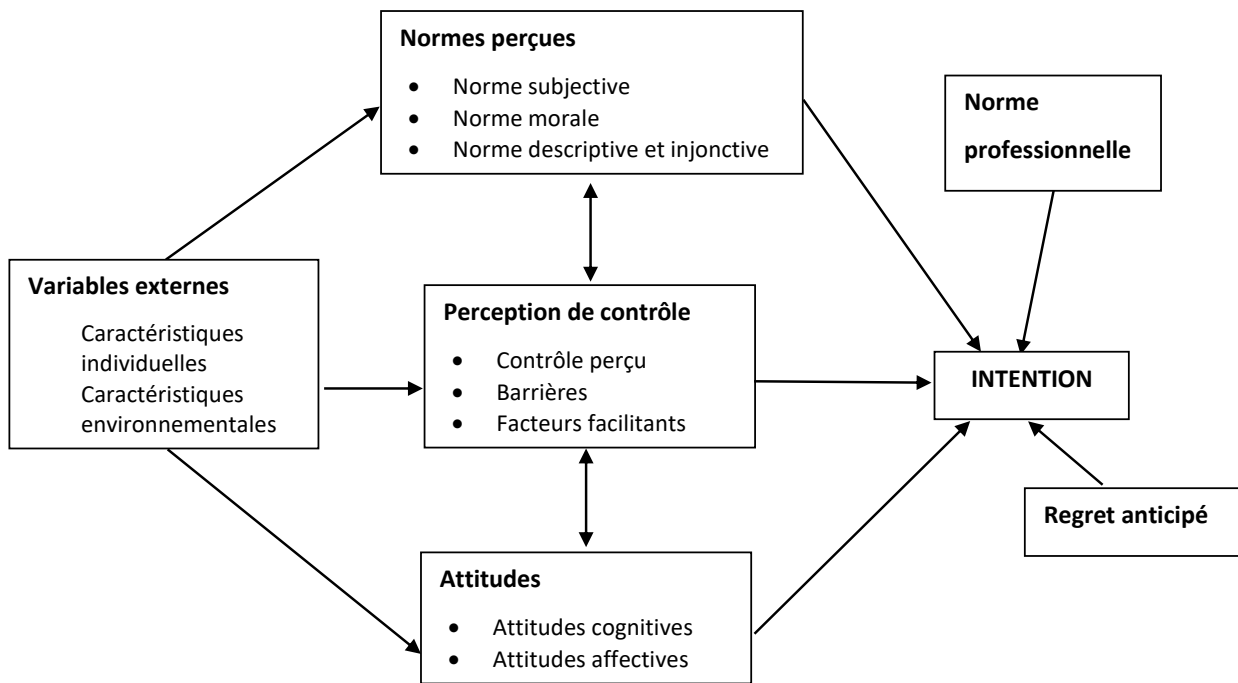


Figure 1. Schématisation adaptée du modèle intégrateur de Godin (2002)

Un total de 463 infirmières exposées quotidiennement à l'administration d'opioïdes sous-cutanés a été ciblé pour la réalisation de l'étude corrélationnelle qui comptait deux phases méthodologiques préliminaires. Toutes les infirmières exerçant dans les unités ciblées durant la période de collecte des données ont été invitées à participer par retour d'un questionnaire complété.

RECRUTEMENT ET COLLECTE DE DONNÉES

Le recrutement des participants, réalisé en collaboration avec la Direction des soins infirmiers, la conseillère-cadre et les chefs des unités de soins, a impliqué trois stratégies : 1) envoi de courriers électroniques aux chefs des unités, 2) exposition d'affiches de recrutement dans les départements, 3) présentation du projet aux employés lors des caucus et rencontres d'équipes. Grâce à la participation des assistantes-infirmière-chef et des chefs des unités, les questionnaires en format papier ont été rendus accessibles simultanément dans les unités sollicitées pour l'étude, et ce, à chaque phase méthodologique de l'étude.

Des boîtes de dépôt, installées au poste infirmier, ont permis le retour des questionnaires. Des visites régulières de l'équipe de recherche dans les unités ont permis de dispenser de l'information concernant l'étude au personnel concerné en plus d'effectuer du recrutement spontané. Avec l'accord des chefs d'unités, les infirmières pouvaient répondre au questionnaire à leur convenance, soit pendant leurs heures de travail ou non.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Tous les participants ont donné un consentement écrit lors du développement de l'instrument. Lors de l'étude corrélationnelle prédictive, un consentement tacite a été obtenu, c'est-à-dire que, en remplissant le questionnaire, les participants consentaient à participer. Les deux types de consentement ont été approuvés par le comité d'éthique de la recherche dans le but de préserver la confidentialité des participants vu le caractère obligatoire du comportement sur lequel les participants étaient questionnés.

DÉVELOPPEMENT DE L'INSTRUMENT DE MESURE

S'appuyant sur le modèle intégrateur de Godin (2002) et à partir de la théorie du comportement planifié (TCP) de Ajzen (1991), des regroupements d'items ont été effectués pour dégager un questionnaire permettant l'évaluation des déterminants de l'intention d'exercer une surveillance clinique infirmière dans un contexte d'administration d'opioïdes. Au total, trois questionnaires différents ont été développés soit 1) le questionnaire pour le développement des items, 2) le questionnaire de procédure test-retest, puis 3) le questionnaire final.

Un premier questionnaire composé de questions ouvertes visait à identifier les croyances personnelles saillantes des infirmières à l'égard de la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes. Il portait sur les croyances comportementales (avantages et désavantages perçus), les croyances normatives (personnes ou groupes de personnes qui approuvent ou désapprouvent cette pratique) et les croyances de contrôle (conditions facilitantes) (Gagné & Godin, 1999). Rashidian, Miles, Russell et Russell (2006) recommandent un échantillon d'environ 30 participants pour assurer l'exactitude de l'outil lors du développement des items d'un questionnaire basé sur la TCP. Suivant un recrutement de convenance, 26 infirmières de trois unités de soins de chirurgie et de médecine ont accepté de répondre au questionnaire. Les réponses obtenues ont été compilées dans une banque de données et une saisie par double entrée a été effectuée.

Les croyances saillantes ont été classées par fréquence de mention puis comptabilisées en pourcentage. Les croyances saillantes totalisant 75% de fréquence de mention ont été retenues pour développer le questionnaire préliminaire à l'étude, selon la procédure de développement d'outil d' Ajzen (Ajzen, 1991; Gagné & Godin, 1999; Rashidian et al., 2006).

VÉRIFICATION DES QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES DU QUESTIONNAIRE PRINCIPAL

Le questionnaire préliminaire a été soumis à trois chercheurs expérimentés en théories psychosociales qui en ont validé le contenu. Composé de 40 items portant sur les variables

d'influence à quantifier sur une échelle de Likert, le questionnaire mesurait l'intention, la perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants), les attitudes (cognitives et affectives), les normes perçues (norme morale, norme sociale, norme descriptive et injonctive), la norme professionnelle, le regret anticipé et les données socioprofessionnelles. Les choix de réponse variaient de 1 à 7, où [1] représentait, par exemple, un choix défavorable ou très improbable et [7] représentait un choix favorable ou très probable.

Un recrutement de convenance a permis de recruter 36 infirmières, exerçant dans les mêmes unités de soins que la phase précédente, pour la procédure de test-retest. Des 36 participants recrutés pour le test, 24 participants ont retourné, après deux semaines, un second questionnaire complété pour le retest. La consistance interne des items a été évaluée à l'aide de coefficients alpha de Cronbach, puis des coefficients de corrélation intra-classe ont été effectués pour vérifier la stabilité temporelle des construits théoriques (Tableau 1).

Huit items redondants ont été retirés afin d'alléger le questionnaire, amenant le questionnaire final à 32 items mesurant l'intention, la perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants), les attitudes (cognitives et affectives), les normes perçues (norme morale, norme sociale, norme descriptive et injonctive), la norme professionnelle, le regret anticipé et les données socioprofessionnelles. Les résultats ont démontré de bonnes à excellentes corrélations intra-classe allant de 0,56 à 0,86 (Rosner, 2006). Rosner (2006) décrit une bonne reproductibilité lors de résultats entre $<0,40$ et $>0,75$ et une excellente reproductibilité lors de résultats $>0,75$.

Après analyse, le construit « norme descriptive et injonctive » qui se rapportait à l'exercice de la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés par les pairs présente un coefficient Alpha de Cronbach à 0,29. Ce score étant beaucoup plus faible que les autres construits, un seul item portant sur la norme descriptive et injonctive a été conservé pour le questionnaire final.

Tableau 1*Consistance interne et stabilité temporelle des construits du questionnaire*

Construits et items	Échelle de Likert à 7 points	Coefficient Alpha de Cronbach (n = 36) ¹	Coefficient intra-classe (n = 24) ²
1. Intention		0,61	0,56
1.1 Au cours du prochain mois, j'ai l'intention de réaliser la surveillance clinique au pic d'action lorsque j'administrerai un opioïde sous-cutané à un patient. ^a	Très en désaccord/ Très en accord		
1.2 Au cours du prochain mois, je vais retourner à la chambre réaliser la surveillance clinique au pic d'action lorsque j'administrerai un opioïde sous-cutané à un patient. ^a	Très en désaccord/ Très en accord		
1.3 Au cours du prochain mois, j'évalue les probabilités que je réalise la surveillance clinique au pic d'action pour chaque opioïde que j'administrerai comme étant... ^a	Extrêmement faibles/ Extrêmement fortes		
2. Perception de contrôle			
2.1 Contrôle perçu		0,92	0,86
2.1.1 Je me sens capable de réaliser la surveillance clinique lors du pic d'action de l'opioïde au cours du prochain mois. ^a	Très en désaccord/ Très en accord		
2.1.2 Je me sens capable de surmonter les obstacles qui pourraient m'empêcher de réaliser la surveillance clinique lors du pic d'action de l'opioïde au cours du prochain mois. ^a	Très en désaccord/ Très en accord		
2.1.3 Pour moi, réaliser la surveillance clinique lors du pic d'action de l'opioïde au cours du prochain mois serait... ^a	Très difficile/ Très facile		
2.2 Barrières		0,70	0,73
2.2.1 Au cours du prochain mois, je vais réaliser la surveillance clinique au pic d'action de l'opioïde sous-cutané même si je dois réveiller un patient qui dort. ^b	Très improbable/ Très probable		
2.2.2 Au cours du prochain mois, je vais réaliser la surveillance clinique au pic d'action de l'opioïde sous-cutané même si le patient reçoit le même analgésique et la même dose depuis 24 heures et plus. ^a	Très improbable/ Très probable		
2.2.3 Au cours du prochain mois, je vais réaliser la surveillance clinique au pic d'action de l'opioïde sous-cutané même si ma charge de travail quotidienne est très élevée. ^a	Très en désaccord/ Très en accord		

2.2.4 Au cours du prochain mois, je vais réaliser la surveillance clinique au pic d'action de l'opioïde sous-cutané même si je dois faire plusieurs allers-retours aux chambres des patients.^a

Très en désaccord/
Très en accord

2.2.5 Au cours du prochain mois, je vais réaliser la surveillance clinique au pic d'action de l'opioïde sous-cutané même si ce n'est pas moi qui aie administré l'opioïde.^a

Très en désaccord/
Très en accord

2.3 Facteurs facilitants

0,72

0,78

2.3.1 Au cours du prochain mois, recevoir une formation sur la douleur m'aiderait à réaliser la surveillance clinique au pic d'action des opioïdes sous-cutanés.^a

Très en désaccord/
Très en accord

2.3.2 Au cours du prochain mois, cela m'aiderait à réaliser la surveillance clinique au pic d'action de l'opioïde sous-cutané si le partage des tâches entre infirmière et infirmière auxiliaire était bien établi.^a

Très en désaccord/
Très en accord

3. Attitudes

0,80

0,56

3.1 Attitudes cognitives

3.1.1 Selon moi, réaliser la surveillance clinique au pic d'action de l'opioïde sous-cutané au cours du prochain mois serait...^a

Très superflu/
Très important

3.1.2 Selon moi, réaliser la surveillance clinique au pic d'action de l'opioïde sous-cutané au cours du prochain mois serait...^a

Très déplaisant/
Très Plaisant

3.1.3 Selon moi, réaliser la surveillance clinique au pic d'action de l'opioïde sous-cutané au cours du prochain mois serait...^b

Très insatisfaisant/
Très satisfaisant

3.1.4 Selon moi, réaliser la surveillance clinique au pic d'action de l'opioïde sous-cutané au cours du prochain mois serait...^b

Très inutile/
Très utile

3.2 Attitudes affectives

3.2.1 Selon moi, réaliser la surveillance clinique lors du pic d'action de l'opioïde au cours du prochain mois me permettrait d'évaluer la douleur et le soulagement ressenti par mon/ma patient(e) suite à la dose d'opioïde.^a

Très en désaccord/
Très en accord

3.2.2 Me semble difficile à accomplir vu le nombre élevé d'opioïdes que j'administre durant un quart de travail.^a

Très en désaccord/
Très en accord

3.2.3 Me permettrait d'évaluer l'apparition d'effets secondaires (ex. : prurit, éruption cutanée, nausées, chute de tension artérielle, réaction allergique ...) le cas échéant. ^a	Très en désaccord/ Très en accord
3.2.4 Me permettrait d'intervenir face aux effets secondaires ou aux complications graves le cas échéant. ^b	Très en désaccord/ Très en accord
3.2.5 Me permettrait de prévenir les complications graves telles que la dépression respiratoire. ^a	Très en désaccord/ Très en accord
3.2.6 Me permettrait d'assurer la sécurité liée à l'administration d'opioïde. ^a	Très en désaccord/ Très en accord
3.2.7 Me permettrait d'avoir une meilleure perception de la qualité des soins que j'ai donnés. ^b	Très en désaccord/ Très en accord
3.2.8 Me prendrait beaucoup de temps. ^b	Très en désaccord/ Très en accord

4 Normes perçues

4.1 Norme subjective

0,80

0,77

4.1.1 Au cours du prochain mois, si je réalisais la surveillance clinique lors du pic d'action de l'opioïde, les patients dont je m'occupe... ^a	Désapprouve- raient fortement/ Approuve- raient fortement
4.1.2 Au cours du prochain mois, si je réalisais la surveillance clinique lors du pic d'action de l'opioïde, les proches des patients dont je m'occupe... ^b	Désapprouve- raient fortement/ Approuve- raient fortement
4.1.3 Au cours du prochain mois, la majorité de mes collègues infirmières et infirmières auxiliaires m'encouragerait à effectuer la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés. ^a	Très en désaccord/ Très en accord
4.1.4 Au cours du prochain mois, la majorité des autres professionnels de l'équipe de soins (médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens, etc.) m'encouragerait à effectuer la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés. ^a	Très en désaccord/ Très en accord

4.1.5 Au cours du prochain mois, les gestionnaires et supérieurs de mon unité approuveraient que je réalise la surveillance clinique auprès des patients recevant des opioïdes. ^a	Très en désaccord/ Très en accord		
4.2 Norme descriptive et injonctive		0,29	0,60
4.2.1 La plupart de mes collègues infirmières réalisent la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés. ^a	Très en désaccord/ Très en accord		
4.2.2 La plupart des personnes importantes pour moi pensent que je devrais réaliser la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés. ^b	Très en désaccord/ Très en accord		
4.3 Norme morale		0,83	0,72
4.3.1 C'est dans mes principes de réaliser la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés au cours du prochain mois. ^a	Très en désaccord/ Très en accord		
4.3.2 Réaliser la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés au cours du prochain mois correspond à mes valeurs personnelles. ^a	Très superflu/ Très important		
5 Norme professionnelle		0,57	0,62
5.1 Je crois que mon ordre professionnel supporterait le fait que je réalise la surveillance clinique au pic d'action auprès des patients recevant des opioïdes sous-cutanés au cours du prochain mois. ^a	Très en désaccord/ Très en accord		
5.2 Je crois qu'il est de ma responsabilité professionnelle de réaliser la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés au cours du prochain mois. ^a	Très en désaccord/ Très en accord		
5.3 Compte tenu de mes obligations professionnelles, je considère la surveillance clinique au pic d'action des opioïdes sous-cutanés au cours du prochain mois comme une priorité de soins. ^a	Désapprouveraient fortement/ Approuveraient fortement		
6 Regret anticipé		0,92	0,78
6.1 Au cours du prochain mois, si je n'effectue pas la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés, cela me préoccuperait. ^a	Très improbable/ Très probable		
6.2 Au cours du prochain mois, si je ne réalise pas la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés, je le regretterais. ^a	Très improbable/ Très probable		
6.3 Au cours du prochain mois, si je ne réalise pas la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés, cela me tracasserait. ^a	Très improbable/ Très probable		

Note : ^a Item conservé au questionnaire final, ^b Item retiré du questionnaire final

ÉCHANTILLONNAGE

La taille de l'échantillon de l'étude corrélationnelle a été calculée de façon à assurer une puissance statistique suffisante et une variance acceptable pour les analyses d'un devis méthodologique avec régressions multiples. Un échantillonnage de 146 participants était visé selon les calculs réalisés par le logiciel G*Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009), en considérant des analyses de régression multiples avec une taille d'effet moyenne, un seuil alpha de 0,05 et une puissance statistique de 0,80. En prévision d'éventuels attritions et refus, 300 participants potentiels ont été invités à participer au questionnaire final, à l'aide des mêmes stratégies utilisées que pour les deux phases méthodologiques précédentes.

PLAN D'ANALYSE DES DONNÉES

Une analyse descriptive des résultats et données socioprofessionnelles a été effectuée (moyenne, écart-type, distribution des variables). Par la suite, des régressions multiples de type hiérarchique ont été réalisées à l'aide de SPSS version 24 (IBM, 2016) pour prédire les déterminants de l'intention des infirmières d'exercer une surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés.

RÉSULTATS

Au total, 117 des 300 questionnaires distribués ont été retournés, soit un taux de réponse de 39%. De ce nombre, 12 questionnaires ont été remplis par des participants ne répondant pas aux critères de l'étude¹ et un questionnaire présentait des données manquantes en quantité trop importante. Les analyses ont finalement été réalisées sur 104 questionnaires.

L'âge moyen des participants est de 32 (+/- 9,8) ans et 52% (54/104) sont détenteurs d'un diplôme universitaire. Alors que 61% (63/104) exercent en chirurgie et 35% (36/104) en médecine, on observe que 3% (3/104) indiquent avoir un poste d'équipe volante les amenant à exercer dans l'un ou l'autre de ces secteurs. La

distribution selon les quarts de travail indique que 45% (47/104) des participants exercent de jour, 33% (34/104) de soir, 8% (8/104) de nuit et 14% (14/104) en rotation (Tableau 2).

Les scores moyens des différents construits varient entre 4,84 pour la perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) et 6,22 pour la norme professionnelle, sur une échelle de 7. Les construits présentent des scores moyens favorables soit 5,22 pour l'intention, 5,52 pour les attitudes (cognitives et affectives), 5,23 pour les normes perçues (norme morale, norme sociale, norme descriptive et injonctive) et 5,04 pour le regret anticipé (Tableau 3).

Les coefficients de corrélation entre les construits et variables sont présentés au Tableau 4. Les variables externes (âge et nombre d'années d'expérience) ont été considérées pour les analyses, mais n'étaient toutefois pas corrélées avec les construits directs de l'intention.

Les régressions multiples appliquées au modèle intégrateur de Godin (2002) indiquent la force d'influence de chaque construit quant à l'intention. Par la suite, le construit des variables externes a été ajouté au modèle. Les construits « normes perçues (norme morale, norme sociale, norme descriptive et injonctive) », « attitudes (cognitives et affectives) » et « regret anticipé » étant non significatifs et moins liés à l'intention, ont été retirés du modèle de régression hiérarchique final. Les régressions démontrent que seuls les construits « perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) » et « norme professionnelle » sont significativement liés à l'intention des infirmières d'exercer la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes (Tableau 5). Ce modèle explique 84% de la variance (R² Nagelkerke) d'avoir l'intention d'effectuer la surveillance clinique infirmière lors du pic d'action d'un opioïde sous-cutané.

Une analyse multivariée a permis d'identifier les construits « perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) » et « norme professionnelle » pour différencier les répondants ayant une forte intention d'effectuer la surveillance clinique de ceux ayant une faible intention en dichotomisant la moyenne intermédiaire du construit d'intention.

Tableau 2*Caractéristiques de l'échantillon (n = 104)*

Variables	Valeurs	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Âge ^a	20-24 ans	26	25
	25-34 ans	38	37
	35-44 ans	27	26
	45 et plus	12	12
Expérience ^a	0-5 ans	39	38
	6-10 ans	41	40
	11-20 ans	14	14
	21 ans et plus	9	8
Diplôme	Collégial	50	48
	Universitaire	54	52
Unité de soins ^b	Chirurgie	63	61
	Médecine	36	35
	Équipe volante	3	3
Quart de travail ^a	Jour	47	45
	Soir	34	33
	Nuit	8	8
	Jour/Soir	11	11
	Jour/Nuit	3	3

Note : ^a 1 donnée manquante; ^b 2 données manquantes

Tableau 3*Valeurs moyennes des construits du modèle théorique (n = 104)*

Construits	Score moyen ^a	Écart-type
Intention ^a	5,22	1,31
Perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) ^a	4,84	1,24
Attitudes (cognitives et affectives) ^a	5,52	0,79
Normes perçues (norme morale, norme sociale, norme descriptive et injonctive) ^a	5,23	0,95
Norme professionnelle ^a	6,22	0,66
Regret anticipé ^a	5,04	1,37

Note : ^a Score possible entre 1 et 7 pour chacun des construits

Tableau 4*Coefficients de corrélation entre les construits et variables à l'étude*

Construits	Int	PC	Att	NS	NP	RA	Exp	Âge
Intention (Int)	-	0,86**	0,78**	0,78**	0,65**	0,70**	0,13	0,14
Perception de contrôle (PC)	0,86**	-	0,78**	0,78**	0,59**	0,74**	0,13	0,16
Attitudes (Att)	0,78**	0,78**	-	0,75**	0,66**	0,78**	-0,02	0,08
Normes perçues (NS)	0,78**	0,78**	0,75**	-	0,66**	0,78**	-0,04	0,02
Norme professionnelle (NP)	0,65**	0,59**	0,66**	0,66**	-	0,72**	-0,03	-0,05
Regret anticipé (RA)	0,70**	0,74**	0,78**	0,78**	0,72**	-	0,07	0,12
Expérience (Exp)	0,13	0,13	-0,02	-0,04	-0,03	0,07	-	0,79**
Âge (Âge)	0,14	0,16	0,08	0,02	-0,05	0,12	0,79**	-

* : p < .05, ** : p < .01, *** : p < .001

Tableau 5*Modèle final de régression multiple : Déterminants liés à l'intention d'exercer la surveillance clinique*

Construits	B	E.C.	Exp(B)	95% I.C. pour EXP(B) [Inférieur/Supérieur]
Perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants)	2,81*	0,80	16,57	[3,47/79,23]
Norme professionnelle	0,99*	0,48	2,69	[1,05/6,89]

* < 0,001 ou > 0,05

Note : R2 : 84% de la variance par le modèle

Des ANOVA ont été effectuées afin de déterminer lesquels des items associés aux déterminants de l'intention différencient les individus ayant une intention forte de ceux ayant une intention faible.

Ainsi, les items suivants : charge de travail quotidienne très élevée (2.2.3), sentiment de capacité à réaliser le comportement (2.1.1), déplacements et allées venues aux chambres des usagers (2.2.4), partage des tâches bien établi entre infirmière et infirmière auxiliaire (2.3.2), capacité à surmonter les obstacles (2.1.2), opioïde que je n'ai pas administré (2.2.5) ou l'utilisateur reçoit la même dose depuis 24 heures ou plus (2.2.2), du construit « perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) » différent entre

l'intention forte et l'intention faible d'effectuer la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés. De plus, les items soutien de l'ordre professionnel (5.1), responsabilité professionnelle (5.2) et obligations professionnelles (5.3), du construit « norme professionnelle » différent entre l'intention forte et l'intention faible d'effectuer le comportement.

DISCUSSION

L'étude actuelle se démarque par l'usage du modèle intégrateur de Godin (2002) afin d'identifier les déterminants de l'intention des infirmières à effectuer la surveillance clinique lors

du pic d'action des opioïdes. L'étude a permis d'établir que le construit perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) est le plus significatif statistiquement pour prédire l'intention d'exercer une surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes secondé par la norme professionnelle. Les attitudes (cognitives et affectives), les normes perçues (norme morale, les normes descriptives et injonctives et norme sociale) et le regret anticipé ne sont pas des construits significatifs prédictifs de l'intention d'exercer la pratique. Par ailleurs, les données socioprofessionnelles recueillies durant l'étude ont démontré que l'âge et l'expérience ne sont pas liés à l'intention d'exercer la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés.

Les construits significatifs identifiés lors de l'étude sont la perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) et la norme professionnelle. Armitage et Conner (2001) rapportent que la perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) influence autant l'intention de réaliser un comportement que le comportement. Ce construit s'est d'ailleurs démarqué dans plusieurs études portant sur l'évaluation de la douleur et l'administration d'opioïdes (Edwards et al., 2001; Nash, Edwards, & Nebauer, 1993). Tel qu'anticipé, « la charge de travail quotidienne élevée » est un item important du construit « perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) ». Ce constat est d'ailleurs fortement soutenu par les études ayant démontré l'influence de l'environnement de travail sur les pratiques infirmières ou la qualité des soins (Aiken et al., 2011; Pretorius et al., 2015; Roch, Dubois, & Clarke, 2014). Le ratio usagers/infirmière a des conséquences sur la fatigue mentale et physique des infirmières ainsi qu'une incidence directe sur la surveillance clinique, les erreurs de médicaments et les probabilités de renverser une sédation profonde ou dépression respiratoire (Aiken et al., 2008; Brady et al., 2009; Halm et al., 2005; Jarzyna et al., 2011; Kalisch et al., 2011). L'item « partage des tâches entre infirmière et infirmière auxiliaire bien établi » a interpellé plusieurs participants lors de l'étude. Il est démontré que l'harmonie, la collaboration et la clarté des rôles de chacun au sein d'une équipe sont des éléments essentiels

pour exercer selon les bonnes pratiques (Kalisch et al., 2011; Roch et al., 2014). Kalisch (2006) a constaté que des détails tel l'emplacement de la chambre de l'usager au sein de l'unité de soins influence la surveillance clinique dont il fait l'objet, observation corroborée par l'étude actuelle. Les items « sentiment de capacité à réaliser le comportement, capacité à surmonter les obstacles, surtout lorsque l'usager reçoit la même dose depuis 24 heures ou plus d'opioïde ou que l'infirmière n'a pas administré elle-même l'opioïde » sont possiblement liés aux connaissances et aux habiletés des infirmières. Pretorius et al. (2015) avancent qu'une majorité d'infirmières croient que la formation continue bonifie la gestion de la douleur et la surveillance clinique associée qu'elles effectuent auprès des usagers.

Le construit « norme professionnelle », composé des items support de l'ordre professionnel, responsabilité professionnelle et obligations professionnelles, s'est illustré comme déterminant d'intention forte. La norme professionnelle réfère, non seulement aux aspects déontologiques, mais aussi au rôle et à l'identité professionnelle des infirmières (Godin, Belanger-Gravel, Eccles, & Grimshaw, 2008). Ces infirmières ont le devoir moral et professionnel d'agir en respect des lignes directrices pour assurer la surveillance des patients suivant l'administration, afin de maintenir la sécurité et la qualité des soins qu'elles prodiguent. Il est possible que l'anticipation des conséquences déontologiques que peut entraîner une non-conformité du comportement ou l'omission d'effectuer le comportement explique la force de ce construit.

Le construit « regret anticipé » ne s'est pas illustré comme un déterminant de l'intention d'effectuer le comportement. Ce résultat est corroboré par Ajzen et Sheikh (2013) qui avancent que le regret anticipé est une mesure significative dans les études qui s'intéressent à ne pas adopter un comportement (p. ex. : consommer de la drogue) ou lorsque le choix d'action ou d'inaction est laissé à la discrétion des participants (p. ex. : faire de l'exercice). Toujours selon Ajzen and Sheikh (2013), il s'avère souvent peu significatif dans les études qui s'intéressent à l'intention d'exercer obligatoirement une pratique.

Contrairement à l'étude de Nash et al. (1993) portant sur l'évaluation de la douleur, les attitudes (cognitives et affectives) ne se sont pas avérées être un déterminant fort lorsque corrélées avec l'intention. Il est possible qu'un manque de connaissances des opioïdes et de leurs effets secondaires explique que les attitudes ne se sont pas illustrées comme déterminant d'intention fort (Jarzyna et al., 2011; Pretorius et al., 2015; Tower & Chaboyer, 2014; Yin et al., 2015).

Les normes perçues (norme morale, norme sociale, norme descriptive et injonctive) n'ont pas été identifiées comme déterminant de l'intention lors de cette étude. Cela signifie que l'influence et l'opinion du groupe de travail ainsi que celle des supérieurs ne sont pas un déterminant fort de l'intention à exercer une surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes. Ce résultat est à l'opposé des résultats obtenus par Nelson, Cook, and Ingram (2014) qui ont démontré que les normes sociales influençaient positivement l'intention de mesurer la pression artérielle des usagers. De manière similaire, Nash et al. (1993) ont identifié les normes sociales comme déterminant d'intention d'évaluer la douleur des usagers. La norme morale ne s'est pas avérée être un déterminant d'intention contrairement aux études de Nash et al. (1993) et Nelson et al. (2014) portant respectivement sur l'évaluation de la douleur et la mesure de la pression artérielle.

Concernant l'implication pour la pratique, un questionnaire tel que celui utilisé dans cette étude peut permettre de bonifier une pratique par le simple fait de la questionner (Wilding et al., 2016). Rodrigues, O'Brien, French, Glidewell et Sniehotta (2015) l'ont d'ailleurs démontré lors d'une revue systématique doublée d'une méta-analyse. En effet, plusieurs études analysées par Rodrigues et al. (2015) ont démontré que la passation d'un questionnaire influence positivement, bien que légèrement, l'accomplissement d'un comportement. Ces résultats sont corroborés par Wood et al. (2016) qui rapportent que le simple fait d'auto-rapporter un comportement constitue une prise de conscience qui peut entraîner chez l'individu une modification de son comportement en fonction de ce qui est attendu ou demandé.

LIMITES

L'étude a rencontré certaines limites atténuées au moyen de différentes stratégies. Premièrement, une variation dans le partage des tâches entre infirmières et infirmières auxiliaires selon le milieu de soins a été constatée. Puisque l'étude n'avait pas pour but de définir le partage des tâches, mais plutôt son influence sur l'intention, cette limite affecte peu les résultats obtenus. Deuxièmement, l'existence de trois règles de soins distinctes dans l'établissement de santé a entraîné le retrait de quatre items portant sur l'usage de la règle de soins lors du développement de l'outil de mesure pour limiter les biais. Troisièmement, le nombre de participants (n = 104) peut avoir influencé la portée des résultats obtenus à partir des données socioprofessionnelles.

PISTES D'INTERVENTION ET DE RECHERCHE

En réponse à ces constats, des pistes d'interventions pour l'organisation du travail sont envisageables dans le but d'augmenter la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés. Premièrement, des interventions sur le plan de l'organisation du travail doivent être envisagées ciblant les items de la perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) soit le travail en dyade infirmière-infirmière auxiliaire, la charge de travail et le ratio usagers/infirmière. Il est primordial qu'une définition claire du travail en dyade soit établie pour éviter tout glissement dans les activités réservées et favoriser le travail en dyade. Deuxièmement, au regard de la norme professionnelle, les établissements doivent rappeler aux infirmières l'importance de la surveillance clinique lors du pic d'action, leurs responsabilités face à la surveillance et leur imputabilité à l'exercer. Ce rappel peut s'effectuer, par exemple, à l'aide d'une formation en présentiel ou en ligne, en collaboration avec des organismes professionnels qui offrent plusieurs outils de formation.

Considérant les résultats obtenus et le peu d'études sur le sujet, nous recommandons d'approfondir les connaissances des déterminants de l'intention en matière de surveillance clinique liée aux opioïdes. Dans un premier temps, il serait pertinent d'étudier le construit « perception de contrôle (contrôle perçu, barrières et facteurs facilitants) » pour mieux définir sa complexité puisqu'il s'agit du déterminant qui influence le plus fortement l'intention d'exercer la surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes sous-cutanés.

CONCLUSION

À notre connaissance, l'étude actuelle est la première à avoir utilisé le modèle intégrateur de Godin (2002) comme cadre théorique pour identifier les déterminants de l'intention des infirmières à exercer une surveillance clinique lors du pic d'action des opioïdes. Les résultats obtenus par cette étude peuvent guider les professionnels de la santé ainsi que les milieux de soins dans le développement d'interventions visant à bonifier la pratique actuelle. Parallèlement, ces interventions pourraient promouvoir la pratique exemplaire en matière de surveillance liée aux opioïdes dans le but de réduire les risques de complications liés aux opioïdes, optimiser la qualité de soins et la sécurité des usagers.

Contribution des auteurs : GL a contribué au développement de l'étude, a procédé à la collecte de données, a contribué aux analyses des résultats obtenus et a écrit la première version de l'article. FD a supervisé le développement et le déroulement de l'étude en plus de procéder aux analyses des résultats et a procédé à une révision critique de l'article. GR a supervisé le développement et le déroulement de l'étude en plus de procéder à une révision critique de l'article.

Remerciements : Les auteurs remercient les participants à l'étude, les cadres infirmiers des unités de médecine et de chirurgie ayant participé ainsi que l'établissement hospitalier universitaire où s'est déroulée la collecte des données.

Sources de financements : GL a reçu une bourse du Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur-Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et une bourse Denise Lévesque-Boudreau de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec pour la réalisation de cette étude.

Déclaration de conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Numéro du certificat d'éthique : L'étude a reçu l'approbation éthique (2018-3551) du comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval.

Reçu/Received: 15 Nov 2018 **Publié/Published:** 28 Juin 2019

¹NOTE

Des professionnels autres que des infirmières ont rempli et retourné le questionnaire. Puisque les questionnaires étaient distribués dans les unités et non de main en main, ils étaient accessibles par tous les professionnels pouvant effectuer la surveillance (i.e. médecins, résidents, etc.).

RÉFÉRENCES

- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). Effects of Nurse Staffing and Nurse Education on Patient Deaths in Hospitals With Different Nurse Work Environments. *Medical Care*, *49*(12), 1047-1053. doi:10.1097/MLR.0b013e3182330b6e
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, *38*(5), 223-229. doi:10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179-211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
- Ajzen, I., & Sheikh, S. (2013). Action versus inaction: anticipated affect in the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, *43*(1), 155-162. doi:10.1111/j.1559-1816.2012.00989.x
- Anesthesiologists, A. S. o. (2012). *Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management*. Repéré à <https://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1933589>
- Armitage, C. J., & Conner, M. (2001). Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, *40*(4), 471-499. doi:10.1348/014466601164939
- Beaudoin, F. L., Merchant, R. C., Janicki, A., McKaig, D. M., & Babu, K. M. (2015). Preventing iatrogenic overdose: a review of in-emergency department opioid-related adverse drug events and medication errors. *Annals of Emergency Medicine*, *65*(4), 423-431. doi:10.1016/j.annemergmed.2014.11.016
- Beaumont, K., Luettel, D., & Thomson, R. (2008). Deterioration in hospital patients: early signs and appropriate actions. *Nursing Standard*, *23*(1), 43-48. doi:10.7748/ns2008.09.23.1.43.c6653
- Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., Verrall, C., . . . Harvey, C. (2015). Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(1-2), 47-56. doi:10.1111/jocn.12688
- Brady, A. M., Malone, A. M., & Fleming, S. (2009). A literature review of the individual and systems factors that contribute to medication errors in nursing practice. *Journal of Nursing Management*, *17*(6), 679-697. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.00995.x
- Curry, J. P., & Jungquist, C. R. (2014). A critical assessment of monitoring practices, patient deterioration, and alarm fatigue on inpatient wards: a review. *Patient Safety in Surgery*, *8*(29), 1-20. doi:10.1186/1754-9493-8-29
- Dahan, A., Aarts, L., & Smith, T. W. (2010). Incidence, reversal, and prevention of opioid-induced respiratory depression. *Anesthesiology*, *112*(1), 226-238. doi:10.1097/ALN.0b013e3181c38c25
- Daoust, R., Paquet, J., Lavigne, G., Piette, É., & Chauny, J. M. (2015). Impact of age, sex and route of administration on adverse events after opioid treatment in the emergency department: A retrospective study. *Pain Research Management*, *20*(1), 23-28.
- Dihle, A., Bjolseth, G., & Helseth, S. (2006). The gap between saying and doing in postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, *15*(4), 469-479. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01272.x
- Dunwoody, D. R., & Jungquist, C. R. (2018). Sedation scales: Do they capture the concept of opioid-induced sedation? *Nursing Forum*, *53*(4), 399-405. doi:10.1111/nuf.12266
- Dupont, S., Durand, S., Garner, M., Gélinas, C., Haig, M., Hébert, F., . . . Tétreault, M. (2015). La sédation-analgésie : 04/2015 Lignes directrices. Montréal : OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/sedation-analgésie>
- Ebright, P. R., Urden, L., Patterson, E., & Chalki, B. (2004). Themes surrounding novice nurse near-miss and adverse-event situations. *The Journal of Nursing Administration*, *34*(11), 531-538.
- Edwards, H. E., Nash, R. E., Najman, J. M., Yates, P. M., Fentiman, B. J., Dewar, A., . . . Skerman, H. M. (2001). Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nursing & Health Sciences*, *3*(3), 149-159. doi:10.1046/j.1442-2018.2001.00080.x
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
- Gagné, C., & Godin, G. (1999). *Les théories sociales cognitives : Guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire*. Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé, Université Laval.

- Godin, G. (2002). *Les comportements dans le domaine de la santé : Comprendre pour mieux intervenir*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Godin, G., Belanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Science*, 3(1), 36. doi:10.1186/1748-5908-3-36
- Halbesleben, J. R. B., Wakefield, B. J., Wakefield, D. S., & Cooper, L. B. (2008). Nurse burnout and patient safety outcomes nurse safety perception versus reporting behavior. *Western Journal of Nursing Research*, 30(5), 560-577. doi:10.1177/0193945907311322
- Halm, M., Peterson, M., Kandels, M., Sabo, J., Blalock, M., Braden, R., . . . Topham, D. (2005). Hospital nurse staffing and patient mortality, emotional exhaustion, and job dissatisfaction. *Clinical Nurse Specialist*, 19(5), 241-251. doi:10.1097/00002800-200509000-00007
- Herzig, S. J., Rothberg, M. B., Cheung, M., Ngo, L. H., & Marcantonio, E. R. (2014). Opioid utilization and opioid-related adverse events in nonsurgical patients in US hospitals. *Journal of Hospital Medicine*, 9(2), 73-81. doi:10.1002/jhm.2102
- IBM. (2016). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jarzyna, D., Jungquist, C. R., Pasero, C., Willens, J. S., Nisbet, A., Oakes, L., . . . Polomano, R. C. (2011). American Society for Pain Management Nursing guidelines on monitoring for opioid-induced sedation and respiratory depression. *Pain Management Nursing*, 12(3), 118-145 e110. doi:10.1016/j.pmn.2011.06.008
- Jungquist, C. R., Card, E., Charchafliab, J., Gali, B., & Yilmaz, M. (2018). Preventing Opioid-induced respiratory depression in the hospitalized patient with obstructive sleep apnea. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 33(5), 601-607. doi:10.1016/j.jopan.2016.09.013
- Jungquist, C. R., Correll, D. J., Fleisher, L. A., Gross, J., Gupta, R., Pasero, C., . . . Polomano, R. (2016). Avoiding Adverse Events Secondary to Opioid-Induced Respiratory Depression: Implications for Nurse Executives and Patient Safety. *Journal of Nursing Administration*, 46(2), 87-94. doi:10.1097/NNA.0000000000000301
- Jungquist, C. R., Pasero, C., Tripoli, N. M., Gorodetsky, R., Metersky, M., & Polomano, R. (2014). Instituting best practice for monitoring for opioid-induced advancing sedation in hospitalized patients. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(6), 350-360. doi:10.1111/wvn.12061
- Jungquist, C. R., Smith, K., Wiltse Nicely, K. L., & Polomano, R. (2017). Monitoring hospitalized adult patients for opioid-induced sedation and respiratory depression: evidence-based practices for preventing, detecting, and managing adverse effects. *American Journal of Nursing*, 117(3), 527-535. doi:10.1097/01.NAJ.0000513528.79557.33
- Jungquist, C. R., Willens, J. S., Dunwoody, D. R., Klingman, K. J., & Polomano, R. C. (2014). Monitoring for opioid-induced advancing sedation and respiratory depression: ASPMN membership survey of current practice. *Pain Management Nursing*, 15(3), 682-693. doi:10.1016/j.pmn.2013.12.001
- Kalisch, B. J. (2006). Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306-313.
- Kalisch, B. J., Friese, C. R., Choi, S. H., & Rochman, M. (2011). Hospital nurse staffing: choice of measure matters. *Medical Care*, 49(8), 75-79. doi:10.1097/MLR.0b013e318222a6df
- Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211-219. doi:10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5
- Kobelt, P., Burke, K., & Renker, P. (2014). Evaluation of a standardized sedation assessment for opioid administration in the post anesthesia care unit. *Pain Management Nursing*, 15(3), 672-681. doi:10.1016/j.pmn.2013.11.002
- Nash, R., Edwards, H., & Nebauer, M. (1993). Effect of attitudes, subjective norms and perceived control on nurses' intention to assess patients' pain. *Journal of Advanced Nursing*, 18(6), 941-947. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18060941.x
- Nelson, J. M., Cook, P. F., & Ingram, J. C. (2014). Utility of the theory of planned behavior to predict nursing staff blood pressure monitoring behaviours. *Journal of Clinical Nursing*, 23(3-4), 461-470. doi:10.1111/jocn.12183
- Oderda, G. M., Gan, T. J., Johnson, B. H., & Robinson, S. B. (2013). Effect of opioid-related adverse events on outcomes in selected surgical patients. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 27(1), 62-70. doi:10.3109/15360288.2012.751956
- Overdyk, F. J., Dowling, O., Marino, J., Qiu, J., Chien, H. L., Ersilon, M., . . . Gan, T. J. (2016). Association of Opioids and Sedatives with Increased Risk of In-Hospital Cardiopulmonary Arrest from an Administrative Database. *PLoS One*, 11(2), e0150214. doi:10.1371/journal.pone.0150214
- Pasero, C. (2009). Assessment of sedation during opioid administration for pain management. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 24(3), 186-190. doi:10.1016/j.jopan.2009.03.005
- Pasero, C. (2013). The perianesthesia nurse's role in the prevention of opioid-related sentinel events. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 28(1), 31-37. doi:10.1016/j.jopan.2012.11.001
- Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2015). Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patients' pain. *Pain Management Nursing*, 16(3), 372-379. doi:10.1016/j.pmn.2014.08.015

- Rashidian, A., Miles, J., Russell, D., & Russell, I. (2006). Sample size for regression analyses of theory of planned behaviour studies: case of prescribing in general practice. *British Journal of Health Psychology, 11*(4), 581-593. doi:10.1348/135910705X66043
- Roch, G., Dubois, C.-A., & Clarke, S. P. (2014). Organizational climate and hospital nurses' caring practices: a mixed-methods study. *Research in Nursing and Health, 37*(3), 229-240. doi:10.1002/nur.21596
- Rodrigues, A. M., O'Brien, N., French, D. P., Glidewell, L., & Sniehotta, F. F. (2015). The question-behavior effect: genuine effect or spurious phenomenon? A systematic review of randomized controlled trials with meta-analyses. *Health Psychology, 34*(1), 61-78. doi:10.1037/hea0000104
- Rosner, B. (2006). *Capacité à surmonter les obstacles*. Belmont, CA: Thomson-Brooks/Cole.
- Tower, M., & Chaboyer, W. (2014). Situation awareness and documentation of changes that affect patient outcomes in progress notes. *Journal of Clinical Nursing, 23*(9-10), 1403-1410. doi:10.1111/jocn.12404
- Wilding, S., Conner, M., Sandberg, T., Prestwich, A., Lawton, R., Wood, C., . . . Sheeran, P. (2016). The question-behaviour effect: A theoretical and methodological review and meta-analysis. *European Review of Social Psychology, 27*(1), 196-230. doi:10.1080/10463283.2016.1245940
- Wood, C., Conner, M., Miles, E., Sandberg, T., Taylor, N., Godin, G., & Sheeran, P. (2016). The Impact of Asking Intention or Self-Prediction Questions on Subsequent Behavior: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Review, 20*(3), 245-268. doi:10.1177/1088868315592334
- Yin, H. H., Tse, M. M., & Wong, F. K. (2015). Systematic review of the predisposing, enabling, and reinforcing factors which influence nursing administration of opioids in the postoperative period. *Japan Journal of Nursing Science, 12*(4), 259-275. doi:10.1111/jjns.12075