Les déterminants de la pratique infirmière en contraception hormonale au Québec

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec

Les déterminants de la pratique infirmière en contraception hormonale au Québec

Direction du développement des individus
et des communautés

Juin 2013

Institut national
de santé publique
Québec

AUTEURS

Edith Guilbert, M.D., M. Sc.
Institut national de santé publique du Québec

Jean Robitaille, Ph. D.
Département d'économie agroalimentaire et des sciences de la consommation, Université Laval

Alexis C.-Guilbert, B. Sc.
Institut national de santé publique du Québec

Diane Morin, Ph. D.
Institut universitaire de formation et de recherche en soins, Université de Lausanne, Suisse

AVEC LA COLLABORATION DE

Catherine Risi, M.D., M. Sc.
Direction de santé publique de la Montérégie

Françoise Gendron, M.D.
Direction de santé publique de l'Estrie

Louise Charbonneau, M.D., M. Sc., F.R.C.P.
Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance

Sylvie Ouellet, M.D.
Direction de santé publique de Montréal

Suzanne Durand
Direction, développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Carole Lambert
Direction, développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Martine Maillé
Direction, développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

RÉVISEUR

Bernard Candas, Ph. D.
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGES

Isabelle Cliche
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : http://www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-69000-9 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-69001-6 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

REMERCIEMENTS

Des remerciements sont adressés à Danielle Clerk de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, aux répondantes régionales sur l'ordonnance collective de contraception hormonale, à Mélissa Lafrenière et à Julie Colas de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour avoir facilité la réalisation de cette étude. Des remerciements s'adressent également au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec qui a financé cette étude et au Comité d'experts en planning familial de l'INSPQ pour son indéfectible soutien.

RÉSUMÉ

En 2007, dans la foulée des modifications réglementaires liées à la « Loi 90 », le Québec se dotait d'un modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale (OC de CH) permettant aux infirmières et aux pharmaciens communautaires d'initier la contraception hormonale à des femmes en bonne santé pour une période maximale de 6 mois, sans consultation médicale préalable (« *task-shifting* »). Afin d'évaluer l'implantation de cette nouvelle stratégie de prévention des grossesses non planifiées, une enquête a été menée auprès des infirmières et étudiantes en soins infirmiers ayant suivi la formation en contraception hormonale (traditionnelle ou en ligne), élaborée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), et occupant un emploi comme infirmières dans le système de santé québécois.

L'objectif était de mieux comprendre cette nouvelle pratique infirmière et de déterminer les facteurs qui influençaient :

- son adoption;
- son intensité;
- sa rapidité d'adoption après la formation.

L'initiation de la contraception hormonale par les infirmières dans le cadre d'une OC de CH étant considérée comme une innovation, le questionnaire utilisé dans cette étude a été développé à partir de l'approche de la diffusion des innovations d'Everett M. Rogers.

Plus de 3 000 infirmières ont été sollicitées par voie électronique ou postale. Malgré un taux de participation modeste (26,6 %; n = 725), on constate que la pratique infirmière en contraception hormonale est assez répandue puisque :

- 57 % des infirmières qui ont suivi la formation font cette pratique;
- parmi celles qui font la pratique, 58 % la font dans l'année qui suit la formation et;
- 28 % initient la contraception hormonale à 2-5 femmes par mois tandis que près de 40 % l'initient à 5 femmes ou plus par mois.

L'adoption d'une OC de CH dans une organisation est le déterminant le plus important de l'adoption de la pratique de l'initiation de la contraception hormonale par les infirmières. Le fait de travailler en clinique jeunesse, dans un CSSS où l'OC de CH est adoptée, d'occuper un poste permanent à temps plein et d'avoir suivi la formation en contraception hormonale dans les premières années de sa disponibilité sont des facteurs importants de l'adoption de cette nouvelle pratique.

Parmi les facteurs inspirés de l'approche de la diffusion des innovations, les attributs de l'innovation tels la complexité, l'observabilité, la réinvention, les expériences antérieures, le marrainage et le soutien, sont hautement impliqués tant dans l'adoption de cette nouvelle pratique que dans son intensité et sa vitesse d'adoption. Les caractéristiques de l'organisation jouent également un rôle prépondérant. Ainsi, le mode de décision pour faire cette pratique, la capacité organisationnelle d'innovation, en particulier la latitude organisationnelle, et les relations avec les partenaires influencent positivement l'adoption de

cette pratique. La capacité organisationnelle d'innovation augmente également l'intensité de la pratique. La petite taille de l'organisation et la structure de l'organisation ont une influence positive sur la vitesse d'adoption. Au niveau des réseaux de diffusion, on note une influence positive des *leaders* proches sur l'adoption et des *leaders* éloignés sur l'intensité de la pratique. Les caractéristiques personnelles des infirmières, outre la notion du cosmopolitisme, n'ont pour leur part aucune influence sur cette nouvelle pratique.

Ces résultats incitent à réfléchir à l'importance de développer de nouveaux modèles d'intervention en matière de grossesses non désirées contribuant ainsi à optimiser le réseau de la santé dans l'esprit de la « Loi 90 ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ..... **V**

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES ..... **VII**

1 INTRODUCTION **1**

2 MÉTHODE **3**

3 RÉSULTATS **5**

3.1 Description de l'échantillon 5

3.2 La pratique de l'initiation de la contraception hormonale 5

3.2.1 Régression logistique binomiale avec facteurs externes seulement 6

3.2.2 Régression logistique binomiale avec facteurs du modèle de Rogers et facteurs externes 6

3.3 L'intensité de la pratique de l'initiation de la contraception hormonale 7

3.3.1 Régression linéaire multiple (MCO) avec facteurs du modèle de Rogers et facteurs externes 8

3.4 La rapidité de la mise en pratique de l'initiation de la contraception hormonale 9

3.4.1 Régression linéaire multiple (MCO) avec facteurs du modèle de Rogers seulement 9

4 DISCUSSION **11**

4.1 Discussion relative aux facteurs externes 11

4.2 Discussion relative aux facteurs de Rogers 13

4.3 Limites de cette étude 18

5 CONCLUSION **21**

BIBLIOGRAPHIE **31**

ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE SUR LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE PAR LES INFIRMIÈRES DU QUÉBEC **35**

ANNEXE 2 TAUX DE RÉPONSE PAR RÉGION **59**

ANNEXE 3 RÉSULTATS DÉTAILLÉS RELATIFS À LA PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION **63**

ANNEXE 4 RÉSULTATS DÉTAILLÉS RELATIFS À L'INTENSITÉ DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION **69**

ANNEXE 5 RÉSULTATS DÉTAILLÉS RELATIFS À LA RAPIDITÉ DE LA MISE EN PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE **75**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Construits de la théorie de la diffusion des innovations.....4

Tableau 2 Comparaison des résultats attendus avec le modèle de Rogers et les résultats obtenus dans cette étude 22

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CSSS	Centre de santé et de services sociaux
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IVG	Interruption volontaire de grossesse
OC de CH	Ordonnance collective de contraception hormonale
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

1 INTRODUCTION

En 2006, le taux d'interruption volontaire de grossesse (IVG) au Québec était le quatrième plus élevé au Canada[1]. Depuis ce temps, les taux d'IVG et de grossesse à l'adolescence ont lentement diminué, tant au Québec qu'au Canada[1;2]. En 2011, 26 248 IVG étaient pratiquées au Québec pour un taux de 17,1 pour 1 000 femmes de 15-44 ans[1][2]. Selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2008, 67 % des femmes actives sexuellement utilisaient régulièrement une méthode contraceptive dans l'année précédant l'enquête[3]. Durant cette même période, on notait une réduction de l'accessibilité aux médecins de famille qui étaient presqu'exclusivement les seuls prescripteurs de contraception au Québec[4;5]. En effet, une personne sur quatre (25 %) n'avait pas de médecin de famille[4;5]. Pour toutes ces raisons, la mise en place de stratégies permettant un accès élargi à la contraception devenait nécessaire.

En 2007, saisissant l'opportunité fournie par la « Loi 90 »[6], le Québec se dotait d'un modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale (OC de CH), agréé par le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec, dans le but d'augmenter l'accès aux méthodes contraceptives obtenues sous ordonnance[7]. Cette stratégie de « *task shifting* »[8;9] impliquait une redistribution rationnelle des tâches entre médecins, infirmières et pharmaciens en matière de contraception hormonale. Cette stratégie n'était pas nouvelle puisqu'elle avait montré son efficacité dans de nombreux pays, en particulier dans les tâches touchant au planning familial[9-24].

Ce modèle provincial d'OC de CH, mis à jour en 2009,[25] autorise les infirmières[2] à évaluer l'état de santé d'une femme et à l'assister dans son choix d'une méthode contraceptive hormonale (contraceptifs oraux combinés, timbre contraceptif, anneau vaginal, contraceptif oral ou injection à progestatif seul). L'infirmière remet ensuite à la femme un formulaire dit « de liaison » indiquant le contraceptif choisi. Sur présentation de ce formulaire au pharmacien de son choix, la femme obtient sa méthode contraceptive pour une période maximale de six mois, et ce, sans consultation médicale initiale. La femme doit consulter un médecin pour obtenir une ordonnance individuelle du contraceptif avant la fin de l'échéance de six mois[3].

L'implantation d'une telle stratégie est complexe car elle exige une grande collaboration interprofessionnelle[27-29]. De plus, nous avons montré que le fait de devoir adopter l'OC de CH, établissement par établissement, rend difficile la réplication fidèle du modèle provincial[30]. C'est dans ce contexte que nous avons entrepris de mieux comprendre la pratique de cette nouvelle tâche par les infirmières québécoises et d'examiner les facteurs qui l'influencent. L'accent a donc été mis sur l'évaluation de l'implantation de l'OC de CH au regard de la pratique infirmière.

---

[1] Les taux d'IVG canadiens ne sont plus disponibles depuis 2006 en raison de données incomplètes dans certaines provinces.

[2] Afin d'alléger le texte, le masculin sera utilisé pour désigner aussi bien les femmes que les hommes. Toutefois, les personnes qui exercent la profession infirmière seront désignées sous le vocable « infirmières » en raison de la représentativité majoritairement féminine.

[3] En novembre 2012, le modèle provincial d'OC de CH[26] a été remis à jour et permet désormais l'initiation de la contraception hormonale et du stérilet pour un an.

2 MÉTHODE

Une vaste enquête a été lancée auprès des infirmières et étudiantes en soins infirmiers ayant suivi la formation en contraception hormonale (traditionnelle ou en ligne), élaborée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'OIIQ et occupant un emploi comme infirmières dans le système de santé québécois.

L'adoption d'une nouvelle pratique est caractérisée par trois éléments :

- la pratique comme telle : l'infirmière formée fait-elle cette pratique dans son milieu de travail?
- son intensité : l'infirmière formée initie-t-elle souvent la contraception hormonale dans le cadre de sa pratique?
- sa rapidité : une fois formée, l'infirmière met-elle rapidement en pratique ce qu'elle a appris?

Les objectifs spécifiques de l'étude étaient les suivants :

- Circonscrire les facteurs qui influencent la pratique ou non de l'initiation de la contraception hormonale dans le cadre de l'OC de CH;
- Identifier les facteurs qui influencent la fréquence de la mise en pratique (dans le cadre d'un mois de travail typique) de l'initiation de la contraception hormonale dans le sous-groupe d'infirmières rapportant initier la contraception hormonale dans le cadre de l'OC de CH;
- Identifier les facteurs qui conditionnent la rapidité de la mise en pratique (*i.e.*, de l'adoption de l'innovation suite à la formation) de l'initiation de la contraception hormonale dans le sous-groupe d'infirmières rapportant initier la contraception hormonale dans le cadre de l'OC de CH.

Cette étude portant sur l'intégration d'une nouvelle pratique infirmière, l'initiation de la contraception hormonale par les infirmières dans le cadre d'une OC de CH est considérée comme une innovation. Le questionnaire utilisé dans cette étude a été développé à partir de l'approche de la diffusion des innovations d'Everett M. Rogers[31;32]. Le tableau 1 présente les construits de la théorie de la diffusion des innovations utilisés dans le cadre de cette étude.

Le questionnaire (annexe 1) comprenait 27 questions, dont 18 étaient liées au modèle de Rogers et neuf rattachées à des facteurs externes tels que les caractéristiques sociodémographiques des participantes, leur milieu et secteur de pratique, certaines caractéristiques de leur formation en contraception hormonale et leur type de pratique en contraception hormonale.

Tableau 1 Construits de la théorie de la diffusion des innovations

- Attributs de l'innovation
  - Avantages relatifs
  - Compatibilité
  - Complexité
  - Possibilité d'essai
  - Observabilité
  - Réinvention
- Caractéristiques de l'adoptante
  - Variables liées à la personnalité
  - Caractéristiques liées à la communication
  - Cosmopolitisme
- Réseaux de diffusion
  - Sources d'information
  - Mode d'information
  - Type de *leaders* d'opinion
  - Type d'agent de changement
  - Masse critique
- Caractéristiques de l'organisation
  - Mode de décision
  - Structure organisationnelle
    - Taille de l'organisation
    - Rôles et tâches professionnels
    - Structure hiérarchique
    - Normes et procédures
  - Relations avec les partenaires
  - Capacité organisationnelle d'innovation
    - Centralisation des décisions
    - Niveau d'expertise
    - Respect des normes et procédures
    - Interrelations entre les individus de l'organisation
    - Latitude organisationnelle
- Autres facteurs

Cette étude a été approuvée par le Comité sectoriel d'éthique de la recherche en sciences de la santé de l'Université Laval, le 16 septembre 2011. La collecte de données a été effectuée par voies postale et électronique, du 25 novembre 2011 au 16 mars 2012. Le plan d'analyse comprenait des analyses statistiques univariées et multivariées. Les analyses multivariées ont varié selon la variable dépendante visée :

- la pratique ou non de l'initiation de la contraception hormonale : régression logistique binomiale faite avec les variables externes seulement; régression logistique binomiale faite avec les facteurs du modèle de Rogers et les facteurs externes; régression logistique binomiale faite avec les facteurs du modèle de Rogers seulement;
- l'intensité de cette pratique : régression linéaire multiple faites avec les facteurs du modèle de Rogers et les facteurs externes; régression linéaire faite avec les facteurs du modèle de Rogers seulement;
- le délai entre la formation et le début de la pratique : régression linéaire multiple faites avec les facteurs du modèle de Rogers et les facteurs externes; régression linéaire faite avec les facteurs du modèle de Rogers seulement.

La sélection des variables dans chacun des modèles d'analyse a été effectuée selon la méthode « pas-à-pas » descendante (*i.e.*, *backward stepwise*). La codification des variables a été adaptée aux types d'analyse. De plus, le nombre de variables introduit dans les modèles, ainsi que les échantillons, ont varié en fonction des analyses et sont présentés à l'annexe 2. Les variables introduites dans les modèles étaient des variables composites incluant parfois plusieurs items. Afin de mieux saisir les variables retenues dans les modèles finaux, des analyses multivariées par blocs, permettant de ressortir les items significatifs, ont été réalisées. Le seuil de significativité a été fixé à 5 %.

3 RÉSULTATS

3.1 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Trois mille quarante-trois (3043) infirmières ont été invitées à participer à cette étude, 669 par voie postale et 2374 par voie électronique. De ce nombre, 134 ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion de l'étude et 104 questionnaires ont été envoyés à une mauvaise adresse. Un total de 745 infirmières a complété le questionnaire élaboré pour l'étude, pour un taux de réponse de 26,6 %. Le taux de réponse par région a varié, allant de moins de 20 % dans les régions 03, 05 et 10-17-18 à plus de 30 % dans les régions 08 et 11 (annexe 2).

La plupart des participantes sont âgées[4] de 30 à 59 ans (85,6 %), sont mariées ou vivent en cohabitation avec un partenaire (82,6 %). Plus des deux tiers ont au moins un diplôme universitaire de premier cycle (70 %) et travaillent à temps plein (70,1 %). La majorité sont des employées de Centre de santé et de services sociaux (CSSS) et leurs activités au sein des CSSS sont principalement dans les secteurs suivants : milieu scolaire, consultations externes et périnatalité. Les participantes proviennent de toutes les régions du Québec, mais en particulier de la région de Montréal, de la Montérégie et de la région de Québec qui sont les plus populeuses.

La plupart des participantes ont suivi la formation en contraception hormonale, en tant qu'infirmières en pratique (94,2 %) (plutôt qu'en tant qu'étudiantes), avant 2010 (85,8 %), soit avant que la formation ne passe de la forme traditionnelle (78,1 %) à la formation en ligne via Internet. Le pourcentage de participantes qui font la pratique de l'initiation de la contraception hormonale au moment de l'enquête est de 57,3 %. La plupart (87,8 %) font cette pratique dans le cadre d'une OC de CH. Un petit pourcentage (3,6 %) admet ne pas remettre de formulaire de liaison (en remettant possiblement soit des ordonnances pré-signées par un médecin, soit des échantillons pharmaceutiques) ou faire cette pratique sans OC de CH (2,4 %). Le délai moyen entre la formation et la pratique est de moins de deux ans pour la plupart des participantes (84,6 %) et le nombre moyen d'initiations de contraception hormonale par mois est de 5,6 (E-T : 9,5). Plus des deux tiers des participantes (67,2 %) rencontrent plus de deux femmes par mois pour la contraception hormonale et 40 % initient la contraception hormonale chez cinq femmes et plus par mois.

3.2 LA PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

Les résultats détaillés relatifs à cette section sont présentés à l'annexe 3.

[4] L'indicatif « présent » est utilisé tout au long du texte afin de l'alléger.

3.2.1 Régression logistique binomiale avec facteurs externes seulement

Dans cette analyse, cinq des douze variables indépendantes - correspondant aux facteurs externes - ont été trouvées statistiquement significatives et sont présentées selon l'amplitude de leur effet :

- **L'adoption de l'OC de CH dans un établissement** : les infirmières qui travaillent dans un établissement ayant adopté l'OC de CH ont 12 fois plus de chances de faire cette pratique que celles qui travaillent dans un établissement qui n'a pas adopté l'OC de CH;
- **Le secteur de pratique** : les infirmières qui travaillent dans les cliniques jeunesses ont plus de chances de faire cette pratique que celles qui travaillent dans d'autres secteurs. Parmi les autres secteurs les plus propices à cette pratique, citons les cliniques en milieu scolaire, les cliniques de planning familial et les secteurs impliqués dans des programmes de santé publique;
- **Le milieu de travail** : le milieu de travail le plus propice à cette pratique est le CSSS. Par contre, les résultats montrent que les infirmières travaillant dans les groupes de médecine familiale pourraient avoir plus de chances de faire cette pratique que celles en CSSS, mais leur faible nombre dans notre échantillon réduit la validité de ce résultat;
- **L'année de formation en contraception hormonale** : les infirmières ayant reçu leur formation avant 2011 ont plus de chances de faire cette pratique;
- **Le statut d'emploi** : les infirmières occupant un poste permanent à temps plein ont plus de chances d'initier la contraception hormonale que celles à temps partiel.

3.2.2 Régression logistique binomiale avec facteurs du modèle de Rogers et facteurs externes

Dans cette analyse, sept des 30 variables indépendantes – correspondant aux facteurs du modèle théorique de Rogers et aux facteurs externes - ont été trouvées statistiquement significatives et sont présentées selon l'amplitude de leur effet :

- **Le secteur de pratique** : les infirmières qui travaillent dans les cliniques jeunesse ont 2,3 à 12 fois plus de chances de faire cette pratique que celles qui travaillent en milieu scolaire ou dans d'autres secteurs;
- **L'appréciation de rencontres d'équipe ou d'activités de formation pour obtenir de l'information supplémentaire sur l'OC de CH (mode d'information)** : lorsque les infirmières disent aimer recevoir de l'information supplémentaire concernant l'OC de CH lors de rencontres d'équipe ou d'activités de formation, elles sont 3,6 fois *moins* portées à initier la contraception hormonale;
- **Les relations avec les partenaires extérieurs à l'établissement** : les infirmières qui perçoivent une influence des professionnels et des organisations extérieures à l'établissement sur l'application de l'OC de CH, en particulier les partenaires de proximité (pharmaciens, directions d'école, cliniques médicales), ont 28 % plus de chances de faire cette pratique que celles qui ne perçoivent pas cette influence;

- **La capacité organisationnelle d'innovation de l'établissement** : les infirmières qui travaillent dans un établissement dont la capacité d'innovation est perçue comme élevée ont 24 % plus de chances de faire cette pratique que celles qui travaillent dans un établissement dont la capacité d'innovation est perçue comme faible;
- **Le cosmopolitisme** : les infirmières qui se perçoivent ouvertes sur le monde extérieur (cosmopolitisme) ont 20 % plus de chances de faire cette nouvelle pratique que les infirmières qui n'ont pas ces caractéristiques de cosmopolitisme (p = 0,039);
- **La complexité** : les infirmières qui perçoivent cette nouvelle pratique comme difficile ont 13 % *moins* de chances de faire cette pratique que celles qui perçoivent cette pratique comme facile;
- **Le mode de décision quant à faire ou non la pratique de l'initiation de l'OC de CH** : lorsque les infirmières estiment que la décision de faire cette nouvelle pratique est volontaire, elles ont 9 % plus de chances de la faire (p = 0,071).

Dans une analyse complémentaire sur les facteurs de Rogers seulement, quatre variables ont été trouvées statistiquement significatives et sont présentées selon l'amplitude de leur effet :

- L'appréciation des rencontres d'équipe ou d'activités de formation pour obtenir de l'information supplémentaire sur l'OC de CH (mode d'information) : impact négatif;
- La capacité organisationnelle d'innovation de l'établissement : les infirmières qui travaillent dans un établissement dont la capacité d'innovation est perçue comme élevée, notamment une moins grande centralisation des décisions et une plus grande latitude organisationnelle (locaux disponibles, nombre suffisant d'infirmières, nombre de plages « infirmières » disponibles pour faire le travail d'initiation de la contraception hormonale et faible isolement professionnel) ont plus de chances de faire cette pratique;
- La complexité de cette nouvelle pratique : impact négatif;
- Les *leaders* d'opinion : les infirmières qui se sont senties fortement influencées par des *leaders* d'opinion, en particulier les *leaders* proches (collègues infirmières ou gestionnaires de l'organisation) ont près de 20 % plus de chances de faire cette pratique que celles qui n'ont pas ressenti cette influence.

3.3 L'INTENSITÉ DE LA PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

Les résultats détaillés relatifs à cette section sont présentés à l'annexe 4.

3.3.1 Régression linéaire multiple (MCO) avec facteurs du modèle de Rogers et facteurs externes

Dans cette analyse, sept des 44 variables - correspondant aux facteurs du modèle théorique de Rogers et aux facteurs externes - ont été trouvées statistiquement significatives et sont présentées selon l'amplitude de leur effet :

- **Le secteur de pratique** : les infirmières qui travaillent dans des secteurs de pratique autres que les cliniques jeunesse ou le milieu scolaire initient *moins* fréquemment la contraception hormonale;
- **La réinvention** : les infirmières qui ont développé ou sont au courant de variantes nouvelles de la pratique de contraception hormonale, telles que la réinitiation de contraception hormonale, la modification du contraceptif par le pharmacien, la remise d'échantillons pharmaceutiques aux clientes initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui n'ont pas développé ou ne sont pas au courant de ces variantes;
- **L'observabilité** : les infirmières qui observent certains effets de l'OC de CH, tel que l'augmentation du nombre de jeunes qui consultent pour la contraception hormonale, initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui n'observent pas ces effets;
- **La capacité organisationnelle d'innovation** : les infirmières qui travaillent dans un établissement dont la capacité d'innovation est perçue comme élevée initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui travaillent dans un établissement dont la capacité d'innovation est perçue comme faible;
- **Les expériences antérieures** : les infirmières ayant eu des expériences antérieures qui ressemblent à l'OC de CH, telle que de remettre des ordonnances de traitement d'infections transmissibles sexuellement pré-signées par des médecins, initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui n'ont pas eu ces expériences;
- **L'appréciation du mode électronique pour obtenir de l'information supplémentaire sur l'OC de CH (mode de diffusion)** : lorsque les infirmières disent aimer recevoir de l'information supplémentaire concernant l'OC de CH par voie électronique, elles initient la contraception hormonale *moins* fréquemment que celles préférant d'autres modes d'obtention de l'information (informations supplémentaires sur cette variable dans la discussion);
- **La région de travail de l'infirmière** : les infirmières travaillant dans les régions 01, 02, 03, 04 et 12 initient la contraception hormonale *moins* fréquemment que les infirmières des autres régions.

Dans une analyse complémentaire sur les facteurs de Rogers seulement, six variables ont été trouvées statistiquement significatives et sont présentées selon l'amplitude de leur effet :

- **La réinvention** : les infirmières qui ont développé de nouvelles variantes de la pratique de l'initiation de la contraception hormonale ou sont au courant de certaines variantes initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui n'ont pas développé ou ne sont pas au courant de ces variantes;

- **L'observabilité** : les infirmières qui notent des effets observables de l'OC de CH initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui n'observent pas ces effets;
- **La complexité** : les infirmières qui perçoivent cette nouvelle pratique comme difficile initient moins fréquemment la contraception hormonale que celles qui perçoivent cette pratique comme facile;
- **Le mode de décision menant ou non à la pratique de l'initiation de l'OC de CH** : lorsque les infirmières estiment que la décision de faire cette nouvelle pratique est volontaire, elles initient *moins* la contraception hormonale;
- **Les *leaders* d'opinion ou personnes qui ont sensibilisé les infirmières à cette nouvelle pratique** : les infirmières qui se sentent fortement influencées par des *leaders* d'opinion éloignés initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui ne sentent pas cette influence;
- **Le marrainage et le soutien** : les infirmières qui disent avoir bénéficié d'un bon soutien avant d'initier la contraception hormonale initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles n'ayant pas bénéficié de soutien ou de marrainage.

3.4 LA RAPIDITÉ DE LA MISE EN PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

Les résultats détaillés relatifs à cette section sont présentés à l'annexe 5.

3.4.1 Régression linéaire multiple (MCO) avec facteurs du modèle de Rogers seulement

Dans cette analyse, trois des trente variables indépendantes - correspondant aux facteurs externes - ont été trouvées statistiquement significatives et sont présentées selon l'amplitude de leur effet :

- **La réinvention** : les infirmières qui ont développé ou qui sont au courant de variantes nouvelles de la pratique de contraception hormonale sont aussi celles qui initient le plus rapidement la contraception hormonale après leur formation;
- **La structure organisationnelle** : les infirmières qui perçoivent la structure organisationnelle de leur établissement comme favorable initient plus rapidement la contraception hormonale après leur formation que celles qui ont moins cette perception;
- **La taille de l'établissement** : les infirmières travaillant dans des établissements de moins de 50 employés initient plus rapidement la contraception hormonale après leur formation que celles travaillant dans des établissements plus grands.

Dans une analyse complémentaire sur les facteurs de Rogers seulement, quatre variables ont été trouvées statistiquement significatives et sont présentées selon l'amplitude de leur effet :

- **L'année de formation en contraception hormonale** : les infirmières ayant reçu leur formation durant les années 2007 à 2009 initient *moins* rapidement la contraception hormonale après leur formation que celles formées en 2010 et 2011;

- **La réinvention** : les infirmières qui ont développé ou qui sont au courant de variantes nouvelles de la pratique de contraception hormonale initient plus rapidement la contraception hormonale après leur formation;
- **La région de travail de l'infirmière** : les infirmières travaillant dans les régions éloignées (régions 08, 09, 10, 11, 17, 18) initient *moins* rapidement la contraception hormonale après leur formation que celles travaillant dans les autres régions;
- **Les expériences antérieures** : les infirmières ayant eu des expériences antérieures qui ressemblent à l'OC de CH initient plus rapidement la contraception hormonale après leur formation que celles qui n'ont pas eu ces expériences.

4 DISCUSSION

Cette étude s'inscrit dans un processus d'évaluation d'implantation (efforts actifs et planifiés d'inscrire une innovation dans le fonctionnement d'une organisation)[33], par opposition à un processus d'évaluation de diffusion (de nature passive), de dissémination (efforts de persuasion d'un groupe cible) ou de routinisation (maintien de l'innovation dans une organisation). En effet, depuis le lancement de l'OC de CH en 2007, plusieurs démarches d'évaluation d'implantation ont été entreprises : audit des OC de CH[30], monitoring de l'implantation de l'OC de CH[34], étude pilote en vue de valider le questionnaire pour la présente étude[32]. Cette étude se situe donc dans la continuité des procédures précédentes et présente, pour la première fois, les facteurs qui caractérisent la pratique de l'initiation de la contraception par les infirmières québécoises, l'une des premières expérimentations de la « Loi 90 ».

Début 2012, 159 OC de CH étaient adoptées au Québec, 89 en CSSS (95 % des CSSS), 49 en GMF (23 % des GMF) et 19 dans d'autres établissements (centres jeunesse, établissements scolaires privés, cégeps, réserve autochtone, etc.)[34]. Plus de 2 600 infirmières avaient suivi la formation traditionnelle en contraception hormonale de 2007 à 2010 et au début de 2012, plus de 1 500 autres avaient suivi la nouvelle formation en ligne.

Par ailleurs, selon l'étude pilote menée en 2010 auprès de 90 infirmières[32], 63 % des infirmières formées utilisaient l'OC de CH, 80 % d'entre elles débutaient cette pratique dans l'année qui suivait la formation et 46 % initiaient la contraception hormonale à 1 à 2 femmes par semaine tandis que 8 % l'initiaient à plus de deux femmes par semaine. Dans l'étude actuelle, réalisée deux ans plus tard, sur un échantillon de 745 infirmières, nous constatons que 57 % des répondantes qui ont suivi la formation ont adopté cette pratique, parmi celles-ci 58 % la font dans l'année qui suit la formation et 28 % initient la contraception hormonale à 2-5 femmes par mois tandis que près de 40 % l'initient à 5 femmes ou plus par mois. Il est difficile d'extrapoler ces résultats au niveau provincial, car le taux de réponse à notre étude est limité. Cependant, si l'on admet qu'une majorité des infirmières ayant adopté cette nouvelle pratique travaillent dans des cliniques jeunesse ou en milieu scolaire, on peut supposer que les femmes bénéficiant de cet accès élargi à la contraception hormonale sont principalement des adolescentes. Ceci constitue une collaboration et un soutien importants aux médecins qui n'ont pas de disponibilité pour ces nouvelles patientes.

Au-delà de cette description du nombre d'infirmières initiant la contraception hormonale, nous souhaitions mieux comprendre les facteurs impliqués dans l'implantation de cette nouvelle stratégie de « *task-shifting* ». Afin de bien circonscrire la situation, nous avons procédé à plusieurs analyses.

4.1 DISCUSSION RELATIVE AUX FACTEURS EXTERNES

Lorsqu'on observe les résultats de la régression logistique binomiale sur l'échantillon total de répondantes, avec les facteurs externes seulement, l'adoption de l'OC de CH dans les établissements de santé apparaît, de loin, comme le déterminant le plus important de l'adoption de la nouvelle pratique d'initiation de la contraception hormonale par les

infirmières[5]. Ceci ne nous semble pas trop surprenant puisqu'il s'agit d'une condition *sine qua non* à cette pratique.

Viennent ensuite le secteur de pratique (cliniques jeunesse) et le lieu de pratique (CSSS) qui influencent positivement tant l'adoption de cette nouvelle pratique par les infirmières que son intensité (pour le secteur de pratique seulement). Ceci vient confirmer une partie de nos données de monitoring. Ce résultat met également en évidence le fait que si cette nouvelle stratégie de « *task-shifting* » est bénéfique, c'est effectivement principalement à l'égard des jeunes femmes. Des données récentes sur les taux d'interruption volontaires de grossesse (IVG)[35] indiquent d'ailleurs qu'entre 2004 et 2011, le taux d'IVG chez les femmes de 15-19 ans est passé de 22,1/1 000 à 16,9/1 000 chez les femmes de 15-19 ans (une réduction de 24 %) tandis qu'il est passé de 36,4/1 000 à 30,8/1 000 chez les 20-24 ans (une réduction de 15 %) et de 19/1 000 à 17,1/1 000 chez les femmes de 15-44 ans (une réduction de 10 %). Les adolescentes et les jeunes étudiantes avaient possiblement plus facilement accès à des services de contraception grâce aux infirmières scolaires, aux cliniques jeunesse et aux services de santé des universités. Il reste, cependant, qu'une grande proportion de la population féminine (de plus de 25 ans), qui fréquente moins les services de santé parce qu'elle est généralement en bonne santé, a peu accès aux ressources pour obtenir un counseling et une prescription de contraceptif. De plus, les femmes qui viennent d'accoucher n'ont pas toujours de suivi médical et cette étude montre que l'adoption de la nouvelle pratique est significativement peu associée à la pratique infirmière en périnatalité. Cette « filière périnatalité » ainsi que celle des guichets d'accès aux clientèles orphelines (GACO) pourraient être explorées pour améliorer l'accès à la contraception aux clientèles féminines adultes.

Le statut d'emploi à temps plein permanent influence positivement l'adoption de cette nouvelle pratique. Les postes en clinique jeunesse ou en milieu scolaire sont des postes convoités qui ne sont souvent disponibles qu'aux infirmières d'expérience ayant obtenu un statut de temps plein permanent. Par ailleurs, le statut d'emploi à temps plein favorise-t-il peut-être la possibilité de rencontrer la clientèle ayant besoin de contraception, ainsi que les habiletés d'application et la confiance des infirmières pour initier la contraception? Les autres caractéristiques sociodémographiques, telles l'âge ou la scolarité, n'ont pas d'influence sur l'adoption de la nouvelle pratique.

Le fait d'avoir été formée en 2007, 2008 et 2010 influence positivement l'adoption de cette nouvelle pratique tandis que le fait d'avoir été formée en 2010 et 2011 influence positivement la rapidité de la mise en pratique de l'initiation de la contraception hormonale. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les infirmières qui ont suivi la formation au début de sa disponibilité étaient probablement des adoptantes précoces, si ce n'est des agents de changement, dans leur propre milieu; elles étaient très motivées à adopter cette nouvelle pratique. Par ailleurs, les infirmières formées plus récemment n'ont pas eu à faire face à aux barrières d'adoption de l'OC de CH et ont possiblement commencé leur nouvelle pratique dans des milieux qui avaient déjà adopté l'OC de CH. Nos données concernant l'implantation

[5] L'influence de ce facteur dans les analyses statistiques était tel qu'il masquait la majorité des facteurs de Rogers. C'est la raison pour laquelle nous avons restreint les autres analyses sur la prédiction de l'adoption, aux infirmières travaillant dans une organisation qui avait adopté l'OC de CH.

de l'OC de CH nous indique qu'à partir de 2010, près de 90 % des CSSS avait déjà adopté l'OC de CH tandis qu'à la fin de 2008 à peine 30 % l'avait adoptée[34].

On note également que les infirmières des régions du centre du Québec (régions 01, 02, 03, 04, 12) font une pratique *moins* intensive que celles des autres régions tandis que celles des régions éloignées (08, 09, 10, 11, 17, 18) ont initié *moins* rapidement la contraception hormonale après leur formation que celles travaillant dans les autres régions. En l'absence d'information sur les clientèles et leurs besoins ainsi que sur les modes d'organisation des soins dans les diverses régions, il est difficile d'émettre des hypothèses sur les variations régionales d'intensité dans la pratique. Quant à l'initiation moins rapide dans les régions éloignées, on peut émettre les hypothèses que les innovations y arrivent plus lentement, que les infirmières de ces régions y sont moins exposées ou que les clientèles expriment moins de besoins en termes de contraception.

4.2 DISCUSSION RELATIVE AUX FACTEURS DE ROGERS

Dans cette étude, nous nous sommes également appuyés sur l'approche théorique de la diffusion des innovations, comme cela a déjà été fait dans d'autres secteurs du domaine de la santé, en particulier ceux de la promotion de la santé, de l'implantation de guides de pratique basés sur les données probantes et de l'utilisation des connaissances[31;33].

Dans la littérature scientifique, plusieurs facteurs ont été associés à l'adoption des innovations. Les attributs de l'innovation (avantages perçus, compatibilité, complexité, possibilité d'essai, observabilité des effets, réinvention, etc.), tels que perçus par les adoptants, sont des déterminants important de l'adoption d'une innovation; mais ils ne sont pas les seuls. Les caractéristiques individuelles des adoptants, largement étudiées dans le domaine du marketing, ont également une influence sur l'assimilation d'une innovation. Mais, tel que noté par Greenhalg[33], ce sont les interactions entre l'innovation comme telle, les adoptants et le contexte dans lequel l'innovation est adoptée qui conditionnent la vitesse et l'intensité de l'adoption d'une innovation. Dans le cas de la nouvelle pratique d'initiation de la contraception hormonale, celle-ci était conditionnelle à l'adoption de l'OC de CH dans les établissements de santé[7;25]. Le contexte organisationnel dans lequel les infirmières évoluaient pouvait avoir une influence sur leur capacité de faire cette nouvelle pratique. Plusieurs auteurs[33;33;36;37] ont d'ailleurs montré l'importance de mieux comprendre le processus d'adoption organisationnel, soit la période durant laquelle l'innovation est introduite aux utilisateurs et durant laquelle le rôle de ceux-ci au regard de l'innovation se développe, pour évaluer, dans sa globalité, l'implantation d'une innovation à l'intérieur d'une organisation.

Afin de mettre en perspective les résultats de la présente étude, le tableau 2 résume non seulement ces résultats, mais les confronte à ceux rapportés dans la littérature scientifique[31;33]. Si l'on examine globalement les facteurs ressortant de notre étude, nous constatons que les attributs de l'innovation constituent effectivement des facteurs très influents sur l'adoption de cette nouvelle pratique. Ils sont impliqués tant dans son adoption (complexité) que dans son intensité (compatibilité, complexité, possibilité d'essai, observabilité, réinvention) et sa vitesse d'adoption (compatibilité, réinvention). Concernant la complexité, la littérature scientifique[31;33] démontre clairement que les innovations perçues

comme simples à utiliser par les adoptants et dont la complexité perçue peut être réduite par l'expérimentation pratique et la démonstration sont plus faciles à adopter. La pratique de l'initiation de la contraception hormonale, qui requiert une formation de plus de 10 heures, ne peut être qualifiée de simple. Son application dans le lieu de travail exige également une infrastructure favorable à cette pratique. Dans cette étude, nous avons tenté de diviser la complexité en divers éléments : habiletés de l'infirmière, mécanisme d'approbation de l'OC de CH, relations avec les pharmaciens ou les médecins. Aucun de ceux-ci ne s'est avéré significatif. C'est plutôt la perception globale de complexité qui est ressortie. Selon des résultats discutés plus loin, on pourrait émettre l'hypothèse que la complexité de cette nouvelle pratique réside dans l'organisation des services nécessaires à l'actualisation de cette pratique, mais d'autres éléments pourraient aussi être en cause et mériteraient une investigation plus poussée. Par exemple, au-delà même du sujet de la contraception hormonale, la mise en pratique de l'OC de CH exige le développement d'une collaboration interprofessionnelle qui est généralement considérée comme complexe[29]. La capacité de collaboration interprofessionnelle est tributaire non seulement de la compréhension des mécanismes et des expériences antérieures de collaboration, mais également de la motivation et de l'intérêt des protagonistes impliqués[29]. Dans le cas de l'OC de CH, la complexité de l'arrimage entre les infirmières, les médecins et les pharmaciens pouvait s'avérer déterminante dans certains milieux.

En lien avec la complexité, cette étude montre que les infirmières qui ont bénéficié de soutien ou de marrainage et celles qui ont eu des expériences antérieures similaires à la nouvelle pratique, font cette pratique avec plus d'intensité. Selon Greenhalg[33] et Rogers[31], les innovations pour lesquelles on garantit un « espace d'essai », une opportunité de les expérimenter sous relative supervision, sont plus facilement adoptées. Dans cette étude, l'innovation devient surtout plus intensivement utilisée. Cette notion de marrainage et soutien, permettant le partage d'expertise et de « trucs du métier » est donc une stratégie favorable, en particulier au regard des infirmières qui suivent la formation en contraception hormonale dans le cadre de leurs études ou celles qui obtiennent un nouveau poste dans un secteur clé de cette pratique et n'ont pas d'expériences terrain préalables. Quant aux expériences antérieures, Rogers[31] note qu'une innovation qui est perçue comme étant en lien avec des pratiques déjà familières à l'adoptant a plus de chance d'être adoptée. Il rappelle que les agents de changement qui introduisent les innovations dans les milieux de pratique commettent parfois l'erreur de penser que les adoptants de l'innovation n'ont aucune expérience à laquelle associer la nouvelle pratique (« *empty vessels fallacy* »). Éviter une telle attitude pourrait réduire ses effets négatifs sur l'adoption de la nouvelle pratique.

Dans cette étude, à l'instar de la littérature scientifique[31;33], tant l'observabilité que la réinvention sont des facteurs influents sur l'adoption d'une nouvelle pratique. Les effets observables de l'OC de CH, comme le fait que le nombre de jeunes qui consultent pour contraception augmente ou qu'ils se protègent davantage lors de leurs relations sexuelles, permettent aux infirmières d'obtenir une rétroaction sur leur pratique et la renforce. Couplée à cette notion d'observabilité, la réinvention permet, pour sa part, d'adapter la nouvelle pratique aux besoins du terrain. Comme le souligne Rogers, il faut se rappeler que les individus ne sont pas des réceptacles passifs d'innovations[31]. Dès qu'une innovation est

implantée, les adoptants l'expérimentent, l'évaluent, y trouvent du sens, s'en plaignent, prennent de l'expérience, la modifient pour la rendre plus adaptée à leur travail, et essaient de l'améliorer[33]. Selon cette étude et la pratique terrain dont nous avons entendu parler, les infirmières qui ont rapidement adopté cette pratique après leur formation et initient fréquemment la contraception hormonale ont fait de la réinvention de l'innovation en développant un mécanisme de réinitiation de la contraception hormonale quand les femmes ne pouvaient pas rencontrer un médecin en-dedans des six mois exigés pour obtenir une ordonnance individuelle; elles ont également observé la modification, par le pharmacien, du contraceptif inscrit sur le formulaire de liaison. Il est important de noter que même si ces pratiques n'étaient pas prévues au départ dans l'OC de CH, elles ont fait l'objet de discussions et ont été soutenues par l'équipe-ressource de l'OC de CH à l'INSPQ. Ces éléments de réinvention sont d'autant plus intéressants qu'ils s'inscrivent dans les modifications récentes de l'OC de CH (permettant maintenant l'initiation pour une période d'un an)[26] et dans la nouvelle loi de la pharmacie (qui autorise la substitution pharmaceutique)[38]. De plus, dans la mesure où le phénomène de réinvention ne modifie pas les éléments essentiels de l'innovation (ici, les contre-indications et les méthodes à initier ou « *core elements* »), la réinvention n'est pas « *mauvaise* »[33]; elle est même un élément clé de la pérennité d'une innovation[31;33]. Elle encourage la routinisation de la nouvelle pratique.

Outre les attributs de l'innovation, les caractéristiques de l'organisation jouent, dans cette étude, un rôle important. Le mode de décision (adoption et intensité), la capacité organisationnelle d'innovation (adoption, intensité, vitesse d'adoption), la structure de l'organisation (vitesse d'adoption), les relations avec les partenaires (adoption) sont les facteurs impliqués. La décision par un individu d'une organisation d'adopter une innovation particulière est rarement indépendante des autres décisions de l'organisation[33]. Tel que précisé précédemment, dans le cas présent, une infirmière ne pouvait commencer cette pratique que si son établissement ou les médecins avec qui elle travaillait adoptait l'OC de CH. Dans les faits, pour 96 % des répondantes[6], c'était effectivement le cas. Ceci dit, même si la décision de faire cette nouvelle pratique était conditionnelle à une décision médico-administrative, 73 % des répondantes étaient en accord avec le fait que *leur implication quant à l'initiation de la contraception hormonale selon l'OC était tout à fait volontaire (non imposée)* (question 16a) et 38 % affirmaient qu'*il n'était pas obligatoire pour elle d'initier la contraception hormonale selon l'OC, même si elle était acceptée dans leur établissement* (question 16c). Les données scientifiques sur le mode de décision varient. Rogers[31] rapporte quelques cas de succès lorsque l'adoption de l'innovation était de nature optionnelle, entre autres lors de l'utilisation de nouveaux médicaments par des médecins. Dans notre étude, cette latitude décisionnelle perçue par les infirmières sondées avait un effet significatif positif sur l'adoption, mais négatif sur l'intensité de la pratique. Une des hypothèses expliquant l'effet positif sur la pratique est que cette possibilité d'agir selon leurs valeurs et d'obtenir une autonomie professionnelle accrue venait renforcer le désir des infirmières de s'impliquer dans cette nouvelle pratique. Quant à l'effet négatif sur l'intensité,

[6] Dans cette étude, on rapporte que 4 % des infirmières pratiquent l'initiation de la contraception hormonale sans OC de CH. Nous n'avons aucune indication précise concernant cette situation. On émet l'hypothèse que ces infirmières aient pu mal comprendre la question relative à l'adoption d'une OC de CH et qu'elles travaillaient dans un contexte d'OC de CH adoptée par un seul médecin et non par un Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un CSSS ou un groupe de médecins de GMF.

une des hypothèses est que lorsque cette pratique s'étend, de façon volontaire, à de nombreuses infirmières, il est possible qu'un certain nombre d'entre elles ne soient pas dans des lieux stratégiques comme les cliniques jeunesse ou scolaires pour la mettre en pratique. C'est particulièrement le cas de jeunes infirmières qui ont pu avoir le goût de faire la formation durant leurs études, mais qui n'ont pas obtenu les postes les plus appropriés à cette pratique, ou celui de certaines infirmières de GMF qui n'ont pas le temps de faire cette pratique, étant submergées par la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Quant à la capacité organisationnelle d'innovation, elle joue un rôle prépondérant dans notre étude. Non seulement la perception positive de cet aspect par les répondantes est associée à l'adoption, mais elle est également associée à l'intensité de la nouvelle pratique. Greenhalg[33] note qu'une organisation qui est capable d'identifier, d'absorber, d'interpréter, de partager, de recodifier les nouvelles connaissances, de les associer aux connaissances existantes et de les faire appliquer de manière appropriée est davantage capable d'assimiler les innovations. Ce processus complexe n'est pas statique ou automatiquement présent, il est socialement construit, contesté et constamment négocié par les membres de l'organisation. Les infirmières, en tant qu'employées d'une organisation, sont à même de connaître sa culture et sa capacité d'adaptation dans des circonstances similaires. Les données scientifiques soulignent également qu'une innovation peut s'implanter si un budget et une allocation de ressources est adéquate et continue[31;33]. Dans cette étude, la latitude organisationnelle, un des aspects de la capacité organisationnelle d'innovation, référait à la disponibilité de locaux pour les infirmières, au nombre suffisant d'infirmières et de ressources de soutien administratif, au nombre de plages « infirmières » disponibles pour faire le travail d'initiation de la contraception hormonale, à la disponibilité des médecins, à l'accessibilité d'échantillons pharmaceutiques et au faible isolement professionnel. Couplés à l'influence de *leaders* proches favorisant la mobilisation et le goût du dépassement, ces facteurs de latitude organisationnelle semblent avoir joué un rôle important pour stimuler les infirmières à adopter cette nouvelle pratique. En contrepartie, on peut supposer que leur absence peut complexifier la pratique infirmière en contraception hormonale, sinon même freiner son adoption.

La littérature scientifique sur la diffusion des innovations reconnaît aussi que les innovations sont plus facilement adoptées dans les organisations de grande taille[31;33]. Dans notre analyse avec les facteurs externes seulement, l'implantation en CSSS ressort, en effet, comme un facteur significatif d'adoption de la nouvelle pratique. Par contre, l'implantation de cette nouvelle pratique est deux fois plus fréquente dans les GMF qui sont de plus petites organisations que les CSSS. Cette dernière association n'était pas significative, probablement parce que le nombre d'infirmières sondées pratiquant en GMF était faible (n = 42). Ceci dit, dans une autre analyse, les infirmières qui pratiquent l'initiation de la contraception hormonale le font plus rapidement après leur formation dans les organisations de petite taille. L'hypothèse est que, dans ces petites organisations, le mécanisme d'approbation de l'OC de CH est plus rapide, peut-être en raison du faible nombre de paliers hiérarchiques ou de l'absence de Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dans ces établissements; le lien entre ceux qui adoptent (les médecins par opposition au président du CMDP dans un CSSS) et les infirmières qui feront la pratique est peut-être

aussi plus étroit. Notons que dans les grands établissements, l'adoption de l'OC de CH est ralentie par les nombreuses consultations à faire avant d'obtenir un consensus sur l'acceptabilité de cette pratique. Ces données sont intéressantes dans la mesure où l'implantation de l'OC de CH en GMF est encore limitée. Considérant que l'adoption de l'OC de CH en GMF pourrait être plus facile et plus rapide, il y aurait lieu d'investiguer davantage les facteurs qui en bloquent encore l'implantation. Des craintes ont été rapportées par certains médecins de ces établissements au sujet de la responsabilité professionnelle en lien avec les nouvelles activités exercées par les infirmières[29]. De plus, si les cas plus faciles (comme les demandes de contraception) sont pris en charge par les infirmières, la clientèle revenant aux médecins est plus lourde et nécessite plus de temps de consultation — une situation éventuellement peu souhaitable pour certains médecins. Le travail de collaboration interprofessionnelle en lui-même nécessite également du temps, potentiellement non rémunéré, par exemple pour les discussions de cas jugés problématiques[29]. Ce coût économique au niveau des médecins pourrait constituer un facteur contraignant pour l'adoption de l'OC de CH en GMF. Un tel problème lié à la rémunération est également possible au niveau des infirmières de cliniques réseaux puisque les conditions de travail y nécessitent plus de présence en soirées et les fins de semaine, pour un même salaire que le travail de jour[29].

Deux autres facteurs, dans cette étude, ont une influence positive sur l'adoption de la nouvelle pratique : les partenaires de proximité (pharmaciens, directions d'école, cliniques médicales) et les *leaders* d'opinion proches (collègues infirmières et les gestionnaires de l'organisation où travaillent les infirmières). Dans les deux cas, il s'agit de personnes ou d'entités qui peuvent rendre fonctionnelle l'OC de CH et ainsi permettre la nouvelle pratique. L'initiation de la contraception hormonale selon l'OC de CH n'est pas une pratique isolée. En écho aux propos de Greenhalg[33] sur la complexité de l'implantation d'une innovation, on constate que la pratique de l'initiation de la contraception hormonale s'inscrit dans un contexte soutenu par des alliés à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation, lesquels peuvent exercer une influence sur les décisions individuelles et organisationnelles liées à l'innovation. De plus, Greenhalg[33] note qu'une organisation a plus tendance à adopter une innovation si le personnel de cette organisation a aussi des connections sociales significatives. Ces individus (*leaders* d'opinion proches) et organisations (pharmaciens, directions d'école, cliniques médicales) joueraient un rôle pivot en saisissant les idées susceptibles de devenir des innovations dans une organisation.

Un des éléments frappants constaté dans cette étude est, par contre, le peu d'influence des caractéristiques des répondantes tant sur l'adoption que sur l'intensité et la rapidité d'adoption de la nouvelle pratique. Le seul facteur qui ressort est celui du cosmopolitisme. Greenhalg[33] note d'ailleurs que l'adoption d'une innovation est un processus complexe et qu'il y a peu de soutien empirique pour penser qu'elle puisse être liée à des stéréotypes particuliers d'adoptants, stéréotypes souvent basés sur des échelles de valeurs. C'est donc dire que même si les infirmières qui ont une ouverture sur l'extérieur (cosmopolitisme) semblent adopter davantage (20 % de plus) la nouvelle pratique, cette étude montre que globalement, une fois formées, leurs caractéristiques ont peu d'influence sur l'adoption de cette pratique tant en termes d'adoption que d'intensité et de rapidité d'adoption.

Pour ce qui est des réseaux de diffusion comme tel, leur influence sur l'adoption, l'intensité ou la rapidité de la nouvelle pratique est peu présente dans cette étude et quelques peu complexe à saisir. Tout d'abord, notons que la majorité des analyses était restreinte aux infirmières qui travaillaient dans des organisations ayant adopté l'OC de CH. Les mécanismes de diffusion de l'OC de CH (mode et sources de sensibilisation, mode et sources de connaissances plus approfondies sur l'innovation) devenaient alors des éléments du passé et donc, moins impliqués dans la pratique actuelle des infirmières. Par contre, on note des associations significatives au regard des variables relatives à la question : *De quelle manière aimez-vous le plus recevoir de l'information concernant l'OC de CH?* (question 19d). Selon Rogers[31], les rencontres interpersonnelles (équipe, formation, etc.) sont importantes à l'étape de la persuasion; pour ce qui est des communications par voie électronique, ni Rogers ni Greenhalg ne se prononcent. Dans cette étude, les infirmières qui appréciaient les rencontres d'équipe et d'activités de formation pour recevoir de l'information concernant l'OC de CH étaient moins portées à initier la contraception hormonale. Des analyses supplémentaires ont montré que ces infirmières étaient aussi celles qui n'avaient pas eu de telles rencontres pour en apprendre davantage sur l'OC de CH et qui, par ailleurs, appréciaient recevoir de l'information par voie électronique; elles étaient aussi celles qui avaient initié cette pratique parce que les autres infirmières le faisaient (concept de masse critique), celles qui avaient été formées en 2008 et 2009 et celles qui travaillaient dans de grands établissements. Parmi les hypothèses pour expliquer cette association, mentionnons qu'il s'agit peut-être d'infirmières occupant des postes moins favorables à la mise en pratique de l'OC de CH, d'infirmières moins novatrices ou n'ayant pas reçu suffisamment de formation relativement à leurs besoins.

L'appréciation de la voie électronique pour obtenir de l'information supplémentaire était associée négativement à l'intensité de la pratique. Des analyses supplémentaires ont montré que ces infirmières étaient celles qui n'avaient pas eu de telles communications électroniques pour en apprendre davantage sur l'OC de CH et qui, par ailleurs, appréciaient recevoir de l'information par des rencontres interpersonnelles; elles étaient aussi celles qui décidaient volontairement de faire cette nouvelle pratique, qui se percevaient comme cosmopolites, étaient influencées par des *leaders* d'opinion et avaient un poste à temps plein permanent ou un poste à temps partiel. Parmi les hypothèses pour expliquer cette association, mentionnons qu'il s'agit peut-être d'infirmières particulièrement branchées sur l'extérieur et dans des postes de gestion plutôt que de cliniques.

4.3 LIMITES DE CETTE ÉTUDE

Plusieurs limites affectent la généralisation des résultats présentés dans cette étude :

- Le faible taux de réponse lié à la collecte de données durant la période de Noël 2011, la longueur du questionnaire, l'absence d'invitation personnalisée pour participer à cette étude, l'absence d'incitatif;
- Le biais de rappel;
- Le biais de désirabilité sociale;
- La non-réponse à certaines questions, car le questionnaire provenait d'une organisation gouvernementale (INSPQ).

De plus, plusieurs facteurs n'ont pas été considérés dans cette étude, comme le concept de limites souples, la perception du risque associé à l'innovation, le lien avec la performance des tâches, les connaissances requises, le concept d'homophilie, l'exploitation des *leaders* d'opinion, etc. (tableau 2)[31;33]. Cette étude présentait donc un portrait partiel de la situation. Cette limite est renforcée par le fait que l'étude était restreinte aux infirmières et que les avis d'autres professionnels (gestionnaires, pharmaciens, médecins, autres partenaires externes) n'étaient pas sollicités.

5 CONCLUSION

L'implantation d'une innovation comme l'initiation de la contraception hormonale selon une ordonnance collective est un processus complexe impliquant de nombreux professionnels et de nombreuses organisations. Même si, dès le début des années 2000, l'environnement politique était propice aux stratégies de « *task-shifting* » (« Loi 90 »), une telle innovation requérait tout de même de nombreuses conditions favorables pour s'implanter efficacement. Cette étude réalisée près de 5 ans après le lancement de l'OC de CH montre que son adoption par les établissements de santé ainsi que ses attributs et les caractéristiques organisationnelles de ces établissements sont les éléments les plus déterminants de son implantation au niveau de la pratique infirmière.

Ainsi, la complexité de la pratique de l'initiation de la contraception hormonale, la possibilité de marrainage et le soutien, l'arrimage de cette nouvelle pratique à des pratiques antérieures similaires, la possibilité de réinvention, la latitude organisationnelle, le soutien de *leaders* proches, l'implication des partenaires du milieu, la stabilité d'emploi des infirmières sont des éléments importants de l'implantation de cette nouvelle pratique dans le système de santé québécois. Si on veut augmenter l'adoption de cette nouvelle pratique et son intensité, il faut songer à en réduire la complexité en développant de la formation, des rencontres d'équipe et en mettant en place des processus locaux de marrainage et de soutien, en particulier pour les jeunes infirmières arrivant dans le réseau ou celles qui obtiennent de nouveaux postes dans les secteurs clés.

La latitude organisationnelle, concrétisée par la disponibilité de locaux, de plages infirmières dédiées à la santé des femmes, de soutien administratif, de disponibilité médicale, doit être mise en priorité lors de l'adoption de l'OC de CH car elle influence positivement tant la pratique que son intensité. Le développement de postes permanents d'infirmières dans les cliniques jeunesse et scolaires, les cliniques de périnatalité, les cliniques de planification des naissances et les GMF est également une démarche gagnante au regard de l'adoption de cette nouvelle pratique. De plus, même si les CSSS semblent être actuellement les établissements les plus favorables pour l'adoption de cette nouvelle pratique, cette étude montre un potentiel sérieux pour une implantation plus étendue au niveau des GMF.

En effet, les GMF sont des milieux plus petits qui offrent des heures d'ouverture favorables à l'accès des clientèles, une présence permanente de médecins et d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne qui peuvent soutenir le travail des infirmières au regard de l'initiation de la contraception hormonale et surtout des processus d'adoption de l'OC de CH plus rapide. Le réseau de GMF étant également très grand au Québec, on peut supposer qu'il pourrait favoriser une plus grande application de l'OC de CH et ainsi une prévention plus efficace des grossesses non planifiées. Cependant, certaines questions d'arrimage entre les médecins et les infirmières dans ces milieux cliniques ont encore besoin d'être résolus et de nouveaux modèles de rémunération favorisant la collaboration interprofessionnelle devront faire l'objet de discussions[29].

Compte tenu des résultats présentés et saisissant l'occasion de l'implantation récente d'une nouvelle version de l'OC de CH (ordonnance collective de contraception hormonale et du stérilet 2012)[26], nous pensons que l'élargissement de l'implantation de l'OC de CH ainsi

que la mise en place de conditions gagnantes pour cette implantation ont le potentiel de produire un effet tangible en matière de prévention des grossesses non désirées au Québec et pourront optimiser le réseau de la santé tel que souhaité lors de l'adoption de la « Loi 90 ».

Tableau 2 Comparaison des résultats attendus avec le modèle de Rogers et les résultats obtenus dans cette étude

Construits du modèle théorique de Rogers	Dimensions relatives à chaque construit	Résultats attendus selon Rogers et Greenhalg	Résultats obtenus dans cette étude
Attributs de l'innovation	Avantages relatifs	Les innovations perçues comme présentant des avantages sont plus facilement adoptées et mise en pratique.	Absence d'association.
	Compatibilité	Les innovations qui sont compatibles avec les valeurs, les normes et les besoins perçus par les adoptants sont plus souvent adoptées. Selon Rogers, la notion de la compatibilité réside également dans le fait que l'innovation est en lien avec des pratiques antérieures familières aux adoptants potentiels.	Les expériences antérieures sont associées à une plus grande intensité de la nouvelle pratique ainsi qu'à une plus grande vitesse de mise en pratique. Absence d'association pour les autres éléments de compatibilité.
	Complexité	Les innovations qui sont perçues par les personnes visées comme simple à utiliser sont plus facilement adoptées.	La perception que cette pratique est complexe est associée à une plus *faible* ADOPTION de la nouvelle pratique d'initiation de la contraception hormonale et à une plus *faible* intensité de cette pratique.
	Possibilité d'essai	Les innovations qui peuvent être expérimentées par les futurs adoptants sont adoptées et assimilées plus facilement.	La possibilité d'essai comme telle n'existait pas vraiment dans le cadre de ce projet; mais des expériences de soutien et marrainage qui peuvent s'en approcher ont été expérimentées. Les infirmières qui ont bénéficié de soutien ou de marrainage avant de commencer cette pratique ont réalisé cette pratique avec une plus grande intensité.

Tableau 2 Comparaison des résultats attendus avec le modèle de Rogers et les résultats obtenus dans cette étude (suite)

Construits du modèle théorique de Rogers	Dimensions relatives à chaque construit	Résultats attendus selon Rogers et Greenhalg	Résultats obtenus dans cette étude
Attributs de l'innovation	Observabilité	Si les bénéfices de l'innovation sont visibles et concrets, les adoptants l'adoptent plus facilement.	L'observabilité est associée à une plus grande intensité de la nouvelle pratique.
	Réinvention	Si les adoptants potentiels peuvent adapter, affiner, ou modifier l'innovation de sorte qu'elle réponde davantage à leurs besoins, celle-ci sera adoptée plus facilement. Par ailleurs, un haut degré de réinvention conduit à une plus grande vitesse d'adoption de l'innovation et à sa pérennité.	La réinvention est associée à une plus grande intensité et une plus grande vitesse d'adoption de cette pratique.
	Autres dimensions : Limites floues Risque Performance des tâches formation nécessaire Valeur ajoutée	Une innovation qui est adaptable (limites floues), qui ne comporte pas trop de risque pour l'adoptant, qui a le potentiel d'améliorer la performance des tâches, qui requiert des connaissances bien codifiées et transférables et qui donne de la valeur ajoutée est plus facilement adoptée.	Non évaluées.
Caractéristiques de l'adoptante	Caractéristiques liées à la personnalité	Les adoptants précoces sont plus empathiques, moins dogmatiques, plus habiles pour comprendre les abstractions, plus rationnels, plus intelligents, plus favorables au changement, plus capable de faire face à l'incertitude, plus favorable à la science, moins fatalistes et plus ambitieux que les adoptants tardifs.	Absence d'association.

Tableau 2 Comparaison des résultats attendus avec le modèle de Rogers et les résultats obtenus dans cette étude (suite)

Construits du modèle théorique de Rogers	Dimensions relatives à chaque construit	Résultats attendus selon Rogers et Greenhalg	Résultats obtenus dans cette étude
Caractéristiques de l'adoptante	Caractéristiques liées à la communication	Les adoptants précoces sont plus actifs socialement, plus en réseaux avec d'autres personnes, ont plus de contact avec des agents de changements, ont une plus grande exposition aux médias de masse et aux communications interpersonnelles, ont plus d'information sur les innovations et ont plus de *leadership* que les adoptants tardifs.	Absence d'association.
	Cosmopolitisme	Les adoptants précoces sont plus cosmopolites (réseaux de contacts à l'extérieur du système où évolue habituellement l'adoptant) que les adoptants tardifs.	Le cosmopolitisme est associé à une plus grande ADOPTION de cette nouvelle pratique.
	Autres dimensions : Antécédents psychologiques spécifiques Sens donné à l'innovation Inquiétudes à divers stades de l'adoption	Un adoptant qui est motivé et capable d'adopter une innovation spécifique, pour qui l'innovation fait sens, et qui peut partager ses inquiétudes et recevoir du soutien adopte plus facilement l'innovation.	Non évaluées
Réseaux de diffusion	Structure du réseau de diffusion	L'adoption d'une innovation par des individus est fortement influencée par la structure et la qualité du réseau de diffusion.	Non évaluée.

Tableau 2 Comparaison des résultats attendus avec le modèle de Rogers et les résultats obtenus dans cette étude (suite)

Construits du modèle théorique de Rogers	Dimensions relatives à chaque construit	Résultats attendus selon Rogers et Greenhalg	Résultats obtenus dans cette étude
Réseaux de diffusion	Mode d'information	Les médias de masse et autres réseaux impersonnels sont importants pour sensibiliser les adoptants à l'innovation. Par contre, les réseaux interpersonnels jouent un rôle clé dans l'adoption d'une innovation.	L'appréciation des rencontres d'équipe ou d'activités de formation pour obtenir de l'information sur l'OC de CH est associé à une plus *faible* ADOPTION de cette nouvelle pratique. L'appréciation du mode électronique pour obtenir de l'information supplémentaire sur l'OC de CH est associé à une plus *faible* intensité de cette pratique.
	Types de *leaders* d'opinion	La présence de *leaders* d'opinion favorables à l'innovation en favorise l'adoption.	Les *leaders* d'opinion considérés comme proches sont associés à une plus grande ADOPTION de cette nouvelle pratique. Les *leaders* d'opinion considérés comme éloignés sont associés à une plus grande intensité de cette pratique
	Type d'agent de changement	La présence d'agents de changement dans l'organisation favorables à l'innovation en favorise l'adoption.	Absence d'association.
	Masse critique	Quand un certain nombre de personnes ont adopté une innovation, elle est plus facile à adopter pour les autres.	Absence d'association.

Tableau 2 Comparaison des résultats attendus avec le modèle de Rogers et les résultats obtenus dans cette étude (suite)

Construits du modèle théorique de Rogers	Dimensions relatives à chaque construit	Résultats attendus selon Rogers et Greenhalg	Résultats obtenus dans cette étude
Réseaux de diffusion	Autres dimensions : Homophilie Exploitation des *leaders* d'opinion Présence de facilitateurs Champions Dissémination formelle	L'adoption d'une innovation est plus facile chez les personnes qui se ressemblent (homophilie). Une innovation s'adopte plus facilement dans une organisation si celle-ci exploite bien ses *leaders* d'opinion, si elle possède des facilitateurs ouverts sur l'extérieur et des champions. Quand la dissémination d'une innovation est planifiée, elle s'adopte plus facilement.	Non évaluées.
Caractéristiques de l'organisation	Mode de décision	Les décisions de type autoritaire peuvent augmenter l'adoption initiale de l'innovation par les individus, mais réduit leur implantation et le maintien de leur utilisation.	Le fait d'accepter volontairement de faire cette nouvelle pratique est associé à une plus grande ADOPTION de cette nouvelle pratique mais une plus *faible* intensité.
	Structure de l'organisation : Définition et description des rôles et tâches Type de structure hiérarchique Existence de normes et procédures	Le nombre de paliers hiérarchiques dans une organisation n'influence pas l'adoption d'une innovation.	La perception positive de la structure de l'organisation est associée à une plus grande rapidité d'adoption de cette nouvelle pratique.
	Relations avec les partenaires : Partenaires de proximité Directions de santé publique, OIIQ et INSPQ	Une innovation est plus facilement adoptée dans une organisation lorsque ses membres ont des contacts avec des partenaires extérieurs ou des activités professionnelles en dehors de l'organisation.	La perception de l'influence de partenaires extérieurs à l'organisation, en particulier les partenaires de proximité (pharmaciens, directions d'école, cliniques médicales), est associée à une plus grande ADOPTION de cette nouvelle pratique.

Tableau 2 Comparaison des résultats attendus avec le modèle de Rogers et les résultats obtenus dans cette étude (suite)

Construits du modèle théorique de Rogers	Dimensions relatives à chaque construit	Résultats attendus selon Rogers et Greenhalg	Résultats obtenus dans cette étude
Caractéristiques de l'organisation	Taille de l'organisation Capacité organisationnelle d'innovation : + Centralisation des décisions + Niveau d'expertise dans l'organisation + Respect des normes et procédures + Interrelation entre les employés + Disponibilité d'échantillons + Disponibilité des médecins + Latitude organisationnelle (locaux, horaire, etc.)	Une innovation est plus facilement adoptée dans les grandes organisations, dans les organisations où les décisions sont moins centralisées, lorsqu'il existe un grand niveau d'expertise et une grande interrelation entre les employés, si les ressources dans l'organisation (latitude organisationnelle) sont ajustables. Le respect des normes et procédures n'influence pas l'adoption d'une innovation.	La perception positive de la capacité organisationnelle d'innovation, en particulier la latitude organisationnelle, est associée à une plus grande ADOPTION de cette nouvelle pratique. La perception positive de la capacité organisationnelle d'innovation est également associée à une plus grande intensité de cette pratique. Une taille plus petite de l'organisation est associée à une plus grande rapidité d'adoption de cette nouvelle pratique.
	Autres dimensions : Latitude de l'administration d'une organisation Nombre d'unités fonctionnelles dans l'organisation Attitude des patrons Ancienneté des patrons Professionnalisme Capacité technique Organisation prête au changement Contexte interne	Une innovation est plus facilement adoptée si l'administration de l'organisation a plus de latitude de gestion, si l'organisation contient de nombreuses unités fonctionnelles, si les patrons sont favorables au changement, si les employés possèdent de bonnes connaissances professionnelles, si l'organisation possède de bonnes ressources techniques, si l'organisation est prête au changement et si son contexte interne est réceptif au changement. L'ancienneté des patrons n'influence pas l'adoption d'une innovation.	Non évaluées.

Tableau 2 Comparaison des résultats attendus avec le modèle de Rogers et les résultats obtenus dans cette étude (suite)

Construits du modèle théorique de Rogers	Dimensions relatives à chaque construit	Résultats attendus selon Rogers et Greenhalg	Résultats obtenus dans cette étude
Autres facteurs liés au modèle	Contexte externe : Remboursement des contraceptifs hormonaux	Une innovation est plus facilement adoptée si le contexte externe à l'organisation est favorable.	Absence d'association.
	Autres dimensions : Stratégie de dissémination Environnement dans lequel sont les organisations Directives politiques	Une innovation est plus facilement adoptée s'il existe des stratégies formelles de dissémination, s'il existe une certaine incertitude dans l'environnement et si les politiques d'implantation sont positives à l'égard de l'innovation.	Non évaluées.
Facteurs externes	Caractéristiques socio-démographiques des répondantes	L'âge n'influence pas l'adoption d'une innovation. Une innovation est plus facilement adoptée si l'adoptant a une plus grande éducation formelle (scolarité), est instruit, a un statut social plus élevé, a une plus grande mobilité sociale, appartient à de grands groupes sociaux.	Absence d'association.
	Statut d'emploi des répondantes		Le statut d'emploi selon un poste permanent à temps plein est associé à une plus grande ADOPTION de cette nouvelle pratique.
	Année de formation en contraception hormonale		Les années de formation avant 2011 sont associées à une plus grande ADOPTION de cette nouvelle pratique (sauf pour 2009), mais à une plus *faible* rapidité d'adoption de cette nouvelle pratique (sauf pour 2010).

Tableau 2 Comparaison des résultats attendus avec le modèle de Rogers et les résultats obtenus dans cette étude (suite)

Construits du modèle théorique de Rogers	Dimensions relatives à chaque construit	Résultats attendus selon Rogers et Greenhalg	Résultats obtenus dans cette étude
Facteurs externes	Statut d'emploi lors de la formation		Absence d'association.
	Type de formation suivie (traditionnelle vs Internet)		Absence d'association.
	Lieu de travail des répondantes		Le fait de travailler dans un CSSS est significativement associé à une plus grande ADOPTION de cette nouvelle pratique. Le fait de travailler dans un groupe de médecine familiale est associé à une plus grande ADOPTION de cette nouvelle pratique, mais cette association n'est pas significative.
	Secteur de pratique des répondantes		Le fait de travailler en clinique jeunesse est associé à une plus grande ADOPTION de cette nouvelle pratique et à son intensité.
	Région socio-sanitaire où les répondantes travaillent		Le fait de travailler dans les régions 01, 02, 04 ou 12 est associé à une plus *faible* intensité de cette nouvelle pratique. Le fait de travailler dans les régions 08, 09, 10, 11, 17, 18 est associé à une plus *faible* rapidité d'adoption de cette nouvelle pratique
Facteurs externes	Adoption de l'OC de CH		L'adoption de l'OC de CH dans une organisation est associée à une plus grande ADOPTION de cette nouvelle pratique.
	Conformité locale de l'OC de CH avec le modèle		Absence d'association.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Norman WV. Induced abortion in Canada 1974-2005: trends over the first generation with legal access. Contraception 2012 Feb;85(2) :185-91.

[2] Institut de la statistique du Québec. Le bilan démographique du Québec. Gouvernement du Québec; 2011 Dec 13.

[3] Institut de la statistique du Québec. L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Institut de la statistique du Québec 2010 November

[4] Gladu FP. Perceived shortage of family doctors in Quebec. Canadian Family Physician 2007;53(11) :1858-60.

[5] Pineault R, Lévesque J-F, Roberge D, Hamel M, Lamarche P, Haggerty J. L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Institut nationale de santé publique du Québec 2008 May.

[6] Gourvernement du Québec. Projet de loi numéro 90, loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Assemblée nationale, Gouvernement du Québec 2002 June Trente-sixième législature Available from : URL : http ://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2002C33F.PDF

[7] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 2007;1-18.

[8] World Health Organization, UNAIDS. Task Shifting: Global Recommendations and Guidelines - Treat, train, retain. World Health Organization 2007.

[9] Janowitz B, Stanback J, Boyer B. Task sharing in family planning. Stud Fam Plann 2012 Mar;43(1) :57-62.

[10] Vaillant HW, Cummins GTM, Richart RM, Barron BA. Insertion of Lippes Loop by nurse-midwives and doctors. British medical journal 1968 Sep 14;3(5619) :671-3.

[11] Jejeebhoy SJ, Kalyanwala S, Zavier AJ, Kumar R, Mundle S, Tank J, Acharya R, Jha N. Can nurses perform manual vacuum aspiration (MVA) as safely and effectively as physicians? Evidence from India. Contraception 2011 Dec;84(6) :615-21.

[12] Farr G, Rivera R, Amatya R. Non-physician insertion of IUDs: Clinical outcomes among TCu380A insertions in three developing-country clinics. Advances in Contraception 1998;14(1) :45-57.

[13] Aziz FA, Osman AA. Safety of intrauterine device insertion by trained nurse-midwives in the Sudan. Advances in Contraception 1999;15(1) :9-14.

[14] Warriner IK, Meirik O, Hoffman M, Morroni C, Harries J, My Huong NT, Vy ND, Seuc AH. Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. The Lancet 2006;368(9551) :1965-72.

[15] Warriner IK, Wang D, Huong NT, Thapa K, Tamang A, Shah I, Baird DT, Meirik O. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. The Lancet 2011;377(9772) :1155-61.

[16] Lassner KJ, Chen CHC, Kropsch LAJ, Oberle MW, Lopes IMN, Morris L. Comparative study of safety and efficacy of IUD insertions by physicians and nursing personnel in Brazil. Bulletin of the Pan American Health Organization 1995;29(3) :206-15.

[17] Eren N, Ramos R, Gray RH. Physicians vs. auxiliary nurse-midwives as providers of IUD services: A study in Turkey and the Philippines. Studies in Family Planning 1983;14(2) :43-7.

[18] Hoke TH, Wheeler SB, Lynd K, Green MS, Razafindravony BH, Rasamihajamanana E, Blumenthal PD. Community-based provision of injectable contraceptives in Madagascar: "task shifting" to expand access to injectable contraceptives. Health policy and planning 2012;27(1) :52-9.

[19] Stanback J, Mbonye AK, Bekiita M. Contraceptive injections by community health workers in Uganda: a nonrandomized community trial. Bulletin of the World Health Organization 2007;85(10) :768-73.

[20] Mullany LC, Lee TJ, Yone L, Lee CI, Teela KC, Paw P, Oo EKS, Maung C, Kuiper H, Masenior NF. Impact of community-based maternal health workers on coverage of essential maternal health interventions among internally displaced communities in Eastern Burma: the MOM project. PLoS medicine 2010;7(8) :e1000317.

[21] Armstrong KA, Stover MA. SMART START: an option for adolescents to delay the pelvic examination and blood work in family planning clinics. Journal of Adolescent Health 1994;15(5) :389-95.

[22] Harper C, Balistreri E, Boggess J, Leon K, Darney P. Provision of hormonal contraceptives without a mandatory pelvic examination: the First Stop demonstration project. Family Planning Perspectives 2001;33(1) :13-8.

[23] Gardner JS, Miller L, Downing DF, Le S, Blough D, Shotorbani S. Pharmacist prescribing of hormonal contraceptives: results of the Direct Access study. Journal of the American Pharmacists association 2008;48(2) :212-21.

[24] Weitz TA, Taylor D, Desai S, Upadhyay UD, Waldman J, Battistelli MF, Drey EA. Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. Am J Public Health 2013 Mar;103(3) :454-61.

[25] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 2009 Aug;1-18.

[26] Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale et de stérilet. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 2012 Nov;1-22.

[27] World Health Organization. Pratical guidance for scaling up health service innovations. World Health Organization 2009.

[28] Groulx S, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives. Santé et services sociaux du Québec 2007.

[29] Éric Tremblay. Les facteurs facilitant et contraignant la collaboration interprofessionnelle médecins-infirmières dans les cliniques-réseau de la Capitale-Nationale. Québec, Canada : Université Laval; 200.

[30] Guilbert ER, Guilbert AC, Risi C, Gendron F, Bérubé J, Charbonneau L, *et al.* Portrait des ordonnances collectives de contraception hormonales adoptées au Québec. Institut nationale de santé publique du Québec 2011.

[31] Rogers EM. Diffusion of innovations. Fifth Edition ed. New-York, NY, USA : Free Press; 2003.

[32] Guilbert ER, Morin D, Guilbert AC, Gagnon H, Robitaille J, Richardson M. Task-shifting in the delivery of hormonal contraceptive methods: Validation of a questionnaire and preliminary results. International Journal of Nursing Practice 2011;17(3) :315-21.

[33] Greenhalg T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. The Milbank Quarterly 2004;82(4) :581-629.

[34] Guilbert ER. Suivi de l'implantation de l'ordonnance collective de contraception hormonale. 2012.

[35] Institut de la statistique du Québec. Interruptions volontaires de grossesse, hystérectomies et stérilisations, par groupe d'âge, Québec 1976-2011. 2013.

[36] Tornatzky LJ, Eveland JD, Boylan MG, Hetzner WA, Johnson EC, Roitman D, *et al.* The process of technological innovation: Reviewing the literature. Washington DC, USA : National Science Foundation; 1983.

[37] Lewis LK, Seibold DR. Innovation modification during intra-organizational adoption. Academy of Management Review 1993;18 :322-54.

[38] Gouvernement du Québec. Loi sur la pharmacie. Québec : Gazette officielle du Québec; 2013. Report No. : 145e année, n° 4.

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE SUR LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LA PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE PAR LES INFIRMIÈRES DU QUÉBEC

QUESTIONNAIRE

Code :
: _____

Bonjour,

Nous vous invitons à répondre à ce questionnaire sur les facteurs qui influencent la pratique infirmière en contraception hormonale au Québec. Avant de commencer de répondre au questionnaire, voici quelques consignes.

Consignes pour répondre au questionnaire :

1. **Si vous n'avez pas suivi la formation en contraception hormonale de l'INSPQ/OIIQ**, ne répondez pas au questionnaire. Renvoyez le questionnaire dans l'enveloppe pré-adressée ou faites-nous le savoir à l'adresse suivante : planningfamilial@inspq.qc.ca.

2. Il est très important de répondre à toutes les questions **SUR LES PAGES RECTO-VERSO** pour assurer la qualité de l'étude. Toutefois, votre participation demeure volontaire.

3. Veuillez répondre aux questions en marquant d'un **X** la réponse qui correspond le mieux à votre opinion ou en **encerclant le chiffre** qui convient le mieux à votre point de vue.

4. À moins d'avis contraire, n'inscrivez qu'**un seul X ou n'encerclez qu'une seule réponse pour chacune des questions posées**.

5. Dans les questions qui suivent, on utilisera l'expression « *formation en contraception hormonale* ». Celle-ci s'applique à la formation en contraception hormonale selon le modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale conçue par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et donnée soit par les agences de la santé et des services sociaux, soit par la formation continue de l'OIIQ, soit en ligne.

6. Dans les questions qui suivent, on utilisera l'expression « *initier la contraception hormonale selon l'ordonnance collective* ». Cette expression réfère au fait d'évaluer l'état de santé de la personne, d'indiquer le contraceptif hormonal approprié choisi par la personne, de donner l'enseignement sur le contraceptif et de remplir le formulaire de liaison en donnant ou non un ou quelques échantillons du contraceptif hormonal.

7. Si vous avez suivi la formation en contraception hormonale et que vous ne pratiquez pas l'initiation de la contraception hormonale selon une ordonnance collective, il est très important que vous remplissiez quand même ce questionnaire. Vous aurez certainement des réponses pertinentes à une majorité de questions.

8. Le terme « cliente » désigne la « femme » ou la « patiente » qui consulte.

9. L'abréviation « NSP » désigne la rubrique « Ne s'applique pas » ou « Ne sait pas ».

10. **Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse**.

11. Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval, numéro d'approbation : 2011-195 / 16-09-2011.

Votre collaboration est vraiment précieuse. Il nous est très important d'avoir votre opinion à titre de professionnelle ou professionnel de la santé puisqu'elle détermine la valeur de cette recherche. **Nous vous remercions grandement de bien vouloir participer à ce projet!**

Édith Guilbert M.D., M.Sc.
Diane Morin Inf., Ph.D.

1. Veuillez inscrire la DATE du jour où vous remplissez le questionnaire : ____/____/ 201_
Jour Mois

2. Quand avez-vous SUIVI LA FORMATION en contraception hormonale pour la première fois? *(Inscrivez le mois et l'année SVP)* Si vous ne vous en souvenez pas, vérifiez l'année inscrite sur votre attestation de formation.

Mois : _____ Année : _____

3. Cette formation était? *(choisir une seule réponse)* ***:***

❒ La formation en salle avec des formateurs

❒ La formation en ligne

4. Quand vous avez suivi la formation en contraception hormonale pour la première fois, étiez-vous? *(choisir une seule réponse)* ***:***

❒ Une infirmière déjà en pratique

❒ Une étudiante en nursing

❒ Autre : Précisez SVP : _____

5. INITIEZ-VOUS la contraception hormonale dans votre pratique?

❒ J'initie la contraception hormonale selon l'ordonnance collective et généralement je remplis le formulaire de liaison.

❒ J'initie la contraception hormonale selon l'ordonnance collective, mais généralement, je ne remplis PAS le formulaire de liaison.

❒ J'initie la contraception hormonale SANS ordonnance collective.

❒ Je n'initie PAS la contraception hormonale (CH). Indiquez pourquoi SVP :

_____

6. Une ordonnance collective de contraception hormonale (OC de CH) a-t-elle été adoptée dans l'établissement où vous travaillez?

❒ Oui ❒ Non

7. Quel est le nom de l'établissement où vous travaillez? *(Nous avons de l'information sur de nombreuses OC de CH adoptées dans la province, nous pourrons ainsi vérifier si celle de votre établissement est identique au modèle provincial ou si elle est restrictive) :*

_____

8. Quand avez-vous INITIÉ LA CONTRACEPTION hormonale POUR LA PREMIÈRE FOIS, <u>de façon autonome</u>, seule dans votre bureau, après la formation? *(Inscrivez le mois et l'année SVP)*

Mois : _____ Année : _____ ☐ Je n'initie pas la CH

9. À COMBIEN DE CLIENTES, DURANT UN MOIS TYPIQUE (*mois sans congé ni vacances)****, initiez-vous la contraception hormonale?***

Nombre de clientes : _____ par mois ☐ Je n'initie pas la CH

10. Questions sur votre opinion concernant les AVANTAGES DE L'INITIATION de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective (Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés) : *Répondre sur une échelle de (0) Totalement en désaccord à (10) Totalement en accord, ou bien (NSP) Ne sait pas, le cas échéant.*

L'initiation par les infirmières de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective :	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
a. Permet de désengorger le système de santé	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
b. Permet de pallier à la pénurie de médecins	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
Permet aux femmes (i.e aux clientes) …												
c. D'être mieux informées sur la contraception que lorsque cela est fait par un médecin	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
d. D'être plus observantes à la contraception (ex. prise régulière de la pilule, moins d'abandons de la méthode, etc.)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
e. D'avoir un meilleur suivi contraceptif	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
f. De pouvoir discuter d'autres problématiques comme des infections transmissibles sexuellement et de la prévention en général	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
g. De moins consulter pour de la contraception d'urgence	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
h. De moins consulter pour des tests de grossesse	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
Permet aux médecins …												
i. D'être mieux soutenus	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
j. De gagner du temps, car l'évaluation de l'infirmière est complète	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

k. De concentrer leurs efforts sur les cas difficiles ou sur les problèmes contraceptifs	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

L'initiation par les infirmières de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective :	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
Permet aux infirmières …												
l. De donner un service beaucoup plus complet	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
m. D'accorder plus de temps aux clientes pour leur expliquer la contraception hormonale	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
n. De faire un meilleur suivi des clientes	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
o. D'avoir un champ de pratique élargi	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
p. D'avoir beaucoup plus d'autonomie professionnelle	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
q. D'être plus satisfaites de leur travail	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

11. Questions sur votre opinion concernant la COMPATIBILITÉ DE L'INITIATION de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective AVEC LE RÔLE et le statut DE L'INFIRMIÈRE : Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés.

L'initiation par les infirmières de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective :	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
a. Correspond bien au rôle de l'infirmière en contraception	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
b. Est facilitatrice pour le travail de l'infirmière	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

c. Permet à l'infirmière d'initier la contraception hormonale dans un cadre légal acceptable	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
d. Améliore l'image de l'infirmière dans l'organisation où elle travaille	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

L'initiation par les infirmières de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective :	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
e. Fait que l'organisation considère davantage la valeur du travail de l'infirmière	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

12. Questions sur les EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES de l'infirmière :

a. J'ai déjà initié la contraception hormonale par le biais d'actes délégués :

❒ Oui ❒ Non

b. J'ai déjà fait du dépannage contraceptif avec des échantillons pharmaceutiques :

❒ Oui ❒ Non

c. J'ai déjà remis des ordonnances de contraceptif hormonal pré-signées par un médecin :

❒ Oui ❒ Non

d. J'ai déjà remis des ordonnances de traitements d'infections transmissibles sexuellement pré-signées par un médecin :

❒ Oui ❒ Non

e. J'ai déjà appliqué d'autres ordonnances collectives ou d'autres actes délégués (pour le traitement du muguet des bébés, suivi de la tension artérielle, par exemple) :

❒ Oui ❒ Non

f. J'ai déjà suivi une ou des formations organisées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) :

❒ Oui ❒ Non

g. J'ai déjà fait des Pap tests (dépistage du cancer du col) :

❒ Oui ❒ Non

h. J'ai déjà fait du dépistage d'ITSS :

❒ Oui ❒ Non

i. J'ai déjà fait la vaccination contre le virus du papillome humain :

❒ Oui ❒ Non

13. Questions sur la COMPLEXITÉ DE L'INITIATION de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective : Choisir une seule réponse.

Question	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
a. Globalement, je considère l'application de l'initiation de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective comme très difficile	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

Questions suivantes : Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés.

Mais encore…

L'initiation par les infirmières de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective EST DIFFICILE À APPLIQUER :	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
b. Parce que cela demande beaucoup d'habiletés sur les sujets relatifs à la sexualité	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
c. Parce que cela demande beaucoup d'habiletés de « counseling »	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

d. Parce que les médecins ne sont pas capables de rendre des plages de rendez-vous disponibles dans les 6 mois qui suivent l'initiation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
e. Parce que les médecins veulent garder cette clientèle	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

Par contre…

L'initiation par les infirmières de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective EST FACILE À APPLIQUER :	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
f. Parce que les médecins doivent signer l'ordonnance collective	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
g. Parce que le Conseil des médecins et dentistes doit l'approuver	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
h. Parce que les pharmaciens font confiance aux infirmières	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
i. Parce que les pharmaciens vérifient la validité de l'ordonnance collective sur le site web de l'Ordre des pharmaciens	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
j. Parce que les pharmaciens sont au courant de l'ordonnance collective de contraception hormonale	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

k. Dans mon milieu de travail, j'ai bénéficié d'un système de marrainage avant d'initier, par moi-même, la contraception hormonale selon l'ordonnance collective :

❒ Oui ❒ Non ❒ Ne s'applique pas

l. Dans mon milieu de travail, j'ai bénéficié d'un bon soutien avant d'initier par moi-même la contraception hormonale selon l'ordonnance collective :

❒ Oui ❒ Non ❒ Ne s'applique pas

14. Questions sur les EFFETS OBSERVABLES DE L'INITIATION de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective : Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés.

IMPORTANT : *Les participantes qui ont répondu à la question 5 :* ***« Je n'initie PAS la contraception hormonale »*** *doivent passer directement à la* ***question 16****.*

J'AI OBSERVÉ CHEZ LES CLIENTES que l'initiation de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective par les infirmières :	Totalement en désaccord										Totalement en accord	Ne sait pas
a. Augmentait le nombre de jeunes qui consultaient pour de la contraception hormonale	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP
b. Réduisait les demandes de tests de grossesse	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP
c. Augmentait les consultations de suivis des méthodes contraceptives	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP
d. Diminuait l'abandon des méthodes contraceptives	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP
e. Augmentait la protection au niveau sexuel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP
f. Aidait à l'épanouissement sexuel	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP
g. Augmentait la satisfaction des jeunes suite au service reçu par l'infirmière	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP
h. Diminuait le nombre de consultations liées à la contraception pour une même cliente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	NSP

J'AI ÉGALEMENT OBSERVÉ que l'initiation de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective par les infirmières :												
i. Amenait un sentiment de travail accompli chez l'infirmière	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
j. Amenait la population à être mieux informée	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
k. Rendait l'organisation plus efficiente	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

15. Questions sur les VARIANTES DE PRATIQUE de l'initiation de la contraception hormonale :

a. Il m'est déjà arrivé de ré-initier la contraception hormonale (par exemple : quand le délai de 6 mois est expiré et que la cliente ne peut pas avoir de rendez-vous chez le médecin) :

❒ Oui ❒ Non ❒ Ne s'applique pas

b. Je remets régulièrement des échantillons pharmaceutiques aux clientes à qui j'initie la contraception hormonale selon l'ordonnance collective :

❒ Oui ❒ Non ❒ Ne s'applique pas

c. Je remets des ordonnances de contraceptif hormonal pré-signées par un médecin et ce, même si mon établissement possède l'ordonnance collective de contraception hormonale :

❒ Oui ❒ Non ❒ Ne s'applique pas

d. Si une cliente présente des effets secondaires suite à l'initiation d'un contraceptif hormonal selon l'ordonnance collective, je change son contraceptif sans nécessairement réinitier :

❒ Oui ❒ Non ❒ Ne s'applique pas

e. Certaines clientes m'ont avisée que des pharmaciens chargeaient des frais supplémentaires quand ils délivraient un contraceptif hormonal suite à la remise du formulaire de liaison :

❒ Oui ❒ Non ❒ Ne s'applique pas

f. Je suis au courant du fait que certaines clientes « magasinent » d'un CSSS à un autre pour obtenir des ré-initiations de contraception hormonale par des infirmières :

❒ Oui ❒ Non ❒ Ne s'applique pas

g. Il est déjà arrivé qu'une de mes clientes se voie REFUSER, par le pharmacien, le contraceptif hormonal inscrit sur le formulaire de liaison :

❒ Oui ❒ Non ❒ Ne s'applique pas

Si oui, indiquez la raison du refus : _____

h. Il est déjà arrivé qu'une de mes clientes se voie MODIFIER, par le pharmacien, le contraceptif hormonal inscrit sur le formulaire de liaison :

❒ Oui ❒ Non ❒ Ne s'applique pas

Si oui, indiquez la raison de la modification si vous la connaissez :

_____

16. Questions sur L'ORGANISATION OU L'ÉTABLISSEMENT dans lequel vous travaillez : Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés.

	Totalement en désaccord										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
a. Mon implication quant à l'initiation de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective est tout à fait volontaire (non imposée)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
b. J'ai commencé à initier la contraception hormonale selon une ordonnance collective parce que les autres infirmières le faisaient	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
c. Il n'est pas obligatoire pour moi d'initier la contraception hormonale selon l'ordonnance collective, même si elle est acceptée dans mon organisation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

d. L'établissement ou l'organisation qui m'emploie possède des médecins qui peuvent ou ont pu adopter des ordonnances collectives :

❒ Oui ❒ Non

e. L'établissement ou l'organisation qui m'emploie possède une clinique jeunesse désignée comme telle :

❒ Oui ❒ Non

f. Dans l'établissement ou l'organisation qui m'emploie, je travaille au sein d'une équipe multidisciplinaire :

❒ Oui ❒ Non

g. L'initiation de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective a été incluse dans mes tâches, et ce (cochez une seule réponse SVP) :

❒ SANS ajout de temps ou de ressources;
❒ AVEC ajout de temps et/ou de ressources;
❒ Ne s'applique pas parce que je n'initie pas la contraception hormonale selon l'ordonnance collective.

Pour les questions suivantes, ***choisir une seule réponse pour chacun des énoncés***.

Questions sur VOS TÂCHES	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
h. La priorisation des tâches de l'infirmière par mon organisation m'empêche d'initier la contraception hormonale	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
i. L'abondance de mes tâches m'empêche d'initier la contraception hormonale	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
j. L'établissement ou l'organisation qui m'emploie comporte de nombreux paliers d'autorité (i.e., plusieurs niveaux de patrons)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
k. L'initiation de la contraception hormonale nécessite de faire une très bonne évaluation de la cliente	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
l. L'initiation de la contraception hormonale nécessite d'avoir une liste de contraceptifs hormonaux parfaitement à jour	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

m. Pour les soins en général, l'établissement ou l'organisation qui m'emploie accepte la clientèle de son territoire seulement ou la clientèle inscrite :

❒ Oui ❒ Non

n. L'établissement ou l'organisation qui m'emploie a des heures d'ouverture limitées aux heures de bureau (8 :00 à 17 :00 heures) :

❒ Oui ❒ Non

17. Questions sur les PERSONNES OU ORGANISATIONS EXTÉRIEURES à votre établissement qui influencent l'application de l'ordonnance collective de contraception hormonale : Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés.

Dans ma région, les personnes ou organisations suivantes FACILITENT l'initiation de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective par les infirmières :	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
a. Les pharmaciens	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
b. Les directions d'école	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
c. Les cliniques médicales privées	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
d. La direction de santé publique	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
e. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
f. L'Institut national de santé publique du Québec	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

18. Questions sur L'ORGANISATION INTERNE de votre établissement :

a. Combien d'employés, approximativement, travaillent dans votre établissement ou organisation :

❒ Moins de 50 ❒ De 50 à 300 ❒ plus de 300

Questions suivantes : (Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés) :

Dans l'établissement ou l'organisation où je travaille :	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
b. Les employés participent très fréquemment à la prise des décisions	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
c. Plusieurs personnes ont une grande expertise en contraception hormonale	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
d. Les employés respectent toujours les normes et procédures de l'organisation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

Dans l'établissement ou l'organisation où je travaille :	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	
e. Les locaux sont toujours disponibles aux infirmières pour faire de la consultation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
f. Les échantillons pharmaceutiques de contraceptifs hormonaux sont toujours disponibles lors de consultations	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
g. Les médecins sont suffisamment disponibles	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
h. Le nombre d'infirmières est tout à fait suffisant	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
i. L'isolement professionnel est présent	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
j. Les ressources cléricales sont suffisantes	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
k. Les plages horaires « infirmières » sont suffisantes pour faire le travail d'initiation de la contraception hormonale	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

19. Questions sur les RÉSEAUX DE DIFFUSION de l'initiation de la contraception hormonale selon une ordonnance collective :

a. Comment avez-vous été informée, pour la première fois, de l'initiation de la contraception hormonale par les infirmières selon une ordonnance collective? (**Ne cocher qu'une SEULE réponse SVP**)

❒ Par la voie du bouche-à-oreille ou de discussion avec des collègues (ex. autre infirmière, DSI, etc.)
❒ Lors d'une rencontre d'équipe ou une rencontre mensuelle d'infirmières
❒ Par un formulaire d'inscription à une activité de formation
❒ Lors d'une activité de formation (ex. Formation OIIQ ou INSPQ)
❒ Lors de mon orientation en clinique jeunesse ou au SIPPE
❒ Par un journal (ex. journal infirmière) ou une revue
❒ Par la radio ou la télévision
❒ Autres (spécifier S.V.P.) : _____

b. Qui vous a parlé de l'ordonnance collective de contraception hormonale pour la première fois? (Ne cocher qu'une **SEULE** réponse SVP)

❒ un ou une médecin dans mon milieu de travail;
❒ un ou une collègue infirmière ou une conseillère en soins;
❒ un ou une gestionnaire (supérieur(e) immédiat(e), assistante en soins, responsable des soins infirmiers, directrice des soins infirmiers);
❒ un ou une formatrice lors d'une activité de formation;
❒ un ou une agente de promotion ou médecin en santé publique;
❒ un ou une représentante pharmaceutique;
❒ l'OIIQ;
❒ autres (Précisez S.V.P.) : _____

c. Qu'est-ce qui vous a permis d'en savoir davantage sur l'ordonnance collective de contraception hormonale? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

❒ le bouche-à-oreille;
❒ un ou des contacts individuels avec une ou des personnes qui connaissaient l'ordonnance collective de contraception hormonale;
❒ une ou des rencontres d'équipe;
❒ une ou des activités de formation;
❒ un ou des journaux et revues;
❒ un ou des sites Internet;
❒ autres (Précisez S.V.P.) : _____

d. De quelle manière aimez-vous le plus recevoir de l'information concernant l'ordonnance collective en contraception hormonale? (Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent)

❒ Par des rencontres d'équipe
❒ Par des activités de formation
❒ Par courriels
❒ Par des revues ou des périodiques
❒ Par des dépliants
❒ Par des sites Internet
❒ Autres (Précisez S.V.P.) : _____

e. Connaissez-vous le site Internet www.inspq.qc.ca/contraception?

❒ Oui ❒ Non

f. Connaissez-vous le Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang publié par le MSSS en 2008?
http ://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-317-03.pdf

❒ Oui ❒ Non

20. Questions sur les PERSONNES QUI ONT SENSIBILISÉ les infirmières à l'initiation de la contraception hormonale selon une ordonnance collective : Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés.

Les personnes ou organisations suivantes ont INFLUENCÉ POSITIVEMENT MON ATTITUDE face à l'initiation de la contraception hormonale selon une ordonnance collective :	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
a. Les organismes de Santé publique (INSPQ, DSP)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
b. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
c. Les collègues infirmières de mon organisation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
d. Les gestionnaires de mon organisation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
e. Des médecins extérieurs à mon organisation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
f. Des collègues infirmières extérieures à mon organisation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
g. Les représentants pharmaceutiques	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

21. Questions sur les personnes qui ont fait en sorte que l'initiation de la contraception hormonale par les infirmières selon une ordonnance collective soit MISE EN APPLICATION : Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés.

Les personnes suivantes de mon organisation ONT DÉCLENCHÉ la mise en application de l'initiation de la contraception hormonale selon une ordonnance collective dans mon milieu :	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
a. Les médecins en général	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
b. Les médecins jeunesse	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
c. Les chefs de programme	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
d. Les agents de santé publique appartenant à l'organisation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
e. Le président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de mon organisation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
f. La directrice des soins infirmiers de mon organisation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
g. Les pharmaciens de mon organisation	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

22. Questions sur vos CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES : Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés.

Quand je fais mon travail d'infirmière	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
a. J'ai une grande confiance en moi	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
b. Je suis toujours empathique (i.e. je me place toujours dans la peau de mes clientes)	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
c. Je fais toujours preuve d'engagement	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

d. Je suis parfaitement capable de gérer mon temps	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
e. Je fais toujours preuve de souplesse	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

Quand je fais mon travail d'infirmière	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
f. Je suis très débrouillarde	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
g. Je n'hésite jamais à me remettre en question	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
h. Je suis très polyvalente	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
i. Je suis très à l'aise avec la sexualité	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
j. J'évite toujours les jugements de valeur	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
k. Je suis de nature fataliste	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
l. Je gère l'incertitude avec une grande difficulté	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

23. Questions sur vos CARACTÉRISTIQUES COMMUNICATIONNELLES en lien avec l'initiation de la contraception hormonale selon une ordonnance collective : Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés.

Quand je fais mon travail d'infirmière	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
a. J'ai une très grande écoute	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
b. Je crée toujours un lien de confiance avec mes clientes	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
c. Je connais parfaitement ce que je communique	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
d. Je vais toujours chercher de l'information utile pour mon travail	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

e. Je donne toujours de l'information à mes clientes et à mon entourage	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
f. Je valide toujours ce que la cliente comprend	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
g. J'utilise toujours un vocabulaire approprié et adapté à la cliente	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

24. Questions sur vos RÉSEAUX DE COMMUNICATION : Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés.

Dans ma vie de tous les jours	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
a. J'ai un grand réseau de contacts	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
b. Je voyage régulièrement en dehors de ma région	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
c. L'Internet occupe une grande place dans ma vie	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

25. AUTRES facteurs : Choisir une seule réponse pour chacun des énoncés.

Les facteurs suivants FACILITENT l'initiation de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective, par les infirmières	**Totalement en désaccord**										**Totalement en accord**	**Ne sait pas**
a. Le remboursement des contraceptifs hormonaux par le gouvernement	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP
b. Le remboursement des contraceptifs hormonaux par les assurances privées	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	NSP

26. Questions sur la SATISFACTION de l'infirmière à l'égard de cette nouvelle pratique :

Sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait(e)) à 100 % (totalement satisfait(e)) :

a. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e) d'AVOIR ACQUIS LE DROIT DE PRATIQUER l'initiation de la contraception hormonale selon une OC de CH dans votre vie professionnelle?

_____ *%* ❒ Ne s'applique pas

b. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e) de PRATIQUER l'initiation de la contraception hormonale selon une OC de CH dans votre travail?

_____ *%* ❒ Ne s'applique pas

27. Caractéristiques SOCIODÉMOGRAPHIQUES :

a. Quel âge avez-vous?

_____ ans

b. Êtes-vous mariée actuellement? (Choisir une SEULE réponse SVP)

❒ Oui
Si NON, choisir une autre réponse :
❒ Je ne me suis jamais mariée
❒ Je suis séparé(e), divorcé(e)(e) ou veuve (veuf)

c. Vivez-vous avec un(e) conjoint(e)? (Choisir une SEULE réponse SVP)

❒ Oui
❒ Non

d. Quel est votre plus haut degré de scolarité obtenu? (Choisir une SEULE réponse SVP)

❒ Collège technique/cégep
❒ Certificat universitaire de 1er cycle
❒ Diplôme universitaire de 1er cycle (baccalauréat)
❒ Diplôme universitaire de 2e ou 3e cycle (maîtrise, doctorat)

e. Travaillez-vous actuellement? (Choisir une SEULE réponse SVP)

❒ Oui, à temps PARTIEL (temporaire ou permanent)
❒ Oui, à temps PLEIN temporaire
❒ Oui, à temps PLEIN permanent
❒ Non, en congé temporaire, à la retraite ou absente du marché du travail

f. Quel type de lieu de travail vous emploie? (Choisir une SEULE réponse SVP : le lieu de travail où vous avez travaillé le plus d'heures dans la dernière année OU BIEN où vous travaillez depuis le plus longtemps)

- ❒ Groupe de médecine familiale (GMF et GMF-UMF)
- ❒ Clinique médicale privée ou dispensaire
- ❒ Centre de santé et de services sociaux (CSSS ou CLSC)
- ❒ Centre hospitalier de courte durée
- ❒ Agence de Santé et de Services sociaux
- ❒ Direction régionale de santé publique
- ❒ Établissement scolaire (école, Cégep, université)
- ❒ Autre (précisez SVP) : _____
- ❒ Ne s'applique pas

g. Quel est votre secteur de pratique? (Choisir une SEULE réponse SVP : le secteur de travail où vous avez travaillé le plus d'heures dans la dernière année OU BIEN où vous travaillez depuis le plus longtemps)

- ❒ Clinique jeunesse ou clinique santé jeunesse
- ❒ Milieu scolaire
- ❒ Soins courants, consultations externes générales, centre ambulatoire
- ❒ Périnatalité ou SIPPE
- ❒ Clinique de planning familial
- ❒ Programme de santé publique
- ❒ Multi-clientèles ou équipe volante
- ❒ Autre (précisez SVP) : _____
- ❒ Ne s'applique pas

h. Dans quelle région socio-sanitaire travaillez-vous? (Choisir une SEULE réponse : la région de votre travail principal. Si vous n'êtes pas sur le marché du travail, indiquer votre région de résidence)

- ❒ Région 01 – Bas-Saint-Laurent
- ❒ Région 02 – Sagnenay–Lac-Saint-Jean
- ❒ Région 03 – Capitale nationale
- ❒ Région 04 – Mauricie et Centre-du-Québec
- ❒ Région 05 – Estrie
- ❒ Région 06 – Montréal
- ❒ Région 07 – Outaouais
- ❒ Région 08 – Abitibi-Témiscamingue
- ❒ Région 09 – Côte-Nord
- ❒ Région 10 – Baie-James
- ❒ Région 11 – Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
- ❒ Région 12 – Chaudière-Appalaches
- ❒ Région 13 – Laval
- ❒ Région 14 – Lanaudière
- ❒ Région 15 – Laurentides
- ❒ Région 16 – Montérégie
- ❒ Région 17 – Nunavik
- ❒ Région 18 – Terres-Cries de la Baie -James

i. Avez-vous besoin de formation supplémentaire dans les domaines suivants (cochez TOUTES les cases appropriées) :

- ❒ Avortement
- ❒ Grossesse à l'adolescence
- ❒ Contraception en général
- ❒ Contraception hormonale
- ❒ ITSS
- ❒ Dépistage du cancer du col
- ❒ Vaccination contre le virus du papillome humain (VPH)
- ❒ Autre : précisez SVP : _____

_____

FACULTATIF : Si vous avez des commentaires concernant cette étude ou tout autre sujet relatifs à l'initiation de la contraception hormonale selon l'ordonnance collective, vous pouvez les inscrire ici :

_____

_____

_____

Merci beaucoup d'avoir rempli ce questionnaire jusqu'à la fin!!!

ANNEXE 2

TAUX DE RÉPONSE PAR RÉGION

TAUX DE RÉPONSE PAR RÉGION

Régions	Nombre d'infirmières ayant suivi la formation traditionnelle	Nombre d'infirmières ayant suivi la formation en ligne	Nombre total sollicité	Nombre reçu	% de réponse
1	81	26	107	27	25,2
2	111	29	140	40	28,6
3	258	145	403	80	19,6
4	165	43	208	53	25,5
5	149	10	159	30	18,9
6	535	63	598	140	23,4
7	103	22	125	26	20,8
8	66	11	77	28	36,4
9	140	15	155	30	19,4
11	51	8	59	19	32,2
12	139	83	222	57	25,6
13	78	32	110	31	28,2
14	148	46	194	55	28,4
15	21	42	63	15	23,8
16	289	75	364	98	26,9
10, 17, 18	75	7	82	16	19,5
TOTAL	2148	657	2805*	745	26,6

* 2 805 infirmières sollicitées = 3 043 personnes sollicitées – [134 personnes non éligibles + 104 personnes ayant une mauvaise adresse].

ANNEXE 3

RÉSULTATS DÉTAILLÉS RELATIFS À LA PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION

RÉSULTATS DÉTAILLÉS RELATIFS À LA PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

3.2.1 RÉGRESSION LOGISTIQUE BINOMIALE AVEC FACTEURS EXTERNES SEULEMENT		
Taille de l'échantillon	n = 745	
Nombre total de variables dans le modèle	12 variables indépendantes correspondant aux facteurs externes	
Nombre de variables retenues dans le modèle	5 variables indépendantes	
Valeur du Pseudo R^2 de Nagelkerke	$R^2 = 0,407$	
Test de Hosmer-Lemeshow	χ^2 (8 ddl) = 6,869, p = 0,551	
Taux de bonnes prédictions	Le taux de bonnes prédictions du modèle estimé est de 74,8 %. Le modèle estimé discrimine relativement bien les infirmières qui initient la contraception hormonale (taux de bonnes prédictions = 81 %) de celles qui n'initient pas la pratique (taux de bonnes prédictions = 66,4 %).	
Type de variables retenues :	**Détails de la variable**	**Seuil de signification**
Le fait d'avoir adopté l'OC de CH dans l'organisation de soins de santé	Les infirmières qui travaillent dans un établissement ayant adopté l'OC de CH ont 12 fois plus de chances de faire cette pratique que celles qui travaillent dans un établissement qui n'a pas adopté l'OC de CH	$p < 0,001$
Le secteur de pratique	Les infirmières qui travaillent dans les cliniques jeunesse ont 4 à 50 fois plus de chances de faire cette pratique que si elles travaillent : en milieu scolaire (RC = 0,24), en consultations externes (RC = 0,05), en périnatalité (RC = 0,04), en planning familial (RC = 0,10), en santé publique (RC = 0,07), en équipe volante (RC = 0,04) ou dans d'autres secteurs (0,02). Parmi les secteurs les plus propices à cette pratique, en dehors de celui des cliniques jeunesse, citons les cliniques en milieu scolaire, les cliniques de planning familial et les secteurs impliqués dans des programmes de santé publique.	$p < 0,001$
Le milieu de travail	Les infirmières travaillant dans les groupes de médecine familiale ont deux fois plus de chance de faire cette pratique que celles en CSSS (RC = 2,14), mais cette association n'est pas significative. En ce qui a trait aux infirmières travaillant dans les hôpitaux (RC = 0,29), les écoles (cégeps, universités, écoles privées) (RC = 0,66) ou les centres jeunesse, ou autres établissements) (RC = 0,66), elles ont 1,5 à 3,5 fois moins de chance de faire cette pratique que celles qui évoluent en CSSS.	p = 0,085 p = 0,030 p = 0,50 p = 0,544
L'année de formation en contraception hormonale	Les infirmières ayant reçu leur formation durant les quatre années précédant 2011 ont significativement plus de chances de faire cette pratique que celles formées en 2011, sauf pour celles formées en 2009.	P variant de < 0,01 à 0,04 p = 0,090
Le statut d'emploi	En comparaison avec les infirmières occupant un poste à temps partiel, seules celles occupant un poste permanent à temps plein ont 53 % plus de chance d'initier la contraception hormonale.	p = 0,050

3.2.2 RÉGRESSION LOGISTIQUE BINOMIALE AVEC FACTEURS DU MODÈLE DE ROGERS ET FACTEURS EXTERNES		
Taille de l'échantillon	n = 423 Échantillon volontairement restreint aux infirmières qui travaillent dans un établissement ayant adopté l'OC de CH car la variable *Adoption d'une OC de CH dans l'établissement où vous travaillez* capturait l'essentiel de la variance	
Nombre total de variables dans le modèle	30 variables - soit les 24 variables représentant les dimensions émergeant du modèle théorique de Rogers ainsi que six facteurs externes (les 4 retrouvés significatifs dans la première analyse (2.1) [à l'exception du fait d'adopter ou non l'OC de CH], ainsi que la région socio-sanitaire où travaille l'infirmière qui s'était avérée significative dans une analyse complémentaire et le remboursement des contraceptifs hormonaux, facteur connexe aux dimensions de Rogers)	
Nombre de variables retenues dans le modèle	7 variables indépendantes	
Valeur du Pseudo R^2 de Nagelkerke	$R^2 = 0,312$	
Test de Hosmer-Lemeshow	χ^2 (8 ddl) = 3,621, p = 0,890	
Taux de bonnes prédictions	Le taux de bonnes prédictions du modèle estimé est de 88,9 %. En se sens, le modèle estimé discrimine relativement bien les infirmières qui initient la contraception hormonale (taux de bonnes prédictions = 98,9 %) de celles qui n'initient pas la pratique (taux de bonnes prédictions = 25,9 %).	
Variables retenues :	**Détails de la variable**	**Seuil α**
Le secteur de pratique	Les infirmières qui travaillent dans les cliniques jeunesse ont 2,3 à 12 fois plus de chances de faire cette pratique que si elles travaillent en milieu scolaire ou dans d'autres secteurs.	p = 0,459 p = 0,017
L'appréciation de rencontres d'équipe/ activités de formation pour obtenir info suppl. sur l'OC de CH (mode d'information)	Lorsque les infirmières disent aimer recevoir de l'information supplémentaire concernant l'OC de CH lors de rencontres d'équipe ou d'activités de formation, elles sont 3,6 fois *moins* portées à initier la contraception hormonale.	p = 0,002
Les relations avec les partenaires extérieurs à l'établissement	Les infirmières qui perçoivent une influence des professionnels et des organisations extérieures à l'établissement sur l'application de l'OC de CH ont 28 % plus de chances de faire cette pratique que celles qui ne perçoivent pas cette influence. Parmi les professionnels et organisations extérieurs, les partenaires de proximité (pharmaciens, directions d'école, cliniques médicales) semblent être plus influents.	p = 0,008 p = 0,086
La capacité organisationnelle d'innovation de l'établissement	Les infirmières qui travaillent dans un établissement dont la capacité d'innovation est perçue comme élevée ont 24 % plus de chances de faire cette pratique que celles qui travaillent dans un établissement dont la capacité d'innovation est perçue comme faible.	p = 0,045
Le cosmopolitisme	Les infirmières qui se perçoivent ouvertes sur le monde extérieur (cosmopolitisme) ont 20 % plus de chances de faire cette nouvelle pratique que les infirmières qui n'ont pas ces caractéristiques de cosmopolitisme. Parmi les éléments de cosmopolitisme, aucun en particulier ne semble ressortir comme influent.	p = 0,039
La complexité	Les infirmières qui perçoivent cette nouvelle pratique comme difficile ont 13 % *moins* de chances de faire cette pratique que celles qui perçoivent cette pratique comme facile.	p = 0,049
Le mode de décision quant à la pratique de l'initiation de l'OC de CH	Lorsque les infirmières estiment que la décision de faire cette nouvelle pratique est volontaire, elles ont 9 % plus de chances de la faire.	p = 0,071

Analyse complémentaire

3.2.3 RÉGRESSION LOGISTIQUE BINOMIALE AVEC FACTEURS DU MODÈLE DE ROGERS SEULEMENT		
Taille de l'échantillon	n = 436 Échantillon volontairement restreint aux infirmières qui travaillent dans un établissement ayant adopté l'OC de CH car la variable *Adoption d'une OC de CH dans l'établissement où vous travaillez* capturait l'essentiel de la variance	
Nombre total de variables dans le modèle	24 variables représentant les dimensions émergeant du modèle théorique de Rogers	
Nombre de variables retenues dans le modèle	4 variables indépendantes	
Valeur du Pseudo R^2 de Nagelkerke	$R^2 = 0,186$	
Test de Hosmer-Lemeshow	χ^2 (8 ddl) = 2,644, p = 0,955	
Taux de bonnes prédictions	Le taux de bonnes prédictions du modèle estimé est de 85,6 %. En se sens, le modèle estimé discrimine relativement bien les infirmières qui initient la contraception hormonale (taux de bonnes prédictions = 98,6 %) de celles qui n'initient pas la pratique (taux de bonnes prédictions = 12,1 %).	
Type de variables retenues :	**Détails de la variable**	**Seuil de signification**
L'appréciation des rencontres d'équipe ou d'activités de formation pour obtenir de l'information supplé mentaire sur l'OC de CH (mode d'information)	Lorsque les infirmières disent aimer recevoir de l'information supplémentaire concernant l'OC de CH lors de rencontres d'équipe ou d'activités de formation, elles sont 3,8 fois *moins* portées à initier la contraception hormonale.	$p < 0,001$
La capacité organisationnelle d'innovation de l'établissement	Les infirmières qui travaillent dans un établissement dont la capacité d'innovation est perçue comme élevée ont 31 % plus de chances de faire cette pratique que celles qui travaillent dans un établissement dont la capacité d'innovation est perçue comme faible. Deux éléments sont significativement associés à une plus grande pratique de l'initiation de la contraception hormonale : une plus faible centralisation des décisions et une plus grande latitude organisationnelle (locaux disponibles, nombre suffisant d'infirmières, nombre de plages « infirmières » disponibles pour faire le travail d'initiation de la contraception hormonale et faible isolement professionnel).	p = 0,005 p = 0,003 p = 0,008
La complexité de cette nouvelle pratique	Les infirmières qui perçoivent cette nouvelle pratique comme difficile ont 22 % *moins* de chances de faire cette pratique que celles qui perçoivent cette pratique comme facile.	$p < 0,001$
Les *leaders* d'opinion ou personnes qui ont sensibilisé les infirmières à cette nouvelle pratique	Les infirmières qui se sont senties fortement influencées par des *leaders* d'opinion ont près de 20 % plus de chances de faire cette pratique que celles qui n'ont pas ressenti cette influence. Parmi les *leaders* d'opinion, les plus influents sont les *leaders* proches tels que les collègues infirmières et les gestionnaires de l'organisation où travaillent les infirmières.	p = 0,022 $p < 0,001$

ANNEXE 4

RÉSULTATS DÉTAILLÉS RELATIFS À L'INTENSITÉ DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION

L'INTENSITÉ DE LA PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

3.3.1 RÉGRESSION LINÉAIRE MULTIPLE (MCO) AVEC FACTEURS DU MODÈLE DE ROGERS ET FACTEURS EXTERNES		
Taille de l'échantillon	n = 362 Échantillon volontairement restreint aux infirmières échantillonnées qui initiaient la contraception hormonale dans un établissement ayant adopté l'OC de CH	
Nombre total de variables dans le modèle	44 variables - soit les 30 variables représentant les dimensions émergeant du modèle théorique de Rogers ainsi que 14 facteurs externes (correspondant au 4 facteurs retrouvés significatifs dans la première analyse (2.1) [à l'exception du fait d'adopter ou non l'OC de CH], ainsi que la région socio-sanitaire où travaille l'infirmière, variable qui s'était avérée significative dans une analyse complémentaire, et le remboursement des contraceptifs hormonaux, facteur connexe aux dimensions de Rogers)	
Nombre de variables retenues dans le modèle	7 variables indépendantes	
Valeur du R^2 ajusté	R^2 ajusté = 0,425	
Type de variables retenues :	**Détails de la variable**	**Seuil de signification**
Le secteur de pratique	Les infirmières qui travaillent dans des secteurs de pratique autres que les cliniques jeunesse ou le milieu scolaire initient *moins* fréquemment la contraception hormonale.	$p < 0,001$
La réinvention	Les infirmières qui ont développé ou sont au courant de variantes nouvelles de la pratique de contraception hormonale initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui n'ont pas développé ou ne sont pas au courant de ces variantes. Parmi les variantes de la pratique qui ont une influence, citons : - le fait de réinitier la contraception hormonale lorsqu'une femme n'a pas pu rencontrer un médecin dans le délai prescrit, - la modification du contraceptif inscrit sur le formulaire de liaison par le pharmacien, - la remise d'échantillons pharmaceutiques aux clientes à qui l'infirmière initie la contraception hormonale.	$p < 0,001$ $p = 0,002$ $p = 0,002$ $p = 0,002$
L'observabilité	Les infirmières qui notent des effets observables de l'OC de CH initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui n'observent pas ces effets. Parmi les effets observables, un seul ressort, soit l'augmentation du nombre de jeunes qui consultent pour la contraception hormonale.	$p < 0,001$ $p < 0,025$
La capacité organisationnelle d'innovation	Les infirmières qui travaillent dans un établissement dont la capacité d'innovation est perçue comme élevée initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui travaillent dans un établissement dont la capacité d'innovation est perçue comme faible.	$p = 0,001$
Les expériences antérieures	Les infirmières ayant eu des expériences antérieures qui ressemblent à l'OC de CH initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui n'ont pas eu ces expériences. Parmi les expériences antérieures, une semble avoir une influence : le fait d'avoir déjà remis des ordonnances de traitement d'infections transmissibles sexuellement pré-signées par des médecins.	$p = 0,011$ $p = 0,001$

3.3.1 RÉGRESSION LINÉAIRE MULTIPLE (MCO) AVEC FACTEURS DU MODÈLE DE ROGERS ET FACTEURS EXTERNES (SUITE)		
L'appréciation du mode électronique pour obtenir info suppl. sur l'OC de CH (mode de diffusion)	Lorsque les infirmières disent aimer recevoir de l'information supplémentaire concernant l'OC de CH par voie électronique, elles initient la contraception hormonale *moins* fréquemment que celles préférant d'autres modes d'obtention de l'information.	p = 0,010
La région de travail de l'infirmière	Les infirmières travaillant dans les régions 01, 02, 03, 04 et 12 initient la contraception hormonale *moins* fréquemment que les infirmières des autres régions.	p = 0,016

Analyse complémentaire

3.3.2 RÉGRESSION LINÉAIRE MULTIPLE (MCO) AVEC FACTEURS DU MODÈLE DE ROGERS SEULEMENT		
Taille de l'échantillon	n = 367 Échantillon volontairement restreint aux infirmières échantillonnées qui initiaient la contraception hormonale dans un établissement ayant adopté l'OC de CH	
Nombre total de variables dans le modèle	30 variables représentant les dimensions émergeant du modèle théorique de Rogers	
Nombre de variables retenues dans le modèle	6 variables indépendantes	
Valeur du R^2 ajusté	R^2 ajusté = 0,279	
Type de variables retenues :	**Détails de la variable**	**Seuil de signification**
La réinvention	Les infirmières qui ont développé de nouvelles variantes de la pratique de l'initiation de la contraception hormonale ou sont au courant de certaines variantes initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui n'ont pas développé ou ne sont pas au courant de ces variantes. Parmi les variantes de la pratique qui ont une influence, citons : - le fait de réinitier la contraception hormonale lorsqu'une femme n'a pas pu rencontrer un médecin dans le délai prescrit, - la remise d'échantillons pharmaceutiques aux clientes à qui l'infirmière initie la contraception hormonale et - la modification par le pharmacien du contraceptif inscrit sur le formulaire de liaison.	$p < 0,001$ $p < 0,001$ $p < 0,001$ $p = 0,001$
L'observabilité	Les infirmières qui notent des effets observables de l'OC de CH initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui n'observent pas ces effets. Parmi les effets observables, les plus influents sont les suivants : - l'augmentation du nombre de jeunes qui consultent pour la contraception hormonale et - l'augmentation de la protection au niveau sexuel.	$p < 0,001$ $p < 0,001$ $p = 0,008$
La complexité	Les infirmières qui perçoivent cette nouvelle pratique comme difficile initient moins fréquemment la contraception hormonale que celles qui perçoivent cette pratique comme facile.	$p = 0,004$
Le mode de décision quant à faire ou non la pratique de l'initiation de l'OC de CH	Lorsque les infirmières estiment que la décision de faire cette nouvelle pratique est volontaire, elles initient *moins* la contraception hormonale.	$p = 0,002$
Les *leaders* d'opinion ou personnes qui ont sensibilisé les infirmières à cette nouvelle pratique	Les infirmières qui se sentent fortement influencées par des *leaders* d'opinion initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles qui ne sentent pas cette influence. Parmi les *leaders* d'opinion, les plus influents sont les *leaders* éloignés, tels que les médecins et collègues infirmières extérieurs à l'organisation où travaillent les infirmières ainsi que les représentants pharmaceutiques.	$p = 0,015$ $p = 0,020$
Le marrainage et le soutien	Les infirmières qui disent avoir bénéficié d'un bon soutien avant d'initier la contraception hormonale initient plus fréquemment la contraception hormonale que celles n'ayant pas bénéficié de soutien ou de marrainage.	$p = 0,034$

ANNEXE 5

RÉSULTATS DÉTAILLÉS RELATIFS À LA RAPIDITÉ DE LA MISE EN PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

LA RAPIDITÉ DE LA MISE EN PRATIQUE DE L'INITIATION DE LA CONTRACEPTION HORMONALE

3.4.1 RÉGRESSION LINÉAIRE MULTIPLE (MCO) AVEC FACTEURS DU MODÈLE DE ROGERS ET FACTEURS EXTERNES		
Taille de l'échantillon	n = 362 Échantillon volontairement restreint aux infirmières échantillonnées qui initiaient la contraception hormonale dans un établissement ayant adopté l'OC de CH	
Nombre total de variables dans le modèle	44 variables - soit les 30 variables représentant les dimensions émergeant du modèle théorique de Rogers ainsi que 14 facteurs externes (correspondant au 4 facteurs retrouvés significatifs dans la première analyse (2.1) [à l'exception du fait d'adopter ou non l'OC de CH], ainsi que la région socio-sanitaire où travaille l'infirmière, variable qui s'était avérée significative dans une analyse complémentaire, et le remboursement des contraceptifs hormonaux, facteur connexe aux dimensions de Rogers)	
Nombre de variables retenues dans le modèle	4 variables indépendantes	
Valeur du R^2 ajusté	R^2 ajusté = 0,104	
Type de variables retenues :	**Détails de la variable**	**Seuil de signification**
L'année de formation en contraception hormonale	Les infirmières ayant reçu leur formation durant les années 2007 à 2009 initient *moins* rapidement la contraception hormonale après leur formation que celles formées en 2010 et 2011.	$p < 0,001$
La réinvention	Les infirmières qui ont développé ou qui sont au courant de variantes nouvelles de la pratique de contraception hormonale sont aussi celles qui initient plus rapidement la contraception hormonale après leur formation. Une des variantes de la pratique semble davantage associée à la rapidité de mise en pratique de l'initiation de la contraception hormonale : le fait de ré-initier la contraception hormonale lorsqu'une femme n'a pas pu rencontrer un médecin dans le délai prescrit.	$p = 0,047$ $p = 0,017$
La région de travail de l'infirmière	Les infirmières travaillant dans les régions éloignées (régions 08, 09, 10, 11, 17, 18) initient *moins* rapidement la contraception hormonale après leur formation que celles travaillant dans les autres régions.	$p = 0,001$
Les expériences antérieures	Les infirmières ayant eu des expériences antérieures qui ressemblent à l'OC de CH initient plus rapidement la contraception hormonale après leur formation que celles qui n'ont pas eu ces expériences. Parmi les expériences antérieures, une seule semble avoir une influence : le fait d'avoir déjà remis des ordonnances de traitement d'infections transmissibles sexuellement préalablement signées par des médecins.	$p = 0,046$ $p = 0,004$

Analyse complémentaire

3.4.2 RÉGRESSION LINÉAIRE MULTIPLE (MCO) AVEC FACTEURS DU MODÈLE DE ROGERS SEULEMENT		
Taille de l'échantillon	n = 367 Échantillon volontairement restreint aux infirmières échantillonnées qui initiaient la contraception hormonale dans un établissement ayant adopté l'OC de CH	
Nombre total de variables dans le modèle	30 variables représentant les dimensions émergeant du modèle théorique de Rogers	
Nombre de variables retenues dans le modèle	3 variables indépendantes	
Valeur du R^2 ajusté	R^2 ajusté = 0,047	
Type de variables retenues :	**Détails de la variable**	**Seuil de signification**
La réinvention	Les infirmières qui ont développé ou qui sont au courant de variantes nouvelles de la pratique de contraception hormonale sont aussi celles qui initient plus rapidement la contraception hormonale après leur formation. Une des variantes de la pratique semble davantage associée à la rapidité de mise en pratique de l'initiation de la contraception hormonale : le fait de ré-initier la contraception hormonale lorsqu'une femme n'a pas pu rencontrer un médecin dans le délai prescrit.	p = 0,001 p = 0,005
La structure organisationnelle	Les infirmières qui perçoivent la structure organisationnelle de leur établissement comme favorable initient plus rapidement la contraception hormonale après leur formation que celles qui ont moins cette perception.	p = 0,015
La taille de l'établissement	Les infirmières travaillant dans des établissements de moins de 50 employés initient plus rapidement la contraception hormonale après leur formation que celles travaillant dans des établissements plus grands.	p = 0,045

N° de publication : 1716

EXPERTISE
CONSEIL

INFORMATION

FORMATION

www.**inspq**.qc.ca

RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION

COLLABORATION
INTERNATIONALE

LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique
Québec