

Université de Montréal

Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et
la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier

par
Geneviève Roch

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Docteur (Ph.D.)
en sciences infirmières,
option administration des services infirmiers

Juillet, 2008

© Geneviève Roch, 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et
la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier

Présentée par :

Geneviève Roch

à été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Chantal Cara, Université de Montréal
présidente-rapporteuse

Monsieur Carl-Ardy Dubois, Université de Montréal
directeur de recherche

Monsieur Sean Clarke, University of Toronto
membre du jury

Madame Manon Lemonde, University of Ontario Institute of Technology
examinatrice externe

Monsieur Luc Brunet, Université de Montréal
représentant du doyen de la FES

Thèse acceptée le _____ 2008

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

Les pratiques relationnelles de soin (PRS) sont au cœur même des normes et valeurs professionnelles qui définissent la qualité de l'exercice infirmier, mais elles sont souvent compromises par un milieu de travail défavorable. La difficulté pour les infirmières¹ à actualiser ces PRS qui s'inscrivent dans les interactions infirmière-patient par un ensemble de comportements de *caring*, constitue une menace à la qualité des soins, tout en créant d'importantes frustrations pour les infirmières. En mettant l'accent sur l'aspect relationnel du processus infirmier, cette recherche, abordée sous l'angle du *caring*, renvoie à une vision novatrice de la qualité des soins et de l'organisation des services en visant à expliquer l'impact du climat organisationnel sur le façonnement des PRS et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier.

Cette étude prend appui sur une adaptation du *Quality-Caring Model*© de Duffy et Hoskins (2003) qui combine le modèle d'évaluation de la qualité de Donabedian (1980, 1992) et la théorie du *Human Caring* de Watson (1979, 1988). Un devis mixte de type explicatif séquentiel, combinant une méthode quantitative de type corrélationnel prédictif et une méthode qualitative de type étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués, a été privilégié. Pour la section quantitative auprès d'infirmières soignantes (n = 292), différentes échelles de mesure validées, de type Likert ont permis de mesurer les variables suivantes : le climat organisationnel (global et cinq dimensions composites) ; les PRS privilégiées ; les PRS actuelles ; l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles ; la satisfaction professionnelle. Des analyses de régression linéaire hiérarchique ont permis de répondre aux six hypothèses du volet quantitatif. Pour le volet qualitatif, les données issues des sources documentaires, des commentaires recueillis dans les questionnaires et des entrevues effectuées auprès de différents acteurs (n = 15) ont été traités de manière systématique, par analyse de contenu, afin d'expliquer les liens entre les notions d'intérêts. L'intégration des inférences quantitatives et qualitatives s'est faite selon une approche de complémentarité.

¹ Prendre note que l'usage du féminin pour qualifier l'infirmière, comprend aussi le genre masculin.

Nous retenons du volet quantitatif qu'une fois les variables de contrôle prises en compte, seule une dimension composite du climat organisationnel, soit les caractéristiques de la tâche, expliquent 5 % de la variance des PRS privilégiées. Le climat organisationnel global et ses dimensions composites relatives aux caractéristiques du rôle, de l'organisation, du supérieur et de l'équipe sont de puissants facteurs explicatifs des PRS actuelles (5 % à 11 % de la variance), de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles (4 % à 9 %) ainsi que de la satisfaction professionnelle (13 % à 30 %) des infirmières soignantes. De plus, il a été démontré, qu'au-delà de l'important impact du climat organisationnel global et des variables de contrôle, la fréquence des PRS contribue à augmenter la satisfaction professionnelle des infirmières ($\beta = 0,31$; $p < 0,001$), alors que l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles contribue à la diminuer ($\beta = - 0,30$; $p < 0,001$) dans des proportions fort similaires (respectivement 7 % et 8 %). Le volet qualitatif a permis de mettre en relief quatre ordres de facteurs qui expliquent comment le climat organisationnel façonne les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières. Ces facteurs sont: 1) l'intensité de la charge de travail; 2) l'approche d'équipe et la perception du rôle infirmier ; 3) la perception du supérieur et de l'organisation; 4) certaines caractéristiques propres aux patients/familles et à l'infirmière. L'analyse de ces facteurs a révélé d'intéressantes interactions dynamiques entre quatre des cinq dimensions composites du climat, suggérant ainsi qu'il soit possible d'influencer une dimension en agissant sur une autre. L'intégration des inférences quantitatives et qualitatives rend compte de l'impact prépondérant des caractéristiques du rôle sur la réalisation des PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières, tout en suggérant d'adopter une approche systémique qui mise sur de multiples facteurs dans la mise en oeuvre d'interventions visant l'amélioration des environnements de travail infirmier en milieu hospitalier.

Mots clés : Climat organisationnel, pratiques relationnelles de soin, *caring*, satisfaction professionnelle, organisation de santé, qualité, administration, devis mixte, processus infirmier.

ENGLISH SUMMARY

Relational caring practices (RCP) are at the heart of the professional standards and values defining the quality of the nursing profession; however, these practices are often compromised in unfavourable work environments. Difficulties experienced by nurses in implementing RCP's ("caring" behaviours that make up a form of nurse-patient interaction) jeopardize healthcare quality and cause much frustration among nurses. By emphasizing relational aspects of the nursing process, this project, taking a "caring" framework, has implications for an innovative vision of healthcare quality and service organization through its attempts to explain how organizational climate influences RCP's and professional job satisfaction among hospital staff nurses.

This study is based on an adaptation of Duffy and Hoskins' (2003) Quality-Caring Model©, which combines Donabedian's quality evaluation model (1980, 1992) and Watson's Human Caring theory (1979, 1988). A sequential explanatory mixed design, combining a predictive correlational quantitative method and a single case study with overlapping analysis levels, was selected. In the quantitative portion of the study involving 292 staff nurses, various validated Likert rating scales were used to measure the following variables: organizational climate (general climate and 5 composite dimensions); preferred RCP's; current RCP's; gaps between preferred and current RCP's; and, professional job satisfaction. Hierarchical linear regression analyses were used to address 6 hypotheses in the quantitative portion. For the qualitative portion, data drawn from source documents, comments gathered through questionnaires and interviews conducted with 15 informants were systematically handled using content analysis strategies, to explain the relationships between the key concepts. Inferences from the quantitative and qualitative portions of the study were integrated using a complementarity approach.

Quantitative analyses revealed that after considering control variables were considered, a single organizational climate dimension (task specifications) accounted for 5 % of the variation in preferred RCP scores. Overall organizational climate and specific organizational climate dimensions (addressing characteristics of the job, organization, superior and team) played a major role in explaining current RCP levels (explaining from

5 % to 11% of variation), gaps between preferred and current RCP's (4 % to 9 % of variation) and [staff nurse] professional job satisfaction (13 % to 30 % of variation). Furthermore, above and beyond the significant impact of overall organizational climate and control variables, RCP frequency was related to increased professional job satisfaction ($\beta = 0.31$, $p < 0.001$), while the gap between preferred and current RCP's were associated with lower professional job satisfaction ($\beta = - 0.30$, $p < 0.001$) and accounted for similar portions of variability in this professional job satisfaction (7 % and 8 % respectively). The qualitative component revealed 4 factor orders that explain how the organizational climate shapes RCP's and professional job satisfaction among nurses. These factors were: 1) workload intensity; 2) team approach and perceptions of the nurse's role; 3) perceptions of the superior and organization; 4) specific patient/family and nurse characteristics. The analysis of these factors revealed interesting dynamic interactions between four of the five of the environment's composite dimensions, thus suggesting that each dimension can be influenced by actions taken in relation to others. The integration of the quantitative and qualitative findings explained the significant impact of role characteristics on actual RCP's, as well as professional job satisfaction, and support adoption of a systemic management approach improving multiple aspects of the work environment of hospital staff nurses.

Key words : Organizational climate, relational caring practices, caring, professional job satisfaction, healthcare organization, quality, administration, mixed methods, nursing process.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS.....	III
ENGLISH SUMMARY	V
TABLE DES MATIÈRES.....	VII
LISTE DES TABLEAUX	XII
LISTE DES FIGURES.....	XV
LISTE DES ABRÉVIATIONS	XVI
REMERCIEMENTS	XVIII
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE	1
1.1 Le problème	1
1.1.1 La pratique infirmière dans un système de soins en crise.....	2
1.1.2 Climat et dimension relationnelle du processus infirmier: deux éléments clés à clarifier	5
1.1.3 Que savons-nous de l'impact du climat organisationnel sur les pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle des infirmières?.....	7
1.1.4 Pratiques relationnelles de soin et satisfaction professionnelle : des interrelations à explorer en contexte infirmier !.....	9
1.1.5 Contexte et pertinence de l'étude	10
1.2 But de l'étude	12
1.3 Objectifs spécifiques et hypothèses pour le volet quantitatif	12
1.4 Objectif spécifique pour le volet qualitatif.....	13
CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS	14
2.1 Climat organisationnel.....	14
2.1.1 Fondements conceptuels et théoriques du climat organisationnel.....	14
2.1.2 Distinctions et complémentarité entre climat et culture organisationnels	20
2.1.3 Distinctions entre climat et environnement infirmier	23
2.1.4 Études sur le climat organisationnel auprès de populations infirmières	26
2.1.4.1 Approche interactionniste selon Moos.....	26
2.1.4.2 Approche fonctionnaliste	28
2.1.4.3 Approches du climat adaptées au domaine infirmier et hospitalier	29

2.1.5	Résumé des études sur le climat organisationnel	31
2.2	Pratiques relationnelles de soin (PRS).....	32
2.2.1	Pratiques relationnelles au cœur de la pratique infirmière.....	32
2.2.1.1	Assises philosophiques et théoriques du <i>caring</i>	35
2.2.2	PRS de l’infirmière suivant l’approche du <i>caring</i>	39
2.2.3	Études sur les PRS.....	41
2.2.3.1	Différentes perspectives pour étudier les PRS.....	41
2.2.3.2	L’étude des PRS sous l’angle du <i>caring</i>	43
2.2.3.3	Résumé des études sur les PRS.....	48
2.3	La satisfaction professionnelle des infirmières	48
2.3.1	Fondements conceptuels et théoriques de la satisfaction professionnelle	48
2.3.2	Études sur la satisfaction au travail des infirmières	52
2.3.3	Études sur la satisfaction professionnelle des infirmières	55
2.3.4	Résumé des études sur la satisfaction des infirmières	58
2.4	Interrelations entre environnement organisationnel, PRS et satisfaction des infirmières.....	59
2.4.1	Environnement organisationnel en tant que déterminant des PRS.....	59
2.4.2	Environnement organisationnel comme déterminant de la satisfaction.....	62
2.4.3	PRS en tant que déterminant de la satisfaction des infirmières.....	65
2.4.4	Résumé des études sur les interrelations.....	67
2.5	Cadre de référence	67
CHAPITRE III : MÉTHODE		74
3.1	Mode d’investigation.....	74
3.2	Stratégie de recherche.....	75
3.3	Contexte de l’étude.....	77
3.4	Population	77
3.5	Échantillon	78
3.5.1	Échantillonnage pour le volet quantitatif.....	78
3.5.2	Sélection des participants pour le volet qualitatif.....	79
3.5.3	Sélection des sources documentaires pour le volet qualitatif.....	80
3.6	Collecte des données et déroulement de l’étude.....	81
3.6.1	Volet quantitatif : auprès d’infirmières soignantes.....	81
3.6.1.1	Mesure du climat organisationnel.....	81
3.6.1.2	Mesure des PRS privilégiées, actuelles et de l’étendue de l’écart entre les deux.....	84

3.6.1.3	Mesure de la satisfaction professionnelle.....	86
3.6.1.4	Caractéristiques socioprofessionnelles des infirmières et état de conscience des patients	88
3.6.1.5	Pré-tests du questionnaire quantitatif.....	88
3.6.1.6	Modes de recrutement et déroulement de la collecte de données quantitatives.....	90
3.6.2	Volet qualitatif : auprès d'informateurs-clés et sources de données écrites	92
3.6.2.1	Modes de recrutement et déroulement de la collecte de données qualitatives.....	92
3.7	Analyse des données.....	95
3.7.1	Analyse des données quantitatives	95
3.7.2	Analyse des données qualitatives.....	96
3.8	Intégration des interprétations quantitatives et qualitatives	99
3.9	Rigueur scientifique.....	101
3.10	Considérations éthiques	102
CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS		104
4.1	Validation du <i>Nurse Job Satisfaction Scale</i> et pré-tests du questionnaire	104
4.1.1	Validation trans-culturelle du <i>Nurse Job Satisfaction Scale</i>	105
4.1.2	Pré-tests du questionnaire dans son ensemble	111
4.2	Résultats de la section quantitative.....	113
4.2.1	Données descriptives	116
4.2.1.1	Valeurs obtenues aux différentes échelles de mesure	118
4.2.1.1.1	Le climat organisationnel.....	119
4.2.1.1.2	Les PRS privilégiées, actuelles et l'écart entre elles.....	120
4.2.1.1.3	La satisfaction professionnelle	123
4.2.2	Interrelations entre les variables socioprofessionnelles et les variables d'intérêts.....	123
4.2.3	Interrelations entre les variables à inclure dans les modèles de régression	130
4.2.3.1	Interrelation entre les variables de contrôle potentielles	130
4.2.3.2	Interrelation entre les variables explicatives potentielles	131
4.2.3.3	Interrelation entre les variables dépendantes.....	132
4.2.3.4	Matrice de corrélations des variables à inclure dans les équations de régression	133
4.2.4	Vérification des postulats de base	135
4.2.5	Réponses aux objectifs et hypothèses de recherche	136
4.2.5.1	Impact du climat sur les trois facettes des PRS	137
4.2.5.2	Impact du climat sur la satisfaction professionnelle	142

4.2.5.3	Influence ajoutée des PRS actuelles sur la satisfaction.....	144
4.2.5.4	Influence ajoutée de l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles sur la satisfaction professionnelle.....	146
4.2.5.5	Sommaire des résultats aux analyses de régression hiérarchique.....	147
4.3	Résultats de la section qualitative.....	149
4.3.1	Particularités contextuelles qui façonnent le climat organisationnel.....	150
4.3.2	Propositions expliquant l'impact du climat organisationnel.....	160
4.3.2.1	La charge de travail : un facteur déterminant pour la réalisation des PRS privilégiées et la satisfaction professionnelle.....	161
4.3.2.2	Approche d'équipe et rôle infirmier : deux aspects à considérer!.....	166
4.3.2.3	Caractéristiques du supérieur et de l'organisation : des leviers d'action potentiels déterminants.....	179
4.3.2.4	Caractéristiques des patients/familles et de l'infirmière : un impact complémentaire.....	190
4.3.3	Synthèse des propositions explicatives.....	198
4.4	Intégration des inférences quantitatives et qualitatives.....	201
CHAPITRE V : DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION.....		206
5.1	Discussion des principaux résultats.....	206
5.2	Interprétation des résultats obtenus en regard de l'état des connaissances.....	215
5.2.1	Vers une meilleure compréhension de l'impact du climat organisationnel.....	216
5.2.1.1	Une approche globale des effets du climat organisationnel.....	217
5.2.1.2	Par-delà l'impact global, l'effet des dimensions composites du climat organisationnel.....	221
5.2.1.3	Vers une interprétation systémique de l'impact du climat organisationnel.....	223
5.2.2	Comprendre les PRS et leur rôle dans la satisfaction professionnelle.....	225
5.2.2.1	Façonnement des PRS indépendantes et collaboratives.....	225
5.2.2.2	Impact des PRS sur la satisfaction professionnelle.....	227
5.3	Considérations théoriques émanant de l'étude.....	228
5.3.1	Précisions ressortant de la démonstration du <i>Quality-Caring Model</i> ®.....	229
5.3.2	Soutien théorique à la prise en compte des trois facettes des PRS.....	232
5.4	Contribution de l'étude à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.....	235
5.4.1	Avenues de développement pour la recherche en sciences infirmières.....	240
5.4.2	Avenues de développement pour la pratique et l'administration des services infirmiers.....	243

5.4.3	Avenues de développement pour la formation en sciences infirmières.....	248
5.5	Limites de la recherche et validité des conclusions.....	252
5.6	Mot de la fin.....	254
	RÉFÉRENCES	257
ANNEXE I	Définitions opérationnelles des dimensions et sous-dimensions du <i>Questionnaire de climat psychologique CRISO (QCP_CRISO)</i>	xvi
ANNEXE II	Consistance interne des échelles et sous échelles de mesure.....	xvii
ANNEXE III	Questionnaire.....	xviii
ANNEXE IV	Document adressé aux infirmières ayant pris part au pré-test	xxxii
ANNEXE V	Document adressé aux chefs d'unités ayant pris part au pré-test	xxxvii
ANNEXE VI	Formulaire de consentement : Volet qualitatif	xl
ANNEXE VII	Certificat d'éthique	xliv
ANNEXE VIII	Données descriptives et comparatives relatives au climat organisationnel et à ses dimensions composites	xliv
ANNEXE IX	Tableau XLI.....	xlvi
ANNEXE X	Tableau XLII	xlvii
ANNEXE XI	Éléments contextuels relatifs aux unités de soins sélectionnées.....	xlviii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Distinction entre climat organisationnel et culture organisationnelle selon leurs perspectives de recherche initiales	22
Tableau II	Types et caractéristiques des six principaux devis de méthodes mixtes	76
Tableau III	Distribution des informateurs clés selon leur fonction et pavillon d'attache	80
Tableau IV	Grille d'entretien	94
Tableau V	Types de documents consultés	95
Tableau VI	Grille d'analyse des données issues des sources documentaires	98
Tableau VII	Mesures prises pour assurer la rigueur/qualité des sections quantitative et qualitative	102
Tableau VIII	Items soumis pour pré-test avec formulations retenues	107
Tableau IX	Valeurs du coefficient alpha pour l'ensemble de l'instrument et pour chaque dimension de la version originale anglaise et de la version française pré-testée	108
Tableau X	Résultats des analyses factorielles par composantes principales (n = 292)	110
Tableau XI	Correspondance entre les versions anglaise et française pour les items retenus	111
Tableau XII	Caractéristiques des répondants (n = 292)	117
Tableau XIII	Moyennes, écarts-types, étendues et coefficients de variation du climat organisationnel	120
Tableau XIV	Moyennes, écarts-types, étendues et coefficients de variation des pratiques relationnelles de soin privilégiées (n = 284)	121
Tableau XV	Moyennes, écarts-types, étendues et coefficients de variation des pratiques relationnelles de soin actuelles (n = 288)	121
Tableau XVI	Moyennes, écarts-types, étendues et coefficients de variation de l'étendue de l'écart entre les pratiques relationnelles de soin privilégiées et actuelles (n=284)	122
Tableau XVII	Moyennes, écarts-types, étendues et coefficients de variation de la satisfaction professionnelle	123
Tableau XVIII	Moyennes et écarts-types des pratiques relationnelles de soin privilégiées et actuelles présentant une différence selon les regroupements d'unités	126
Tableau XIX	Moyennes et écarts-types des pratiques relationnelles de soin privilégiées et actuelles présentant une différence selon les Pavillons	126

Tableau XX	Moyennes et écarts-types de l'écart des pratiques relationnelles de soin et de ses 3 dimensions qui présentent une différence selon les Pavillons 127
Tableau XXI	Moyennes et écarts-types de l'écart des pratiques relationnelles de soin qui présentent des différences selon les regroupements d'unités 127
Tableau XXII	Moyennes et écarts-types de la satisfaction professionnelle et de ses 3 dimensions qui présentent une différence selon les Pavillons 129
Tableau XXIII	Moyennes et écarts-types de la satisfaction professionnelle et de ses 2 dimensions qui présentent une différence selon les regroupements d'unités.... 129
Tableau XXIV	Corrélations entre les variables confondantes potentielles (n ^a = 292) 131
Tableau XXV	Corrélation entre les variables explicatives sous-jacentes au climat organisationnel (n ^a = 292)..... 132
Tableau XXVI	Corrélations entre les variables dépendantes (n ^a = 292) 133
Tableau XXIX	Analyse de l'impact du climat organisationnel (global et dimensions composites) sur les 3 facettes des PRS en considérant les variables de contrôle à l'aide de régressions hiérarchiques..... 140
Tableau XXX	Contribution des variables de contrôle et du climat organisationnel (global et dimensions composites) à l'explication des trois facettes des PRS 141
Tableau XXXI	Analyse des effets du climat organisationnel (global et dimensions composites) sur la satisfaction professionnelle en considérant les variables de contrôle à l'aide de régressions hiérarchiques 143
Tableau XXXII	Contribution des variables de contrôle et du climat organisationnel (dimensions individuellement) à l'explication de la satisfaction professionnelle 144
Tableau XXXIII	Analyse des effets du climat organisationnel et des PRS actuelles sur la satisfaction professionnelle en considérant les variables de contrôle à l'aide de régressions hiérarchiques..... 145
Tableau XXXIV	Contribution des variables de contrôle, du climat organisationnel et des PRS actuelles à l'explication de la satisfaction professionnelle..... 146
Tableau XXXV	Analyse des effets du climat organisationnel et de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles sur la satisfaction professionnelle en considérant les variables de contrôle à l'aide de régressions hiérarchiques 147
Tableau XXXVI	Contribution des variables de contrôle, du climat organisationnel et de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles à l'explication de la satisfaction professionnelle 147
Tableau XXXVII	Pseudonymes et distribution des participants 150
Tableau XXXVIII	Moyennes et écarts-types du climat global et des 4 dimensions présentant des différences en en fonction des Pavillons..... xlv

Tableau XXXXV	Analyse de variance du climat organisationnel en fonction des unités de soins.....	xliv
Tableau XL	Moyennes et écarts-types du climat global et des 4 dimensions présentant des différences significatives en fonction des regroupements d'unités	xliv
Tableau XLI	Matrice de corrélations entre les variables de contrôle et les variables explicatives à introduire dans les équations de régressions des PRS Privilégiées, des PRS Actuelles et d'Écart de PRS	xlvi
Tableau XLII	Matrice de corrélation entre les variables de contrôle et les variables explicatives à introduire dans les équations de régression de satisfaction.....	xlvi

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle dynamique du climat de travail inspiré de Likert	18
Figure 2	Représentation conceptuelle du <i>caring</i> par une spirale en trois perspectives	37
Figure 3	Illustration du <i>Quality-Caring Model</i> ®	69
Figure 4	Concepts et indicateurs adaptés du <i>Quality-Caring Model</i> ®	72
Figure 5	Triangulation dans une perspective de complémentarité des résultats	100
Figure 6	Test du graphique des valeurs propres	109
Figure 7	Blocs de variables pour les modèles de régressions hiérarchiques de l'impact du climat organisationnel sur les 3 facettes des PRS et la satisfaction professionnelle	115
Figure 8	Blocs de variables pour les modèles de régressions hiérarchiques de l'impact du climat organisationnel sur deux des facettes des PRS et de la satisfaction professionnelle	115
Figure 9	Illustration de l'intégration des inférences quantitatives et qualitatives	205

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIC : Assistante infirmière chef

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PAB : Préposé aux bénéficiaires

PRS : Pratiques relationnelles de soin

À ma mère Lucie, ma tante Flo et ma sœur Catherine,
qui par leur courage et leurs expériences de santé respectives,
ont à jamais marqué le cheminement de vie duquel cette thèse est née

REMERCIEMENTS

Mes plus sincères remerciements vont à mon directeur, Monsieur Carl-Ardy Dubois, sans qui la réalisation de ce projet de thèse n'aurait été possible et aux décideurs gestionnaires qui m'ont accordé leur précieux soutien au cours de mes quatre années de résidence de recherche, Madame Louise Robinette et Madame Johanne Roy. Dans le cheminement ayant conduit à la réalisation de cette thèse, mes remerciements vont aussi à Monsieur André Duquette, dont les judicieux conseils auront orienté l'amorce de mon cursus doctoral, Madame Sylvie Cossette qui en aura brièvement assuré le suivi et Madame Chantal Cara, dont l'écoute et le soutien m'auront permis de surmonter bien des défis. Soulignons aussi l'investissement des autres membres de mon jury, Mme Manon Lemonde, M. Sean Clarke et M. Luc Brunet, que je remercie sincèrement pour le temps et les commentaires offerts .

Par la volonté que m'ont insufflée mes collègues de l'Hôpital Charles LeMoine, je me suis engagée dans cette aventure doctorale, par celle que m'ont inspiré les infirmières et gestionnaires de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal je l'ai poursuivie et grâce à l'appui de mes collègues de l'Université Laval, cette aventure prend aujourd'hui fin avec le début d'une carrière des plus stimulante. C'est donc avec une profonde gratitude que je souligne leur apport et plus particulièrement celui de Mesdames Clémence Dallaire et Diane Morin, qui m'auront tour à tour apporté l'espoir qui m'a aidé à relever les défis rencontrés.

Je tiens aussi à exprimer ma gratitude à mes collègues des cycles supérieurs et à toutes les personnes qui m'ont, à un moment ou un autre, apporté un inestimable soutien, dont Madame Marielle Roy, Monsieur Daniel Castonguay, Monsieur Daniel Dubé, Madame Jonhane Salvail, Monsieur Serge Gagnon, Madame Marie Alderson et Madame Caroline Aubé. Un merci tout spécial à Marielle Chalifoux, pour son inestimable soutien aux prêts entre bibliothèques et à Claire de Ravinel, Patricia Lajoie, Claire Lamontagne, Meggie Perron, Emmanuelle Bédard, Marc Bourdeau, Hélène Crépeau, Miguel Chagnon, Richard Lapointe-Goupil, Pierre-Alain Gouanvic, Lesley McCubbin, Maxime Paquet, Nathalie Folch, Annick Fournier, Sandy Grenier et Martin Desaulniers qui m'ont accompagnée dans les différentes phases menant à la présentation de cette thèse.

Évidemment, sans le soutien et l'amour de mes proches, jamais cette entreprise doctorale n'aurait été menée à terme. Alors à mes amis d'enfance, Zoé, Marie-Sophie, Roxanne, Marjolaine et Sébastien, ainsi qu'à ceux qui comblent mon existence par leurs encouragements, comme par leur présence, je dis merci. À ma famille élargie qui a toujours su être si proche malgré la distance, dans les meilleurs, comme dans les pires moments, je dis merci. À ma mère Lucie, ma sœur Catherine et ma tante Flo qui m'ont donné le courage de continuer malgré les souffrances que la vie leur a imposées, je dis merci. Puis à mon père Philippe, qui à su m'éclairer afin que l'espoir renaisse des moments les plus durs qui ont à jamais marqué le cheminement de vie duquel cette thèse est née, je dis merci!

Enfin, je tiens à remercier le Centre FERASI et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal pour leur soutien financier, ainsi que tous les autres organismes subventionnaires qui ont contribué à mon cheminement doctoral :

- Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)
- Financière Manuvie – Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
- Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport – Université Laval

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE

1.1 Le problème

Les infirmières constituent près du quart des effectifs professionnels du réseau de la santé québécois (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2001) et leur pratique demeure un élément central de la qualité des soins et services (Prescott, 1993). Nombreuses sont les études qui examinent l'impact des conditions structurelles d'organisation du système de santé sur les résultats auprès des patients et de la satisfaction des infirmières (Adams & Bond, 2000; Aiken, Sloane, & Sochalski, 1998; Blegen, 1993; Bourbonnais et al., 2000). Cependant, en mettant l'accent sur les facteurs structurels, ces travaux arrivent difficilement à cerner ce qui constitue l'essence même de la pratique infirmière (Jacques, 1993). Au-delà des structures, les fonctions relatives aux soins et à l'éducation (Dallaire, 2008) s'inscrivent au cœur du processus infirmier. Ces fonctions s'expriment d'abord et avant tout au travers des pratiques relationnelles de soin (PRS) (ex : évaluation et surveillance de l'état de santé, relation d'aide, enseignement, etc.) qui renvoient ici aux comportements et attitudes de *caring*¹ mis en œuvre dans les interactions infirmière-patient (Duffy & Hoskins, 2003; Watson, 2002). La difficulté à actualiser ces PRS, faute d'un milieu d'exercice propice, constitue une menace à la qualité des soins (Issel & Kahn, 1998), comme à la satisfaction professionnelle des infirmières.

En dépit de la rhétorique humaniste mise de l'avant dans le cadre de nombreux projets organisationnels de renouvellement des soins (Tuck, Harris, Renfro, & Lexvold, 1998), plusieurs analystes font le constat d'une déshumanisation croissante des services de santé et d'une détérioration du climat de travail (Brunet, Leclerc, Nadon, Paradis, & Quenneville, 2005; Gilmartin, 2001). De récentes données suggèrent que la viabilité du secteur canadien des soins de santé est menacée par un ensemble de problèmes qui touchent

¹ La notion de *caring* renvoie à plusieurs significations (Morse, Solberg, Neander, Bottorff, et Johnson, 1990), mais est couramment reconnue comme s'appuyant sur des croyances et des valeurs qui guident les attitudes et activités des infirmières vers l'ouverture, le respect, la présence, l'engagement, la compassion et l'authenticité à l'égard d'autrui (Duquette & Cara, 2000). L'expression PRS, telle que comprise sous l'angle du *caring*, sera donc ici utilisée pour illustrer la mise en œuvre du *caring* lors des interactions soignants-patients.

au premier chef le climat de travail et qui affectent à la fois la qualité de vie professionnelle des travailleurs et la qualité des soins prodigués aux patients (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers [CCCSI], 2002; Conseil canadien d'agrément sur les services de santé [CCASS], 2007 ; Shields & Wilkins, 2006). Les manifestations de ces problèmes en ce qui concerne les infirmières ont fait l'objet d'une attention médiatique croissante, notamment en ce qui a trait aux tensions causées par les lourdes charges de travail, à la dévalorisation du statut de l'infirmière et aux relations de travail difficiles. Cette recherche vise à développer une meilleure compréhension de l'impact du climat organisationnel sur les PRS des infirmières et leur satisfaction professionnelle. En permettant d'identifier les dimensions du climat qui ont un impact sur la performance relationnelle et la satisfaction professionnelle des infirmières en contexte hospitalier, les résultats de cette étude devraient contribuer à informer la mise en place d'interventions susceptibles d'améliorer à la fois les conditions d'exercice, le processus clinique et la santé des infirmières soignantes.

1.1.1 La pratique infirmière dans un système de soins en crise

Au cours des dernières années, l'environnement des services infirmiers a été sujet à des altérations profondes occasionnées notamment par les multiples réformes du réseau de la santé et les efforts continus de rationalisation des ressources humaines dans un contexte de restrictions budgétaires (Baumann et al., 2001a et b; Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers [CCCSI], 2002; MSSS, 1996). Plusieurs travaux indiquent que les restructurations récentes sont associées à une importante détérioration de l'environnement de pratique et de la satisfaction au travail des infirmières (Armstrong-Stassen, Cameron, & Horsburgh, 1996; Davidson et al., 1997; OIIQ, 2001). Les symptômes révélateurs en sont l'accroissement du roulement, de l'absentéisme, de l'épuisement et de la détresse psychologique du personnel infirmier (Bourbonnais et al. 2000; CCCSI, 2002 ; Dusseault et al., 1999; MSSS, 2001; Shields & Wilkins, 2006). Tous ces problèmes occasionnent des coûts importants en termes d'assurance salaire, de frais de remplacement, de médicaments, d'heures supplémentaires et de formation (Wilson et al., 2004). Au Canada, chez les travailleurs en général, les coûts directs de l'absentéisme représentent à eux seuls 7,1 % de la masse salariale et, lorsqu'on y ajoute les coûts indirects (heures supplémentaires, remplacements, etc.), cette proportion s'élève jusqu'à 17 % (Watson Wyatt Worldwide,

2001 dans Brun & Martel, 2003). Parmi les professionnels de l'aide, les infirmières présentent le niveau d'épuisement émotionnel le plus élevé (Duquette & Delmas, 2001a) et seraient près de deux fois plus vulnérables aux problèmes de santé mentale que la population en général (Duquette & Delmas, 2001b).

Par ailleurs, la complexité croissante des soins dans un contexte de pénurie des effectifs infirmiers (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 1997, 1998 ; Dussault et al., 1999; MSSS, 2001) a provoqué une augmentation constante de la charge de travail des infirmières (Shields & Wilkins, 2006). Ces conditions d'exercice ont été associées à un risque de dégradation de la qualité des soins, tel que perçu par les infirmières soignantes et gestionnaires (OIIQ, 2001). La préséance accordée à des activités dépendantes et curatives (Dallaire, 1993) qui ne relèvent pas directement des soins infirmiers (Aiken et al., 2001) amène souvent à négliger les besoins psychosociaux et spirituels des patients, en réduisant, par exemple, le temps accordé à la relation d'aide et à l'enseignement (Aiken et al., 2001; Blythe, Baumann, & Giovannetti, 2001; OIIQ, 2001). Comme en témoignent les résultats d'une vaste enquête québécoise sur la qualité des soins infirmiers, 26 à 45 p. cent des infirmières déplorent une « absence de relation d'aide » dans les soins dispensés dans leurs milieux respectifs (OIIQ, 2001 p.33). Ces données suggèrent que la dimension relationnelle du soin et les pratiques s'y rapportant, tels la surveillance de l'état de santé du patient, l'enseignement qui lui est donné, ainsi que les soins de confort et de relation d'aide, sont particulièrement menacés par les pressions auxquelles sont soumis les systèmes de santé (Aiken et al., 2001; Valentine, 1997; Watson, 2002).

Le manque de disponibilité des ressources et un environnement défavorable ont été identifiés comme les principaux facteurs qui amènent les infirmières à réduire le temps consacré à la dimension relationnelle des soins (Aiken et al., 2001; CCCSI, 2002). Dans les conditions organisationnelles prévalentes, le « soin » dans sa version purement technique prend de plus en plus de place au détriment du « prendre soin ». L'étude de Carson (2004) suggère ainsi que même si le *caring* est important pour la profession infirmière, il n'est que fort peu représenté dans les évaluations de performance individuelle en milieu hospitalier et est souvent relégué à l'arrière-plan dans la définition des priorités organisationnelles. Les contraintes de l'environnement de travail conduiraient donc à mettre de côté des activités

infirmières essentielles (Aiken et al., 2001; Bowers, Luring, & Jacobson, 2001; Scolaski, 2001) et ce sont les activités à caractère relationnel qui seraient le plus souvent négligées (Aiken et al., 2001; OIIQ, 2001).

Ces activités de nature relationnelle comptent toutefois parmi les plus importantes aux yeux des patients, comme des infirmières (Lewis, 1994; Lundqvist, & Axelsson, 2007). L'aspect interpersonnel reste l'un des principaux éléments de qualité sur lequel les patients se sentent à l'aise de se prononcer (Grenier, 1998). Au cours des dernières années, on a pu constater que les principales raisons pour lesquelles les usagers portent plainte au syndicat de l'OIIQ sont liées à des problèmes de nature relationnelle (OIIQ, 2004a, 2005, 2006). Cependant, les résultats des sondages indiquent que les patients sont généralement satisfaits des soins reçus lors de leur hospitalisation (MSSS, 2004). Ces données suggèrent que même dans des environnements de travail perçus comme étant contraignants, le personnel infirmier s'efforce à maintenir des PRS satisfaisantes. Dans une optique de développement harmonieux de la main-d'œuvre infirmière, il importe toutefois d'examiner jusqu'à quel point le contexte de travail actuel offre aux infirmières les moyens nécessaires pour garantir non seulement la qualité des soins, mais aussi leur satisfaction professionnelle.

Le discours infirmier lui-même traduit des préoccupations marquées en matière d'humanisation des soins et de communication avec la clientèle (Haddad, Roberge, & Pineault, 1997). Un ensemble de données convergentes indiquent, qu'en dépit d'une conjoncture difficile marquée par une détérioration croissante de l'environnement de travail, l'aspect relationnel reste au cœur de l'évaluation que les infirmières font de leur performance (Taylor, 1995). Suite aux pressions exercées actuellement dans leur environnement de travail, un nombre croissant d'infirmières se sentent éloignées des valeurs et des éléments fondamentaux de leur profession et ont peine à se sentir fières et satisfaites de leur travail (Bourbonnais et al., 2000; CCCSI, 2002). Cette perte de sens et de satisfaction a été associée à l'incapacité à exercer conformément aux valeurs et principes qui sous-tendent l'essence même des soins infirmiers, c'est-à-dire le *caring* (Bishop & Schudder, 1991; Leininger, 1984; Nyberg, 1998; Watson, 1988). Une étude de Bisailon (2004) auprès d'infirmières gestionnaires de cas indique d'ailleurs que même lorsqu'une fréquence élevée de comportements de *caring* est maintenue, les répondantes demeurent

insatisfaites, notamment en raison des contraintes organisationnelles qu'elles doivent surmonter pour s'acquitter efficacement de leurs fonctions.

Il ne fait aucun doute que les infirmières et l'environnement dans lequel elles exercent sont affectés par le contexte de crise du système de santé. Les symptômes qui en découlent sont particulièrement présents en milieu hospitalier de soins de courte durée où le manque de ressources s'ajoute à la complexité des soins, de la technologie et des expériences de santé de la clientèle. Bien qu'elles soient considérées comme un élément central du processus infirmier, les pratiques liées à l'aspect relationnel des soins sont mises de côté, faute de temps et de ressources suffisantes (Aiken et al., 2001; Boon, 1998; Enns & Gregory, 2007). Alors que la déshumanisation des services de santé se fait de plus en plus menaçante, à la fois pour la satisfaction professionnelle des infirmières et la qualité des soins, ce processus de déshumanisation touche au premier chef l'aspect relationnel des services infirmiers et demeure difficile à cerner. L'analyse de l'impact du climat organisationnel sur les PRS et la satisfaction professionnelle de l'infirmière recèle ainsi le potentiel de nous informer des éléments de l'environnement de travail à considérer pour maximiser la qualité des soins et le bien-être intrinsèque à la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes qui exercent en milieu hospitalier.

1.1.2 Climat et dimension relationnelle du processus infirmier: deux éléments clés à clarifier

L'importance de l'environnement dans lequel sont offerts les soins et services infirmiers est largement reconnue (Farley & Nyberg, 1990). La proposition selon laquelle l'environnement organisationnel est un puissant facteur qui affecte les interventions cliniques de l'infirmière et, par celles-ci, les résultats de soins (Aiken, Sochalski, & Lake, 1997) est d'ailleurs à la base du raisonnement sur lequel s'appuient les études qui examinent les liens entre l'environnement des soins infirmiers et les retombées chez les patients. Cet environnement est toutefois diversement abordé (Clarke, 2006; Sleutel, 2000). Des études ciblent de manière différenciée soit la culture organisationnelle, soit le climat, soit l'environnement de pratique, comme facteurs déterminants du processus de soins infirmiers. Certains suggèrent que les changements de philosophie apportés dans les

organisations imprègnent à long terme leur culture organisationnelle (Savoie & Brunet, 2000), qui renvoie aux croyances, valeurs et normes auxquelles adhèrent les acteurs organisationnels (McDaniel & Stumpf, 1993; Schein, 1990; Seago, 1997). Le climat organisationnel ou psychologique se définit, quant à lui, par la perception que les employés ont de leur environnement de travail (Parker et al. 2003; Schneider, 1985). Alors que pour certains, le climat renvoie à une manifestation de la culture (Denison, 1996; Reichers & Schneider, 1990), pour d'autres, ces notions entretiennent une forme de réciprocité qui les rendent complémentaires (McMurry, 2003; Schneider, 2000). L'expression « environnement de pratique » a surtout été utilisée dans les écrits infirmiers et réfère habituellement à un ensemble d'éléments psychologiques concrets ou abstraits comme l'autonomie professionnelle, la collaboration infirmière-médecin, etc. (Sleutel, 2000). Au-delà des distinctions pouvant être faites entre climat, culture et environnement de pratique, la compréhension de leur impact sur les pratiques des infirmières demeure d'un intérêt majeur pour les chercheurs et les décideurs du domaine de la santé (CCASS, 2007 ; CCCSI, 2002 ; Galvin et al., 2008 ; Lynn, Layman, & Richard, 1999).

Souvent compris comme une « boîte noire » dont le contenu serait insaisissable, le processus infirmier demeure encore un domaine insuffisamment exploré à ce jour. Pour certains analystes, les PRS comprises sous l'angle du *caring* sont à la base du processus infirmier et permettent de rendre compte d'une proportion importante de la contribution attendue des infirmières au système de santé (Duffy & Hoskin, 2003; Kim, 2000; Watson, 2002). En fait, les diverses conceptions infirmières ramènent invariablement à la notion de « soin » et à la relation infirmière-personne(s) qui lui est intrinsèque (Fawcett, 2000; Leninger, 1991; Peplau, 1988; Watson, 2006a). Bien que cette dimension relationnelle des soins soit souvent perçue comme étant abstraite, voire invisible (Wolf, 1989), de récents développements à la fois théoriques et empiriques ont permis de la conceptualiser autour de la notion de *caring* et même de mesurer sa mise en oeuvre, en mettant l'accent sur les interactions infirmières-patients et en s'appuyant sur une perspective propre à la discipline infirmière (Cossette, Cara, Ricard, & Pepin 2005; Duffy & Hoskin, 2003; Watson, 2002). Les PRS sont ainsi définies par les attitudes et comportements de *caring* qui s'inscrivent dans le processus clinique infirmier et que les infirmières utilisent par le biais des interactions avec le patient/famille (Cossette et al., 2005; Duffy & Hoskins, 2003). Ainsi conceptualisées, les PRS permettent de

démystifier en partie ce qui était jusqu'ici considéré comme une « boîte noire » en définissant de manière plus opérationnelle des éléments centraux du processus infirmier.

1.1.3 Que savons-nous de l'impact du climat organisationnel sur les pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle des infirmières?

Alors que l'impact de l'environnement de travail sur les résultats pour les patients, comme pour les infirmières a fait l'objet de nombreuses études (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008 ; Doran, 2003 ; McGillis Hall, 2005), la compréhension de son influence sur le processus infirmier, et de manière plus spécifique, sur les PRS, est demeurée limitée. Reflétant la difficulté à quantifier l'aspect relationnel des soins (Idvall, Rooke, & Hamrin, 1997), la majeure partie des écrits à ce sujet s'appuient sur des études qualitatives. En effet, différentes études qualitatives indiquent que les PRS sont souvent entravées par de multiples contraintes organisationnelles, dont la charge de travail de l'infirmière (Clarke & Wheeler, 1992; Cohen, Haberman, Steeves, & Deatrick, 1994), son manque de temps (Clarke & Wheeler, 1992; Forrest, 1989; Milne & McWilliam, 1996), le manque de soutien de la part des gestionnaires (Cara, 1997; Forrest, 1989) et l'inadéquation ou le manque de personnel soignant (Boon, 1998; Bowers, Luring, & Jacobson, 2001 ; Uppenieks, Kotlerman, Akhavan, Esser, & Ngo, 2007). Plusieurs de ces contraintes sont associées à l'environnement de travail infirmier (CCASS, 2007; CCCSI, 2002) et suggèrent que ce dernier peut avoir une influence déterminante sur la fréquence des PRS de l'infirmière.

D'autres travaux laissent entendre qu'il puisse y avoir dissonance entre le climat organisationnel et les PRS auxquelles l'infirmière adhère sur la base de ses normes et valeurs professionnelles (Benner, & Wrubel, 1989; von Essen, & Sjöden, 1995; Nyberg, 1990a). Nonobstant leur perception de l'environnement de travail, tout indique que les infirmières accordent beaucoup d'importance aux PRS sous l'angle du *caring* (Bisaillon, 2004; Swanson, 1999), comme aux valeurs qui les sous-tendent (Parker, 1994). La difficulté à maintenir leurs PRS, dans un contexte où elles ont le sentiment que ces pratiques ne sont pas valorisées, pourrait influencer négativement la satisfaction professionnelle des infirmières (Duquette & Cara, 2000; Boon, 1998; Montgomery, 1993; Nyberg, 1990b). Alors que l'importance des PRS est associée à ce que l'infirmière souhaiterait faire et la fréquence à

ce qu'elle fait, une pratique congruente devrait permettre la réalisation des PRS privilégiées (Kim, 2000; Watson, 1988). L'impact du climat sur l'importance et la fréquence des PRS n'apparaît toutefois pas avoir été estimée de manière à démontrer combien la dissonance qui naît de l'écart entre les deux peut miner la satisfaction des infirmières soignantes.

En contrepartie, l'impact de l'environnement de travail sur la satisfaction des infirmières a été étudié de manière extensive. Différentes caractéristiques de l'environnement travail (ex. : soutien pairs/supérieurs, charge de travail, autonomie) sont reconnues pour avoir une influence sur la satisfaction au travail, la rétention et la santé psychologique des infirmières (Adams & Bond, 2000; Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008 ; Aiken, & Sloane, 1997 ; Blegen, 1993; Clarke et al., 2001; Irvine & Evans, 1995; Kangas, Kee, & McKee-Waddle, 1999; Kramer & Hafner, 1989; Nakata & Saylor, 1994; Tzeng & Ketefian, 2002). La relation entre le climat organisationnel et la satisfaction au travail des infirmières soignantes a aussi été démontrée dans plusieurs études (McGillis Hall, 2003; Tumulty, Jernigan, & Kohut, 1994; Urden, 1999). Le concept de satisfaction professionnelle a toutefois fait l'objet de beaucoup moins d'attention que la satisfaction au travail en général.

Considéré comme une composante de la satisfaction au travail, la satisfaction professionnelle renvoie à l'opinion que les infirmières ont de la dimension occupationnelle de leur travail (Hinshaw & Atwood, 1985). La satisfaction professionnelle se distingue aussi de la satisfaction au travail en général par le fait qu'elle serait davantage liée à la satisfaction des patients (McGillis Hall, 2003). Dans plusieurs études, certaines dimensions du climat organisationnel, dont la cohésion de groupe, la communication au sein de l'organisation et la surcharge de travail, ont été associées de manière isolée à la satisfaction professionnelle des infirmières (Davidson, Folcarelli, Crawford, Duprat, & Clifford, 1997; Hinshaw, Smeltzer, & Atwood, 1987; Lucas, Atwood, & Hagaman, 1993). Cependant, l'impact du climat organisationnel comme concept intégrateur de multiples dimensions composites sur la satisfaction professionnelle n'a pas fait l'objet d'études spécifiques. Il est toutefois très plausible que le climat organisationnel ait une influence sur cette composante de la satisfaction au travail qu'est la satisfaction professionnelle des infirmières.

Ainsi, l'impact du climat organisationnel sur les PRS n'a été examiné jusqu'ici que dans le cadre de devis qualitatifs. Les relations entre le climat et la satisfaction au travail en général ont été largement analysées, mais plus rares sont les études qui ont pris en compte la satisfaction professionnelle de manière plus spécifique. Par ailleurs, il n'existe pas, à notre connaissance, de recherches en contexte hospitalier qui ont examiné de manière systématique et dans le cadre d'une même étude les interrelations entre le climat organisationnel, le processus de soin relationnel compris sous l'angle du *caring* et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.

1.1.4 Pratiques relationnelles de soin et satisfaction professionnelle : des interrelations à explorer en contexte infirmier !

Les liens entre les PRS et la satisfaction des infirmières n'étaient établis jusqu'à tout récemment que sur la base de postulats et d'études qualitatives (Swanson, 1999; Watson, 2006a). Bien que soutenue par le modèle de Duffy et Hoskins (2003), l'influence des PRS sur la satisfaction professionnelle des infirmières a fait l'objet de très peu d'études quantitatives. Un exemple de ces rares études est celle de Lee (2004) auprès d'infirmières de Taiwan (n = 770) qui a démontré que la fréquence des comportements de *caring* expliquait 7,3 % du degré de variance de la satisfaction professionnelle. Les résultats de Lee (2004) vont dans le sens du postulat voulant que les PRS comprises sous l'angle du *caring* conduisent non seulement au mieux-être des patients, mais aussi à celui des soignants (Duffy, & Hoskins, 2003; Watson, 1979, 1988).

Par contre, de nombreuses études qualitatives fournissent d'importantes indications suggérant que la réalisation de PRS sous l'angle du *caring* peut conduire à une plus grande satisfaction professionnelle. La satisfaction et le sentiment d'avoir fait le bon choix de carrière figurent, en effet, parmi les bénéfices associés à une pratique de *caring* pour les infirmières (McNamara, 1995; Miller, Haber, & Byrne, 1992). Dans le même sens, l'étude de Montgomery (1993) auprès d'infirmières exerçant en soins palliatifs indique que les ressources dont l'infirmière dispose et le sens qu'elle donne à son expérience de *caring* sont des facteurs déterminants de sa capacité à accéder à une forme de croissance personnelle qui renforcera notamment son engagement à prendre soin. Les mêmes constats se dégagent

d'études en psychodynamique du travail dans lesquelles il a été démontré qu'une activité professionnelle reposant sur des dimensions humaines et relationnelles procure une source de plaisir au travail pour les infirmières exerçant en milieu hospitalier et en soins de longue durée (Alderson, 2001 ; Carpentier-Roy, 1989).

Certains théoriciens suggèrent que la cohérence entre ce que l'infirmière privilégie et ce qu'elle réalise influence son mieux-être et sa satisfaction professionnelle (Mayeroff, 1971; Watson, 1988). Une étude quantitative conduite par von Essen et Sjødén (1995) a révélé que l'importance accordée à des comportements de *caring* par les infirmières, comme par les patients, n'était pas significativement associée à la fréquence de ces derniers. Leur discussion propose de poursuivre les recherches en regard de l'association entre cet écart (pratiques privilégiées vs pratiques actuelles) et la satisfaction, chez les patients comme chez les infirmières. La différence soulevée par Morrison (1989) entre la perception des infirmières de leur idéal de pratique et leur pratique réelle justifie aussi la pertinence d'examiner l'impact que peut avoir cet écart sur leur satisfaction professionnelle. Ceci amène à reconnaître que, malgré leur adhérence aux valeurs humanistes du soin, les infirmières sont souvent amenées à exercer leur profession dans des conditions qui sont en contradiction avec ces valeurs, faute de temps, de ressources ou de personnel en nombre suffisant (Boon, 1998; Montgomery, 1993; Nyberg, 1990b; Roch, & Duquette, 2003). Une analyse complète doit ainsi tenir compte à la fois de l'importance et de la fréquence des PRS, tout en considérant l'impact potentiel que pourrait avoir un écart entre ces deux éléments sur la satisfaction professionnelle des infirmières.

1.1.5 Contexte et pertinence de l'étude

Au cours des dernières années, plusieurs initiatives majeures visant à créer un contexte de services plus humains, tant pour les patients que pour les employés, ont été initiées dans le centre hospitalier choisi pour la présente étude. Les valeurs mises de l'avant dans les discours des leaders organisationnels sont essentiellement le respect, l'excellence, la collaboration, la responsabilisation des intervenants ainsi que l'engagement à dispenser, avec humanisme et compassion, des soins et services de qualité. Faisant écho à ces valeurs, à la mission de l'organisation et à des revendications exprimées par les infirmières pour des

soins humains et de qualité, la Direction des soins infirmiers a mis en œuvre, à l'échelle organisationnelle, un projet de développement d'une philosophie de soins s'appuyant sur l'école de pensée du *caring* (Kérouac, Pepin, Ducharme, & Major, 2003). Ce projet met non seulement l'accent sur la promotion de valeurs humanistes mais aussi sur la nécessité de les traduire en actions auprès du patient/famille au moyen de PRS de qualité. Entre novembre 2002 et mai 2004, cette initiative a donné lieu à diverses activités de formation intégrées à des projets de réorganisation des soins et services infirmiers.

En mars 2004, la Direction des ressources humaines a, pour sa part, mené un sondage sur le climat de travail, auprès de l'ensemble du personnel. Ce sondage a conduit à des interventions visant à sensibiliser les gestionnaires à l'amélioration du climat de travail par des activités qui misaient sur le soutien social, la capacité d'adaptation individuelle et le développement de l'autonomie décisionnelle. La présente étude est en continuité avec ces projets organisationnels. En permettant de mieux comprendre l'impact du climat de travail sur les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières, l'étude pourra, en effet, contribuer à mieux informer les décisions relatives au renouvellement de l'organisation des services et à la gestion de la main-d'œuvre soignante en milieu hospitalier.

La pertinence de la présente étude se justifie aussi par la perspective novatrice qu'offre le *caring* pour examiner la dimension relationnelle du processus infirmier. Cette perspective présente l'avantage de miser sur des savoirs dits infirmiers tout en restant accessible aux administrateurs et autres acteurs des milieux de la santé. L'état actuel des connaissances semble bien justifier l'objet de la présente étude. En recourant à un devis mixte, cette étude aborde de manière simultanée un ensemble de relations entre climat, PRS et satisfaction professionnelle, contrairement aux précédentes études qui ont plutôt examiné ces relations de manière isolée et en utilisant l'une ou l'autre des 2 approches, qualitative ou quantitative. Cette approche de recherche apparaît appropriée, notamment en raison de la complexité des PRS sous l'angle du *caring* (Coates, 2002) et de la volonté de tenir compte de la perspective de différents acteurs qui sont témoins des pratiques et de la satisfaction professionnelle des infirmières au quotidien. Enfin, l'étude proposée s'inscrit dans les priorités de l'administration des services infirmiers (Lynn, Layman, & Richard, 1999 ; Galvin et al. 2008), et s'appuie sur un cadre de référence qui intègre à la fois une

perspective infirmière et une perspective administrative (Duffy & Hoskin, 2003), en vue de favoriser l'évolution des connaissances sur le soin dans les organisations de santé.

1.2 But de l'étude

Expliquer comment s'articule l'impact du climat organisationnel sur le façonnement des PRS, et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes exerçant dans un hôpital de soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés du Québec.

1.3 Objectifs spécifiques et hypothèses pour le volet quantitatif

Pour le volet quantitatif, quatre objectifs spécifiques en lien avec six hypothèses de recherche ont été retenus. Pour chacune des hypothèses, l'état de conscience des patients et les caractéristiques socioprofessionnelles des infirmières qui pourraient être en lien avec les PRS et/ou la satisfaction professionnelle seront contrôlées, afin d'isoler au mieux l'impact du climat organisationnel global et de ses dimensions composites.

- 1) Déterminer l'impact relatif du climat organisationnel et de ses dimensions composites sur les PRS (privilegiées, actuelles et l'écart entre les deux) des infirmières soignantes.
 - H1 Une perception positive du climat organisationnel global et de ses dimensions composites n'a pas d'impact sur les PRS privilegiées des infirmières soignantes.
 - H2 Une perception positive du climat organisationnel global et de ses dimensions composites a un impact positif sur les PRS actuelles des infirmières soignantes.
 - H3 Une perception positive du climat organisationnel global et de ses dimensions composites a un impact négatif sur l'écart entre les PRS privilegiées et actuelles des infirmières soignantes.

- 2) Déterminer l'impact relatif du climat organisationnel et de ses dimensions composites sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.
 - H4 Une perception positive du climat organisationnel global et ses dimensions composites a un impact positif sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.

- 3) Déterminer si les PRS actuelles des infirmières influencent leur satisfaction professionnelle au-delà de l'impact que pourrait avoir le climat organisationnel sur la satisfaction professionnelle.
- H5 Au-delà de l'impact du climat organisationnel global, les PRS actuelles ont une influence positive sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.
- 4) Déterminer dans quelle mesure l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles influence la satisfaction professionnelle des infirmières au-delà de l'impact que pourrait avoir sur elle le climat organisationnel.
- H6 Au-delà de l'impact du climat organisationnel global, l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles a une influence négative sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.

1.4 Objectif spécifique pour le volet qualitatif

Le volet qualitatif dans cette étude vise à ajouter une profondeur explicative en recueillant les perspectives d'une plus large gamme d'acteurs (infirmières conseillères, infirmières soignantes, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires (PAB), chefs d'unités), L'objectif spécifique visé par ce volet est de :

- 1) Préciser comment les acteurs organisationnels expliquent l'impact du climat organisationnel sur les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes en contexte hospitalier.

CHAPITRE II : RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits est organisée en cinq sections. La première examine les fondements conceptuels et théoriques du concept de climat organisationnel, son lien avec la notion de culture organisationnelle et les études empiriques en sciences infirmières qui s'y sont intéressées. La deuxième porte sur les pratiques relationnelles de soin (PRS). Elle examine la place de ces dernières dans le processus clinique infirmier et passe en revue les études s'y rapportant. La troisième section s'intéresse plutôt aux fondements théoriques et empiriques de la satisfaction au travail et de la satisfaction professionnelle en soins infirmiers. La quatrième section passe en revue une série d'études se rapportant aux interrelations entre l'environnement organisationnel, les PRS et la satisfaction des infirmières. Finalement une dernière section présente le cadre de référence de l'étude.

2.1 Climat organisationnel

2.1.1 Fondements conceptuels et théoriques du climat organisationnel

Le terme « climat » a été utilisé pour la première fois dans les écrits de psychologie industrielle et de comportement organisationnel, vers la fin des années 30 (Savoie & Brunet 2000). À cette époque, Lewin, Lippitt et White (1939) ont explicitement fait référence à cette notion sous le vocable de « climat social », sans toutefois le définir formellement ou fournir un outil permettant de le mesurer (Parker et al., 2003; Reichers & Scheinder, 1990). C'est vers le milieu des années '60 que le concept de climat organisationnel est évoqué de manière explicite pour la première fois (Litwin & Stringer, 1968; Likert, 1967; Forehand & Gilmer, 1964; Tagiuri & Litwin 1968). Il est alors défini comme « une qualité intrinsèque à l'environnement interne d'une organisation, qui est vécue par ses membres, influence leur comportement et reflète un ensemble particulier de caractéristiques (ou d'attributs) de l'organisation » [Traduction libre] (Tagiuri & Litwin, 1968, p. 27). Reconnues pour être relativement résistantes au temps et au changement, ces caractéristiques sont perçues par les membres de l'organisation (Forehand & Gilmer, 1964; Rousseau, 1988), sans qu'il n'y ait toutefois de consistance quant à leur identification et leur définition dans ces écrits.

Avec les années, de nombreuses définitions du climat se sont succédées, certaines mettant l'accent sur les caractéristiques de l'organisation (Friedlander & Margulies, 1969), d'autres sur les représentations cognitives et les interprétations (James & Jones, 1974), ou encore sur la somme des perceptions des membres d'une organisation (James, Hater, Gent, & Bruni, 1978). Toutefois, la théorisation du climat a progressé plutôt lentement, malgré d'importants efforts de clarification du concept (Hellriegel & Slocum, 1974; James & Jones, 1974; Rousseau, 1988). En effet, l'intérêt pour des études empiriques portant sur le climat l'a rapidement emporté sur le souci de renforcer les fondements théoriques du concept (Johannesson, 1973; Reichers & Scheinder, 1990). Il en a résulté de nombreux débats quant à l'autonomie du concept de climat par rapport à d'autres notions comme la satisfaction au travail (Glick, 1985; Guion, 1973; Johannesson, 1973; Joyce & Slocum, 1984; LaFollette, & Sims, 1975; Payne, Fineman, & Wall, 1976; Schneider & Snyder, 1975). Aujourd'hui, il est généralement admis que le climat renvoie à la perception que les employés ont de leur environnement de travail, alors que la satisfaction réfère aux évaluations qu'ils font de ces perceptions (James, & Jones, 1980; LaFollette, & Sims, 1975; Payne, Fineman, & Wall, 1976; Schneider & Snyder, 1975).

Dans les multiples débats ayant entouré le développement conceptuel du climat, deux attributs lui sont reconnus de manière constante: il est le fruit d'une perception et il est descriptif (Rousseau, 1988). Toutefois, un manque de consensus persiste par rapport à l'unité descriptive à laquelle s'applique le climat organisationnel, ce qui conduit différents analystes à faire une distinction entre climat psychologique, climat global et climat collectif. Puisque l'individu constitue toujours l'unité de mesure et que tous les niveaux de climat possèdent certaines qualités récapitulatives (Al-Shammari, 1992; Rousseau, 1988), ces distinctions peuvent être source de confusion. C'est pourquoi, Parker et al. (2003) soutiennent que toutes les études qui réfèrent à la perception que les individus ont de leur environnement de travail renvoient au climat psychologique même si, en réalité, une majorité des recherches en parlent en termes de « climat organisationnel » (Parker et al. 2003; Patterson et al., 2005; Schneider, Bowen, Ehrhart, & Holcombe, 2000). Ce va et vient sémantique a mené à différents regroupements visant à classer les travaux sur le climat en se fondant sur des écoles de pensée, des perspectives théoriques ou étiologiques.

Un premier regroupement permet de distinguer deux écoles de pensée relatives à la conceptualisation du climat : l'école de psychologie de la Gestalt et l'école du fonctionnalisme. Dans le premier cas, l'accent est mis sur la manière dont l'individu perçoit et intègre l'ordre des choses dans le monde. Ainsi, il se comporte en fonction de la façon dont il voit ce monde qui l'entoure. La seconde soutient plutôt que, même si la pensée et le comportement de l'individu restent fonction de l'environnement qui l'entoure, les différences individuelles jouent un rôle important dans l'adaptation de la personne envers cet environnement (Schneider, 1975). En ce sens, l'école du fonctionnalisme reconnaît l'interaction de l'individu avec son environnement et sa contribution au façonnement du climat organisationnel, tandis que l'école de la Gestalt insiste uniquement sur le fait que les individus se comportent en fonction de la manière dont ils perçoivent l'environnement de travail. Ces deux grandes écoles de pensée restent celles qui sous-tendent la plupart des recherches qui portent sur le climat dans les organisations, même si ces études ne s'y réfèrent pas toujours de manière explicite (Brunet, 1983). De fait, cette classification demeurent d'une utilité marginale pour situer les fondements du climat organisationnel.

Dans un deuxième type de regroupement, les travaux de James et Jones (1974) font la distinction entre des perspectives théoriques qui mettent l'accent sur différentes formes de mesure du climat organisationnel. Selon eux, le climat peut être compris comme 1) une mesure multiple d'attributs organisationnels, 2) une mesure perceptive d'attributs individuels, ou encore 3) une mesure perceptive d'attributs organisationnels. La première mesure s'intéresse à l'ensemble des caractéristiques de l'organisation, la seconde met davantage l'accent sur l'individu plutôt que sur l'organisation et la dernière reconnaît le climat comme une série de caractéristiques qui sont perçues à propos de l'organisation et/ou des unités qui la composent et qui reflètent la manière dont l'organisation et/ou ses unités influencent les comportements et les perceptions de ses membres (Brunet & Savoie, 1999; James & Jones, 1974). Ces perspectives théoriques ouvrent à une compréhension plus explicite de la formation du climat, sans toutefois nous informer des dimensions spécifiques qui devraient alors le composer selon la perspective privilégiée.

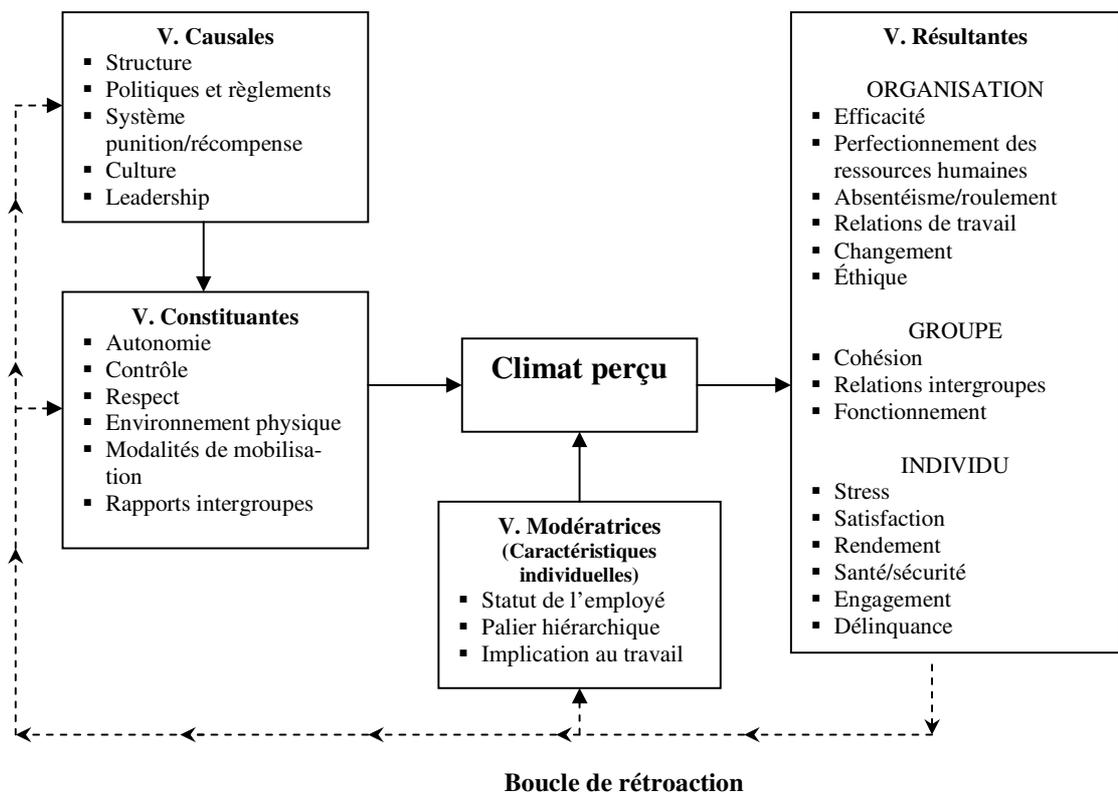
Un troisième regroupement fait plutôt une distinction entre différentes perspectives d'analyse utilisées pour comprendre le processus de formation du climat. Moran et

Volkwein (1992) distinguent ainsi quatre approches : structurelle, perceptuelle, interactive et culturelle. Les trois premières s'apparentent à plusieurs égards à celles définies par James et Jones (1974). L'approche structurelle (ex. : Inkson, Pugh, & Hickson, 1970) suggère ainsi que le climat reflète une manifestation purement objective de la structure organisationnelle; l'approche perceptuelle (ex. : James, Hater, Gent, & Bruni, 1978) aborde la formation du climat sous l'angle individuel, c'est-à-dire à travers la subjectivité des individus qui la composent; l'approche interactive (ex. : Jackofsky, & Slocum, 1988) soutient que ce sont les interactions des individus en réponse à leur environnement de travail qui constitue la base du climat organisationnel (Moran & Volkwein, 1992; Verbeke, Volgering, & Hessels, 1998). L'approche interactive réconcilie, en quelque sorte, les deux autres, en reconnaissant l'interaction entre l'environnement objectif et son appréhension subjective par des individus qui s'y situent et qui interagissent ensemble. Pour Schneider et Reichers (1983), la position interactionniste est celle qui défendrait le mieux l'étiologie du climat organisationnel. Finalement, l'influence culturelle occultée dans les 3 premières approches, suivant Moran et Volkwein (1992), est reprise dans une approche culturelle qui tient compte des valeurs et croyances des individus dans la formation du climat. De tous les regroupements visant à situer les fondements du climat organisationnel, ce sont ces quatre approches définies par Moran et Volkwein (1992) qui semblent le mieux expliquer comment il se forme, sans toutefois préciser davantage ce qui le constitue.

Quelle que soit la classification ou l'approche utilisée pour traiter du climat organisationnel, le dénominateur théorique commun se résume souvent par l'équation $C = f(P \times E)$ énoncée par Kurt Lewin (1951). Selon cette équation, le comportement individuel (C) est fonction de la personnalité (P) en interaction, à des degrés variés, avec l'environnement (E), alors compris comme étant le climat organisationnel (Brunet & Savoie, 1999; Glick, 1985). Ainsi, selon l'approche préconisée, il est théoriquement possible de modifier les comportements des membres d'une organisation en agissant soit sur la personnalité (angle individuel), soit sur l'environnement (angle organisationnel) ou encore sur les deux. Evan (1968) aura d'ailleurs tenté d'opérationnaliser cette formule par un modèle systémique dans lequel « le climat organisationnel est défini comme une perception multidimensionnelle des attributs ou caractères essentiels d'un système organisationnel » [Traduction libre] (Evan, 1968, p. 110). Cette perception

multidimensionnelle du climat est reprise dans les travaux de Likert (1967) qui réfèrent à la fois aux causes, composantes et résultantes du climat organisationnel. La figure 1 expose les principales variables dont traite ce modèle dynamique en y intégrant l'évolution de la théorisation du climat des dernières années.

Figure 1
Modèle dynamique du climat de travail inspiré de Likert



(Tiré de Brunet & Savoie, 1999, p.55)

En dépit de ces efforts, il n'en demeure pas moins qu'en raison d'un manque d'assises théoriques explicites, la définition du climat, tout comme son opérationnalisation, semblent souvent varier en fonction des objectifs des chercheurs (Brunet & Savoie, 1999; Reichers & Schneider, 1990). Cela se reflète notamment dans le manque de constance par rapport aux dimensions auxquelles réfère le construit (Rousseau, 1988). D'un auteur à l'autre, ces dimensions varient en nombre et sont pour le moins hétérogènes. Alors que Insel et Moos (1974), proposaient trois dimensions de base (relations, développement personnel et système de maintenance), Campbell, Dunnette, Lawler, et Weick (1970) en ont

isolé quatre à partir d'une revue exhaustive des études empiriques de l'époque sur le climat (autonomie individuelle, degré de structure imposé par la situation, orientation vers la récompense; considération/chaleur/soutien). À partir de 24 mesures spécifiques du climat, Brunet et Savoie (1999) ont relevé pas moins de onze dimensions génériques, soit 1) pratiques de gestion, 2) soutien de la part des dirigeants, 3) motivation, 4) qualité des relations au travail, 5) qualité de l'environnement immédiat de travail, 6) stratégies organisationnelles, 7) structure organisationnelle, 8) préoccupations d'efficacité, 9) attitudes valorisées, 10) caractéristiques de la tâche, et 11) autonomie. L'absence d'un noyau commun de dimensions a d'ailleurs incité Schneider (1975) à conclure que le climat organisationnel réfère davantage à un domaine de recherche qu'à un construit. Il a suggéré de conceptualiser le climat en traitant d'un climat « pour quelque chose » (Schneider, 1975). Cette approche permet ainsi de décrire un domaine stratégique du fonctionnement organisationnel, comme le service à la clientèle (Schneider, Wheeler, & Cox, 1992; Schneider, White, & Paul, 1998), ou la sécurité (Zohar, 1980, 2000), afin de traduire avec précision les résultantes attendues. Bien que plus précise, cette approche ne convient toutefois pas aux études dans lesquelles les chercheurs souhaitent obtenir un portrait du fonctionnement organisationnel global, puisqu'il n'insiste que sur un seul aspect. De fait, une approche multidimensionnelle offre l'avantage d'identifier l'effet de dimensions particulières sur des retombées spécifiques (Ashkanasy, Wilderom, & Peterson, 2000).

Les cinq domaines de climat psychologique identifiés par James et ses collègues (James & Sells, 1981; James & James, 1989 ; Jones & James, 1979) et repris par Parker et al. (2003), dans le cadre d'une revue des écrits portant sur la perception que les individus ont de leur environnement de travail et sur son impact sur les attitudes, la motivation et la performance, reflètent un effort de conceptualisation visant à mieux intégrer un large ensemble des dimensions du climat. Il inclut les caractéristiques de la tâche (autonomie, défi, importance), les caractéristiques du rôle (ambiguïté, conflit, charge de travail), les caractéristiques de leadership (centration sur les buts, confiance et soutien, facilitation du travail), les attributs de l'équipe de travail (coopération, fierté, chaleur) et enfin les attributs organisationnels (innovation, conscience de gestion, ouverture et information). Ces domaines rejoignent les dimensions génériques du climat organisationnel énoncées par

Brunet et Savoie (1999) et se prêtent à une approche globale et multidimensionnelle de la perception de l'environnement de travail.

En résumé, le climat est un concept global qui consiste en une configuration particulière d'éléments structurels pouvant varier selon les auteurs. Il a une connotation de « permanence » qui peut toutefois changer à la suite d'une intervention particulière et est basé sur la description de caractéristiques de la réalité externe telle que perçue par l'individu. Enfin, il peut être considéré comme un déterminant du comportement puisqu'il agit sur les attitudes et les attentes qui ont une influence directe sur les comportements (Brunet & Savoie, 1999; Lewin, 1951; Rousseau, 1988; Schneider, 1975; Taguiri & Litwin, 1968). Le climat, dans les organisations, renvoie à la perception que les individus ont de leur environnement de travail (Parker et al., 2003) et peut ainsi être saisi par une mesure perceptive d'attributs organisationnels que les individus d'un groupe partagent au travers de leurs interactions (Rousseau, 1988; James & Jones, 1974; Parker et al., 2003). Cette conception du climat est cohérente avec l'école fonctionnaliste, comme avec la théorie de Lewin (1951) et reconnaît que la perception du climat organisationnel peut être fonction de l'individu, de l'organisation et de l'interaction entre les deux. En privilégiant une conception semblable, il est possible de situer les fondements du climat dans les organisations, tout en demeurant ouvert à l'intégration d'attributs organisationnels qui sont reconnus comme pouvant caractériser différents environnements de travail infirmiers.

2.1.2 Distinctions et complémentarité entre climat et culture organisationnels

Nombreuses sont les similarités que partagent le climat et la culture organisationnels. Climat et culture sont tous deux considérés comme des composantes organisationnelles (Reichers & Schneider, 1990), ils relèvent tous deux du domaine de la signification, ils sont à la fois monolithiques et multidimensionnels, tout en présentant le potentiel d'être appréhendé dans différents sous-groupes, selon le niveau d'agrégation privilégié (James & Sells, 1981; Rousseau, 1988; Savoie & Brunet, 2000). De même, ils se construisent dans le cadre d'un processus de socialisation au travail (Joyce & Slocum, 1984; Reichers, & Schneider, 1990; Vandenberghe, 1999) et sont reconnus comme orientant le comportement organisationnel (Meeks, 1988; Savoie & Brunet, 2000; Taguiri

& Litwin, 1968). Parmi les autres similarités que partagent les notions de climat et de culture, Rousseau (1988) souligne qu'elles requièrent un certain consensus entre les perceptions de différents acteurs pour caractériser une unité organisationnelle (Joyce & Slocum, 1979; Louis, 1983), et qu'elles réfèrent toutes deux à un état stable, bien que cette stabilité dans le temps soit souvent plus marquée pour la culture (Moran & Volkwein, 1992; Taguiri & Litwin, 1968). À la lumière de ces nombreuses similarités, il n'est pas étonnant que ces deux notions soient difficiles à différencier l'une de l'autre.

D'autres travaux ont tenté d'identifier les plus courantes distinctions entre climat et culture organisationnels (Denison, 1996; Reichers & Schneider, 1990; Savoie & Brunet, 2000; Rentsch, 1990) en se basant sur des critères, dont la majorité ont toutefois été réfutés par un usage contradictoire. Parmi les supposés critères distinctifs identifiés, on peut d'abord citer les méthodes utilisées pour étudier chacune de ces deux notions (Glick, 1985; Rentsch, 1990). Alors que le climat est habituellement étudié à partir d'approches quantitatives, les travaux sur la culture ont plutôt privilégié des approches qualitatives, souvent de type ethnographique. Toutefois, différentes influences ont conduit à ce que l'un et l'autre soient examinés tant par des méthodes quantitatives que qualitatives (Chagnon, 1991; Denison, 1996; Savoie & Brunet, 2000; Verbeke, Volgering, & Hessels, 1998). D'ailleurs, l'utilisation d'instruments de mesure du climat pour évaluer la culture, ou encore les chevauchements dans les questions de recherche traitant des deux notions (Reichers, & Schneider, 1990; Savoie & Brunet, 2000) ont contribué, dans beaucoup de cas, à accroître la confusion entre ces notions plutôt qu'à préciser leurs différences.

On peut aussi se référer aux assises théoriques distinctes des deux concepts pour les différencier (Denison, 1996; Verbeke, Volgering, & Hessels, 1998). Alors que le concept de climat organisationnel s'est développé à partir de la psychologie sociale Lewinienne, la culture organisationnelle s'est développée à partir de courants tels l'interactionnisme symbolique (Rousseau, 1988) et l'anthropologie culturelle (Allaire & Firsirotu, 1984) qui mettent davantage l'accent sur la co-construction de sens que sur le comportement humain en société. Toutefois, des analystes comme Reichers et Schneider (1990) soutiennent que la culture organisationnelle peut aussi être étudiée à partir de l'équation de Lewin en situant la culture comme une représentation de l'environnement de travail qui agit sur le

comportement de l'individu. Dès lors, la confusion précédemment évoquée entre climat et culture demeure maintenue, au-delà de cette tentative de distinction théorique.

De manière plus systématique, Denison (1996) a démontré que les travaux sur la culture et le climat s'appuient sur des perspectives disciplinaires, épistémologiques, méthodo-logiques, ontologiques et sur des fondations théoriques qui sont fondamentalement différentes. Ces différences sont résumées dans le tableau I.

Tableau I
Distinction entre climat organisationnel et culture organisationnelle selon leurs perspectives de recherche initiales

Différences	Littérature sur la culture	Littérature sur le climat
Épistémologie	« Contextualisé » et idiographique	Comparative et nomothétique
Point de vue	Emic (point de vue natif)	Etic (point de vue du chercheur)
Méthodologie	Champ d'observation qualitative	Données quantitatives par questionnaire
Niveau d'analyse	Valeurs et présomptions fondamentales	Manifestations de surface
Orientation temporelle	Évolution historique	Prise instantanée non historique
Fondations théoriques	Construction sociale; théorie critique	Champ théorique Lewinien
Discipline	Sociologie & anthropologie	Psychologie

Tiré de : [Traduction libre] Denison (1996), p. 625.

De son côté, Rousseau (1988), tout en reconnaissant certaines similarités entre climat et culture, attire l'attention sur quatre éléments qui permettent de les différencier : 1) le climat est descriptif, alors que la culture est largement normative, 2) le climat peut être décrit de manière relativement sommaire, alors que la culture ne peut être opérationnalisée que par une information riche et détaillée, 3) tous les individus d'un milieu organisationnel expérimentent le climat, mais ce ne sont pas tous les individus qui font partie de la culture puisqu'il leur faut d'abord intégrer les normes, croyances et valeurs qui la sous-tendent pour en faire partie, 4) le climat renvoie à des perceptions individuelles qui doivent être agrégées au niveau d'un groupe pour comprendre les effets, tandis que la culture est un

phénomène de groupe, dont la compréhension passe par l'analyse des individus (c'est-à-dire des normes, croyances et valeurs organisationnelles auxquelles ils adhèrent). De ces constats, Rousseau (1988) a tiré deux conclusions. Premièrement, il semble y avoir suffisamment de similarités entre la culture et le climat pour considérer que la recherche sur l'un nous informe sur l'autre. Deuxièmement, la différence entre les deux est suffisante pour qu'ils soient conceptualisés et opérationnalisés de manière distincte.

Ces différents écrits vont donc à l'encontre de l'approche culturelle de la formation du climat soutenue par Moran et Volkein (1992) et suivant laquelle le climat serait une manifestation de la culture (Denison, 1996; Reichers, & Schneider, 1990; Schein, 1985). Ils se rapprochent davantage de l'argument selon lequel il existe une réciprocité fondamentale entre la culture et le climat, ce qui en ferait des composantes complémentaires contribuant à la vie psychologique des organisations (McMurray, 2003; Schneider, 2000). Suivant cette perspective sur laquelle s'appuie de récents travaux (Gagnon, 2005), les forces respectives de chacun de ces construits (ex. : les forces empiriques du climat par rapport aux forces théoriques de la culture) pourraient servir les limites de l'autre (Schneider, 2000).

2.1.3 Distinctions entre climat et environnement infirmier

La confusion terminologique et conceptuelle associée à la notion de climat organisationnel aura conduit à l'émergence de plusieurs concepts parallèles qui lui sont liés, dont l'environnement de travail et l'environnement de pratique infirmier (Clarke, 2006). Ces concepts ont rapidement gagné en popularité dans les écrits infirmiers et demeurent non seulement difficiles à distinguer de la notion de climat, mais font rarement l'objet de discussions conceptuelles dans les études qui en traitent (Sleutel, 2000). Bien que ces concepts aient souvent été préférés au climat dans les écrits infirmiers modernes, leurs fondements théoriques demeurent peu explicites et ont rarement été débattus.

Pour certains, l'environnement de travail est une notion plus englobante que le climat organisationnel et réfère à un éventail plus large de dimensions, dont des éléments particuliers de l'organisation qui seraient liés aux activités de travail (ex : ergonomie des lieux, disponibilité du matériel, etc.) (Clarke, 2006; Mayrand Leclerc, 2006 ; Tregunno,

2005). Cette distinction demeure toutefois discutabile à la lumière des très nombreuses dimensions que recourent certaines approches du climat organisationnel (Brunet, & Savoie, 1999). Certaines études sur les environnements de travail infirmier permettent toutefois de mettre l'accent sur la spécificité du contexte infirmier (Cimiotti, Quinlan, Larson, Pastor, Lin, & Stone, 2005; McGillis Hall & Kiesner, 2005) et de se limiter aux perceptions du personnel infirmier, alors que le climat réfère, en général, aux perceptions des différents acteurs organisationnels. Dans les deux cas, il s'agit cependant de mesure de perceptions individuelles d'attributs organisationnels (Tregunno, 2005).

En ce qui concerne l'environnement de pratique infirmier, il réfère plus spécifiquement à des caractéristiques organisationnelles identifiées par les leaders de la profession infirmière comme conduisant à une haute qualité de soins (Clarke, 2006). L'étude de ces caractéristiques organisationnelles est le principal objet des recherches sur les « Magnet hospitals » et met l'accent sur des variables qui seraient théoriquement associées à une pratique infirmière de qualité (McClure & Hinshaw, 2002 ; Scott, Sochalski, & Aiken, 1999). Ces recherches ont permis l'opérationnalisation de la notion d'environnement de pratique infirmier par l'adaptation d'un instrument (Kramer & Hafner, 1989), dorénavant appelé le *Nursing Work Index-Revised* (NWI-R) (Aiken & Patrician, 2000). Bien que la validité de cet instrument soit encore à développer (Cummings, Hayduk, & Estabrooks, 2006 ; Slater & McCormack, 2007), la plupart de ceux qui l'utilisent y réfèrent comme une mesure de l'environnement de pratique infirmier plutôt qu'une mesure de climat organisationnel (Aiken, Sloane, & Scholaski, 1998; Choi, Bakken, Larson, Du, & Stone, 2004). Pour ces auteurs, le climat organisationnel semble être interprété comme un construit comprenant un ensemble plus restreint de dimensions que l'environnement de pratique infirmier. Cette interprétation ressort notamment d'une étude de Clarke, Rockett, Sloane et Aiken (2002) portant sur la relation entre le climat organisationnel et le risque de dommages et d'incidents causés par des piqûres d'aiguille. Pour rendre compte de cette relation à partir de données collectées avec le NWI-R, seuls cinq items se rapportant à différents aspects du soutien administratif ont été retenus pour évaluer le climat organisationnel. À la lumière des dimensions génériques identifiées par Brunet et Savoie (1999), cette interprétation limitative du climat organisationnel demeure fort discutabile.

En effet, certaines variables constituantes (autonomie, contrôle, rapports intergroupes) et causales (leadership) du climat de travail (Brunet & Savoie, 1998) se recoupent avec celles privilégiées dans les travaux portant sur l'environnement de pratique infirmier (Aiken, Sloane, & Sochalski, 1998; Aiken, Sochalski, & Lake, 1997; Lake & Friese, 2006; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004). Les similitudes entre les quatre dimensions (autonomie, contrôle sur la pratique, relations infirmières-médecin, soutien organisationnel) du NWI-R (Aiken, & Patrician, 2000) et certains instruments de mesure du climat organisationnel sont ainsi fort nombreuses. Dans une recension exhaustive des écrits, Gershon, Stone, Bakken et Larson (2004) décrivent même le NWI-R comme un instrument de mesure du climat organisationnel.

Considérant le but de notre étude, la notion d'environnement de pratique infirmier apparaît peu pertinente puisque l'impact de la perception de l'environnement sur les pratiques infirmières est d'emblée assumé par le construit. La notion d'environnement de travail infirmier reste, quant à elle, difficile à dissocier du climat et soulève les mêmes difficultés d'identification en ce qui a trait à ses dimensions clés. Notons aussi qu'il arrive que les notions d'environnement de travail et d'environnement de pratique infirmier soient utilisées de façon interchangeable (McCusker, Dendukuri, Cardinal, Laplante, & Bambonye, 2004). Ainsi, en dépit de leur popularité dans les écrits infirmiers, les concepts d'environnement de travail et d'environnement de pratique restent par ailleurs limités dans leurs développements théoriques, alors que la notion de climat organisationnel offre une meilleure alternative. Bien que les dimensions composites du climat organisationnel demeurent pour le moins hétéroclites (Brunet, & Savoie, 1999), cette notion bénéficie, en effet, d'assises conceptuelles et théoriques plus étoffées qui ont été exploitées dans le domaine infirmier, comme ailleurs en psychologie industrielle (Denison, 1996; Parker et al., 2003; Reichers & Schneider, 1990). En ce sens, notre revue des écrits privilégiera les études portant sur le climat organisationnel auprès de populations infirmières. Par la suite, celles portant sur des approches du climat spécifiquement adaptées au domaine infirmier et hospitalier serviront à étayer le soutien empirique des hypothèses de recherche.

2.1.4 Études sur le climat organisationnel auprès de populations infirmières

Nombreuses sont les études qui ont traité de la notion de climat dans les organisations, en ciblant des populations infirmières. La perception que les infirmières ont de leur environnement de travail demeure, en effet, une préoccupation jugée majeure en administration des services infirmiers (Lynn, Layman, & Englehardt, 1998). Les études sur le climat menées auprès de populations infirmières peuvent être regroupées en trois catégories, suivant l'approche empirique utilisée pour définir le climat : des études basées sur une approche interactionniste développée par Moos (1986, 1994) et qui met l'accent sur la perception sociale du climat; des études basées sur une approche fonctionnaliste qui met l'accent sur l'interaction de l'individu avec son environnement (Litwin & Stringer, 1968); des études basées sur des approches du climat empruntées à d'autres domaines et adaptées de manière à considérer les spécificités du domaine infirmier ou du contexte hospitalier (Duxbury, Henly, e& Armstrong, 1982; Sounan & Gagnon, 2005).

2.1.4.1 Approche interactionniste selon Moos

L'approche empirique de Moos (1986, 1994) est l'une des plus utilisées dans les milieux de la santé pour étudier le climat social de l'environnement de travail (Flarey, 1991, 1993). Selon cette approche dite interactionniste, l'environnement social ou psychosocial d'une organisation est formé par les individus qui la composent et les interactions qu'ils ont entre eux, ce qui a pour effet de créer un « climat » unique (Insel & Moos, 1974). Pas moins de 17 études privilégiant cette approche auprès d'infirmières soignantes et gestionnaires de différents milieux ont été recensées par Margall (1999). Cette approche empirique du climat préconise un instrument, le *Work Environment Scale* (WES), qui comprend 90 items répartis en 10 sous-échelles (implication au travail, cohésion entre les pairs, soutien du supérieur, autonomie, orientation vers la tâche, pression, clarté, contrôle, innovation, confort physique). Ces dernières sont regroupées en 3 dimensions (relationnelle, croissance personnelle, maintien et changement des structures). Le WES présente l'avantage d'offrir des résultats normatifs auprès d'employés de différents milieux de santé américains (Moos, 1994), ce qui facilite la discussion par rapport à des normes attendues. Toutefois, les réponses sont formulées en terme de « Vrai » ou « Faux » et ne permettent pas de saisir jusqu'à quel point les différentes dimensions de

l'environnement de travail sont perçues comme étant davantage négatives ou positives. Notons toutefois qu'une adaptation abrégée de cet instrument avec échelle de type Likert à sept points a aussi été développée (Abraham, & Foley, 1984). Il n'en demeure pas moins que, même si elles sont jugées satisfaisantes par certains analystes (Hubet et al., 2000), les informations quant à la validité de cet instrument sont peu explicites et les indices de fidélité obtenus par Moos (1986) sont de beaucoup supérieurs à ceux rapportés dans d'autres études (Michaud, 1991 ; Margall, 1999), ce qui laisse douter de la consistance de cet instrument auprès d'infirmières.

Dans le but de comparer le climat perçu par les infirmières du Royaume-Uni à la perception des infirmières américaines, Baker, Carlisle, Riley, Tapper et Dewey (1992) ont utilisé les scores normatifs américains du WES (Moos, 1986) et les données recueillies avec ce questionnaire auprès d'infirmières britanniques exerçant dans différents milieux de santé (n = 209). Leurs résultats indiquent que les infirmières britanniques se perçoivent comme étant beaucoup plus impliquées et ayant une plus grande cohésion entre pairs, mais jugent recevoir moins d'appui de leur supérieur. Carlisle, Baker, Riley et Dewey (1994) ont identifié des différences significatives entre la perception que les sages-femmes (n = 29) et les infirmières (n = 189) ont de leur environnement de travail en milieu hospitalier. Les scores d'engagement et de soutien du supérieur, comme ceux d'autonomie et de clarté, sont plus élevés pour les infirmières, alors que les sages-femmes disent vivre une plus grande pression. De leur côté, Dutcher et Adams (1994) ont aussi trouvé des différences de perception entre les infirmières (n = 70) et les aides soignants (n = 35) de trois maisons de santé américaines. Les infirmières se montrent plus engagées, bénéficient davantage de cohésion entre pairs, mais subissent plus de pression, alors que les aides soignants présentent un plus haut niveau de contrôle et de clarté. Bien que la taille des échantillons soit limitée, ces résultats concordent avec la proposition selon laquelle la perception du climat peut varier en fonction du rôle et du niveau hiérarchique occupés par l'individu dans l'organisation (Schneider & Reicher, 1983).

2.1.4.2 Approche fonctionnaliste

Certaines études sur le climat auprès d’infirmières s’inspirent davantage de l’École fonctionnaliste qui met l’accent sur l’interaction entre l’individu et son environnement (Schneider, 1975). Selon cette école, l’individu participe à la détermination du climat, plutôt que de n’avoir d’autre choix que de s’y adapter, comme dans l’optique gestaltiste (Brunet, 1983). Plusieurs des études qui s’appuient sur cette perspective utilisent le *Organizational Climate Questionnaire* (OCQ) de Litwin et Stringer (1968) qui se fonde sur la théorie de la motivation de McClelland et Atkinson (1953, dans Litwin & Stringer, 1968). La perception des employés est mesurée par rapport à 9 dimensions (structure, responsabilité, rémunération, risque, soutien, tolérance au conflit, chaleur, norme et identité) à partir d’un questionnaire de 50 items avec échelle de type Likert à quatre points. L’étude de Keuter, Byrne, Voell et Larson (2000) qui porte sur la relation entre le climat et la satisfaction au travail auprès de 37 infirmières de soins critiques (n = 18 pour unité de transplantation osseuse et d’hématologie ; n = 19 pour unité de soins intensifs) présente des résultats descriptifs s’appuyant sur le OCQ et illustrant certaines différences selon les spécialités. En effet, les scores moyens du climat pour les infirmières de l’unité de transplantation sont un peu moins élevés que ceux des soins intensifs, ce qui indique que les infirmières qui exercent à l’unité transplantation ont une perception sensiblement plus positive du climat organisationnel. La taille de l’échantillon demeure toutefois fort discutable et ne permet pas de tirer des conclusions qui soient généralisables à d’autres unités de soins critiques en milieu hospitalier.

Privilégiant une version modifiée du OCQ comprenant 10 dimensions (ajout d’une dimension de 5 items sur l’accès à l’information), Mok et Au-Yeung (2002) se sont intéressés à la relation entre le climat organisationnel et l’*empowerment* psychologique auprès de 331 infirmières occupant des fonctions de cadre supérieur (n = 21), intermédiaire (n = 55) et de soignante (n = 255) dans un hôpital de Hong Kong. L’analyse psychométrique a révélé des coefficients alpha insuffisants. Six facteurs de climat (leadership, harmonie de travail, défi, reconnaissance, travail d’équipe, et prise de décision) ont donc été dérivés des dix dimensions originales pour la suite des analyses. Une différence significative dans la perception du climat organisationnel entre les trois groupes de répondantes a été observée (sauf pour l’aspect du défi), indiquant une perception du

climat plus positive de la part des infirmières cadres supérieures. Ensemble, les six dimensions du climat comptaient pour 44% de la variance de l'*empowerment* psychologique. Le manque de consistance interne dans cette étude suggère que l'instrument utilisé n'était peut-être pas adapté aux caractéristiques culturelles de la population. Notons toutefois que Sims et Lafollette (1975) ont rencontré la même difficulté auprès d'un échantillon composé des membres d'un complexe médical américain, ce qui les avait conduits à juger insuffisants les niveaux de validité et de fidélité du OCQ. En outre, l'étude de Mok et Au-Yeung (2002) souligne les différences hiérarchiques dans la perception du climat, tout en notant des résultats visant à promouvoir l'*empowerment* des infirmières.

2.1.4.3 Approches du climat adaptées au domaine infirmier et hospitalier

La modification du *Organisational Climate Description Questionnaire* (OCDQ) de Halpin et Croft (1962) effectuée par Duxbury, Henly et Armstrong (1982) pour mesurer le climat des unités de soins intensifs néonatales, correspond à l'adaptation d'une perspective connue en psychologie industrielle au domaine infirmier. Pour les besoins de leur étude, des infirmières (n = 682) exerçant dans 18 unités de soins intensifs néonataux à travers les États-Unis, ont participé à l'élaboration d'une version modifiée du OCDQ comprenant 32 items et les 8 dimensions originales (confiance, considération, emphase sur la productivité, entrave, désengagement, attitude distante, intimité et esprit). Suite à des changements dans la terminologie des items, Duxbury et al. (1982) l'ont intitulé le *Nurse Organizational Climate Description Questionnaire, form A* (NOCDQ-A). Au total, 661 infirmières ont complété le NOCDQ-A et les analyses de validation ont conduit à éliminer les dimensions « accent sur la productivité » et « considération » pour créer le NOCDQ-B. Les analyses de variance effectuées avec le NOCDQ-B ont indiqué une convergence suffisante de la perception partagée par les infirmières d'une même unité, tout en différenciant les unités les unes des autres. Toutefois, probablement en raison de sa spécificité au contexte des soins néonataux, cette mesure adaptée a rarement été utilisée depuis sa création. De plus, à l'instar des études portant sur les environnements de pratique infirmiers, certains des énoncés chevauchent ceux qui se rapportent aux PRS. Cette adaptation n'apparaît donc pas être une approche des plus intéressantes pour notre recherche en contexte hospitalier, sans compter que les indications quant à sa fidélité et sa validité sont peu convaincantes.

Une équipe de chercheurs du Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM) a récemment utilisé en milieu hospitalier une mesure de climat psychologique développée par Jones et James (1974) et modifiée par Christopher Parker (Parker et al., 1999; Young & Parker, 1999). Le *Questionnaire de climat psychologique CRISO* (QCP_CRISO) comprend cinq dimensions, soit la perception de la tâche, du rôle, du supérieur, de l'équipe de travail et de l'organisation dans son ensemble. Chacune des dimensions comprend trois sous-dimensions et l'échelle compte un total de 60 items (Gagnon, 2005; Sounan & Gagnon, 2005). La validité de contenu établit par Jones et James (1979) a servi d'appuie aux études subséquentes qui ont apportées certaines modifications aux échelles originales, sans toutefois compromettre les qualités psychométriques de l'instrument (James & James, 1989; James & Sells, 1981; Jones & James, 1979 ; Young & Parker, 1999). La première étude publiée sur la base des résultats obtenus à partir de cet instrument en contexte hospitalier québécois porte sur la relation entre le climat de travail, l'absentéisme et l'assurance salaire auprès de l'ensemble des employés (n = 675) d'un centre hospitalier universitaire (Sounan & Gagnon, 2005). Les résultats indiquent une forte relation entre 12 des 15 sous-dimensions du climat et l'absentéisme de courte durée et suggèrent que plus la perception du climat de travail est positive, moins les employés seront absents. Contrairement à l'absentéisme, seules quatre sous-dimensions du climat sont en lien avec l'assurance salaire de courte durée. Les résultats indiquent en ce sens que les employés ont tendance à dépendre moins longtemps de l'assurance salaire lorsqu'ils perçoivent du défi dans leur travail, du soutien, du respect et qu'ils vivent une relation de confiance avec leur supérieur. Ces résultats en contexte hospitalier concordent avec ceux obtenus auprès d'autres populations (Parker et al., 2003). Ils suggèrent aussi qu'une mesure de climat psychologique (James & Jones, 1974; Jones & James, 1979) puisse être interprétée au niveau organisationnel, sur la base d'une approche perceptuelle interactionniste du climat (Rousseau, 1988; James & Jones, 1974; Parker et al., 2003). De plus, les multiples sondages sur le climat de travail réalisés en milieu hospitalier québécois par l'équipe de recherche de McGill, indiquent que cet instrument apparaît bien adapté au contexte hospitalier, tout comme à la population infirmière et suggèrent des indices psychométriques qui témoignent d'une bonne fidélité (Gagnon et al., 2007).

2.1.5 Résumé des études sur le climat organisationnel

Les études sur le climat organisationnel auprès de populations infirmières ont principalement adopté l'approche du climat social de Moos (1986). Cette approche interactionniste, fondée sur des normes établies auprès de multiples échantillons, permet d'intéressantes comparaisons entre populations. Bien que son adaptation abrégée à échelle de type Likert eut pu s'avérer pertinente pour notre étude, les dimensions contenues dans cet instrument se restreignent aux aspects sociaux de l'environnement de travail, ce qui limite la compréhension de l'impact de la perception d'autres aspects sur les PRS et la satisfaction des infirmières. De plus, ses qualités psychométriques auprès d'échantillons infirmiers demeurent mitigées (Marghall, 1999 ; Michaud, 1991).

L'approche fonctionnaliste privilégiée dans les études utilisant l'instrument de Litwin et Stringer (1968) offre la possibilité de faire des liens avec différentes variables, dont la satisfaction au travail et l'*empowerment* psychologique. Toutefois, les qualités psychométriques du OCQ semblent insuffisantes, tant auprès d'un échantillon infirmier (Mok & Au-Yeung, 2002) qu'auprès de l'ensemble des employés d'un hôpital (Sims & Lafollette, 1975). Ce qui indique d'éventuels problèmes de validité des résultats.

En ce qui concerne l'adaptation au contexte infirmier d'approches empruntées à d'autres domaines, deux approches ont été explorées. Celle issue des travaux de Duxbury, Henly et Armstrong (1982) s'appuie sur un instrument de climat organisationnel qui n'apparaît pas avoir été utilisé en dehors d'unités de soins néonatales et présente un potentiel de chevauchement entre les composantes de la structure organisationnelle et du processus infirmier. Son utilisation ne s'avère donc pas appropriée aux objectifs de la présente étude. L'approche de climat utilisée dans les récents travaux de Sounan et Gagnon (2005) en milieu hospitalier s'appuie, pour sa part, sur un instrument en développement, le *Questionnaire de climat psychologique CRISO* (QCP_CRISO), qui présente de bonnes qualités psychométriques (Gagnon et al. 2007). De plus, les dimensions que cet instrument contient touchent à des perceptions de l'environnement de travail plus diversifiées, qui vont au-delà des seuls aspects sociaux du travail (Gagnon et al. 2007). Une première évaluation du climat dans le milieu hospitalier où a lieu la présente étude a, par ailleurs, été effectuée en mars 2004 avec cet instrument et les résultats se sont avérés utiles et accessibles aux décideurs (Sounan & Gagnon, 2005). Enfin,

cette mesure de climat adaptée au milieu hospitalier paraît plus compatible avec une approche perceptuelle des attributs organisationnels perçus par les infirmières soignantes et s'appuie sur des bases théoriques sensiblement plus solides et explicites que les autres mesures (James, & James, 1989).

2.2 Pratiques relationnelles de soin (PRS)

Dans cette section, nous discutons, dans un premier temps, de la pratique infirmière et des aspects relationnels qui la caractérisent de manière générale. Dans un deuxième temps, nous examinons de manière plus spécifique comment ces aspects relationnels sont traités dans la perspective du *caring*. Pour ce faire, nous ferons d'abord référence aux assises philosophiques et théoriques qui sous-tendent cette perspective. Enfin, des études ayant traité des PRS sous l'angle du *caring*, comme à partir d'autres approches, seront également discutées afin d'offrir une vue d'ensemble des connaissances sur le sujet.

2.2.1 Pratiques relationnelles au cœur de la pratique infirmière

Au sens générique du terme, les pratiques sont considérées comme des activités, à la fois intellectuelles et comportementales, qui sont effectués par des individus dans une situation donnée (Kim, 2000). Lorsqu'il est question du travail infirmier, de telles pratiques se rapportent à l'ensemble des activités professionnelles exécutées par les infirmières dans le cadre du soin au patient (Kim, 2000). La dimension appliquée de la pratique a motivé un engouement évident pour la classification des activités infirmières (Kim, 2000). Il existe d'ailleurs près d'une douzaine de systèmes de classification des activités de l'infirmière (Bowles & Naylor, 1996). L'un des premiers langages standardisés utilisé pour documenter et étudier les composantes du soin infirmier dans les divers domaines de pratique a été le *Nursing Interventions Classification* (NIC). Il comprend un répertoire à jour d'interventions qui sont identifiées, définies et rattachées à un ensemble d'activités infirmières (McCloskey & Bulechek, 2000 ; McCloskey, Bulechek, & Donahue, 1998). Les interventions auxquelles il renvoie mettent l'accent sur les aspects physiques et psychosociaux du patient. Ces interventions peuvent être directes ou indirectes et certaines ne peuvent être réalisées de manière autonome, puisqu'elles doivent être initiées par le médecin. Ainsi, à l'instar de

plusieurs outils de classification, le NIC est pragmatique et permet de présenter de manière systématique la plupart des interventions infirmières (Bowles & Naylor, 1996). Cependant, un tel outil ne permet pas de rendre suffisamment compte de la composante relationnelle des soins infirmiers.

Pourtant, l'aspect relationnel du soin est au cœur du mandat professionnel de l'infirmière et s'inscrit dans la portion autonome de ses pratiques quotidiennes (Duffy, & Hoskins, 2003; Gaut, 1986; Watson, 2002). De l'avis de plusieurs théoriciennes, le soin infirmier ne saurait d'ailleurs prendre forme sans qu'il y ait de relations entre l'infirmière et le patient/famille (King, 1981; Orlando, 1961; Peplau, 1988; Travelbee, 1971; Watson, 1979, 1988, 1999, 2006a). À ce titre, le modèle infirmier de Peplau (1952, 1988) est fondé sur la conceptualisation d'une interrelation thérapeutique entre le patient et l'infirmière. Pour Orlando (1961) l'action infirmière est une réponse aux réactions du patient dans le cadre de la relation dynamique que l'infirmière établit avec ce dernier. Travelbee (1971) définit, quant à elle, les soins infirmiers comme un processus interpersonnel par lequel la professionnelle qu'est l'infirmière assiste un individu, une famille ou une communauté pour prévenir ou faire face à une expérience de maladie et de souffrance. Au travers des systèmes interpersonnels de son modèle, King (1981) voit le processus interpersonnel entre l'infirmière et le patient comme le médium conduisant à l'atteinte des objectifs de soin. Enfin, pour Watson (1979, 1988) la relation de *caring* entre l'infirmière et le patient se veut centrale et constitue l'essence des soins infirmiers. Le *caring* représente en quelque sorte l'idéal moral qui correspond à l'engagement de l'infirmière à promouvoir la dignité de la personne soignée. Les *facteurs caratifs*, renommés processus de *caritas cliniques* dans l'évolution des écrits de Watson (2006), servent de guide à l'interaction infirmière-patient.

Bien que chacune de ces conceptualisations du soin insiste sur la préséance de la composante relationnelle du rôle infirmier, rares sont celles qui ont été jusqu'à définir les activités qui s'y rapportent au quotidien. À ce titre, les bases philosophiques et théoriques du *caring* ont l'avantage d'offrir un cadre pertinent pour définir et circonscrire avec précision les PRS qui rendent compte des activités que l'infirmière réalise dans le cadre de ses interactions avec le patient/famille (Duffy & Hoskins, 2003; Watson, 2005). Il est ainsi possible d'aborder le processus infirmier à partir des PRS que l'infirmière privilégie et

réalise de manière indépendante ou en collaboration (interdépendance) avec les autres membres de l'équipe soignante et/ou des professionnels de la santé (Duffy & Hoskins, 2003; Irvine, Sidani, & Hall, 1998; Kim, 2000). De nombreuses études ont eu pour objet de décrire et de comprendre la signification se rapportant aux activités de *caring* (Finfgeld-Connett, 2007 ; Swanson, 1999) et permettent aujourd'hui d'opérationnaliser l'expression de ce concept au travers des PRS que l'infirmière privilégie et réalise au quotidien.

Il importe de souligner que ce ne sont pas toutes les pratiques infirmières qui peuvent correspondre à des PRS dites indépendantes ou collaboratives. En effet, les pratiques infirmières se rapportent à toutes les fonctions que l'infirmière assume dans le cadre de son travail (Dallaire, 2008). Dans le langage courant, ces pratiques incluent donc non seulement les actions qu'elle pose à l'intention du client en sa présence, comme en son absence (ex. : consulter des médecins, faire un plan de soins écrit, etc.), mais aussi les actions qu'elle pose en réponse aux prérogatives administratives et/ou médicales (ex. : rappel d'ordonnance, assurer les liens entre les professionnels, etc.). L'aspect relationnel réfère aux interventions qui relèvent de la présence du patient/famille, de l'infirmière et d'interactions entre eux (Kim, 2000). À ce titre, lorsque les PRS sont comprises à l'intérieur des **relations indépendantes du processus de *caring***, elles incluent seulement les interactions que les infirmières privilégient et mettent en action de façon autonome en présence du patient/famille. Lorsqu'elles sont comprises à l'intérieur des **relations collaboratives du processus de *caring***, les PRS sont partagées avec d'autres soignants et professionnels, en fonction des rôles et responsabilités de chacun en vue d'assurer le suivi de l'aspect relationnel des soins offerts aux patients/familles (Duffy, & Hoskins, 2003). Précisons que les PRS vues sous l'angle du *caring*, doivent aussi s'appuyer sur des normes de bonne pratique, qu'elles soient de nature éthique, technique et/ou empirique (Gastman, 1999; Kim, 2000 ; Parker, 1994). C'est donc dire que, par rapport aux pratiques infirmières prises dans leur globalité, les PRS sous l'angle du *caring* infirmier ne comprennent que les actions (comportements / attitudes) de l'infirmière qui sont réalisées de manière autonome ou en collaboration et qui relève d'une interaction avec le patient/famille, tout en s'inscrivant à l'intérieur d'un processus clinique qui se fonde sur des valeurs et des normes professionnelles de bonne pratique.

2.2.1.1 Assises philosophiques et théoriques du *caring*

La notion de *caring* prend racine dans plusieurs courants philosophiques en sciences humaines qui ont eu une influence marquée sur son développement en sciences infirmières. Le « soin » [Sorge] fut reconnu, dès 1927, par Heidegger comme un élément essentiel à la compréhension de la nature humaine et un concept de première importance pour «Être-dans-le-monde » et donner une signification à nos relations avec les autres (Heidegger, 1962). Buber (1959), bien que n'utilisant pas l'expression *caring*, fait référence à une manière d'être qui consiste en une forme de dialogue et émerge de l'aptitude à être à l'écoute des autres dans un espace « interhumain ». En mettant l'accent sur les aspects moraux du *caring* qui motivent à assurer le bien-être des personnes, Mayeroff (1971) définit ce qu'il juge être les huit traits essentiels de ce concept : connaissance, alternance des rythmes (consiste à reconnaître qu'il y a un moment pour chaque chose), patience, honnêteté, confiance, humilité, espoir, courage. Il s'intéresse non seulement au *caring* pour les autres, mais aussi au *caring* pour soi, tout en indiquant qu'en prenant soin des autres, nous contribuons à notre propre bien-être. S'appuyant sur un point de vue psychoanalytique, Gaylin (1976) argumente que le *caring* est un ingrédient essentiel au développement et à la survie de l'être humain, biologiquement programmé et sujet aux influences du contexte environnemental. Empruntant une perspective féministe, Gilligan (1982) présente une vision morale du soin qui tente de montrer que l'expérience de *caring* des femmes est le fondement d'une éthique de la sollicitude (Cooper, 1989). Noddings (1984) adopte une perspective similaire. Elle propose la sollicitude comme un idéal éthique se construisant dans le cadre de la relation soigné/soignant et positionne ainsi le *caring* comme une base essentielle de notre humanité.

La notion de *caring* s'appuie ainsi sur des assises philosophiques fortes qui concordent à la définir comme une manière d'être de l'humain qui se manifeste toujours dans le cadre d'une relation de réciprocité. C'est à partir de 1955, grâce aux travaux de Leininger sur l'expression culturelle du *caring*, qu'une attention croissante a été accordée à cette notion en sciences infirmières (Leininger, 1990). Cependant, ce concept a donné lieu à une grande variété d'interprétations (Fry, 1990). Le *caring* consiste, pour Leininger, à l'action d'assister, de soutenir ou d'améliorer les conditions de vie d'un individu ou d'un groupe qui présente des besoins exprimés ou non exprimés. Son approche préconise

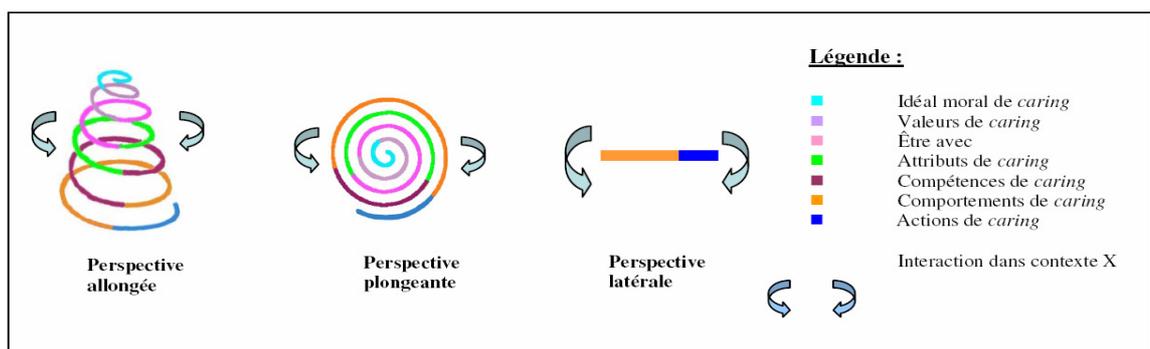
l'intégration des dimensions sociales et culturelles dans la relation qu'entretient l'infirmière avec la/les personnes dont elle prend soin (Leininger, 1991). Pour Watson (1979, 1988, 1999, 2006a) dont les travaux ont largement contribué à donner une plus grande place au *caring* en sciences infirmières, le *caring* est un idéal fondé sur un engagement moral envers la protection de la dignité humaine et la préservation de l'humanité. Il se manifeste par des actes concrets à l'intérieur d'un processus intersubjectif humain. Défendant l'unicité de la signification que les patients accordent à leurs expériences de santé, Gadow (1980,1990) soutient que le rôle infirmier consiste en la défense (*advocacy*), la protection et le rehaussement de la subjectivité du patient par l'adoption d'une position morale qui est basée sur le *caring* et qui consiste à assister les personnes à prendre des décisions qui reflètent leurs propres valeurs. S'inspirant d'influences spirituelle, théologique et philosophique, Roach (1987) conceptualise le *caring* infirmier par cinq attributs, soit la compassion, la compétence, la confiance, la conscience et l'engagement, auxquels la manière d'être a été ajouté (Roach, 2002) pour rendre compte de l'importance d'un langage et d'un habillement professionnel. Bishop et Schudder (1991) soutiennent que le *caring* réfère à l'intérêt de rendre concret un système de significations complexes, par une pratique qui associe le souci pour l'autre à l'action d'en prendre soin. Enfin, Boykin et Schoenhofer (2001a) considèrent que le *caring* est une particularité essentielle et une manière d'être de l'humain qui s'exprime dans un contexte de responsabilités relationnelles.

Tenant d'intégrer ces différentes perspectives du *caring* en soins infirmiers, Griffin (1983) identifie trois attributs : une manière d'être, une condition qui précède les actions et un idéal moral et social de la profession infirmière. Ces attributs renvoient aux dimensions cognitive, morale et émotionnelle associées aux activités, attitudes et sentiments qui sous-tendent le *caring* dans un contexte infirmier. En procédant à une revue exhaustive des écrits, Morse, Solberg, Neander, Bottorf et Johnson (1990) ont identifié, quant à eux, cinq interprétations différentes du *caring* qui peut être défini comme un trait humain, un impératif moral, un affect, une relation interpersonnelle ou une intervention infirmière. Dans une analyse conceptuelle évolutionnaire, Brilowski et Wendler (2005) ont défini cinq attributs centraux permettant de mieux qualifier le *caring*, soit la relation, l'action, l'attitude, l'acceptation et la variabilité. Finfgeld-Connett (2007) a aussi récemment procédé à une méta-synthèse des écrits sur le *caring*. Il en ressort que le *caring* est un

processus interpersonnel qui s'appuie sur trois attributs (l'expertise, la sensibilité interpersonnelle et l'intimité de la relation) dont les antécédents et les conséquences s'apparentent aux éléments contenus dans le modèle de Duffy et Hoskins (2003). Cette conceptualisation présente l'avantage de s'appuyer principalement sur des écrits empiriques, mais soulève certaines limites quant aux fondements distinctifs du *caring* par rapport à d'autres notions, comme celle de « présence » (Finfgeld-Connett, 2008).

De l'ensemble de ces conceptualisations, il ressort un manque de consensus dont témoignent depuis toujours les différentes interprétations du *caring* (Dyson, 1996; Fry, 1991; Mangold, 1991; McCance, McKenna, Boore, 1997; Morrison, 1991; Swanson, 1999 ; Webb, 1996). Cependant, bien qu'il n'existe pas de définition ou de signification universelle du *caring* (Valentine, 1991; Swanson, 1991, Finfgeld-Connett, 2008), il est possible de relever certaines constantes qui tiennent compte des différentes perspectives théoriques (Bouchard & Dutil, 1993) et empiriques (Brilowski & Wendler, 2005 ; Finfgeld-Connett, 2008 ; Swanson, 1999) qui la caractérise. Une vision globale et intégrée des multiples composantes auxquelles renvoie le concept de *caring*³ est illustrée dans la Figure 2 par une spirale en trois perspectives qui met en relief les constantes des fondements du *caring* (idéal/valeurs, relation/interaction, expression pratique).

Figure 2
Représentation conceptuelle du *caring* par une spirale en trois perspectives



³ Les composantes de cette représentation peuvent se définir différemment selon les auteurs. L'idéal moral se définit ici par un engagement intentionnel à l'endroit de la dignité humaine (Watson, 2006), les valeurs sont de profondes croyances humaines qui motivent/guident un mode de conduite spécifique (Rokeach, 1973), le être avec correspond à une rencontre humaine profonde (O'Reilly, 2007), les attributs renvoient à ce qui est reconnu pour caractériser le *caring* (Finfgeld-Connett, 2008), les compétences réfèrent aux capacités nécessaires à la mise en œuvre du *caring* (Cowan, Norman, & Coopamah, 2007), les comportements se fondent sur l'intention d'agir et conduisent aux actions observables de *caring* (Ajzen, 1991; Gastman, 1999).

Lorsque dépliée, la perspective allongée de cette spirale suggère une forme de hiérarchie conceptuelle, allant de l'idéal moral aux actions de *caring* et intégrant plusieurs des sous-concepts mis de l'avant par les perspectives philosophiques et théoriques du *caring* précédemment mentionnées. Une vue plongeante, laisse apparaître des cercles concentriques qui vont des niveaux les plus profonds correspondant au cœur du concept de *caring* jusqu'aux niveaux les plus superficiels qui reflètent son expression dans la pratique. Enfin, une vue latérale ne laisse entrevoir que les actions et comportements par lesquels le *caring* se concrétise dans la pratique (Gaut, 1983, 1986; Watson, 2002). De par leur complémentarité, ces trois perspectives permettent de conceptualiser le *caring* infirmier afin d'en opérationnaliser la mise en oeuvre sur la base des principaux fondements et aspects que sous-tendent les PRS sous l'angle des actions et comportements de *caring*. De cette manière, le *caring* peut être entendu comme un concept intégrateur de différents aspects qui renvoient toujours aux mêmes constantes, peu importe la perspective que l'on emprunte pour l'étudier. C'est donc dire qu'en explorant les PRS sous l'angle du *caring*, on emprunte la perspective latérale en reconnaissant les constantes qui les caractérisent et les autres aspects qui les sous-tendent. À la différence des conceptualisations précédentes, celle qui est ici présentée mise donc sur une approche intégrative des fondements théoriques et empiriques du *caring*, de même que sur ses aspects distinctifs par rapport à des concepts voisins (ex. : présence, confort, etc.).

Au total, les différentes perspectives théoriques et philosophiques montrent bien qu'en dépit de multiples interprétations concurrentes, le *caring* est toujours, à divers degrés, associé à un phénomène de relation et d'interaction (Bouchard, & Dutil, 1993 ; Finfgeld-Connett, 2008) que plusieurs théoriciennes considèrent comme l'essence même de la profession infirmière (Benner & Wrubel, 1989; Bishop & Scudder, 1991; Boykin & Schoenhofer, 2001a; Eriksson, 1992; Leininger, 1984; Montgomery, 1993, Nyberg, 1998; Roach, 1987; Watson, 1990a, 2006a). En ce sens, le *caring* offre un cadre hautement pertinent pour examiner les interactions infirmière – patient/famille par le biais des PRS.

2.2.2 PRS de l'infirmière suivant l'approche du *caring*

Suivant l'approche du *caring*, les PRS se définissent par les attitudes et les comportements de *caring* que les infirmières utilisent de manière autonome dans le cadre de leurs interactions avec le patient/famille, à l'intérieur du processus clinique infirmier (Duffy, & Hoskins, 2003). Les interactions patient - infirmière peuvent être d'ordre thérapeutique (orienté sur la relation thérapeutique), clinique (orienté sur les actions infirmières) ou philosophique (orienté sur la philosophie de soin). Elles sont centrales à la discipline infirmière et s'appuient sur les normes et valeurs de la profession (Cossette, Coté, Pepin, Ricard, D'Aoust, 2006; Kim, 2000; Watson, 1979, 1988, 2006a).

Même si des courants sociologiques comme l'interactionnisme symbolique (Mead, 1934) offrent une base théorique applicable à l'étude de l'interaction patient-infirmière à divers égards (Shattel, 2004), ils ne permettent pas de tenir compte des spécificités de la discipline infirmière (Watson, 2005). La théorie du *Human Caring* de Watson (1979, 1988, 2006a) offre une perspective enracinée dans la discipline infirmière qui permet de mieux comprendre les PRS (Kim 2000). Cette théorie intègre un ensemble de concepts, de valeurs et de postulats qui sont organisés en une architecture conceptuelle constituée par la notion de relation de *caring transpersonnelle* et dix facteurs dits *caratifs* qui ont récemment évolués vers les *processus de caritas clinique* (Duffy, 2005; Duffy & Hoskins, 2003; Watson, 1979, 1988, 2006a). La relation de *caring transpersonnelle* met l'accent sur la composante humaine du soin et réfère à une relation intersubjective d'humain-à-humain, fondée sur une réciprocité entre l'infirmière et le patient, chacun prenant conscience de la perspective de l'autre (Watson, 1988). Les PRS auxquelles renvoie cette relation se concrétisent par des comportements/attitudes de *caring* (Watson, 2002) que l'infirmière utilise de manière autonome dans le cadre de ses interactions avec le patient/famille. Ces comportements de *caring* regroupent à la fois les attitudes internes et les activités externes qui permettent à l'infirmière de réaliser le but de sa pratique professionnelle au travers du respect de la dignité de la personne soignée et de la préservation de l'humanité (Gastman, 1999). Les dix facteurs *caratifs* tel que définit dans les premiers écrits de Watson (1979, 1988) offrent, quant à eux, une structure conceptuelle permettant de situer les processus de base en soins infirmiers et de guider la pratique soignante à l'endroit du patient/famille (Duffy, 2005; Duffy, & Hoskins, 2003). Les trois premiers facteurs *caratifs* servent de

fondements philosophiques à la théorie du *Human caring*, alors que les sept autres constituent la base scientifique sur laquelle s'appuie cette approche pour définir et guider la pratique infirmière (Watson, 1979) :

- 1) Système de valeurs humaniste - altruiste
- 2) Prise en compte et soutien du système de croyance et d'espoir
- 3) Culture d'une sensibilité envers soi et les autres
- 4) Développement d'une relation d'aide et de confiance
- 5) Promotion et acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs
- 6) Utilisation systémique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision
- 7) Promotion d'un enseignement - apprentissage interpersonnel
- 8) Création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction
- 9) Assistance dans la satisfaction des besoins humains
- 10) Prise en compte de facteurs existentiels – phénoménologiques

(Tiré de : Watson 1998, traduit par Bonnet)

Suivant l'évolution de la pensée de Watson, ces facteurs *caratifs* ont récemment été adaptés sous la forme de processus de *caritas clinique* (Watson, 2001, 2006a). Les changements apportés laissent davantage place aux dimensions spirituelle et existentielle de la relation entre l'infirmière et le patient/famille, tout en conservant l'essentiel du processus émanant des facteurs *caratifs* (Cara, 2003). La nouvelle perspective développée par Watson ne pouvant actuellement être cernée par des instruments de mesure aux propriétés psychométriques appréciables (Watson, 2002), seuls les facteurs *caratifs* ont été retenus. Ce choix se justifie aussi par le fait que les postulats et valeurs qui s'inscrivent dans la philosophie de soins préconisée dans le centre hospitalier à l'étude sont davantage à l'image des premiers écrits de Watson (1979, 1988). Ainsi, même si les nouveaux développements permettent de renforcer les bases philosophiques et existentielles du modèle, les dix facteurs *caratifs* demeurent une base solide et plus appropriée pour définir et comprendre les PRS des infirmières soignantes en milieu hospitalier.

2.2.3 Études sur les PRS

La revue de différents écrits empiriques vient appuyer la pertinence de l'étude des PRS comprises sous l'angle du *caring* pour l'avancement des connaissances en administration des services infirmiers (Boykin & Schoenhofer, 2001a; Duffy, 2003; Watson, 2006b). Toutefois, nous indiquerons d'emblée que certaines études ont traité des PRS en s'appuyant sur des perspectives différentes de celles du *caring* et ferons brièvement état de ces études dans un premier temps.

2.2.3.1 Différentes perspectives pour étudier les PRS

La majorité des études sur l'aspect relationnel des soins ou l'interaction infirmière-patient relève d'approches descriptives qui utilisent des données d'observation ou d'entrevues (Shattel, 2004). Cependant, ces études renseignent davantage sur le nombre, la durée et le contenu des interactions infirmières-patients que sur les PRS proprement dites. Les résultats obtenus par Jinks et Hope (2000) indiquent que moins de 2 % du total des activités infirmières en chirurgie et en réhabilitation concernent l'enseignement et le *coaching* du patient, alors que ces activités sont reconnues comme étant centrales à leur rôle professionnel. D'autres études ont indiqué la courte durée des interactions verbales entre l'infirmière et le patient. Keck et Walther (1977) rapportent une durée moyenne de 2,3 minutes, alors que Macleod Clark (1982) l'estime à 1,1 minute et que Bottorff et Morse (1994) l'ont établi à 1,90 minutes, à partir de 1 085 interactions filmées sur des périodes de 72 heures auprès de huit patients. Il a été rapporté que les interactions infirmières-patients sont souvent superficielles, routinières et centrées sur la tâche (Hewison, 1995; May, 1990). Lorsque les infirmières sont questionnées sur les activités qu'elles sont le plus souvent amenées à mettre de côté, des PRS spécifiques, comme les soins de confort ou l'enseignement sont les plus fréquemment citées (Aiken et al., 2001).

Parmi les approches infirmières qui auraient pu servir à étudier les PRS, notons celles visant à définir l'aspect relationnel du soin sous l'angle du confort. Plusieurs chercheurs ont privilégié cette perspective dans des travaux d'observation visant à décrire l'activité infirmière en salle d'urgence (Morse, 1992; Morse & Proctor, 1998; Proctor, Morse, & Khonsari, 1996). Suivant cette perspective, le but de toutes les interactions de

soin est de rendre le patient confortable (Morse, DeLuca Havens, & Wilson, 1997). Le confort est défini comme un état de bien-être qui se situe à n'importe quel stade du continuum santé – maladie et qui se préserve au moyen de huit types de fonctions infirmières : préservation du calme; évaluation rapide; surveillance et monitoring; aide au maintien du confort; présence rassurante par la parole; établissement d'un profond contact; orientation des médecins à partir d'une vision globale du patient; soutien de la famille (Morse, 1992). Un registre verbal propre aux infirmières a été développé sur la base de ces fonctions (Morse, 1992; Morse & Proctor, 1998). Le *Comfort Talk Register* (CTR) comprend treize stratégies relatives à quatre intentions de l'infirmière (soutenir, évaluer, informer, *caring*) en regard de sa communication avec le patient (Proctor et al., 1996). Spécifique au travail infirmier en salle d'urgence, cet outil n'a jusqu'ici été utilisé qu'à des fins descriptives, à partir d'observations non participantes. L'étude de Proctor et al. (1996) nous apprend que 39% des interventions verbales des infirmières consistent à « soutenir » le patient, 24 % vise à lui « offrir du *caring* », 25% à « l'évaluer » et enfin 15% consiste à « l'informer ». Dans les travaux privilégiant l'approche du confort, le *caring* se limite aux encouragements, à l'empathie et à une présence rassurante auprès du patient. Cette conceptualisation restrictive n'apparaît pas cohérente avec les assises philosophiques et théoriques plus larges du *caring*. Les assises théoriques et empiriques de l'approche du confort sont ainsi limitées par rapport à celles du *caring* et ne permettent pas de justifier son utilisation pour examiner globalement la relation infirmière-patient dans différents contextes de soins hospitaliers.

Le modèle privilégié par Nadot et coll. (2002) propose, pour sa part, de rendre compte des « pratiques de la relation » et de 13 autres catégories de pratiques infirmières qui se rapportent à ce que Nadot nomme trois sous-cultures auxquelles les actions de l'infirmière doivent répondre : administrative (SC1), infirmières (SC2) et médicale (SC3). Selon cette approche, les pratiques de la relation consistent à toucher, écouter, offrir de la présence et de l'accompagnement au patient. Elles ne comprennent donc pas les autres activités que les infirmières réalisent lorsqu'elles sont en interaction avec le patient/famille comme la collecte d'informations ou l'assistance dans les besoins, limitant ainsi l'étendue des PRS au sens où elles sont définies sous l'angle du *caring* (Cossette et al., 2005; Duffy & Hoskins, 2003; Watson, 1979; 2002). Le volet européen de l'étude de Nadot et al. (2002)

indique que les infirmières observées à partir de ce modèle accordent en moyenne 20% (n = 7392 données observables) de leur temps aux pratiques de la relation, alors que dans le volet québécois ce taux n'est que de 6% (n = 1248 données observables). Suggérant que cet écart résulte de la difficulté à mesurer les soins infirmiers de nature relationnelle, Rochefort (2003) a comparé ce modèle à deux méthodes de classifications des activités infirmières, l'une se rapportant au confort verbal (Proctor, Morse, & Khonsari, 1996) et l'autre au toucher (Bottorff, 1993). L'utilisation de ces méthodes a permis d'observer 486 pratiques de la relation, soit 21,8 % du nombre total d'observations, comparativement à 123 pratiques de la relation (6,61% des observations), en utilisant les définitions de Nadot (Rochefort, 2003). C'est donc dire que le modèle de Nadot limite les aspects relationnels du rôle infirmier et que cette définition restrictive des pratiques de la relation peut porter à confusion par rapport à la latitude conceptuelle soutenue par d'autres travaux et modèles analytiques (Bottorff, 1993; Proctor et al. 1996; Watson, 1988, 2002). En effet, la mise en œuvre du *caring*, lors des interactions infirmières-patients ouvre à une gamme beaucoup plus étendue de PRS que l'ont peut saisir à partir des comportements/attitudes qui s'observent au travers des actions de *caring* que pose l'infirmière (Watson, 2002).

2.2.3.2 L'étude des PRS sous l'angle du *caring*

Les PRS, telles qu'elles sont comprises selon cette approche, sont traitées dans la majorité des écrits infirmiers en termes de comportements de *caring*. Ces comportements peuvent s'exprimer de différentes manières et réfèrent à une large gamme de « mots » et de « phrases » qui témoignent du *caring* dans la pratique de l'infirmière (Wolf, 1986). S'appuyant sur une revue exhaustive des écrits, ainsi que sur la théorie du *Human Caring* de Watson (1988), Wolf, Giordani, Osborne et Ambrose (1994) inscrivent ces comportements de *caring* dans un processus interactif et intersubjectif qui se produit dans des moments de vulnérabilité partagés par l'infirmière et le patient. Le *caring* est donc indissociable de la relation infirmière – patient et les comportements qui se rapportent aux dix facteurs *caratifs* de Watson (1979, 1988) permettent de rendre compte de l'interaction infirmière-patient (Cossette et al., 2005) par ce qui est ici traduit par l'expression « pratiques relationnelles de soin ». La revue des écrits de Swanson (1999) permet de jeter un regard critique sur les connaissances relatives à ces pratiques comprises sous l'angle du

caring. Elle porte sur 130 études qui mettent notamment en lumière les actions de *caring* et les conséquences de sa mise en oeuvre pour les patients et les soignants, ainsi que les conditions se rapportant au patient, à l'infirmière ou à l'organisation qui peuvent avoir une influence sur la réalisation des comportements/actions de *caring*.

De manière générale, les études sur les comportements de *caring* s'intéressent soit à l'importance ou à la fréquence qui sont accordées à ces derniers, que ce soit du point de vue des patients, de celui des infirmières, ou des deux (Swanson, 1999). De manière implicite, ces études réfèrent ainsi soit aux comportements de *caring* privilégiés (importance), soit aux comportements de *caring* actuels (fréquence). On comprendra que cette distinction entre la composante privilégiée et actuelle renvoie respectivement aux dimensions intellectuelle et comportementale du processus infirmier (Kim, 2000). Ces deux dimensions sont complémentaires dans le sens où c'est notamment en s'appuyant sur ce qui a de l'importance à ses yeux que l'infirmière décidera des actions à poser à l'endroit du patient. Ainsi, lorsque l'infirmière réalise les pratiques qu'elle privilégie sur la base de normes et de valeurs professionnelles reconnues, il en ressort un processus de soin de qualité (Donabedian, 1980; Kim, 2000; Watson & Foster, 2003).

En majorité, les études recensées demeurent orientées sur les comportements de *caring* privilégiés (Swanson, 1999) et visent à cerner ce qui représente le mieux l'expression du *caring* ou l'importance que l'infirmière y accorde dans son processus clinique (Beck, 1999; Kyle, 1995; Watson, 2002). La plupart des études qualitatives sur les PRS comprises sous l'angle du *caring* que nous avons consultées s'intéressent ainsi à ce que devrait représenter, ou représente, le *caring* en pratique, ou à ce qui en limite l'expression. En demandant à 192 infirmières de décrire dans leurs mots les comportements de *caring* dans le cadre d'un devis exploratoire privilégiant un questionnaire original à questions ouvertes, Ford (1981) a fait ressortir les principaux éléments qui caractérisaient ce concept. Selon les répondantes, il se caractérise par l'écoute, l'aide et la démonstration de respect, ainsi que le soutien apportés aux actions d'autrui. À partir d'une approche phénoménologique auprès de 17 infirmières soignantes canadiennes, Forrest (1989) a fait ressortir deux dimensions essentielles de l'expression du *caring*, soit l'engagement (respect, être présent, etc.) et l'interaction (toucher et soutenir; enseigner, etc.). Toutefois, ces études

indiquent aussi que la traduction dans la pratique de cette expression du *caring* peut être contrainte par des facteurs liés à l'infirmière elle-même (problèmes personnels, coping inadéquat, habiletés de *caring* insuffisantes, valeurs/opinions différentes de celles du patient), au patient (expression de sentiments négatifs, messages verbaux/non-verbaux d'inconfort et de critique, réticent dans ses actions), ou à l'environnement de travail (frustrations, manque de soutien des pairs ou du supérieur, manque d'équipements/ressources, composition du personnel inadéquate ou personnel en nombre insuffisant). Toujours à partir d'une approche phénoménologique, les résultats obtenus par Clarke et Wheeler (1992) auprès de 6 infirmières britanniques rejoignent en tout point ceux de Forrest (1989) en ce qui concerne les contraintes à la réalisation des comportements de *caring* associées soit à l'infirmière soit à l'environnement de travail. Ces travaux permettent ainsi de décrire à la fois les représentations des infirmières par rapport à l'idéal de *caring* et les contraintes qui limitent sa mise en œuvre dans la pratique au quotidien.

Prenant une perspective différente, d'autres études mettent l'accent sur l'importance que les patients accordent aux comportements de *caring* dont ils font l'objet. Plusieurs travaux suggèrent que, contrairement aux infirmières, les patients semblent davantage privilégier l'aspect instrumental du *caring* comme étant plus important (Wolf, 1986). Par une technique d'incident critique, Brown (1986) expose la perspective de 50 patients hospitalisés. Ses résultats proposent huit thèmes basés sur les comportements de *caring* pratiqués par les infirmières, tels que perçus par les patients : reconnaissance des qualités et des besoins individuels, présence rassurante, information, démonstration des connaissances et habiletés professionnelles, assistance à la douleur, temps accordé, promotion de l'autonomie et surveillance. Brown en a conclu que les patients perçoivent clairement la différence entre les activités instrumentales et affectives de *caring*, puisque ce n'est qu'une fois leurs besoins physiques rencontrés, que la dimension affective prend de l'importance pour les patients. Pour les infirmières, il en est autrement et la dimension affective est souvent perçue comme étant plus importante (Swanson, 1999). Ces résultats rejoignent ceux obtenus par les études quantitatives qui, à partir de différents instruments (Watson,

2002)⁴, ont évalué l'importance que les patients (ex. : Baldursdottir & Jonsdottir, 2002; Cronin & Harisson, 1988; Larson, 1984; Mayer, 1986), les infirmières (Komorita, Doehring, & Hirschert, 1991; Larson, 1986; Mangold, 1991), ou les deux (ex. : Gooding, Sloan, & Gagnon, 1993; von Essen & Sjöden, 1991a, 1991b, 1993; Larson, 1987; Mayer, 1987; Rosenthal, 1992; Widmark-Petersson, von Essen, & Sjoden, 2000 ; Wolf et al., 1994) accordent aux comportements de *caring*. Hormis certaines études (Greenhalgh, Vanhanen & Kynhäs, 1998; Keane, Chastain, & Rudisill, 1987), la majorité de celles portant sur l'importance des PRS comprises sous l'angle du *caring* a démontré que les infirmières privilégient des comportements orientés sur la dimension affective ou psychosociale, alors que les patients privilégient ceux axés sur la dimension instrumentale ou technique.

Nombre d'explications ont été avancées pour expliquer cette différence entre les comportements de *caring* privilégiés par les patients et les infirmières. Certains analystes font ainsi valoir que les infirmières doivent assumer un certain niveau de compétence technique alors que les patients s'intéressent d'abord à la satisfaction de leurs besoins physiques, via les activités instrumentales (Kyle, 1995; Mayer, 1987). Il est aussi possible que l'interprétation du terme *caring* ne soit pas la même pour ces deux groupes (Komorita et al., 1991) et que l'évaluation qu'en font les patients proviennent de préférences individuelles, alors que les infirmières partagent des valeurs et un idéal professionnel relativement à ce concept. Il n'en demeure pas moins que ces études ont permis de mieux saisir la nature des PRS comprises sous l'angle du *caring*, auprès de différentes populations et dans des contextes diversifiés. Elles mettent ainsi en évidence le fait que peu importe le milieu dans lequel elles exercent, les infirmières privilégient sensiblement les mêmes comportements de *caring*, ce qui suggère que l'importance qu'elles accordent aux PRS n'est pas forcément influencée par leur perception de l'environnement de travail.

Nombreux sont les instruments qui ont été développés pour mesurer l'expression du *caring* en pratique (Beck, 1999; Kyle, 1995; Watson, 2002) et ainsi permettre de rendre compte de la fréquence des PRS. La plupart mettent l'accent sur la mesure des retombées (résultats) pour le patient (Duffy, 1992; Latham, 1996; Werner et al. 2002), alors que ceux

⁴ Pour toutes informations relatives aux qualités psychométriques des instruments de mesure sur la mise en œuvre du *caring*, consulter Watson (2002) et Cossette, Pepin, Côté, & de Courval (2008).

visant à étudier les retombées de ces pratiques pour les infirmières ou l'organisation sont plus rares (Swanson, 1999). Les études, comme celle de Nyberg (1990b), sur la relation entre la fréquence des PRS telle que perçue par les infirmières et leur importance sont tout aussi rares. À partir du *Caring Assessment (ou Attribute) Scale* (CAS), qui comprend 20 énoncés, quatre échelles de type Likert à cinq points ont été développées pour évaluer auprès d'infirmières (n = 135), exerçant dans sept hôpitaux américains, l'importance accordée à des attributs de *caring* (en tant qu'idéal), leur fréquence (telle que vécue au quotidien), la fréquence à laquelle leur supérieur les met en pratique (échelle supérieur) et jusqu'à quel point ces attributs ont changé durant les cinq dernières années (échelle cinq ans). Les résultats ont révélé que « les infirmières perçoivent le *caring* comme étant « très important » (score moyen de 4,1), qu'elles mettent « souvent » en pratique ces attributs (score de 3,9), que la mise en pratique de ces attributs est « constante » depuis cinq ans (score de 3), et que les supérieurs obtiennent des scores (de pratique) inférieurs (score de 3.4) » [Traduction libre] (Nyberg, 1990b, p. 15).

Un autre résultat de l'étude de Nyberg (1990b) réside dans le fait que les hôpitaux ayant un nombre supérieur d'infirmières par patient présentent des scores de *caring* réel plus élevés. Ceci laisse croire à une certaine influence du contexte de travail, plus particulièrement du ratio infirmière/patient, sur la fréquence des PRS et rejoint l'idée selon laquelle la dimension relationnelle peut être négligée lorsque les infirmières ne sont pas en nombre suffisant (Aiken et al., 2001). La section qualitative de l'étude de Nyberg (1990) est aussi très révélatrice quant aux frustrations vécues par les infirmières en raison de la difficulté à trouver le temps nécessaire pour répondre à tous les besoins de leurs patients et actualiser les attributs de *caring* qu'elles privilégient. Ce résultat apparaît cohérent avec ceux obtenus plus récemment et qui suggèrent que l'expression du *caring* en pratique est rarement à la hauteur de celle souhaitée par les infirmières, faute de moyens et de ressources (Blythe et al., 2001; Boon, 1998). Dans le cadre de leur étude, von Essen et Sjødén (1995) ont démontré que la perception que les infirmières (n = 123) ont de l'importance des comportements de *caring* ne se superpose pas automatiquement à celle de leur perception de fréquence. Ce résultat indique que, dans certaines circonstances, l'infirmière arrive difficilement à maintenir la fréquence de ses PRS au même niveau que l'importance qu'elle y accorde dans son processus clinique. Toutefois, cette étude ne nous

éclaire pas sur les éléments contextuels et structurels spécifiques qui influencent le plus la mise en oeuvre de ce que les infirmières soignantes privilégient quant à leurs PRS.

2.2.3.3 Résumé des études sur les PRS

En résumé, les perspectives qui auraient pu servir à l'étude des PRS sont nombreuses, mais aucune ne semble posséder des assises théoriques et empiriques infirmières aussi développées que le *caring* (Watson, 2005). Malgré des différences observées entre l'importance accordée aux activités instrumentales et affectives de *caring*, il appert que les infirmières partagent une vision professionnelle globale de cette notion qui n'est pas forcément influencée par les clientèles ou les différents environnements de travail dans lesquels elles exercent. Il n'en demeure pas moins que la mise en oeuvre des comportements de *caring* dans la pratique soit susceptible d'être contrainte par différents facteurs organisationnels et contextuels qui méritent d'être étudiés davantage. L'approche ici adoptée est donc d'examiner les PRS sous l'angle du *caring* afin de rendre compte de la réalisation de ces dernières, comme de l'importance que les infirmières leur accordent.

2.3 La satisfaction professionnelle des infirmières

Alors que la satisfaction au travail a fait l'objet de nombreuses études, la satisfaction professionnelle demeure un concept beaucoup moins étudié (McGillis Hall, 2003). En ce sens, nous prendrons soin d'en préciser les fondements conceptuels et théoriques afin de les différencier de ceux de la satisfaction au travail en général. Nous passerons brièvement en revue les écrits infirmiers sur la satisfaction au travail avant de discuter plus longuement des études sur la satisfaction professionnelle des infirmières.

2.3.1 Fondements conceptuels et théoriques de la satisfaction professionnelle

Alors que plusieurs travaux ont permis de délimiter différentes composantes tant de la satisfaction au travail que de la satisfaction en général (Locke, 1969, 1976; Ironson, Smith, Brannick, Gibson, & Paul, 1989; Rice, Gentile, & McFarlin, 1991), Hinshaw et Atwood (1985) ont focalisé leur attention sur la satisfaction professionnelle en contexte

infirmier. La satisfaction professionnelle met l'accent sur la dimension occupationnelle de la satisfaction au travail (Hinshaw & Atwood, 1985). Cette notion est ainsi étroitement associée aux spécificités d'emploi et à la réalisation du mandat professionnel des infirmières au sein des organisations de santé. Elle est définie par l'opinion que les infirmières ont de leur travail sur la base de leurs réalisations professionnelles, de la qualité des soins qu'elles offrent, du temps dont elles disposent pour ces activités de soins et du plaisir qu'elles en retirent (Hinshaw, Smeltzer, & Atwood, 1987). Cette approche de la satisfaction professionnelle s'inscrit dans la continuité des travaux de Brayfield et Rothe (1951) et interprète cette notion comme une dimension particulière de la satisfaction au travail. Selon ces travaux, la satisfaction est mesurée par une échelle d'attitudes permettant de saisir l'expression des sentiments d'un individu à l'égard de l'objet de son travail. Mais, au total, les fondements conceptuels et théoriques de la satisfaction professionnelle restent très limités et une meilleure compréhension de cette notion doit s'appuyer sur le vaste corpus de connaissances théoriques et empiriques disponibles sur la satisfaction au travail.

La notion de satisfaction au travail tire ses origines de ce que Taylor qualifiait déjà « d'attitude » en 1912 et qui a ensuite été développée par Mayo sous le vocable de « satisfaction au travail » dans ses études de Hawthorne qui ont débuté vers la fin des années 1920 (Locke, 1976). D'un point de vue théorique, le psychologue E. L. Thorndike a été l'instigateur d'un modèle qui visait à expliquer la satisfaction dès 1911, mais il faudra attendre la réapparition des théories cognitives de 1950 pour arriver à une définition et une opérationnalisation plus complète de ce concept, qui depuis n'a cessé de gagner en popularité (Dawis, 2004). Déjà en 1957, une recension des écrits de Herzberg, Maurner, Peterson et Campwell (1957) incluant 1 795 références sur la satisfaction au travail témoignait de l'intérêt porté à ce concept, notamment dans le domaine de la psychologie industrielle. L'étude de Nahm publiée en 1940 a toutefois été la première à traiter de la satisfaction au travail des infirmières. Plusieurs théories et courants auront marqué l'évolution de cette notion qui, encore aujourd'hui, fait l'objet d'une certaine controverse quant au fait que les recherches sur le sujet soient dépendantes des mesures qu'elles adoptent (Dawis, 2004; McGillis Hall, 2003). Cela implique notamment que les résultats soient difficilement comparables d'une recherche à l'autre, faute de mesures semblables. À

ce titre, Hinshaw et Atwood (1983) soulignent l'importance de choisir une mesure de la satisfaction qui corresponde bien aux aspects spécifiques sur lesquels on souhaite agir.

Les racines épistémologiques de la satisfaction au travail nous apprennent qu'elle est une réponse émotionnelle qui ne peut se révéler que par l'introspection (Locke, 1976), contrairement au climat organisationnel qui touche la perception que les individus ont de leur environnement de travail (Schneider & Snyder, 1975). Il est ainsi reconnu que le construit de satisfaction comprend une composante cognitive qui renvoie à la perception qu'un besoin (ou autre) est comblé et une composante affective qui réfère au sentiment qui accompagne la cognition (Dawis, 2004). Différents modèles théoriques ont tenté d'expliquer la nature de la satisfaction au travail. Les travaux de Maslow (1954) sont parmi les plus reconnus. Ils proposent une hiérarchie allant des besoins physiologiques à ceux de sécurité, de reconnaissance/appartenance sociale, d'estime et d'auto-réalisation. Pour qu'il y ait satisfaction au travail, ces besoins doivent être comblés. Cette théorie a perdu en popularité alors que les processus cognitifs sous-jacents à la satisfaction des besoins sont devenus prédominants (Spector, 1997). La théorie Motivateur - Hygiène (aussi appelée théorie à deux facteurs) d'Herzberg (1966) postule que la satisfaction et l'insatisfaction sont des phénomènes distincts qui se retrouvent aux extrémités d'un même continuum. Cette théorie suppose notamment que le travail proprement dit est un puissant déterminant de la satisfaction, alors que les facteurs d'ambiance (conditions de travail, relations entre les pairs, politique et administration de l'entreprise, soutien du supérieur), qui s'apparentent aux dimensions composites du climat organisationnel, joueraient plutôt un rôle dans l'insatisfaction. Bien que les travaux d'Herzberg (Herzberg, 1966 ; Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1959) aient largement contribué à la compréhension de la satisfaction au travail, le continuum sur lequel satisfaction et insatisfaction sont dissociés l'un de l'autre demeure contesté par certaines études s'appuyant sur ce modèle (Locke, 1976).

Aux théories visant à expliquer la nature de la satisfaction au travail, s'ajoutent celles qui ont eu pour objet de comprendre son articulation avec les comportements de l'individu en contexte organisationnel. La « Théorie de l'ajustement au travail » de Lofquist et Dawis (1969) suggère que la satisfaction résulte des comportements que l'individu vit au travail et qui comblent ses besoins et/ou valeurs. En s'appuyant sur une

perspective similaire, Lawler et Porter (1967) ont suggéré que la satisfaction au travail est le fruit des récompenses qui proviennent des comportements de performance au travail. Une personne qui aurait le sentiment d'avoir fait un bon travail en retirerait alors de la satisfaction. La perspective inverse selon laquelle c'est la satisfaction qui conduit à des comportements performants a aussi été défendue par les tenants du mouvement des relations humaines (Fishbein & Ajzen, 1975 ; Strauss, 1968).

Parmi les principales théories qui ont marqué la notion de satisfaction au travail, Locke (1976) retient que cette dernière résulte de l'évaluation que l'individu fait de son travail, évaluation permettant l'accomplissement des valeurs qu'il juge importantes et qui sont conformes à ses besoins de base. Ces besoins, tout en étant interdépendants, sont de deux ordres, soit corporel et psychologique. La satisfaction au travail est alors définie « comme un état émotif agréable résultant du sentiment que la personne a d'un travail accompli ou de la possibilité qui lui est offerte dans le cadre de son travail d'agir en fonction de valeurs qui sont importantes pour lui et qui sont compatibles avec ses besoins » [Traduction libre] (Locke, 1976, p. 1342). Cette approche apparaît cohérente avec les modèles de Donabedian (1980) et de Watson (1979, 1988) sur lesquels s'appuient le « *Quality-Caring Model* » (Duffy & Hoskins, 2003) qui offre un cadre pertinent pour examiner la satisfaction professionnelle chez les infirmières.

Donabedian (1980) soutient en effet que les praticiens retirent une certaine satisfaction d'une pratique de qualité et d'une appréciation positive des arrangements et conditions du travail. Bien que la qualité doive avant tout servir les intérêts des clients, ceux des praticiens et la satisfaction de ces derniers demeurent essentiels à la survie et à la croissance organisationnelle (Donabedian, 1980). Quant à Watson (1979, 1988) elle soutient que le *caring*, qui est ici compris au travers des PRS, conduit autant au mieux-être des patients que des soignants et que sa réalisation est influencée par des forces multiples et complexes présentes dans l'environnement. Des travaux de Watson (1988), il ressort que lorsqu'une personne ne ressent pas une cohérence corps-âme-esprit, qui pourrait ici être comprise par l'écart entre les PRS que l'infirmière privilégie et celles qu'elle réalise au quotidien, cela conduit à une insatisfaction (Watson, 1988). L'intégration de ces conceptions par une adaptation du modèle de Duffy et Hoskins (2003) permet d'expliquer

la satisfaction professionnelle des infirmières par la perception que ces dernières ont de leur environnement de travail et les pratiques qu'elles réalisent. On comprend ainsi qu'un écart entre les PRS privilégiées et pratiquées induit par l'influence du climat organisationnel pourrait provoquer de l'insatisfaction et porter atteinte au niveau de satisfaction professionnelle des infirmières soignantes. C'est donc dire que parmi les nombreuses théories explicatives de la satisfaction au travail en général, une approche qui intègre les conceptions de Watson et Donabedian offre une option pertinente pour examiner la satisfaction professionnelle des infirmières en contexte hospitalier.

2.3.2 Études sur la satisfaction au travail des infirmières

Rares sont les études sur la satisfaction au travail des infirmières qui ont su rendre explicites les assises théoriques sur lesquelles s'appuient l'opérationnalisation de cette notion. En général, les dimensions auxquelles renvoient les différents instruments de satisfaction au travail sont relativement disparates⁵ (McGillis Hall, 2003; Misener et al. 1996; Tovey & Adams, 1999). Cela rend particulièrement difficile la comparaison des résultats obtenus. À titre d'exemple, l'un des instruments les plus populaires en soins infirmiers, le *Index of Work Satisfaction (IWS)* de Slavitt, Stamps, Piedmonte, & Haase (1978), considère le statut professionnel, les conditions de la tâche, l'autonomie, le salaire et les interactions avec les autres infirmières, comme des dimensions de la satisfaction au travail. Les dimensions auxquelles réfère le *McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS)* (Mueller & McCloskey 1990), incluent plutôt les récompenses extrinsèques, la satisfaction quant à l'horaire, la conciliation travail/famille, les interactions, les relations avec les collègues, les opportunités professionnelles, l'estime et la reconnaissance, ainsi que le contrôle et les responsabilités. De l'ensemble des échelles de satisfaction au travail répertoriées par McGillis Hall (2003), il semble toutefois que certaines dimensions apparaissent prépondérantes comme l'autonomie, les récompenses extrinsèques et les récompenses intrinsèques liées au travail infirmier.

⁵ Pour toutes informations relatives aux qualités psychométriques des instruments de satisfaction au travail et satisfaction professionnelle, consulter McGillis Hall (2003).

Les récentes études consultées suggèrent que la satisfaction des infirmières n'est généralement pas très élevée. Cette observation demeure toutefois discutable, puisque les mesures de satisfaction au travail, en plus d'être difficilement comparables, ne renvoient que rarement à des normes explicites (Faragher, Cass, & Cooper, 2007). Ainsi, Ruggiero (2005) a déterminé, à partir du *General Job Satisfaction*, que le niveau de satisfaction d'infirmières américaines exerçant en soins critiques (n = 247) n'était ni très élevé, ni très bas, avec un score moyen de 22,66 (ET = 5,51) sur une possibilité de 35. Avec une mesure de satisfaction au travail fondée sur des analyses secondaires Ma, Samuels et Alexander (2003) ont obtenu des résultats similaires, indiquant que les infirmières de la Caroline du Sud (n = 3472) étaient modérément satisfaites avec un score moyen de 56,91 (ET 17,44) sur une possibilité de score se situant entre 10 et 100. Les infirmières diplômées de l'état de New York (n = 1853) ayant participé à l'étude de Ingersoll et al. (2002), ont obtenu des scores sur le *Index of Work Satisfaction* (IWS) qui indiquent que les infirmières soignantes ont un niveau de satisfaction au travail moins élevé que les infirmières gestionnaires, que celles en pratique avancée et que celles qui enseignent.

L'étude de Boyle et al. (2006) effectuée auprès d'un échantillon de 55 516 infirmières provenant de 44 états américains et exerçant dans 2900 unités de soins réparties dans 206 hôpitaux a, pour sa part, mis en relief l'impact du domaine d'activités sur la satisfaction au travail. À partir d'une adaptation *NDNQI RN Satisfaction Survey* (Taunton et al., 2004), qui est une mesure de satisfaction au travail s'appuyant sur 3 autres instruments (Aiken & Patrician, 2000; Brayfield & Rothe, 1951; Stamps, 1997), leurs résultats ont révélé une satisfaction modérée de l'ensemble des répondants. Mais une fois les résultats ajustés pour tenir compte des domaines d'activités, il est clairement ressorti que les infirmières exerçant dans des unités de pédiatrie sont les plus satisfaites, alors que celles exerçant à l'urgence et dans les services de soins chirurgicaux sont les moins satisfaites. Toutes unités de soins confondues, les scores de satisfaction les plus élevés concernaient les interactions entre les infirmières, le statut professionnel et le développement professionnel, alors que les scores les plus faibles concernaient la tâche, la prise de décision et le salaire.

Une majorité des études infirmières sur la satisfaction visent surtout à mettre différentes facettes de cette dernière en lien avec d'autres facteurs (déterminants ou conséquences) plutôt qu'à la mesurer de manière isolée (Faragher, Cass, & Cooper, 2007; Lu, While, & Barriball, 2005; Neal-Boylan, 2006; Tovey, & Adams, 1999). Comme le préconisent certains modèles de climat organisationnel (Brunet & Savoie, 1999), la satisfaction des infirmières serait influencée par le contenu et les caractéristiques de l'environnement de travail, mais aussi par des caractéristiques individuelles. Une méta-analyse effectuée par Blegen (1993) et incluant 48 études auprès d'infirmières de différents milieux révèle que les attributs organisationnels ont davantage d'influence sur la satisfaction au travail que les attributs individuels, tels que l'âge, l'éducation ou les années d'expérience. Le stress et l'engagement seraient parmi les variables les plus fortement liées à la satisfaction, suivis par la communication avec le supérieur, l'autonomie, la reconnaissance, le travail routinier et la communication avec les pairs. Ces résultats sont confirmés par une autre méta-analyse qui indique une influence prépondérante des caractéristiques de l'environnement de travail sur la satisfaction en général des infirmières (Irvine & Evans, 1995). Une recension portant sur des études encore plus récentes (1995 à 2005) identifie comme principales sources de satisfaction au travail de l'infirmière: les conditions de travail, les interactions avec les patients, les collègues, les supérieurs, le travail lui-même, la rémunération, les promotions et l'accomplissement personnel, l'estime et la reconnaissance, le contrôle et les responsabilités, la sécurité du travail, les politiques organisationnelles et le style de leadership (Lu, While, & Barriball, 2005). À l'influence de l'environnement de travail s'ajoute ici celle des interactions avec les patients qui justifie l'intérêt qui doit être accordé à la dimension relationnelle du processus infirmier. Des études qualitatives allant dans le même sens indiquent que les conditions et l'environnement de travail sont des sources d'insatisfaction notables, mais que le soin au patient et les interactions avec ce dernier constituent l'une des plus importantes sources de satisfaction pour les infirmières (McNeese-Smith, 1999; Seymour & Buscherhof, 1991). Ces indications confirment la pertinence d'accorder plus d'attention à l'influence que pourraient avoir les PRS sur la satisfaction professionnelle des infirmières.

L'impact de la satisfaction au travail ou de la satisfaction professionnelle sur l'intention de départ ou le roulement infirmier a fait aussi l'objet de différentes études

(Ingersoll et al., 2002; Karsh, Booske, & Sainfort, 2005; Lemler & Leach, 1986; Price & Mueller, 1981; Tourangeau & Cranley, 2006 ; Hinshaw, Smeltzer, & Atwood, 1987; Lucas, Atwood, & Hagaman, 1993; Yin & Yang, 2002). Selon les travaux de Siu (2002) effectués auprès d'infirmières de Hong Kong (n = 144), la satisfaction au travail expliquerait, en partie, l'absentéisme ($\beta = -0,21$, $p < 0,05$). Ces conclusions doivent toutefois être interprétées avec une certaine réserve compte tenu du manque de constance dans les résultats d'autres études sur le sujet, auprès de différentes populations (Farrell & Stamm, 1988; Matrunola, 1996). La satisfaction au travail ressort par ailleurs comme un modérateur important d'indicateurs de santé comme l'épuisement professionnel, le bien-être et la détresse psychologique (Faragher, Cass, & Cooper, 2007; Wilson et al., 2004). Toutes ces études mettent en relief la pertinence de l'intérêt devant être accordé à la satisfaction des infirmières pour minimiser les coûts humains et financiers qui découlent des conséquences organisationnelles (roulement, absentéisme) et individuelles (épuisement, détresse, etc.) sur lesquelles elle a un impact important.

2.3.3 Études sur la satisfaction professionnelle des infirmières

À l'instar des études sur la satisfaction au travail, une majorité de celles traitant de la satisfaction professionnelle des infirmières ont pour objet de mettre en relation cette dernière avec ses déterminants ou ses conséquences organisationnelles. Ces travaux ont pour la plupart utilisé l'échelle de satisfaction professionnelle au travail de Hinshaw et Atwood (1985). Il faut toutefois remarquer que même les études qui ont privilégié l'approche de Hinshaw et Atwood (1985) font souvent simplement référence à la satisfaction au travail sans mettre l'accent sur la dimension occupationnelle ou la composante professionnelle qui les distinguent de cette notion plus générale (Pizer, Collard, James, & Bonaparte, 1992). Il n'en demeure pas moins que la conceptualisation et l'opérationnalisation de la satisfaction professionnelle au travail par Hinshaw et Atwood (1985) montrent que cette notion a une autonomie propre par rapport à la dimension organisationnelle de la satisfaction au travail (Sauter, et al. 1997) et apparaît théoriquement plus appropriée pour tenir compte des spécificités du contexte des soins et services infirmiers (McGillis Hall, 2003).

Toute une série d'études répertoriées ci-après et inspirées de l'approche de Hinshaw et Atwood sur la satisfaction professionnelle indiquent des résultats similaires aux études sur la satisfaction au travail (Lu, While, & Barriball, 2005), en ce qui concerne les liens avec certains facteurs déterminants (stress et cohésion du groupe) ou certaines conséquences (intention de départ et rétention des infirmières) (Hinshaw, Smeltzer, & Atwood, 1987; Leveck & Jones, 1996; Lucas, Atwood, & Hagaman, 1993). Les premiers travaux de Hinshaw et Atwood (1983; 1985) sur la satisfaction professionnelle avaient pour objet le développement d'un modèle de rétention du personnel infirmier. Cette étude originale présente des résultats nuancés, selon lesquels la cohésion de groupe prédit la satisfaction professionnelle des infirmières formées au baccalauréat ($B = 0,17$, $p \leq 0,05$) et non celle de niveau collégial et que cette cohésion de groupe serait déterminante de la satisfaction professionnelle des infirmières exerçant en soins critiques ($B = 0,24$, $p \leq 0,05$), mais non de celles exerçant en médecine/chirurgie (Hinshaw, Smeltzer, & Atwood, 1987). Cependant, une autre étude utilisant le même modèle auprès de 385 infirmières exerçant en milieu hospitalier offre des résultats plus concluants pour une population d'infirmières de niveaux de formation et de domaines cliniques variés (Lucas, Atwood, & Hagaman, 1993). Dans cette dernière étude, 50 % de la variance de la satisfaction professionnelle est directement expliquée par l'influence positive de la cohésion de groupe ($\beta = 0,12$, $p < 0,05$) et l'influence négative du stress ($\beta = -0,57$, $p < 0,05$) et du travail dans les unités de médecine-chirurgie ($\beta = -0,21$, $p < 0,05$). Quant à l'intention de départ, 32% de sa variance est expliquée par la satisfaction professionnelle ($\beta = 0,28$, $p < 0,05$) et organisationnelle ($\beta = 0,26$, $p < 0,05$). Dans l'étude de Leveck et Jones (1996) qui suit sensiblement le même modèle, la satisfaction professionnelle ($\beta = 0,74$, $p < 0,05$) est la plus importante variable explicative de la rétention ($R^2 = 0,49$), mais elle ne contribue pas à la variance de la qualité des soins mesurée avec les 50 items du *Phaneuf Nursing Audit*, bien que les deux soient liés ($r = 0,47$; $p < 0,05$). En fait, seuls le stress et le fait de travailler dans une unité de médecine-chirurgie contribuaient directement à la variance de la qualité des soins, telle que définit dans cette étude (Leveck, & Jones, 1996).

L'étude de Boswell (1992) corrobore le lien entre les dimensions organisationnelle et professionnelle de la satisfaction et le stress au travail ($r = 0,66$, $p < 0,0001$) auprès de 51 infirmières exerçant en milieu communautaire. Les analyses en rapport avec la satisfaction

professionnelle indiquent que la dimension composite « qualité des soins » est liée à l'ensemble des dimensions du stress au travail ($r = 0,35, p < 0,01$ à $r = 0,74, p < 0,001$) et que celle du « temps pour faire son travail » est liée à cinq d'entre-elles ($r = 0,32, p < 0,05$ à $r = 0,61, p < 0,001$), alors que la dimension « plaisir » n'est significativement liée à aucune des dimensions du stress. Bien que la force de la relation entre les scores globaux de la satisfaction professionnelle et d'un niveau de stress décroissant ne soit pas présentée, les résultats suggèrent que l'augmentation du stress découlant des caractéristiques de l'environnement de travail contribue à diminuer la satisfaction professionnelle, surtout au niveau de deux de ses trois dimensions.

Les résultats de Jones et al. (1993) auprès d'infirmières exerçant en milieu hospitalier ($n = 813$ sur 4 ans) indiquent quant à eux une sensibilité plus importante de la satisfaction professionnelle par rapport à des mesures de satisfaction organisationnelle et générale. En effet, suite à l'implantation d'une gestion partagée, les résultats indiquent, qu'un an plus tard, seule la satisfaction professionnelle mesurée par le *Nurse Job Satisfaction Scale* (Hinshaw & Atwood, 1985) s'est améliorée et s'est maintenue à ce niveau plus élevé au cours des deux années suivantes. Une amélioration de la satisfaction organisationnelle mesurée par une adaptation de Hinshaw et al. (1987) du *Work Satisfaction Scale* (Slavitt, Stamps, Piedmont, & Hasse, 1978) s'est quant à elle manifestée après deux ans, alors que la satisfaction générale mesurée par le *Job Characteristics Tool* (Munson & Heda, 1974) est restée au même niveau qu'avant l'intervention. Malgré les nombreuses limites que présente cette étude, dont l'absence d'un groupe de contrôle, elle permet de présumer des impacts positifs d'une approche de gestion décentralisée sur la satisfaction des infirmières, notamment leur satisfaction professionnelle. De tels résultats suggèrent aussi que des interventions sur le climat organisationnel qui touchent les caractéristiques du supérieur et de l'organisation, ont un impact potentiellement plus marqué sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes que sur d'autres mesures de satisfaction au travail en générale.

2.3.4 Résumé des études sur la satisfaction des infirmières

Les études sur la satisfaction au travail en général, bien que basées sur des dimensions hétéroclites, indiquent que le niveau de satisfaction des infirmières n'est généralement pas très élevé. Une majorité d'études s'intéressent aux conséquences de cette satisfaction tels l'intention de départ, le roulement infirmier et différentes mesures de santé mentale. Moins d'attention semble toutefois avoir été accordée aux facteurs qui l'influencent, non seulement au niveau de l'environnement de travail, mais surtout au niveau des pratiques que l'infirmière privilégie et réalise au quotidien. Alors que l'influence d'attributs individuels et organisationnels a été démontrée par les premières études sur la satisfaction au travail (Blegen, 1993), des travaux plus récents suggèrent que les interactions avec les patients, qui sont au cœur du processus infirmier compris sous l'angle du *caring* (Duffy & Hoskins, 2003), puissent aussi être des facteurs déterminants dont l'influence mérite d'être étudiée davantage (Lu, While, & Barriball, 2005).

À la lumière des études consultées, la satisfaction professionnelle des infirmières semble répondre à des déterminants semblables à celle de la satisfaction au travail en général, et se traduire par des conséquences similaires en termes de rétention des infirmières (Lucas, Atwood, & Haganan, 1993). Elle apparaît toutefois plus sensible à certaines interventions, comme l'implantation d'une gestion participative (Jones et al., 1993) et serait théoriquement plus appropriée pour tenir compte des spécificités des soins et services infirmiers (McGillis Hall, 2003). Il est aussi intéressant de noter que dans l'étude de Leveck et Jones (1996), la satisfaction professionnelle ne contribue pas à la variance de la qualité des soins, bien que les deux soient liées. Sachant que la force et le sens de la relation entre la satisfaction au travail et la qualité sous l'angle de la performance comportementale demeurent l'objet de nombreuses controverses en psychologie industrielle (Dawis, 2004; Judge, Thoresen, Bono, & Patton, 2001), il est d'autant plus pertinent d'emprunter et de vérifier l'hypothèse selon laquelle la satisfaction professionnelle des infirmières s'expliquerait par la qualité des PRS comprises sous l'angle du *caring*. Cette hypothèse n'ayant apparemment pas encore été démontrée dans la perspective proposée, elle nous permettrait de mieux comprendre la relation qui existe entre la qualité des soins et la satisfaction des infirmières soignantes.

2.4 Interrelations entre environnement organisationnel, PRS et satisfaction des infirmières

Selon la revue des écrits effectuée, les concepts à l'étude ont rarement été abordés dans la perspective qui est ici privilégiée. La rareté des études sur les relations qu'entretiennent les PRS avec le climat organisationnel ou la satisfaction des infirmières ne peut être dissociée de la difficulté à définir et à opérationnaliser le processus infirmier (Idvall, Rooke, & Hamrin, 1997), que plusieurs qualifient de « boîte noire » (Aiken et al., 1997; Walsh et al. 2003). Les recherches qui ont trait aux liens entre le climat et les PRS privilégiées ou réalisées dans le cadre du processus infirmier étant très rares, nous avons inclus dans la recension celles qui traitent de l'impact de différentes composantes de l'environnement de travail sur les « tâches non faites » par les infirmières. Les études sur les liens entre la perception de l'environnement de travail, ou de ses dimensions composites, et la satisfaction des infirmières sont pour leur part beaucoup plus nombreuses (Blegen, 1993, Irvine & Evans, 1995; Lu et al., 2005). Elles témoignent d'un intérêt majeur par rapport à ces notions, mais n'indiquent pas moins la nécessité de mieux comprendre le rôle joué par les pratiques incluses dans le processus infirmier. Les travaux analysant les liens entre les PRS et la satisfaction des infirmières, ou encore l'impact de l'écart entre les PRS privilégiées et pratiquées sur la satisfaction sont, pour leur part, plutôt rares, mais quelques-uns ont été répertoriés et permettent de soutenir les hypothèses à l'étude.

2.4.1 Environnement organisationnel en tant que déterminant des PRS

Le contexte organisationnel est entendu comme un puissant facteur pouvant influencer les interventions cliniques et, par celles-ci, les résultats chez les patients (Aiken et al., 1997; Sleutel, 2000). Toutefois, en raison de la complexité du processus infirmier, peu de travaux ont cherché à expliquer et mesurer cette influence. L'un de ces travaux est l'étude de El-Jardali (2003), inspirée d'un devis mixte, qui visait à mesurer l'impact de la structure sur le processus clinique infirmier et, plus spécifiquement, sur les « tâches non faites » par les infirmières en milieu hospitalier. Sa conceptualisation de la structure inclut le nombre d'effectifs infirmiers, l'environnement de travail, les services de soutien (allocation des ressources, équipements inadéquats, etc.), le travail d'équipe, le soutien administratif et l'autonomie, qui sont tous mesurés à partir de la perception des infirmières.

Les résultats obtenus auprès de 7 108 infirmières de l'Ontario, indiquent que ces composantes structurelles expliquent 25 % des tâches qu'elles ne font pas et que, parmi ces composantes, les plus déterminantes sont le nombre d'effectifs infirmiers ($\beta = 0,236$, $p < 0,01$) et les services de soutien ($\beta = 0,235$, $p < 0,01$). Les différents modèles explicatifs proposés suggèrent aussi que l'impact du nombre d'effectifs infirmiers est plus important dans les centres hospitaliers ayant une mission universitaire que dans les centres hospitaliers communautaires. Toutefois, l'étude de El-Jardali (2003) ne permet pas de savoir si les tâches les plus souvent mises de côté par les infirmières soignantes sont celles à caractère technique ou relationnel.

Une étude de Aiken et al. (2001) auprès de 43 329 infirmières exerçant dans cinq pays d'Amérique et d'Europe nous renseigne toutefois sur cet aspect. Selon ces travaux, entre 33,3 % à 71,7 % des répondantes canadiennes ($n = 17, 450$), déclarent effectuer des tâches non-infirmières (ex. : tâches ménagères, transport des patients, etc.) qui conduisent à réduire le temps alloué aux fonctions professionnelles qui leurs sont propres. Cette réalité suggère qu'il peut y avoir des conflits de rôle au niveau du partage des responsabilités entre les différents groupes de personnel soignant, ou encore un déséquilibre de la charge de travail occasionné par le manque d'effectifs infirmiers, comme l'indiquent les travaux de El-Jardali (2003). Plus spécifiquement, 13,7 % des répondantes canadiennes ont indiqué avoir mis de côté la préparation au congé du patient/famille, alors que pour 27,9 % c'est l'enseignement qui n'est pas fait et que 39,5 % indiquent ne pas avoir le temps de reconforter les patients et de leur parler. À la lumière de ces résultats et de ceux obtenus par El-Jardali (2003), tout porte à croire que, globalement, ce sont les tâches à caractère relationnel qui sont les plus souvent mises de côté en raison de différentes contraintes de nature structurelle. Toutefois, en abordant le processus infirmier par les tâches que les infirmières ne font pas, ces études ne nous renseignent pas au sujet de l'impact de l'environnement de travail sur ce qu'elles font.

Dans une autre étude de type corrélationnelle prédictive, Wright, Linde, Rau, Gayman, et Viggiano (2003) ont estimé l'impact du climat organisationnel sur la fréquence des interactions cliniques entre les patients et le personnel infirmier et médical d'une urgence psychiatrique américaine ($n = 109$). Les résultats indiquent que la coopération

entre les membres de l'équipe de travail est un déterminant important de la fréquence des interactions cliniques ($b = 0,96$; $p \leq 0,05$) et que l'ambiguïté de rôle conduit à diminuer ces interactions ($b = -0,57$; $p \leq 0,10$). Bien que cette étude ne se soit pas appuyée sur la perspective du *caring*, ses résultats indiquent tout de même clairement que des dimensions reconnues du climat organisationnel influencent certaines PRS des infirmières en milieu psychiatrique d'urgence.

En dehors de ces études quantitatives, d'autres s'appuyant davantage sur une approche qualitative du *caring* en pratique ont mis en évidence l'impact que peuvent avoir différentes composantes du climat organisationnel sur le processus infirmier. Parmi celles-ci, soulignons le soutien entre les pairs et la clarté des rôles de chacun (Boon, 1998; Cohen et al., 1994; Forrest, 1989), le soutien du supérieur (Cara, 1997; Clarke & Wheeler, 1992; Forrest, 1989), l'équilibre de la charge de travail, ainsi que les ressources matérielles et humaines en nombre suffisant (Boon, 1998, Clarke & Wheeler, 1992; Cohen et al., 1994; Milne & McWilliam, 1996). Ce sont autant de dimensions qui peuvent avoir un effet déterminant sur la fréquence des PRS de l'infirmière.

La revue des écrits portant sur les comportements de *caring* a aussi mis en relief que, peu importe le milieu dans lequel elles exercent, les infirmières privilégient sensiblement les mêmes aspects de la dimension relationnelle du soin (Finfgeld-Connett, 2008; Kyle, 1995; Swanson, 1999). De manière générale, les infirmières partagent des valeurs professionnelles qui s'enracinent dans l'humanisme et dans des normes de bonne pratique (Parker, 1994; Roch & Goulet, 2004; Westfall, 1987). Par définition, les normes de bonne pratique reposent sur des principes et des critères par lesquels on peut juger de la qualité d'un service professionnel (Donabedian, 1980). Lorsqu'il est question de services infirmiers, on remarque que la définition de la qualité renvoient à des valeurs humanistes (Gunther & Alligood, 2002; Haddad et al., 1997) qui sont d'ailleurs reconnues comme étant essentielles aux curriculums de formation infirmiers (Fahrenwald et al., 2005) et qui sont intégrées à même le code de déontologie (Éditeur officiel du Québec, 2008). Il est aussi à noter que ces valeurs professionnelles s'apparentent aux fondements moraux sur lesquels s'appuient les PRS comprises sous l'angle du *caring* (Roch & Goulet, 2004). Bien que l'âge, le genre (Watson, & Lea, 1998) ou la spécialité clinique (Watson & Lea, 1999) aient

été identifiés dans de rares études comme pouvant avoir une influence sur les comportements de *caring* privilégiés par les infirmières, la majorité des travaux démontrent qu'elles ont tendance à privilégier sensiblement les mêmes comportements quels que soient la spécialité, le milieu ou le pays dans lequel elles exercent (Swanson, 1999; Watson et al. 2003; Wilkin, & Slevin, 2004; Yam, & Rossiter, 2000). Ceci suggère que l'importance que les infirmières soignantes accordent aux PRS comprises sous l'angle du *caring* ne soit pas le fruit de l'environnement dans lequel elles exercent, mais bien de convictions plus profondes qui les amènent à les privilégier en dehors de l'impact du contexte de travail.

En contrepartie, l'impact que l'environnement de travail pourrait avoir sur la fréquence des PRS pourrait alors occasionner un écart entre les pratiques que les infirmières réalisent et celles qu'elles jugent importantes de réaliser. L'étude d'observation de Potter et al. (2005) suggère que le travail cognitif de l'infirmière est souvent interrompu par de multiples facteurs environnementaux, dont la recherche de support matériel/informatique ou les demandes des autres membres du personnel soignant. Ces interruptions peuvent conduire à un bris entre ce que l'infirmière juge important de faire et ce qu'elle fait. Du point de vue des PRS, cet écart a été démontré dans quelques études. La récente étude phénoménologique de Enns et Gregory (2007) auprès de dix infirmières canadiennes traduit par « lamentation et perte » la reconnaissance des contraintes de l'environnement de travail qui ne permettent pas à des infirmières de chirurgie de réaliser les PRS qu'elles jugent importantes. Ces contraintes incluent le manque de soutien supérieur/ pairs, de temps, de ressources et de continuité dans les soins. En influençant la fréquence des PRS, l'environnement de travail est ainsi susceptible d'influencer l'écart entre les PRS que les infirmières privilégient et celles qu'elles réalisent. La démonstration d'une telle influence met non seulement l'accent sur ce que l'infirmière fait, mais aussi sur ce qu'elle juge important de faire pour assurer le mieux-être du patient/famille en fonction de valeurs et de normes professionnelles reconnues.

2.4.2 Environnement organisationnel comme déterminant de la satisfaction

Comme l'indique la recension des écrits effectuée, la perception de différentes dimensions composites de l'environnement de travail (soutien pairs/supérieur, conditions

de travail, autonomie, etc.) paraît influencer la satisfaction des infirmières (Blegen, 1993, Irvine & Evans, 1995; Lu et al., 2005). Bien que l'impact global du climat organisationnel sur leur satisfaction professionnelle n'ait pas directement été démontré, différentes dimensions du climat comme la cohésion entre les pairs (Hinshaw, Smeltzer, & Atwood, 1987; Lucas, Atwood, & Hagaman, 1993), la communication au sein de l'organisation et la charge de travail (Davidson et al., 1997) ont été associées à la satisfaction professionnelle.

Nombreuses sont les études qui se sont intéressées à la relation entre le climat organisationnel et la satisfaction au travail en général. Plusieurs de celles qui ont été effectuées auprès de populations infirmières utilisent différentes versions du *Index of Work Satisfaction* de Stamps (1997). Parmi celles-ci, notons celle de Keuter, Byrne, Voell, et Larson (2000) auprès d'infirmières de soins critiques ($n = 37$) et à laquelle nous avons déjà fait référence pour son utilisation du *Organizational Climate Questionnaire* (OCQ) de Litwin et Stringer (1968). En y associant une adaptation du *Index of Work Satisfaction* (IWS) de Stamps (1997), une corrélation significative entre les scores globaux de climat et de la satisfaction a pu être établie auprès de l'ensemble des répondantes ($R^2 = 0,61$, $p < 0,0001$). La force de ces liens est prédominante entre les dimensions de climat qui ont trait à la structure, au soutien, et aux normes et celles de satisfaction qui se rapportent au statut professionnel et aux politiques organisationnelles. Notons que Gillies, Frankiln, et Child (1990) avaient obtenu des résultats similaires avec le même instrument de climat et une version plus ancienne du IWS auprès de 37 infirmières soignantes en milieu hospitalier, alors que le soutien ressort aussi parmi les dimensions les plus fortement en lien avec la satisfaction ($r = 0,60$; $p < 0,001$). Il n'en demeure pas moins que la taille limitée des échantillons de ces deux études ne permet pas de généraliser ces résultats.

L'étude de Tumulty, Jernigan et Kohut (1994) auprès d'infirmières de deux hôpitaux privés américains ($n = 159$) a pour sa part privilégié une version abrégée avec échelle de type Likert du *Work Environment Scale* (Abraham & Foley, 1984) pour apprécier la relation entre climat et satisfaction au travail, à partir d'une version du IWS de 1986. La perception globale de l'environnement de travail et de sa dimension « relation » (qui incluait les sous-dimensions « engagement », « cohésion entre les pairs » et « soutien du supérieur » propres au climat) se sont avérées être plus fortement en lien avec la

satisfaction au travail. Ainsi, les infirmières qui perçoivent leur environnement de travail comme étant relativement positif et bénéficiant de bonnes relations de travail, comptent parmi celles qui sont les plus satisfaites. Pour sa part, Urden (1999) a employé le *Nurse Organizational Climate Descriptive Survey (NOCDS)* de Duxbury et al. (1982) avec le *IWS* (Stamps, Piedmonte, Slavitt, & Hasse, 1978) pour étudier l'impact du climat organisationnel sur la satisfaction d'infirmières exerçant dans 3 hôpitaux américains pour enfants ($n = 232$). Les six dimensions du *NOCDS* sont relativement différentes des autres instruments de climat organisationnel. Trois d'entre elles sont formulées dans l'optique d'un climat positif et trois le sont dans l'optique d'un climat négatif. Les relations identifiées indiquent que les infirmières sont moins satisfaites lorsqu'elles perçoivent que leur supérieur est distant, qu'il leur fait obstacle et qu'elles se sentent désengagées des objectifs du groupe, mais qu'elles sont plus satisfaites lorsqu'elles bénéficient d'un leadership adéquat de la part de leur supérieur et d'un bon esprit d'équipe. Il en ressort que le soutien des pairs, comme celui du supérieurs ont probablement aussi un impact important sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.

Du côté des études portant plus spécifiquement sur l'environnement infirmier, les résultats en regard de la satisfaction au travail sont similaires à ceux se rapportant au climat organisationnel et ses dimensions composites. Alors que les cinq dimensions du *NWI-R* (Aiken & Patrician, 2000) se sont toutes individuellement avérées déterminantes de la satisfaction au travail d'infirmières d'Irlande ($n = 695$), seuls le soutien au niveau de l'unité de soins ($OR = 4,82$, 95 % CI [2,63, 8,84], $p < 0,001$) et l'adéquation des effectifs ($OR = 1,47$, 95 % CI [1,02, 2,10], $p < 0,05$) l'ont significativement expliquée lorsque toutes les dimensions étaient considérées (Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty, & Nutbeam, 2007). S'appuyant sur une adaptation des dimensions du *NWI-R* (Aiken & Patrician, 2000), l'étude de Jackson-Malik (2005) auprès de 2287 infirmières américaines indique que l'adéquation des effectifs, les pratiques managériales et le soutien aux employés prédisent individuellement la satisfaction des infirmières. Parmi les caractéristiques organisationnelles retenues par Adams et Bond (2000), la cohésion entre infirmières ($\beta = 0,26$; $p < 0,001$), l'organisation du personnel ($\beta = 0,20$; $p < 0,001$) et la collaboration avec le personnel médical ($\beta = 0,20$; $p < 0,001$), ressortent comme les plus puissants déterminants de la satisfaction d'infirmières anglaises ($n = 834$). À la lumière de ces études

sur l'environnement infirmier, les dimensions composites du climat se rapportant aux caractéristiques du supérieur (soutien, facilitation du travail), du rôle (équilibre de la charge de travail, clarté de rôle), de l'équipe (coopération, chaleur humaine) et de l'organisation (justice, soutien) apparaissent déterminantes quant à la satisfaction des infirmières. L'intérêt à démontrer cet impact au niveau de la dimension occupationnelle de la satisfaction au travail demeure toutefois entier, particulièrement à la lumière du rôle potentiel pouvant être joué par les PRS qui sont au cœur du processus infirmier.

2.4.3 PRS en tant que déterminant de la satisfaction des infirmières

Malgré la rareté des études quantitatives sur l'aspect relationnel du processus infirmier, celle de Lee (2004) a su démontrer la contribution des comportements de *caring* à la satisfaction professionnelle d'infirmières taiwanaises (n = 736). Ses résultats indiquent une relation modérée ($r = 0,38$; $p < 0,001$) entre la fréquence des comportements de *caring* mesurée à partir d'une adaptation de l'échelle de 50 items de Larson (1981) et le degré de satisfaction professionnelle tel que mesuré par Hinshaw et al. (1987). De plus, dans le modèle qu'elle propose, les comportements de *caring* expliquent un 7,3 % additionnel dans la variance du degré de satisfaction professionnelle des infirmières, dont 15,5 % s'expliquait déjà par les éléments de stress au travail. Ceci suggère que la fréquence des PRS comprises sous l'angle du *caring* peut contribuer à la satisfaction professionnelle des infirmières, au-delà de l'impact du stress associé à différents facteurs environnementaux.

Selon Swanson (1999), la contribution d'une pratique de *caring* à la satisfaction des soignants, comme à des notions voisines, ressort de différentes études qualitatives. Pour des infirmières exerçant en soins péri opératoires et en en soins palliatifs, une telle pratique peut être vécue comme une expérience de croissance personnelle qui renforce le sentiment de donner le meilleur de soi, la motivation et les convictions professionnelles (McNamara, 1995 ; Montgomery, 1993). À partir d'une méthode de théorisation ancrée Euswas (1993) indiquent que pour des infirmières exerçant en oncologie (n = 32), une pratique de *caring* conduit à une actualisation de soi aux plans personnel et professionnel. Dans le cadre d'une étude québécoise en soins de longue durée s'appuyant sur une méthode d'enquête propre à la psychodynamique du travail, Alderson (2002) a aussi fait ressortir que les infirmières

(n = 33) retirent une importante source de plaisir des relations qu'elles entretiennent avec les patients/familles, ce qui leur apporte une valorisation professionnelle qui compense apparemment pour plusieurs insatisfactions vécues au travail. Il est donc clair que les infirmières retirent un sentiment d'accomplissement personnel et professionnel des PRS qu'elles entretiennent avec le patient/famille.

L'écart entre les PRS que privilégient les infirmières et celles qu'elles mettent en pratique paraît aussi contraindre leur satisfaction professionnelle. En voulant évaluer la perception que des infirmières entretenaient d'elles-mêmes à titre de soignantes, Morrison (1989) a clairement fait ressortir l'écart entre les caractéristiques de *caring* souhaitées et celles vécues en pratique. Certaines participantes ont indiqué souffrir de cet écart qui pouvait être source de stress et d'épuisement. À partir d'une adaptation du *Caring Behaviors Inventory* de Wolf et al. (1994), Bisailon (2004) a aussi fait ressortir que des infirmières gestionnaires de cas (n = 32) jugeaient la majorité de leurs comportements de *caring* comme étant plus importants que fréquents. Les comportements se rapportant au soulagement de la douleur, à l'écoute du patient/famille, à l'information offerte sur la condition de santé, à la priorité accordée aux besoins du patient et à la réponse à ces besoins, ont présenté plus de différences entre les scores d'importance et de fréquence. Dans une approche globale de l'environnement de travail infirmier au Canada, McGillis Hall et Kiesners (2005) ont privilégié une approche de recherche narrative (n = 8) qui a fait ressortir jusqu'à quel point les infirmières souffrent de ne pouvoir offrir un niveau de qualité de soins qu'elles considèrent adéquat, faute de ressources et d'un environnement propice. Parmi ces soins, la communication avec le patient, l'enseignement et les soins de confort sont les premiers à être compromis, au détriment de la reconnaissance et de l'estime professionnelle que les infirmières en retirent dans l'exercice de leur fonction. Une compréhension plus approfondie des interrelations entre la perception de l'environnement de travail et des PRS que les infirmières privilégient et réalisent au quotidien, apparaît donc nécessaire pour cerner à la fois ce qui contribue et ce qui nuit à la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes en contexte hospitalier.

2.4.4 Résumé des études sur les interrelations

Les différentes recherches portant sur les liens entre les concepts d'intérêts semblent supporter les interrelations dont nous préconisons l'étude. Malgré la rareté des études portant sur les liens avec les PRS, il est attendu que le climat organisationnel et ses dimensions composites aient un effet relatif sur la fréquence des PRS comprises sous l'angle du *caring*. Quant à son effet sur l'importance qui leur est accordée, aucune étude ne semble l'avoir examinée, mais dans la mesure où les infirmières partagent un ensemble de valeurs professionnelles communes soutenant de telles pratiques (Parker, 1994; Swanson, 1999), il est attendu que le climat n'ait pas d'effet significatif sur les PRS privilégiées par les infirmières. Cependant, cette influence du climat ou de ses dimensions composites pourrait se traduire par un écart entre les PRS privilégiés et actuelles. En estimant l'impact du climat sur les trois facettes des PRS (privilégiées, actuelles et écart entre PRS privilégiées et actuelles), nous serons à même d'expliquer son impact sur des aspects intellectuels, comportementaux et globaux du processus infirmier (Kim, 2000).

En outre, l'impact du climat organisationnel sur la satisfaction de l'infirmière s'appuie largement sur des études qui portent davantage sur la satisfaction au travail en général. L'accent sera mis dans cette étude sur la satisfaction professionnelle. Sur la base des études répertoriées et du modèle de Duffy et Hoskins (2002), nous faisons aussi l'hypothèse que la fréquence des PRS contribue à la satisfaction professionnelle de l'infirmière, au-delà de l'impact du climat. De même, nous préconisons que l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles puisse, pour sa part, contraindre cette satisfaction professionnelle. Compte tenu de la complexité du phénomène à l'étude, les résultats issus des analyses quantitatives seront étayés par la perspective de différents acteurs qui collaborent ou contribuent directement aux soins infirmiers. Les conclusions pourront ainsi être aussi utiles pour le milieu où s'effectue l'étude que pour d'autres contextes hospitaliers.

2.5 Cadre de référence

Le *Quality-Caring Model*© proposé par Duffy et Hoskins (2003) a été adapté comme cadre de référence pour cette recherche (cf. Figures 3 et 4). Ce modèle fournit une perspective théorique qui s'appuie à la fois sur les travaux de Donabedian (1980, 1992) et

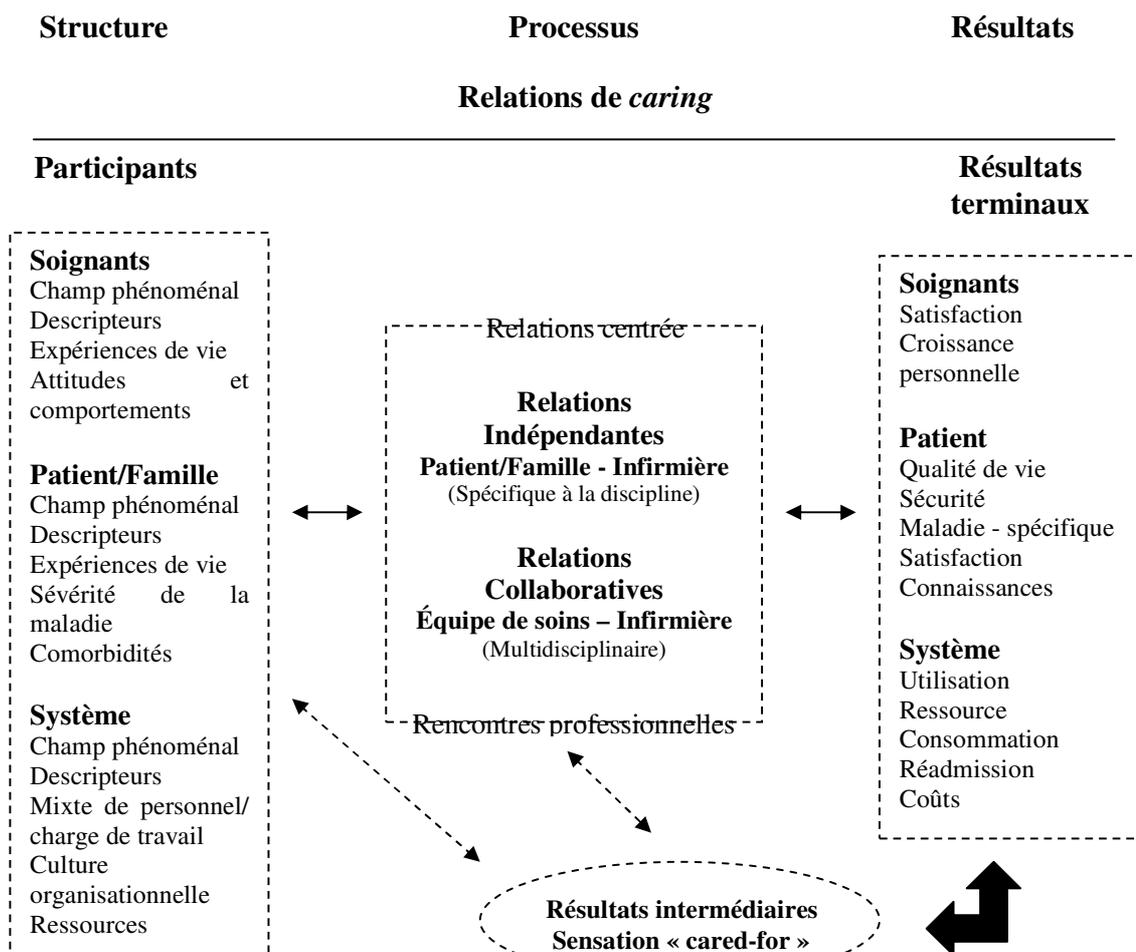
de Watson (1979, 1988). Les composantes structure-processus-résultats définies par Donabedian sont combinées aux construits centraux de la théorie du *Human Caring* de Watson. Les travaux de King (1981), Irvine, Sidani et Hall (1998) et de Mitchell, Ferketich et Jennings (1998) ont aussi été mis à contribution pour intégrer des aspects propres à la dimension interpersonnelle du travail de l'infirmière, ici saisie par les PRS, et aux liens de l'infirmière avec les autres soignants et professionnels de la santé.

La principale proposition du *Quality-Caring Model*© est à l'effet que les relations de *caring* contribuent à des résultats positifs pour les patients/familles, les soignants et le système de santé. Cette proposition est associée à cinq prémisses : 1) le *caring* ne peut se réaliser qu'à l'intérieur de relations, 2) le *caring* fait partie intégrante du travail infirmier au quotidien, 3) les relations de *caring* sont tangibles et peuvent être mesurées, 4) les connaissances sur les relations de *caring* constituent un enjeu important pour les soins infirmiers et les soins de santé en général, 5) l'étude du *caring* infirmier devrait renforcer la base de connaissances nécessaires pour améliorer la contribution des soins infirmiers aux services de santé (Duffy & Hoskins, 2003, p.83-84). L'ensemble des propositions que suggère ce modèle ne pourrait être examiné dans le cadre de cette unique recherche. L'accent sera mis ici sur une triade de variables du modèle touchant respectivement la structure (climat organisationnel), le processus (PRS) et les résultats (satisfaction professionnelle). De manière à rendre compte des aspects comportementaux et intellectuels du processus infirmier (Kim, 2000), une attention a non seulement été portée à la fréquence, mais aussi à l'importance des PRS. L'écart entre les PRS que les infirmières privilégient et celles qu'elles réalisent permet ainsi de cerner l'intégralité du processus de *caring* infirmier. Selon Watson (1988), ce processus nécessite en effet un engagement envers l'idéal moral de *caring*. Les interventions qui sont cohérentes avec cet engagement conduisent alors à des retombées positives pour le patient et pour l'infirmière (Watson, 1988), comme le suggère le modèle de Duffy et Hoskins (2003) dans sa globalité.

Le modèle de Duffy et Hoskins (2003) a été élaboré de manière à démontrer la valeur du processus de *caring* infirmier, tant pour les patients que pour les soignants et le système de santé (Figure 3). Les relations de *caring* indépendantes qui renvoient aux PRS font partie intégrante du rôle et des fonctions de l'infirmière et, suivant le modèle, elles sont au

cœur même du processus infirmier. La contribution de ce modèle est de mettre en relief les interrelations entre les PRS et des composantes de structure ou de résultats. La structure réfère, selon Donabedian, aux facteurs qui précèdent la prestation des soins de santé, c'est-à-dire « les conditions qui définissent le contexte dans lequel le soin est fourni » [Traduction libre] (Donabedian, 2003, p. 46). De tels facteurs, pour Duffy et Hoskins (2003) renvoient à des variables qui touchent à la fois au soignant, au patient/famille ou au système. Les résultats réfèrent aux retombées des soins de santé pour le patient/famille, les soignants et le système. L'hypothèse principale du modèle est la suivante : les composantes de la structure influencent le processus de *caring* infirmier (ici compris par les PRS indépendantes/collaboratives) et peuvent influencer directement ou indirectement les résultats de soins qui sont aussi directement influencés par ce processus.

Figure 3
Illustration du *Quality-Caring Model*©



Tiré de : [Traduction libre] Duffy & Hoskins (2003) p. 81.

Le processus de *caring* infirmier constitue l'élément d'intérêt central du *Quality-Caring Model*®. Ce modèle suggère de recentrer le processus sur les relations de *caring* que l'infirmière entretient avec le patient/famille (relations indépendantes qui sont spécifiques à la discipline infirmière) et celles qu'elle partage avec les autres membres de l'équipe soignante/multidisciplinaire (relations collaboratives). Pour Duffy et Hoskin (2003), les relations de *caring* sont définies comme des interactions humaines qui s'enracinent au cœur du processus clinique et qui intègrent à la fois le travail physique (faire), l'interaction (être avec) et la relation (connaître). En ce qui a trait à la contribution indépendante de l'infirmière (Irvine, Sidani, & Hall, 1998), elle inclut les interactions patient/famille – infirmière dans lesquelles les infirmières s'engagent de manière autonome et dont elles sont tenues responsables. Les relations collaboratives se rapportent, quant à elles, aux activités et responsabilités que l'infirmière partage avec le personnel auxiliaire et autres professionnels de la santé (Duffy, 2003 ; Duffy & Hoskins, 2003).

La structure, tel qu'entendue dans le modèle de Duffy et Hoskins (2003), s'intéresse aux caractéristiques de trois éléments : les soignants, les patients/familles et le système. Tous précèdent la prestation de soins. Pour les soignants et les patients/familles, l'accent est mis sur leurs expériences de vie unique et différents facteurs « psycho-socio-culturels » alors que le système réfère à la charge de travail, la culture organisationnelle et les ressources. Chacun de ces éléments possède un champ phénoménal (réalité subjective) et des descripteurs (caractéristiques démographiques/tangibles) qui lui sont propres (Duffy, & Hoskins, 2003). Dans le cas du système, le champ phénoménal correspond à la réalité subjective de l'organisation. Il représente ainsi la perception que partagent les individus quant aux caractéristiques de l'environnement de travail, donc le climat organisationnel.

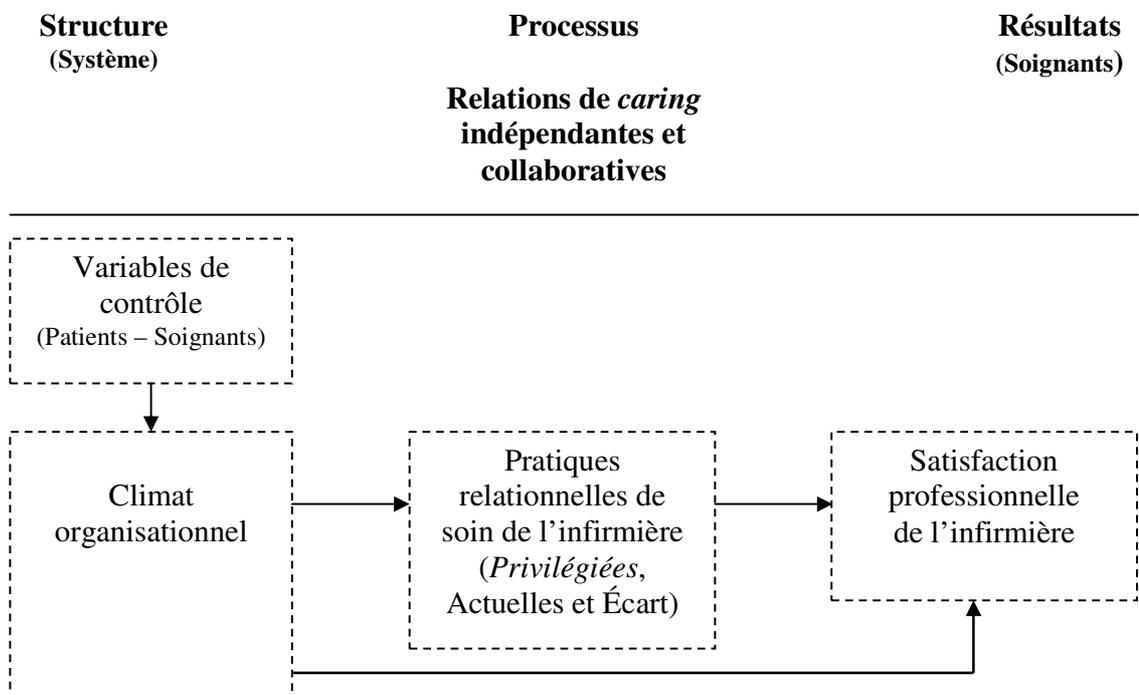
En ce qui a trait aux résultats, qu'ils soient intermédiaires ou terminaux, ils sont souvent orientés vers le patient/famille (Donabedian, 1992). L'une des contributions du modèle de Duffy et Hoskins (2003) est d'intégrer également des résultats pour les soignants et le système. Les résultats pour le système réfèrent entre autres à la capacité des organisations à demeurer compétitives et à assurer des soins et services de santé efficaces et efficients. Quant aux résultats à l'endroit des soignants, Watson (1988) suggère qu'un processus de *caring* cohérent avec l'idéal moral envers lequel l'infirmière s'engage mène à

un changement positif, non seulement en termes de bien-être des patients, mais aussi en termes de bénéfices pour l'infirmière (p.74). Les travaux en analyse sociale et des organisations ont aussi démontré que la survie des organisations dépend de leur capacité à servir les intérêts des praticiens qui les composent (Donabedian, 1980; Herzberg, 1966). Il est ainsi pertinent d'examiner les liens qu'entretiennent la structure et le processus avec les résultats associés non seulement aux patients, mais aussi aux soignants et au système.

De cette vue globale du modèle de Duffy et Hoskins (2003), les indicateurs retenus pour la présente étude se rapportent au système comme composante de la structure, aux relations de *caring* comme composante du processus et aux résultats spécifiques aux soignants. Le système est abordé sous l'angle du climat organisationnel. Cet indicateur se définit par la perception que les personnes ont de leur environnement de travail et permet ainsi l'opérationnalisation du « champ phénoménal » (réalité subjective) de l'organisation, à la fois de manière globale et à partir des différentes dimensions (Jones & James, 1979; Parker et al., 2001; Sounan & Gagnon, 2005). De manière à tenir compte de l'influence potentielle des deux autres éléments de la structure, soit le patient/famille et le soignant, l'état de conscience des patients et les variables socioprofessionnelles en lien avec les variables dépendantes sont contrôlées dans la section quantitative de l'étude. Au niveau du processus, les « relations de *caring* » ont été retenues et sont entendues comme des PRS, au sens où elles correspondent aux relations indépendantes que l'infirmière entretient avec le patient/famille de manière autonome et responsable, ainsi qu'aux relations collaboratives qu'elle partage avec les autres professionnels/membres du personnel soignant (Duffy & Hoskins, 2003; Watson, 1988). Dans le respect d'une approche globale du processus de *caring* infirmier (Kim, 2000; Watson, 1988), l'importance et la fréquence des PRS dites indépendantes, de même que l'écart entre les deux sont considérés. Chacun révèle une facette différente des PRS : l'importance se rapporte aux pratiques que l'infirmière privilégie (PRS Privilégiées), la fréquence à celles qu'elle réalise (PRS Actuelles) et l'écart représente le processus dans son ensemble, par la distance qui sépare ce qui est privilégié de ce qui est réalisé (Écart PRS). Dans la mesure où ce qui est privilégié devrait relever des valeurs et du jugement de l'infirmière (Kim, 2000; Watson, 1988), il n'est pas attendu que les PRS privilégiées soient expliquées par le climat organisationnel. Elles ont toutefois été incluses au modèle afin de vérifier empiriquement cette présomption. Pour la phase

qualitative de l'étude, une attention particulière est aussi portée aux « relations collaboratives » dans lesquelles s'inscrivent les PRS que l'infirmière partage et réalise en partenariat avec le personnel auxiliaire et les autres professionnels. Les résultats à l'endroit du soignant sont, quant à eux, abordés par la satisfaction professionnelle de l'infirmière, qui correspond à son degré de satisfaction par rapport à ses réalisations professionnelles au travail (Hinshaw & Atwood, 1985). La Figure 4 (p.72) expose les concepts et indicateurs relatifs au *Quality-Caring Model*© qui ont été retenus.

Figure 4
Concepts et indicateurs adaptés du *Quality-Caring Model*©



Ainsi, le *Quality-Caring Model*© proposé par Duffy et Hoskins (2003), de même que certaines précisions quant au processus de *caring* infirmier (Kim, 2000; Watson, 1988) ont été intégrés pour guider la présente étude à partir des différents concepts et indicateurs qui ont été retenus. Pour la section quantitative, le climat organisationnel en tant que composante de la structure est opérationnalisé par le *Questionnaire de climat psychologique CRISO* (QCP_CRISO) (Gagnon et al., 2007; Sounan & Gagnon, 2005) qui est une traduction de l'instrument développé par Jones et James (1979) et adapté par Young

et Parker (1999). Les PRS qui se rapportent aux relations de *caring* indépendantes du processus sont opérationnalisées par une mesure d'importance et une mesure de fréquence d'une adaptation de la version abrégée de *l'Échelle des interactions infirmière-patient* (Cossette, Coté, Pepin, Ricard, & D'Aoust, 2006 ; Cossette et al. 2008). Les relations de *caring* collaboratives sont abordées dans la section qualitative et viendront compléter l'opérationnalisation du processus. Enfin, la satisfaction professionnelle de l'infirmière, entendue comme un résultat, est opérationnalisée par une traduction française du *Professional Nurse Job Satisfaction* (Hinshaw & Atwood, 1985).

CHAPITRE III : MÉTHODE

Ce chapitre est organisé en dix sections qui préciseront les différents choix méthodologiques qui ont été fait pour assurer la rigueur de cette étude. Des précisions quant au mode d'investigation et à la stratégies de recherche, seront suivies d'une description du contexte particulier de l'étude. La population et l'échantillon seront tour à tour définis, pour ensuite faire part des faits saillants de la collecte de données et du déroulement quant aux volets quantitatif et qualitatif. Le détail de l'analyse des données sera suivi de spécifications quant aux modalités d'intégration des interprétations quantitatives et qualitatives. Enfin, les mesure prises pour assurer la rigueur scientifique et le respect des considérations éthiques seront détaillées dans les deux dernières sections du présent chapitre.

3.1 Mode d'investigation

Pour répondre aux questions posées et compte tenu de la complexité qu'implique l'examen des PRS des infirmières sous l'angle du *caring*, nous avons opté pour une approche mixte combinant des méthodes qualitative et quantitative (Morgan, 1998; Morse, 1991; Tashakkori & Teddlie, 1998, 2003). Ce choix se justifie par le souci d'utiliser de manière complémentaire différentes sources de données, différentes procédures de collecte d'informations, différents modes d'analyse et d'ajouter aux données quantitatives sur la perception des infirmières soignantes une profondeur explicative qui peut émerger de l'information qualitative obtenue depuis la perspective d'une plus large gamme d'acteurs (Teddlie & Tashakkori, 2003). Dans la mesure où tous les acteurs d'une organisation perçoivent et participent à la construction du climat de travail (Schneider & Reichers, 1983), l'impact de ce dernier sur le façonnement des PRS des infirmières soignantes et leur satisfaction professionnelle est susceptible d'être mieux compris, en tenant compte du point de vue de différents acteurs organisationnels qui collaborent ou contribuent directement aux soins infirmiers auprès du patient/famille.

Les infirmières soignantes sont les mieux placées pour exprimer l'importance et la fréquence de leurs PRS. Leurs perceptions à ce sujet seront cernées par le volet quantitatif

de l'étude. Cependant, d'autres acteurs peuvent apporter une information différente ou complémentaire permettant une compréhension élargie de cet aspect du processus infirmier et des liens qu'il entretient tant avec le climat organisationnel qu'avec la satisfaction professionnelle des infirmières. Ainsi, alors que la portion quantitative de l'étude s'adresse uniquement aux infirmières soignantes, les entrevues ciblent aussi des infirmières conseillères, des chefs d'unités, des PAB et des infirmières auxiliaires. De plus, des commentaires supplémentaires recueillis par les questionnaires du volet quantitatif et différentes sources documentaires seront utilisés pour compléter les données qualitatives.

Il est reconnu que l'utilisation d'une approche de méthode mixte permet une analyse plus approfondie des phénomènes à l'étude (Bryman, 2004; Creswell, Clark, Gutmann, & Hanson, 2003). Dans le cas qui nous concerne, les données recueillies à l'aide d'une méthode qualitative viennent enrichir l'information recueillie à partir de techniques quantitatives. Même si, d'un point de vue épistémologique, la démarche adoptée est avant tout déductive, le volet qualitatif offre une occasion pour tenir compte d'éléments complémentaires qui sont susceptibles d'émerger au cours de l'étude et qui permettront d'enrichir l'explication du phénomène d'intérêt (Morse, 2003). La force de cette approche réside aussi dans la qualité de déduction logique (aussi appelée inférence) à laquelle conduit l'intégration des résultats quantitatifs et qualitatifs pour examiner un phénomène donné (Teddlie & Tashakkori, 2003).

3.2 Stratégie de recherche

Le volet quantitatif de la recherche sera opérationnalisé par un devis de type corrélationnel prédictif, alors que le volet qualitatif suivra une démarche d'étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués. Morse (1991, 2003) précise à la fois la nature et les conditions d'une telle approche de recherche mixte en la décrivant comme l'intégration de stratégies qualitative et quantitative, dans le cadre d'un projet unique. Dans le contexte de cette recherche, la préséance est accordée aux données quantitatives, de manière à estimer l'impact des différentes dimensions du climat sur les PRS et la satisfaction professionnelle. Les données qualitatives permettront ensuite d'apporter des éléments complémentaires permettant d'approfondir la compréhension de cet impact. La collecte et

l'analyse des données quantitatives précèdent la collecte et l'analyse des données qualitatives. Les deux méthodes sont intégrées au cours de la phase d'interprétation de l'étude. Ces procédures correspondent à celles d'un devis explicatif séquentiel (Creswell et al., 2003). Ce devis est l'un des plus reconnus parmi les six principaux devis de méthodes mixtes que sont l'exploratoire séquentiel, le transformatif séquentiel, la triangulation simultanée, l'emboîtement simultané et le transformatif simultané (Tableau II).

Tableau II
Types et caractéristiques des six principaux devis de méthodes mixtes

Type de devis	Implantation	Priorité	Stade de l'intégration	Perspective théorique
<i>Explicatif séquentiel</i>	Quantitatif suivi de qualitatif	Habituellement quantitative; peut être qualitative ou égale	Phase d'interprétation	Peut être présent
<i>Exploratoire séquentiel</i>	Qualitatif suivi de quantitatif	Habituellement qualitative; peut être quantitative ou égale	Phase d'interprétation	Peut être présent
<i>Transformatif séquentiel</i>	Quantitatif suivi de qualitatif ou qualitatif suivi de quantitatif	Quantitative, qualitative ou égale	Phase d'interprétation	Définitivement présent
<i>Triangulation simultanée</i>	Collecte simultanée de données quantitatives et qualitatives	Préférentiellement égale : peut être quantitative ou qualitative	Phase d'interprétation ou d'analyse	Peut être présent
<i>Emboîtement simultané</i>	Collecte simultanée de données quantitatives et qualitatives	Quantitative ou qualitative	Phase d'analyse	Peut être présent
<i>Transformatif simultané</i>	Collecte simultanée de données quantitatives et qualitatives	Quantitative, qualitative ou égale	Habituellement à la phase d'analyse; peut s'effectuer durant la phase d'interprétation	Définitivement présent

Tiré de : [Traduction libre] Creswell et al. (2003), p. 224

En effet, le devis explicatif séquentiel est souvent privilégié pour expliquer et interpréter des résultats quantitatifs et peut être particulièrement utile lorsqu'ils ne vont pas dans le sens attendu (Morse, 1991). Il vise la complémentarité plutôt que la convergence, et

offre l'avantage d'utiliser les forces d'une méthode pour améliorer les possibilités analytiques de l'autre. La complexité des phénomènes à l'étude et la volonté de conduire une recherche qui peut avoir des implications pratiques visant à soutenir les prises de décisions administratives justifient aussi le choix de cette approche (Morgan, 1998).

3.3 Contexte de l'étude

L'étude se déroule dans un centre hospitalier de soins généraux, spécialisés et ultraspécialisés, de la région de Montréal. Cet établissement offre un terrain approprié pour examiner les questions à l'étude et ce, pour différentes raisons. Entre autres, une philosophie de soins humaniste s'appuyant sur l'école de pensée du *caring* y a récemment été implantée et un projet d'amélioration du climat organisationnel y est actuellement en cours. Cet hôpital affilié universitaire comporte un pavillon principal et un pavillon de psychiatrie. Il a une capacité totale de 554 lits et compte plus de 3700 employés, dont quelques 1100 infirmières. Les infirmières soignantes travaillent en équipe avec des PAB et/ou des infirmières auxiliaires pour assurer les soins directs à la clientèle. Le fonctionnement s'appuie sur une structure hiérarchique composée de huit directions, dont la Direction des soins infirmiers qui compte 28 unités de soins (incluant l'équipe volante/liste de rappel et l'administration du personnel en orientation) réparties entre deux pavillons : un de 20 unités et l'autre de 8 unités. Les soins infirmiers sont sous la responsabilité directe de chefs d'unités qui gèrent chacun de une à quatre unités de soins.

3.4 Population

La population est composée de l'ensemble des infirmières des deux pavillons du centre hospitalier à l'étude, ainsi que de PAB et d'infirmières auxiliaires. Seules des infirmières soignantes sont recrutées pour le volet quantitatif. Pour le volet qualitatif, des infirmières soignante, des infirmières gestionnaires (chefs d'unités), des infirmières conseillères, ainsi que des infirmières auxiliaires et des PAB ont participé à titre d'informateurs-clés.

3.5 Échantillon

Cette section présente les modalités d'échantillonnage privilégiées pour les volets quantitatif et qualitatif de notre étude.

3.5.1 Échantillonnage pour le volet quantitatif

Pour le volet quantitatif, l'échantillon est formé de l'ensemble des infirmières soignantes qui répondent aux critères de sélection, de manière à conserver la plus large variance possible. Les critères de sélection retenus sont les suivants:

1. Être infirmière soignante (homme ou femme) ;
2. Travailler à temps plein, temps partiel régulier ou occasionnel au centre hospitalier.

Sont exclues :

1. Les infirmières en absence prolongée (ex. : maternité, maladie de plus de 4 semaines).
2. Les infirmières qui exercent à la salle d'opération et en clinique externe, car les items relatifs aux PRS ne sont pas adaptés aux fonctions de ces infirmières, mais plutôt aux activités de soins directs (Cossette et al., 2005).

Une liste permettant de déterminer avec exactitude le nombre d'infirmières admissibles au moment de l'étude dans chacune des unités visées a été fournie par la Direction des ressources humaines, au moment de la collecte de données. Cette liste comprenait 693 infirmières soignantes et 648 d'entre-elles ont pu être jointes. Selon la formule $N \geq 50 + 8m$ de Tabachnick et Fidell (2001), le nombre de sujets requis pour tester les corrélations multiples à l'étude est de 114 (en considérant un total maximum de 8 variables indépendantes, soit six variables de contrôle, une variable de climat organisationnel (global ou une dimension composite) et une variable pour les PRS). En prenant en considération que le taux de réponse est de 45 % et que seuls deux questionnaires ont dû être rejetés, le nombre d'infirmières accessibles est amplement suffisant pour procéder à l'ensemble des analyses de régression. Compte tenu de la nécessité de contrôler pour les différences potentielles entre les groupes en fonction des variables socioprofessionnelles, le fait d'avoir estimé notre échantillon à partir de la population entière et d'avoir pris toutes les mesures appropriées pour optimiser le taux de réponse devrait contribuer à la validité de la recherche. Pour les variables d'intérêt (climat

organisationnel, PRS et satisfaction professionnelle) le traitement des données manquantes s'est effectué au moment même du calcul des scores. Pour les sujets ayant répondu à plus de 50 % des items, la moyenne des réponses des items de ce sujet a été imputée à ses réponses manquantes.

3.5.2 Sélection des participants pour le volet qualitatif

Pour le volet qualitatif, l'échantillon est formé d'informateurs-clés qui sont infirmières soignantes ou qui ont une influence directe sur les soins dispensés au patient, au niveau départemental et/ou organisationnel. Ont été sélectionnés, des infirmières soignantes, des infirmières auxiliaires et des PAB qui exercent dans trois unités différentes, soit deux dans le pavillon principal (unités de médecine et de chirurgie) et une dans celui de psychiatrie (unité de psychiatrie). Ces unités ont été choisies selon des critères qui permettent de couvrir un éventail de situations différentes (taille des unités; clientèles de médecine, de chirurgie et de psychiatrie; proportion d'infirmières par rapport aux autres membres du personnel soignant ; stabilité du chef d'unité). Pour compléter le portrait au niveau départemental, des assistantes infirmières-chefs (AIC) ont aussi été sélectionnées, mais sans être ciblées dans des unités de soin en particulier, puisque leur nombre est relativement restreint dans chacune d'elles. Des chefs d'unités et des infirmières conseillères ont aussi été sélectionnés sans égard à leur unité d'attache. Ces informateurs offrent une perspective clinico-administrative différente de celle des soignants qui permet d'accroître la compréhension du phénomène à l'étude, au niveau de l'ensemble de l'organisation. Afin d'assurer un seuil minimal de saturation des données (Pires, 1997), 15 informateurs-clés ont été recrutés, soit trois de titre d'emploi différents pour chacune des 3 unités ciblées (à l'exception des unités où il n'y a pas d'infirmières auxiliaires, dans lesquelles deux infirmières et un PAB ont été sélectionnés), et 2 pour chacune des trois autres fonctions identifiées (voir Tableau III). Les participants ont ainsi été choisis selon des critères de diversification permettant de contraster un large éventail de perspectives (Pires, 1997), de manière à renforcer la validité des résultats (Miles & Huberman, 2003 ; Laperrière, 1997 ; Van der Maren, 1996).

Tableau III
Distribution des informateurs clés selon leur fonction et pavillon d'attache

	Infirmières	Infirmières auxiliaires	PAB	AIC	Chefs d'unités	Infirmières conseillères	Total
Pavillon A	2	2	2				6
Pavillon B	2		1				3
Pavillon A ou B				2	2	2	6
Total	4	2	3	2	2	2	15

Suivant le principe de l'échantillonnage raisonné, les critères de sélection sont les suivants :

1. Être en mesure de fournir une information riche quant à l'objet d'étude;
2. Travailler à temps plein ou à temps partiel régulier;
3. Occuper le même poste depuis au moins 6 mois (R/À connaissance du climat);
4. Être disponible pour une entrevue et une validation des conclusions.

Les personnes n'ayant pas travaillé régulièrement au cours du dernier mois (ex. : maternité, maladie prolongée, ou vacances de plus d'un mois) ont été exclues (Lamoureux, 2006).

3.5.3 Sélection des sources documentaires pour le volet qualitatif

Dans le cadre du volet qualitatif, la sélection de sources documentaires s'est effectuée à la lumière des critères suivants:

- Le contenu du document devait porter sur l'hôpital à l'étude, au niveau de l'organisation, des départements de soin ou des pratiques infirmières;
- Il devait pouvoir nous informer sur le climat de travail, les PRS ou la satisfaction professionnelle des infirmières;
- Il pouvait faire référence aux niveaux clinique, administratif ou corporatif.

Le choix des documents à consulter a été fait en fonction des recommandations de différentes personnes clés de l'organisation et des connaissances acquises par l'étudiante investigatrice au cours de ses quatre années de résidence de recherche au sein du milieu. Les documents recueillis correspondaient essentiellement à des documents d'informations, des énoncés de politiques et de procédures, des documents d'évaluation, de travail et de planification, ainsi que des dossiers de presse.

3.6 Collecte des données et déroulement de l'étude

Cette section présente les outils de collecte de données, les modes de recrutement, ainsi que les étapes du déroulement de l'étude pour les volets quantitatif et qualitatif.

3.6.1 Volet quantitatif : auprès d'infirmières soignantes

Ce volet vise à prédire l'influence du climat organisationnel sur les PRS privilégiées, actuelles et l'écart entre les deux, ainsi que sur la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes. Précisons que la collecte des données quantitatives s'est effectuée en partenariat avec la Direction des ressources humaines (DRH) de l'hôpital ciblée et le Centre de recherche intervention en santé des organisations (CRISO) de l'Institut de recherche du Centre Universitaire de Santé McGill (CUSM). La DRH ayant une entente avec cette équipe de recherche pour un projet sur le climat organisationnel, un travail de coordination avec la DRH a été effectué en vue de faciliter la collecte des données.

Les variables à l'étude ont été mesurées par des instruments présentés sous forme d'échelles de type Likert possédant de bonnes qualités psychométriques et répondant aux besoins de l'étude. Le questionnaire incluait : 1) le *Questionnaire de climat psychologique CRISO* (QCP_CRISO) qui consiste en une échelle de climat psychologique développé par Jones et James (1979), adapté par Parker et al. (2003) et traduit par une équipe de recherche du CUSM (Gagnon et al., 2007; Sounan & Gagnon, 2005), 2) trois dimensions de la version abrégée de « l'Échelle des interactions infirmière-patient » (Cossette, Côté, Pepin, Ricard, & D'Aoust, 2006) qui sont mesurées en termes d'importance et de fréquence; 3) l'échelle de « *Professional Nurse Job Satisfaction* » (Hinshaw & Atwood, 1985) qu'il a fallu traduire selon une méthode de traduction rétro-traduction (Brislin, 1970); 4) des questions relatives à l'état de conscience des patients et aux données socioprofessionnelles, en vue de décrire l'échantillon et de contrôler certaines variables potentiellement confondantes.

3.6.1.1 Mesure du climat organisationnel

Le climat organisationnel a été mesuré par le *Questionnaire de climat psychologique CRISO* (QCP_CRISO) (Gagnon et al., 2007 ; Sounan & Gagnon, 2005) qui

est une adaptation de l'instrument de climat psychologique développé par Jones et James (1979) et modifié par Parker (Parker et al., 2003; Young & Parker, 1999). Le climat organisationnel est défini par les représentations cognitives que les personnes ont de leur environnement de travail (Parker et al. 2003) et est opérationnalisé par 15 sous-dimensions regroupées en 5 dimensions, soit la perception de la tâche, du rôle, du leadership, de l'équipe de travail et de l'organisation dans son ensemble (Jones & James, 1979; Sounan & Gagnon, 2005). Cet instrument comprend 60 items de type descriptif et chacune des cinq dimensions inclut trois sous-dimensions qui sont mesurées au travers de 4 items chacune. Ainsi, la tâche renvoie à l'importance du travail, au défi et à l'autonomie; le rôle se rapporte à la clarté, l'absence de conflit de rôles et à l'équilibre de la charge de travail; le leadership réfère à l'importance donnée aux buts, la confiance/soutien du supérieur et la facilitation du travail (accompagnement du supérieur); l'équipe se rapporte à la coopération, la fierté et la chaleur entre les pairs; la dimension organisation s'intéresse à l'innovation, la justice (équité) et le soutien organisationnel (cf. définitions opérationnelles en annexe I). Les choix de réponses sont organisés suivant une échelle de type Likert à 5 point, allant de « Fortement en désaccord » à « Fortement en accord ». Un score élevé indique une perception positive de l'environnement de travail par rapport à une sous-dimension, une dimension particulière ou l'ensemble des dimensions composites de cette échelle de climat.

La validité de contenu de la version originale anglaise de l'instrument de Jones et James (1979) a été établie à la lumière des propriétés théoriques du climat psychologique et de son potentiel d'agrégation au niveau départemental et organisationnel, ce qui justifie ici son utilisation pour mesurer le climat organisationnel. Des tests de consistance interne ont été effectués auprès de différentes populations (personnel de la marine, employés de chaînes de production, analystes, pompiers) avec des versions allant de 12 à 24 sous-dimensions (James & James, 1989; James & Sells, 1981; Jones & James, 1979). L'échelle modifiée par Parker (Young & Parker, 1999) a obtenu des alpha de Cronbach allant de 0,58 à 0,93 pour 14 des 15 sous-dimensions retenues par Gagnon (Gagnon, 2005; Sounan & Gagnon, 2005) auprès de personnels infirmiers et hospitaliers québécois, dans le cadre d'un projet inter-hospitalier récemment mis en oeuvre dans la région de Montréal. Les coefficients de consistance interne suivants sont rapportés pour la version francophone de 15 sous-dimensions regroupées en 5 dimensions testées auprès du personnel hospitalier :

0,93 pour l'échelle globale; 0,78 pour la sous-échelle tâche; 0,86 pour le rôle; 0,93 pour le leadership; 0,95 pour l'équipe et 0,94 pour la sous-échelle organisation (Gagnon, 2005). Ainsi, cet instrument présente l'avantage d'avoir été développé auprès de différentes populations et d'avoir été testé auprès d'infirmières et autres membres du personnel exerçant dans des centres hospitaliers québécois. Sa validation théorique et structurelle se poursuit actuellement dans le cadre d'un projet sous la supervision de M. Serge Gagnon Ph.D., chercheur au CRISO de l'Institut de recherche du CUSM (Gagnon et al., 2007).

Dans le cadre de notre projet auprès d'infirmières soignantes en milieu hospitalier, les coefficients de consistance interne (alpha de Cronbach) pour les 15 sous-dimensions varient de 0,60 à 0,90. Ceux des 5 dimensions sont de 0,75 pour la « Tâche », 0,81 pour le « Rôle », 0,92 pour le « Supérieur », 0,94 pour « l'Équipe de travail » et 0,90 pour « l'Organisation », alors qu'un alpha de 0,95 a été calculé pour l'échelle globale (c.f. annexe II pour le détail de la consistance interne des sous-dimensions). Pour la sous-dimension « Importance – Tâche », l'item 6 « Plusieurs personnes, à l'extérieur de cette organisation, sont affectées par la façon dont je fais mon travail » a été retiré pour améliorer la structure de l'échelle. En effet, par son retrait, la consistance interne de cette sous-dimension passe de 0,46 à 0,67, ce qui suggère que l'item 6 n'est pas cohérent avec l'ensemble des autres items de cette sous-dimension (Carmines & Zeller, 1979; Spector, 1992). Cette décision s'appuie aussi sur les commentaires de certaines personnes ayant souligné leur difficulté à saisir la signification de cet item, lors des pré-tests. Ainsi, seuls 59 des 60 items sont utilisés dans la présente étude. Les scores des sous-dimensions sont calculés par la moyenne des énoncés qui leur sont associés. Pour les sujets ayant répondu à plus de 50% des items, la moyenne des réponses des items de ces sujets a été imputée à leurs réponses manquantes. Les scores des dimensions sont calculés par la moyenne des scores des sous-dimensions qui leur sont associés. Pour les analyses statistiques, les dimensions ont été préférées aux sous-dimensions afin de faciliter la compréhension et l'interprétation des modèles de régression. Suivant le modèle hiérarchique de climat psychologique proposé par James et James (1989), un score global de climat organisationnel a aussi été calculé par la moyenne des scores des dimensions pour représenter le climat à titre de concept molaire. Dans le respect des recommandations formulées par Parker et al. (1999), cette approche globale du climat organisationnel sera

utilisée avec précaution puisque l'influence de ses cinq dimensions composites a aussi été considérée en vertu de sa structure multidimensionnelle.

3.6.1.2 Mesure des PRS privilégiées, actuelles et de l'étendue de l'écart entre les deux

Les PRS seront mesurées par la version abrégée de « l'Échelle des interactions infirmière-patient » de Cossette et al. (2006). Cet instrument a été développé de manière à refléter les dix facteurs *caratifs* de la théorie de Watson (1979, 1988). Il comprend 23 items se rapportant aux dimensions suivantes : « Soins humains » (4 items), « Soins cliniques » (9 items), « Soins relationnels » (7 items) et « Soins de confort » (3 items). Pour les besoins de cette étude, les quatre (4) items de la dimension « Soins humains » qui renvoient à l'expression des valeurs et assises philosophiques auxquelles réfèrent les trois premiers facteurs *caratifs* n'ont pas été retenus. Compte tenu du fait que les facteurs *caratifs* sont reconnus pour être interdépendants, il est attendu que toutes PRS sous l'angle du *caring* s'enracinent dans ces fondements humanistes (Watson, 1988). Par conséquent, en privilégiant et en réalisant les pratiques contenues dans les trois autres dimensions, l'infirmière doit invariablement adhérer aux pratiques contenues dans la dimension « Soins humains » et les mettre en œuvre. De plus, les objectifs de la présente étude préconisant une auto-administration du questionnaire avec échelle de fréquence, les énoncés de la dimension « Soins humains » n'apparaissent pas appropriés d'un point de vue éthique puisqu'une fréquence peu élevée contreviendrait, notamment, au code de déontologie professionnelle (ex. : « Considérer la personne comme un individu à part entière, en lui démontrant un intérêt au-delà de ses problèmes de santé »). Dès lors, le choix méthodologique consistant à ne pas retenir cette dimension se justifie en fonction des objectifs de la présente étude et d'une forte interdépendance théorique.

Qu'elles soient privilégiées, actuelles ou représentées par l'écart entre les deux, les PRS se définissent par les attitudes et les comportements de *caring* que les infirmières utilisent de manière autonome dans le cadre des interactions infirmières-patients, à l'intérieur du processus clinique infirmier (Cossette et al., 2005 ; Duffy & Hoskins, 2003). Les PRS privilégiées ont trait à l'intention contenue dans le processus, les PRS actuelles

concernent l'action et l'écart entre les deux représente le processus dans son ensemble (Kim, 2000). Alors que les PRS actuelles se rapportent à la fréquence des attitudes et des comportements de *caring*, les PRS privilégiées renvoient à l'importance qu'accorde l'infirmière à ces mêmes attitudes/comportements. L'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles situe jusqu'à quel point l'infirmière agit conformément à ce qu'elle trouve important de faire. Un score élevé à l'échelle de fréquence indique une réalisation plus fréquente des PRS et de ses dimensions composites (« Soins cliniques », « Soins relationnels », « Soins de confort »), au cours des deux dernières semaines. Un score élevé à l'échelle d'importance indique que l'infirmière privilégie davantage les PRS et ces mêmes dimensions composites dans son intention d'agir. L'écart entre les PRS privilégiées et actuelles se rapporte à la différence entre l'importance et la fréquence des PRS et de ses dimensions composites. L'étendue de cet écart indique jusqu'à quel point l'infirmière est en mesure de réaliser les PRS qu'elle privilégie. Ainsi, plus grande est l'étendue de l'écart, moins l'infirmière réalise les PRS qu'elle privilégie.

L'instrument « Échelle des interactions infirmière-patients » a été développé en français et validé en contexte québécois auprès d'étudiants en sciences infirmières ($n = 332$), dont 10,5 % étaient des infirmières diplômées de formation collégiale. Il présente une bonne validité théorique et compte moins d'items que tout autre instrument du genre (Cossette et al., 2006; Watson, 2002). L'échelle de fréquence n'a pas encore été testée auprès d'infirmières de la pratique, mais celle concernant l'importance présente des alpha de Cronbach de 0,90 pour la dimension « Soins relationnels », 0,80 pour le « Soins cliniques » et 0,70 pour le « Soins de confort ». La validité de contenu de la version originale, comprenant 70 énoncés et 10 dimensions, a été établie par un panel de 13 experts et il a été démontré que la désirabilité sociale n'était pas significativement liée à l'importance des items (Cossette et al., 2005). Une démarche d'analyses factorielles a permis de réduire le nombre d'items et de dégager quatre dimensions, dont les trois que nous retenons pour cette étude (Cossette et al. 2006). L'importance des items sera évaluée par une échelle de type Likert à 5 points allant de « pas du tout » à « extrêmement » et la fréquence sera évaluée par une échelle de type Likert à 5 points allant de « presque jamais » à « presque toujours ». Bien que la fréquence n'ait pas encore été testée auprès d'infirmières, des analyses effectuées avec la version originale pour contraster les réponses entre les étudiantes

infirmières et celles qui ne le sont pas, ont démontré que les infirmières estimaient moins réaliste de mettre en pratique certains énoncés, dont ceux se rapportant à la relation d'aide, à la résolution de problème, à l'expression d'émotions, à l'aspect spirituel et à la création d'un environnement adapté. Considérant que la mesure des PRS sous l'angle du *caring* est une approche nouvelle et que, parmi tous les instruments disponibles (Watson, 2002), « l'Échelle des interactions infirmière-patient » est la seule à avoir été développée en contexte québécois, ses qualités psychométriques actuelles et sa validité théorique font de la version abrégée de cet instrument (Cossette et al., 2006) l'outil le plus approprié pour les besoins de notre étude.

Dans le cadre de notre projet, la consistance interne (alpha de Cronbach) pour l'importance, la fréquence et l'étendue de l'écart entre l'importance et la fréquence de la dimension « Soins cliniques » a respectivement été évaluée à 0,79 – 0,78 – 0,83, celle de la dimension « Soins relationnels » à 0,90 – 0,93 – 0,93, celle de la dimension « Soins de confort » à 0,41 – 0,62 – 0,70 et enfin celle de l'échelle globale à 0,90 – 0,92 – 0,94. Pour un instrument nouvellement développé, les indices de fidélité des deux premières dimensions et des échelles de PRS sont excellents, alors que celui de « Soins de confort » demeure limite, particulièrement pour l'échelle d'importance (Spector, 1992). Cela s'expliquerait, notamment, en raison du nombre d'items (3) restreint. Les scores des dimensions ont été calculés à partir de la moyenne des items qui leur étaient associés, alors que le score d'échelle globale a été calculé à partir de la moyenne de l'ensemble des items. Pour les sujets ayant répondu à plus de 50 % des items, la moyenne des réponses des items de ce sujet a été imputée aux réponses manquantes.

3.6.1.3 Mesure de la satisfaction professionnelle

La satisfaction professionnelle a été mesurée par le *Nurse Job Satisfaction Scale* (NJSS), aussi appelé « *Professional/Occupational Nurse Job Satisfaction Scale* » de Hinshaw et Atwood (1985) qui est une adaptation spécifique au domaine infirmier d'un instrument de satisfaction au travail en général (Brayfield & Rothe, 1951). La satisfaction professionnelle est définie comme une « opinion que les infirmières ont de leurs réalisations professionnelles au travail en regard de la qualité des soins qu'elles offrent, du

temps dont elles disposent pour leurs activités de soins et du plaisir qu'elles en retirent » [Traduction libre] (Hinshaw et al., 1987, p. 10). La version originale du NJSS comprend 23 items qui se rapportent à 3 dimensions : la qualité des soins (sept items), le plaisir au travail (onze items) et le temps pour réaliser son travail (cinq items). Le NJSS se présente sous la forme d'une échelle de type Likert à cinq points, allant de « Fortement en désaccord » à « Fortement en accord ».

Le coefficient de consistance globale a été estimé à 0,88 dans le cadre d'une étude auprès de 1 468 infirmières soignantes américaines en milieu hospitalier (Hinshaw et al., 1987). Le coefficient de consistance interne pour chacune des échelles a été estimé respectivement à 0,77 (Qualité des soins) 0,85 (Plaisir au travail) et 0,76 (Temps pour effectuer son travail). Au fil des différentes études ayant conduit au développement de cet instrument, sa validité de construit a été démontrée par des tests de convergence et de différenciation (Hinshaw, Scofield, & Atwood, 1981). La stabilité par test-retest à un intervalle de deux semaines a été établie à $r = 0,53$ (Hinshaw et al., 1981; Hinshaw & Atwood, 1985). Le NJSS a été utilisé dans plusieurs études auprès d'infirmières exerçant en milieu hospitalier et communautaire (Boswell, 1992; Davidson et al., 1997; Jones et al., 1993; Laffrey, Dickenson, & Diem, 1997; Lee, 2004; Pizer et al., 1992) et il serait le seul à mesurer les aspects professionnels de la satisfaction de l'infirmière (McGillis Hall, 2003).

Pour les besoins de notre étude, cette échelle a été traduite en langue française, selon une technique de traduction rétro-traduction (Brislin, 1970). Suite à l'analyse factorielle en composante principale avec rotation varimax présentée dans la section résultats, le nombre d'items global et dans chacune des dimensions a sensiblement été modifié. L'échelle utilisée compte ainsi 22 items répartis dans les dimensions de « Qualité des soins » (3 items), « Plaisir au travail » (11 items) et « Temps pour faire un travail optimal » (8 items). Le coefficient de consistance interne global pour la présente étude est estimé à 0,91 et celui pour chacune des dimensions a respectivement été estimé à 0,74 (Qualité des soins), 0,91 (Plaisir au travail), 0,84 (Temps pour réaliser un travail optimal). Les scores des dimensions ont été calculés à partir de la moyenne des items qui leur étaient associés, alors que le score global a été calculé à partir de la moyenne des scores des

dimensions. Pour les sujets ayant répondu à plus de 50 % des items, la moyenne des réponses des items de ce sujet a été imputée aux réponses manquantes.

3.6.1.4 Caractéristiques socioprofessionnelles des infirmières et état de conscience des patients

Un questionnaire socioprofessionnel permettant de décrire la population cible et d'identifier des variables confondantes potentielles a été développé pour inclure l'information pertinente à notre étude et celle nécessaire au sondage organisationnel sur le climat de travail mené par l'équipe de recherche du CRISO à laquelle s'est associée la Direction des ressources humaines. Ce questionnaire (Annexe III) regroupe : 1) des caractéristiques personnelles telles que l'âge et le sexe; 2) des caractéristiques professionnelles comme le statut d'emploi, le niveau de formation et le nombre d'années d'expérience comme infirmière; 3) des données de nature organisationnelle comme le pavillon et l'unité d'appartenance, leur quart de travail, le nombre d'années d'expérience de travail à l'hôpital, le nombre d'années de service accumulées dans leur poste actuel ont aussi été incluses. Une question sur l'unité syndicale à laquelle le répondant est rattaché a été ajoutée afin de s'assurer que les répondants s'identifiaient tous comme appartenant au groupe syndical infirmier. La question « À quel pourcentage estimez-vous le nombre de patients inconscients dont vous avez pris soin au cours des deux dernières semaines ? » a servi à contrôler l'état de conscience des patients avec une échelle de type ratio allant de 0 à 100 %. Pour les besoins des analyses, cette variable est dichotomisée entre les répondants ayant eu 0 % de patients inconscients versus ceux ayant pris soin d'un certain pourcentage de patients inconscients au cours des deux dernières semaines.

3.6.1.5 Pré-tests du questionnaire quantitatif

Deux pré-tests ont été effectués dans le cadre de la présente étude. Le premier a été réalisé auprès d'infirmières d'autres organisations (n = 27). Les objectifs de ce pré-test consistaient d'une part à procéder à une validation transculturelle préliminaire du NJSS (Massoubre, Lang, Jaeger, Jullien, & Pellet, 2002), d'autre part à s'assurer de la clarté des autres énoncés de l'ensemble du questionnaire (mesure du climat, des PRS, et des données

socioprofessionnelles), tout en estimant le temps nécessaire pour le compléter. Un indice de consistance interne (alpha de Cronbach) a aussi été calculé pour le NJSS, puis comparé à la version originale anglaise. Un deuxième pré-test a ensuite été effectué auprès des chefs d'unités de l'hôpital à l'étude (n = 10) afin de s'assurer de la pertinence des énoncés de la version abrégée de « *l'Échelle des interactions infirmières-patients* », en regard des particularités propres à leurs unités de soins respectives.

Pour procéder au premier pré-test, le questionnaire a été distribué en personne et par courriel à des infirmières d'autres centres hospitaliers dont les caractéristiques s'apparentent à celles du centre à l'étude, de manière à ne pas contaminer notre échantillon. Ces infirmières ont notamment été jointes par l'intermédiaire de contacts personnels, d'informateurs-clés et lors de visites dans des classes de premier et de deuxième cycle de la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Pour faciliter le pré-test, le document ci-joint (annexe IV) a été remis aux participantes en format électronique ou papier et elles pouvaient procéder au retour via courriel, par la poste ou par l'intermédiaire d'un point de chute situé à l'Université de Montréal.

Dans le cadre du second pré-test, « *l'Échelle des interactions infirmière-patient* » a été soumise à l'attention des chefs d'unités du centre hospitalier à l'étude, de manière à s'assurer que les énoncés étaient adaptés aux fonctions des infirmières soignantes et aux particularités potentielles des unités dont ces chefs sont responsables (annexe IV). Puisque c'était la première fois que l'échelle de fréquence allait être administrée à des infirmières soignantes, il s'avérait justifié de prendre des précautions supplémentaires pour tenir compte du contexte de pratique. Des lettres indiquant que les informations seraient traitées de manière confidentielle et serviraient à des fins de pré-test étaient jointes aux documents utilisés auprès des infirmières d'autres milieux comme des chefs d'unités ayant participé aux démarches préliminaires de la présente étude (annexe IV et V).

3.6.1.6 Modes de recrutement et déroulement de la collecte de données quantitatives

Suivant l'entente de partenariat conclue avec la Direction des ressources humaines (DRH) et l'équipe du CRISO, l'échelle de climat de travail a non seulement été distribuée aux infirmières soignantes admissibles à la présente étude, mais aussi à l'ensemble du personnel du centre hospitalier pour des fins de sondage organisationnel. En fonction d'une liste de sujets potentiels émise par la DRH, les infirmières répondant aux critères d'admissibilité ont été appelées à participer à la présente étude en complétant et en retournant un questionnaire comprenant les autres échelles de mesure qui leur a été personnellement adressé par courrier interne. La démarche de collecte des données s'appuie sur les recommandations de Salant et Dillman (1994) et s'est déroulée sur une période de 7 semaines allant du 20 mars au 5 mai 2006. Les mesures suivantes ont été mises en place afin de maximiser le taux de réponse:

- 1) Avant d'amorcer la démarche de collecte de données, soit le jeudi 9 mars 2006, les chefs d'unités et les infirmières conseillères ont été rencontrés par l'étudiante investigatrice et le Directeur des ressources humaines, lors d'une réunion de la Direction des soins infirmiers. Cette rencontre visait à les informer sur la nature de l'étude et son déroulement, afin qu'ils puissent, à leur tour, informer les infirmières de leur unité et les encourager à prendre connaissance du questionnaire et à participer à l'étude. Cette rencontre a aussi été l'occasion de distinguer les objectifs de la présente étude de ceux poursuivis par le sondage sur le climat de travail conduit au même moment par la DRH auprès de tous les employés du centre hospitalier.
- 2) Le lundi 20 mars 2006, une lettre a été adressée par courrier interne à chacune des infirmières admissibles pour les informer qu'elles allaient prochainement être invitées à participer à une étude. Des affiches faisant la promotion de l'étude et du sondage sur le climat de travail organisé par la DRH ont aussi été exposées dans différents endroits stratégiques des deux pavillons du centre hospitalier.

- 3) Des différences dans la présentation des questionnaires ont été mises de l'avant afin de permettre aux répondantes de faire la distinction entre notre étude et le sondage sur le climat de travail organisé par la DRH. Les enveloppes dans lesquelles les questionnaires ont été acheminés par courrier interne aux infirmières admissibles portaient une identification différente de celles adressées aux autres membres du personnel et l'enveloppe de réponse était pré-adressée à l'attention de l'étudiante investigatrice et non de la DRH. Une lettre précisant la nature de l'étude, la confidentialité des données et expliquant que les données relatives au climat de travail serviraient non seulement les buts poursuivis par cette étude universitaire, mais aussi ceux du sondage organisationnel accompagnait le questionnaire (Annexe III). La période de collecte de données s'est échelonnée du lundi 3 avril au vendredi 5 mai 2006, afin de maximiser le taux de réponse des sujets travaillant à temps partiel.
- 4) Des rencontres informelles entre l'étudiante investigatrice et les infirmières ont eu lieu dans leur unité respective, tout au long de la période de collecte des données. Cette mesure a permis de mieux les informer sur la nature de l'étude, d'insister sur les garanties de confidentialité et de répondre à leurs questions.
- 5) Une relance auprès des chefs d'unités a été effectuée par l'étudiante investigatrice, deux semaines après l'envoi des questionnaires, pour qu'elles invitent de nouveau les infirmières à prendre connaissance du questionnaire et à participer à l'étude. Il y a aussi eu une relance directement auprès des infirmières par des lettres individualisées adressées à toutes les répondantes.
- 6) Une seconde série de visites de l'étudiante investigatrice dans les unités où les taux de réponse ont été moins élevés a été effectuée du 17 au 28 avril 2006. Des questionnaires avec des enveloppes de réponse pré-adressées ont aussi été mis à la disposition de ceux et celles qui auraient égaré leur questionnaire.

3.6.2 Volet qualitatif : auprès d’informateurs-clés et sources de données écrites

Le volet qualitatif vise à comprendre comment différents acteurs organisationnels expliquent l’impact du climat organisationnel sur le façonnement des PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes. L’approche adoptée ici est l’étude de cas unique avec niveaux d’analyse imbriqués (Yin, 2003). Le cas est un hôpital de soins généraux, spécialisé et ultra spécialisé dans lequel une philosophie de *caring* a récemment été implantée et où un projet d’amélioration du climat de travail est en cours. Trois niveaux d’analyse ont été pris en considération, soit le niveau organisationnel par pavillon, celui des unités de soin et enfin celui de la perception des différents acteurs. La collecte de données a été effectuée en trois étapes, chacune ciblant un type de données. Elles sont respectivement issues de la section commentaires des questionnaires, d’entrevues avec des informateurs clés et de différentes sources documentaires.

3.6.2.1 Modes de recrutement et déroulement de la collecte de données qualitatives

Lors de la collecte de données quantitative, un encadré intitulé « Commentaires et suggestions » a été laissé à la disposition des sujets (N = 648). Un total de 112 verbatim écrits ont été recueillis, donnant ainsi voix à plus de 38% des infirmières répondantes (n = 292) ayant pris part au volet quantitatif. Le classement de ces verbatim écrites par unités de soins/pavillons a été d’une grande richesse pour mieux situer le contexte à l’étude et compléter les données recueillies auprès des participants du volet qualitatif.

Le recrutement des participants du volet qualitatif a d’abord consisté à identifier les trois unités (médecine, chirurgie et psychiatrie) où allaient être recrutés les infirmières soignantes, les infirmières auxiliaires et les PAB, en fonction des critères qui ont été définis précédemment. Par la suite, une liste d’informateurs potentiels a été constituée avec l’appui de personnes clés de l’établissement, dont des coordonnateurs et des chefs d’unités, pour identifier les personnes qui détiendraient l’information la plus riche sur le phénomène d’intérêt (échantillonnage par choix raisonné) et qui répondaient aux critères de sélection. De manière à préserver l’anonymat des participants, plus de 3 à 5 choix par quart de

travail, par titre d'emploi et par unité étaient demandés aux personnes clés et les informateurs potentiels ont directement été contactés sur leur lieu de travail par l'étudiante investigatrice. Un formulaire d'information et de consentement a été remis et expliqué aux participants. Il devait être signé pour qu'ils participent à l'étude (annexe VI).

La collecte des données qualitatives s'est effectuée du 19 septembre au 23 octobre 2006. En accord avec les préférences des participantes, les entrevues d'une durée approximative de 45 à 120 minutes se sont déroulées selon leurs disponibilités et à l'endroit de leur choix (dans un local du centre hospitalier ou à l'extérieur). Une grille d'entretien (Tableau IV) a permis de s'assurer que les différentes questions soulevées par le modèle conceptuel et le but de l'étude soient bien abordées lors des entretiens. Pour chaque entretien, la grille a été ajustée pour tenir compte du poste occupé par l'informateur et des points de vue qu'il jugeait à propos d'exprimer. Toutes les entrevues ont été enregistrées simultanément sur deux magnétophones (numérique et à cassette) et fidèlement retranscrites par la suite, après avoir obtenu le consentement des participants. Une synthèse des conclusions des analyses qualitatives a été envoyée aux participants par courrier interne pour qu'ils puissent nous faire part d'éventuels commentaires quant à ces conclusions et ainsi assurer leur validité. Quatre participants ont fait part de commentaires et spécifications qui ont été pris en compte dans les conclusions finales.

La consultation de sources documentaires a permis de compléter les données recueillies dans la section commentaires des questionnaires et auprès des informateurs-clés. Elle s'est déroulée tout au long de la période de collecte de données qualitative, soit au cours des mois de septembre et octobre 2006. Outre quelques documents remis par différentes personnes clés de l'organisation, (ex. : document de travail sur la différenciation des rôles et fonctions, document de travail sur les projets d'amélioration du climat de travail), divers documents se trouvant sur l'intranet du centre hospitalier ont été pris en considération, de même que ceux mis à la disposition du personnel et/ou des employés, tels que le code d'éthique du centre hospitalier ou les feuilles d'observation des infirmières. Les informateurs clés ont aussi été invités à porter à l'attention de l'étudiante investigatrice tout document leur paraissant pertinent à l'objet d'étude.

Tableau IV
Grille d'entretien

<ol style="list-style-type: none"> 1. Comment qualifieriez-vous le climat de travail (à l'unité/dans l'organisation)? 2. Comment qualifieriez-vous la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes qui exercent dans votre unité de soins (et/ou organisation)? 3. Dans l'environnement de travail (au niveau du climat de travail), qu'est-ce qui a le plus d'influence sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes (Précisions sur les dimensions et sous-dimensions du climat de travail demandées au besoin) ? En quoi cette influence est-elle positive ou négative? 4. En quoi les PRS qui consistent par exemple à écouter le patient, à lui faire de l'enseignement, à le rendre confortable physiquement et émotionnellement et à faire preuve de compétence dans nos soins envers lui, vous paraissent-elles être un élément important de la pratique de l'infirmière ? 5. Pensez-vous que le climat organisationnel influence les PRS de l'infirmière? Si oui, comment ? 6. Dans l'environnement de travail, qu'est-ce qui a le plus d'influence sur les PRS de l'infirmière? En quoi cette influence est-elle positive ou négative? 7. En quoi la réalisation des PRS au quotidien peut contribuer ou non à la satisfaction professionnelle de l'infirmière? 8. D'après vous, qu'est-ce qui pourrait aider à améliorer le climat de travail; les PRS et/ou la satisfaction professionnelle des infirmières ? 9. Auriez-vous autre chose à ajouter et/ou à préciser ?

Au total 147 documents ont été examinés, les plus anciens datant de 1996. La liste incluait 1) des documents d'informations portant sur les activités de l'hôpital à l'étude, du Conseil d'administration, de la Direction des soins infirmiers et autres directions; 2) des rapports annuels; 3) des dossiers/communiqués de presse 4) des énoncés de politiques et de procédures visant l'optimisation des soins et services aux patients; 5) des rapports d'évaluation de l'organisation des soins et services infirmiers, ainsi que du climat organisationnel; 6) des documents de travail et de planification relatifs aux soins et services infirmiers. Les informations recueillies suite aux recommandations des informateurs clés

ont été complétées via des recherches internet et lors des entrevues, ce qui a permis d'accéder à des sources internes, comme à d'autres sources provenant de l'extérieur du milieu hospitalier à l'étude (Tableau V).

Tableau V
Types de documents consultés

	Sources internes	Sources externes	Nombre
Documents sur activités internes	91	0	92
Rapports annuels	9	0	9
Dossiers de presse	8	5	13
Énoncés de politiques et de procédures	4	4	8
Documents et rapports d'évaluation	2	5	7
Documents de travail et de planification	18	0	18
Total	132	14	147

3.7 Analyse des données

Les méthodes d'analyse utilisées sont cohérentes avec les approches retenues pour la collecte d'informations et chacune d'elle est présentée en détail dans cette section.

3.7.1 Analyse des données quantitatives

Les données obtenues au moyen des questionnaires ont été saisies (double saisie) par une firme spécialisée et colligées dans le logiciel SPSS (versions 15.0) pour permettre leur manipulation statistique. La description de l'échantillon a été effectuée à l'aide de tableaux de fréquences pour les variables de nature catégorielle (ex. : genre, niveau de formation), ainsi que par des moyennes et leurs écarts types respectifs pour les variables de nature continue (ex. : années d'expérience). Tous les tests statistiques ont été effectués au seuil de signification de 0,05 et la vérification des postulats a été effectuée au seuil de 0,01 (Tabachnick & Fidell, 2001). Relativement aux scores obtenus pour chaque variable, des tests de *t* de *Student*, des analyses de variance (ANOVA) ou des corrélations de Pearson ont permis de vérifier s'il

existait des différences entre les groupes, selon les caractéristiques socioprofessionnelles. Les caractéristiques professionnelles qui occasionnaient des différences entre les groupes ont été jointes à l'état de conscience comme variable de contrôle dans les modèles de régression linéaire hiérarchique qui visent à répondre aux questions de recherche.

Pour valider la structure de la version française de l'instrument de satisfaction professionnelle et la comparer avec sa version originale anglaise, une analyse factorielle en composante principale avec rotation varimax a été effectuée (Stafford & Bodson, 2006). Des corrélations de Pearson ont été utilisées pour déterminer la présence de liens entre le climat organisationnel global, ses cinq dimensions composites, les PRS (privilégiées, actuelles et l'écart entre les deux) et la satisfaction professionnelle. Des analyses de régression linéaire hiérarchique en deux bloc, selon la méthode « entrée », ont permis de décrire la contribution individuelle du climat organisationnel global et de ses dimensions composites dans la prédiction des PRS privilégiées, actuelles, de l'écart entre les deux, puis de la satisfaction professionnelle, en considérant les variables de contrôle. Deux analyses de régression linéaire hiérarchique en trois blocs ont permis de déterminer la contribution à la satisfaction professionnelle des PRS actuelles puis de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, au-delà du climat organisationnel global, en considérant les variables de contrôle (Tabachnick & Fidell, 2001).

3.7.2 Analyse des données qualitatives

Les données provenant de sources documentaires, comme celles recueillies lors des entrevues ont été traitées et analysées à l'aide d'un logiciel de traitement informatisé des données qualitatives (*Atlas ti*). Nonobstant les inquiétudes associées à l'utilisation d'outils informatisés, comme la distance pouvant se créer entre le chercheur et ses données (Seidel, 1991) ou encore la perte de la richesse des informations recueillies (Coffey, Holbrook, & Atkinson, 1996), nous adhérons à la proposition selon laquelle une utilisation rigoureuse et judicieuse de ces outils est susceptible de faciliter, en partie, le traitement de données (Miles & Huberman, 2003). Le rôle joué par ces logiciels pour faciliter et accélérer le codage, l'administration et le classement des données ne saurait remplacer la réflexion nécessaire à l'attribution de sens et l'interprétation. Aussi, l'utilisation d'*Atlas ti* pour

procéder à l'analyse de contenu de l'ensemble du matériel recueilli dans les sources documentaires et lors des entrevues s'est faite dans une démarche d'analyse systématique de l'information, de manière à expliquer les liens entre les concepts d'intérêts.

Les données recueillies lors des entrevues ont été traitées et analysées de manière systématique en vue d'expliquer les liens entre les concepts d'intérêts en fonction des perceptions et de la compréhension que les répondants en ont. Brièvement, les trois étapes suivantes ont fait partie de notre processus d'analyse de données qualitatives:

A. Organisation des données recueillies en entrevues:

- a. Transcription intégrale de l'ensemble des entrevues réalisées (*verbatim*);
- b. Traitement des transcriptions (téléchargement sur *Atlas ti*) et condensation;
 - i. Codage des données. Un lexique de codes a été constitué de manière à s'assurer d'un codage assez discriminant qui puisse systématiquement attribuer les mêmes codes aux unités de même sens. La technique de l'intra-codage a été effectuée pour l'ensemble des retranscriptions et celle de l'inter-codage a aussi été réalisée pour quatre des 15 entrevues afin d'assurer la fidélité du codage et augmenter la validité des résultats.
 - ii. Recueil du matériel pertinent et stockage du matériel résiduel.
 - iii. Codification thématique. Cette étape, consiste à passer à un niveau plus explicatif en mettant en relief les « patterns » et récurrences qui se dégagent de l'entrevue (Miles & Huberman, 2003).
 - iv. Construction d'une matrice de la dynamique du site. Consiste à rapprocher les données et explications, de manière à comprendre pourquoi tel événement se déroule de telle façon et comment les personnes sur le site expliquent le pourquoi des événements (Miles & Huberman, 2003).
 - v. Synthèse de l'entrevue.

B. Phase d'interprétation

Une fois l'analyse individuelle de chacune des entrevues complétée, elles ont été fusionnées pour procéder à la recherche de traits communs et généraux, des régularités, des convergences, des divergences, des agrégats naturels des données, des connexions et des variables intervenantes (Miles & Huberman, 2003). Trois

niveaux d'analyse ont été pris en considération, soit le niveau organisationnel (pavillons), celui des unités de soin et enfin celui des acteurs. Cette phase a permis de construire une signification explicative pour l'ensemble du cas (Yin, 2003).

C. Validation des interprétations qualitatives

L'interprétation des données a été validée au niveau du matériel résiduel et des informateurs-clés. Le contrôle du matériel résiduel a consisté, en fin d'analyse, à réexaminer les segments mis de côté pour voir dans quelle mesure ils pourraient amener des explications complémentaires. De plus, une synthèse des conclusions des analyses qualitatives a été envoyée aux informateurs clés par courrier interne pour qu'ils puissent nous faire part d'éventuels commentaires. Des 15 participants, quatre ont fait part de commentaires confirmant les conclusions.

Les sources documentaires ont été examinées à partir d'une grille d'analyse qui a été construite (Tableau VI) pour permettre d'expliquer les concepts à l'étude à l'intérieur du contexte organisationnel. À la lumière du cadre de référence, ces sources documentaires visaient principalement à reconnaître les écrits se rapportant au fonctionnement de l'organisation, de ses deux pavillons et des trois unités ciblées (médecine, chirurgie, psychiatrie), aux rôles et fonctions des infirmières et du personnel soignant, ainsi qu'à la documentation utilisée par les infirmières et membres du personnel soignant pour assurer le suivi des informations recueillies par le biais des interactions avec les patients/familles. Certaines informations relatives à des changements/événements marquants récents ont aussi été considérées, afin de bien situer les concepts à l'étude dans le continuum espace temps.

Tableau VI
Grille d'analyse des données issues des sources documentaires

Éléments du contexte organisationnel :	Climat organisationnel
- Fonctionnement organisation, pavillons (2), unités ciblées (3);	PRS privilégiées PRS actuelles
- Rôles et fonctions; - Documentation de suivi infirmier;	Écart PRS privilégiées et actuelles
- Changements/événements marquants.	Satisfaction professionnelle

Une triangulation des sources a complété l'analyse des données qualitatives recueillies. Une fois l'analyse documentaire préliminaire effectuée, une synthèse tout aussi préliminaire a été rédigée. Au cours des différentes phases de l'analyse des entrevues, nous sommes revenus aux documents, soit pour valider ou enrichir une explication, soit pour compléter une information. Partant du principe que le phénomène étudié est complexe et non linéaire, un mouvement de va-et-vient a servi à consolider les explications et valider les conclusions du volet qualitatif.

3.8 Intégration des interprétations quantitatives et qualitatives

Trois approches d'intégration, aussi appelée triangulation, sont reconnues dans les écrits sur les méthodes de recherche mixtes. La première vise la convergence des interprétations, la seconde consiste à relever leur complémentarité et la dernière s'intéresse à la divergence des conclusions (Erzberger & Kelle, 2003). Dans le cadre de notre design explicatif séquentiel, nous avons adopté l'approche visant la complémentarité, puisque chacune des méthodes privilégiées permet de miser sur des aspects différents. La section quantitative permet de décrire et de prédire l'impact du climat organisationnel sur les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes à partir de la perception de plusieurs d'entre elles et la méthode qualitative aide à expliquer ce phénomène, en fonction de la perspective de différents acteurs organisationnels. De cette manière, les résultats qualitatifs aident à enrichir l'explication issue des analyses statistiques (Rossman & Wilson, 1985). Cette complémentarité permet une compréhension plus approfondie des liens entre les concepts d'intérêt, dans le respect de leur complexité et du contexte dans lequel ils sont étudiés (Miles & Huberman, 2003; Tashakkori & Teddlie, 1998).

Les principales règles d'intégration qui ont guidé les inférences découlant de nos résultats quantitatifs et qualitatifs se résument ainsi :

1. Les méthodes sont des outils servant à répondre aux questions de recherche et non l'inverse.
2. Il n'y a pas qu'un seul modèle méthodologique d'intégration des méthodes qui vaille.
Le modèle de triangulation pour validation mutuelle et le modèle de complémentarité

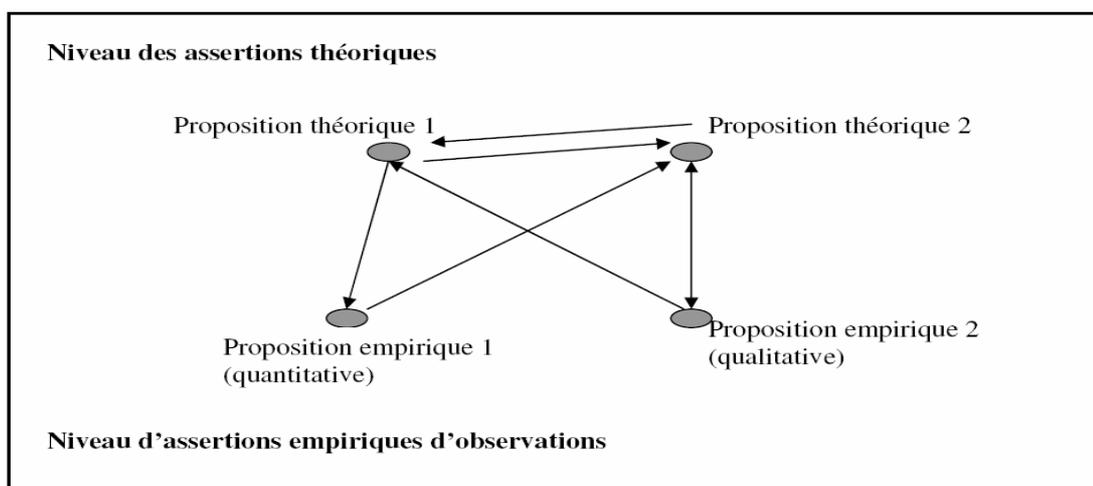
ont tous deux leurs forces et leurs limites, dépendant de la question de recherche et du domaine empirique qui est sous investigation.

3. La principale fonction de l'intégration des méthodes dans une optique de complémentarité consiste à fournir du matériel empirique additionnel dans un domaine de recherche appliquée où une seule méthode aurait été insuffisante pour investiguer l'ensemble des bases empiriques des prémisses théoriques.

Inspiré de : Erzberger et Kelle, 2003, p. 482-483).

La Figure 5 indique de quelle manière seront construites les inférences basées sur l'intégration des conclusions des deux méthodes utilisées. Partant du premier énoncé théorique voulant qu'il y ait des relations entre le climat organisationnel, les PRS (actuelles et écart) et la satisfaction professionnelle, des données quantitatives ont été recueillies pour soutenir cette prémisse. De manière à expliquer et comprendre davantage ces résultats quantitatifs, la perspective de différents acteurs ayant une influence proximale sur les soins infirmiers est justifiée. Ceci constitue le second énoncé théorique qui servira de point de départ à la deuxième section empirique. Les interprétations découlant des données et analyses qualitatives soutiendront la seconde proposition théorique en complétant la première à partir d'inférences empiriques et logiques qui feront ressortir la complexité des relations visées et les particularités du contexte (Erzberger & Kelle, 2003).

Figure 5
Triangulation dans une perspective de complémentarité des résultats



Tiré de : [Traduction libre] Erzberger et Kelle (2003), p. 475.

3.9 Rigueur scientifique

La validité d'une approche de méthode mixte dépend notamment de la valeur des inférences qui ressortent de l'intégration des interprétations des méthodes privilégiées, ainsi que du respect des prémisses et des critères de qualité de chacune d'elles (Tashakkori & Teddlie, 1998). La qualité de nos inférences passe ainsi par un « raisonnement déductif » qui a fait en sorte que les conclusions de l'étude suivent une logique qui s'appuie d'abord sur les prémisses du volet quantitatif, puis sur celles du volet qualitatif (Miller, 2003). La valeur de nos résultats s'appuie aussi sur leur potentiel de transférabilité à d'autres milieux qui présentent des caractéristiques semblables à celui où l'étude a été conduite, ainsi que sur leur pertinence pour les décideurs (Laperrière, 1997). Pour que la valeur de ces résultats soit reconnue, une attention particulière a été portée à la mise en place de mesures visant à assurer la qualité des sections quantitative et qualitative, comme le résume le tableau VII.

En ce qui a trait à la section quantitative, la validité interne repose notamment sur les qualités psychométriques des instruments choisis, les critères de sélection des sujets, le respect des prémisses statistiques des analyses, le contrôle de certaines variables confondantes et l'identification des variables étrangères potentielles. Nous avons aussi veillé à préserver la validité externe, soit celle relative à la généralisation des résultats, en mettant en place des mesures pour maximiser la participation et la représentativité des sujets. Notons aussi que le site de l'étude présente des caractéristiques structurelles et organisationnelles qui s'apparentent à plusieurs autres centres hospitaliers du Québec, ce qui accroît le potentiel de généralisation des résultats (Burns, & Grove, 2003 ; Tabachnick & Fidell, 2001 ; Yin, 2003).

Pour ce qui est de la section qualitative, une attention particulière a été portée à la constitution de l'échantillon, à la qualité et la saturation de l'information recueillie, ainsi qu'aux conditions dans lesquelles se sont effectuées les entrevues. Pour assurer la rigueur du processus d'analyse et de synthèse de cette section, nous avons tenu un journal de recherche qui a permis de vérifier la fidélité du codage et la constance dans l'application des règles d'analyse, de traitement et d'interprétation. Ajoutons que nous avons pris soin de contrôler l'effet du chercheur en examinant d'abord les biais que nos orientations théoriques et idéologiques pouvaient induire, en ne perdant pas de vue nos questions de

recherche et en nous assurant que notre mission soit claire auprès des informateurs. Certaines sections ont aussi bénéficiée d'un double codage et il y a eu re-validation des interprétations par les informateurs pour s'assurer de la crédibilité des conclusions (Laperrière, 1997 ; Creswell, 1998 ; Miles & Huberman, 2003 ; Yin, 2003).

Tableau VII
Mesures prises pour assurer la rigueur/qualité des sections quantitative et qualitative

	Section quantitative Critères de rigueur		Section qualitative Critères de qualité
Validité interne	<ul style="list-style-type: none"> - Qualités psychométriques des instruments de mesure ; - Respect des critères de sélection des sujets ; - Contrôle de variables confondantes et identification de variables étrangères; - Analyses statistiques cohérentes avec le but, les objectifs et les hypothèses ; - Respect des prémisses statistiques des analyses effectuées (Tabachnick, & Fidell, 2001) 	Crédibilité	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence théorique et qualité intrinsèque du cas ; - Implication terrain (4 ans) ; - Investissement dans la qualité des interactions avec participants ; - Codification précise ; - Triangulation des sources ; - Échantillonnage raisonné favorisant la diversification ; - Journal de recherche/ mémos ; - Intra-codage et inter-codage; - Revalidation des interprétations par les informateurs-clés ;
Validité externe	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures pour maximiser la participation et la représentativité des sujets (cf. section 3.6.1.6) - Description détaillée de la procédure de recherche 	Transférabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Spécification et riche description des caractéristiques du contexte à l'étude pour généralisation expérientielle; - Résultats interprétés à la lumière du <i>Quality caring model</i>®, pour généralisation analytique.
Fiabilité	<ul style="list-style-type: none"> - Clarté des définitions opérationnelles des variables - Description des méthodes de collecte/analyse des données - Qualités psychométriques des instruments de mesure - Pré-test du questionnaire - Validation du NJSS 	Imputabilité procédurale	<ul style="list-style-type: none"> - Résidence de 4 ans favorisant une connaissance du milieu ; - Recherche de concordance par triangulation des données ; - Description en profondeur de la collecte/analyse des données ; - Compte-rendu exhaustif du présent rapport de recherche.
Objectivité	<ul style="list-style-type: none"> - Procédure de traitement des données clairement définie (cf. section 3.7.1); - Détails explicites des choix et de la logique guidant le processus d'analyse et d'interprétation des données. 	Confirmation	<ul style="list-style-type: none"> - Vérification des transcriptions de verbatim, intra et inter-codage ; - Contrôle du matériel résiduel ; - Revalidation des interprétations par les informateurs-clés ; - Traitement explicite des données et exemples de verbatim

3.10 Considérations éthiques

Du point de vue des considérations éthiques, notons que des dispositions visant à préserver la confidentialité des données ont été prises (les questionnaires ont été conservés dans un lieu sous clef, il y a eu codage des données qualitatives, etc.) et que l'information

contenue dans la lettre de présentation du questionnaire a réaffirmé cet aspect, en plus de décrire la nature de la recherche. Par ailleurs, bien que sollicitées à remplir le questionnaire, chacun des sujets est demeuré libre d'y répondre et son renvoi, une fois complété, a été considéré comme un consentement implicite (Burns & Grove, 2003). Pour les entrevues, un formulaire de consentement précisant l'objet et les implications de cette recherche a été expliqué et signé par les participants. Conformément à l'entente survenue entre l'Université de Montréal et ses centres hospitaliers universitaires et affiliés universitaires, consignée à l'article 4.3.2.1 de la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal, le projet a uniquement été soumis au Comité d'éthique de l'hôpital participant et le certificat d'éthique (cf. Annexe VII) a été acheminé au Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la Santé de l'Université de Montréal.

CHAPITRE IV : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'étude en quatre sections distinctes. La première section porte sur les résultats de la validation en langue française du *Nurse Job Satisfaction Scale* et des pré-tests effectués auprès d'infirmières soignantes et de chefs d'unités. Les trois sections suivantes présentent successivement les résultats du volet quantitatif opérationnalisé par un devis de type corrélationnel prédictif, les résultats du volet qualitatif qui a suivi une démarche d'étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués et l'intégration des inférences quantitatives et qualitatives.

La présentation des résultats quantitatifs permettra : 1) d'examiner les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondants ; 2) de préciser les scores globaux et par dimension obtenus pour les 5 variables d'intérêts ; 3) de décrire la démarche de vérification de relations possibles entre les principales variables d'intérêt et les variables socioprofessionnelles de façon à identifier lesquelles devraient être contrôlées ; 4) de faire état des résultats des analyses de corrélation et plus spécifiquement des analyses de régressions hiérarchiques qui permettent de répondre aux questions de recherche. La présentation des résultats qualitatifs permettra de faire état de données complémentaires visant à examiner comment les acteurs organisationnels expliquent l'impact du climat organisationnel sur les PRS et de la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes. Enfin l'intégration des interprétations quantitatives et qualitatives amène une compréhension d'ensemble qui fait ressortir la complexité des relations visées dans le cadre de cette étude en contexte hospitalier.

4.1 Validation du *Nurse Job Satisfaction Scale* et pré-tests du questionnaire

D'une part, cette section fait état de la démarche effectuée en vue de valider la version française du *Nurse Job Satisfaction Scale (NJSS)* (Hinshaw & Atwood, 1985). Pour ce faire, un échantillon d'infirmières soignantes exerçant dans des hôpitaux présentant des caractéristiques similaires à celui à l'étude ($n = 27$) a d'abord été recruté pour se prononcer

sur la clarté des énoncés du NJSS. Puis, la validité de construit (analyse factorielle) et la consistance interne (alpha de Cronbach) du NJSS ont été évalué auprès de 292 infirmières soignantes afin de renforcer la validité de cet instrument en langue française. D'autre part, en vue de s'assurer de la clarté et de la pertinence des énoncés de l'ensemble du questionnaire, un pré-test a été effectué auprès des 27 infirmières soignantes qui ont pris part à la validation préliminaire du NJSS. Des chefs d'unités exerçant au sein du milieu hospitalier à l'étude (n = 10) se sont aussi prononcés sur la pertinence des énoncés de la version abrégée de *l'Échelle des interactions infirmières-patients* (Cossette et al., 2006), en regard des particularités propres à leurs unités de soins respectives. La démarche de validation du NJSS et celle des pré-tests ont ainsi conduit au renforcement des qualités psychométriques des instruments utilisés.

4.1.1 Validation trans-culturelle du Nurse Job Satisfaction Scale

La traduction et la vérification de l'équivalence du *Nurse Job Satisfaction Scale* (NJSS) se sont effectuées à partir de la méthode de traduction-rétrotraduction de Brislin (1970) et des recommandations formulées par Massourbe, Lang, Jeager, Jullien et Pellet (2002) en vue d'un pré-test auprès de sujets s'exprimant dans la langue cible. Les étapes de validation préliminaire ont ainsi été réalisées de la manière suivante :

- La traduction de l'anglais vers le français a été effectuée par un traducteur professionnel dont la langue maternelle était le français ;
- Une autre traductrice professionnelle, dont la langue d'origine était l'anglais a procédé à la rétrotraduction du NJSS du français vers l'anglais ;
- Un comité d'experts constitué de l'étudiante investigatrice et de 3 professeurs (deux de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et une des HEC de Montréal) dont les domaines de recherche touchent la satisfaction au travail ont évalué les versions française et anglaise et proposé des modifications. Chaque modification a été discutée et devait faire l'objet d'un consensus avant d'être intégrée aux énoncés. La nouvelle version anglaise a aussi été comparée à la version

originale de l'instrument lors d'une rencontre du comité d'experts et en présence de la traductrice. Quelques corrections mineures ont été effectuées afin d'assurer l'équivalence sémantique et l'équivalence des expressions (Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993). Huit énoncés pour lesquels il y avait des formulations concurrentes ont été soumis à l'attention des participants au pré-test (Tableau VIII), tel que suggéré par Massourbe et al. (2002). Les formulations soulignées sont celles qui ont été identifiées par la majorité des répondants comme étant les plus claires et les mieux adaptées au langage infirmier. Un problème d'équivalence expérientielle s'est aussi posé pour le premier énoncé « *Most days I have time to provide hygiene measures for my patients* ». Les soins d'hygiène sont aujourd'hui principalement assumés par le PAB et l'infirmière auxiliaire bien que l'infirmière ait encore la responsabilité de s'assurer qu'ils sont prodigués par ces derniers dans le cadre de leur travail. Il convenait donc d'adapter la traduction de cet énoncé à la réalité actuelle du contexte de l'étude. Sur la base des éléments discutés par le comité d'experts et après consultation auprès des traducteurs, la formulation suivante a été retenue pour cet item : « En général, j'ai le temps de veiller à ce que les soins d'hygiène de mes patients soient assurés ».

- La version française du NJSS a été soumise à une validation linguistique auprès d'un groupe de 27 infirmières soignantes exerçant dans des milieux hospitaliers présentant des caractéristiques similaires à celui à l'étude (milieu universitaire ou affilié universitaire, soins aux adultes). Afin de vérifier la clarté des consignes et des énoncés, un formulaire a été élaboré pour recueillir leurs commentaires. Les commentaires recueillis ont indiqué que les énoncés étaient rédigés sans ambiguïté.

Tableau VIII**Items soumis pour pré-test avec formulations retenues**

1- Item: I consider my job rather unpleasant.

a) Je considère que mon travail est plutôt déplaisant

b) Je considère que mon travail est plutôt désagréable

2- Item : Usually I have enough time to do a good job of patient care.

a) En général, j'ai assez de temps pour dispenser des soins adéquats aux patient

b) En général, j'ai suffisamment de temps pour dispenser des soins de qualité aux patients

3- Item : Many days I would have to stay overtime to get all my paperwork done.

a) À de nombreuses occasions, j'ai dû faire des heures supplémentaires pour terminer mes tâches administratives

b) À de nombreuses occasions, j'ai dû rester en temps supplémentaire pour terminer mes tâches administratives

c) À de nombreuses occasions, j'ai dû faire du temps supplémentaire afin de terminer mes tâches administratives

4- Item : Under the circumstances, it is difficult to provide high quality care.

a) Dans les circonstances actuelles, il est difficile de dispenser des soins de haute qualité

b) Dans les circonstances actuelles, il est difficile d'offrir des soins de haute qualité

c) Dans les circonstances actuelles, il est difficile de fournir des soins de haute qualité

5- Item : Most days I am enthusiastic about my work.

a) Pendant la plupart de mes journées, je suis enthousiasmé par mon travail.

b) En général, je suis enthousiasmé par mon travail.

c) Habituellement, je suis enthousiasmé par mon travail.

6- Item : I find real enjoyment in my work.

a) Je trouve un véritable plaisir dans mon travail

b) J'éprouve un véritable plaisir à faire mon travail

7- Item : I am disappointed that I ever took this job.

a) Je regrette d'avoir opté pour cet emploi

b) Je regrette d'avoir choisi cet emploi

8- Item : I am able to keep my patients comfortable.

a) Je parviens à assurer le confort de mes patients

b) Je suis capable d'assurer le confort de mes patients

Les infirmières participant au pré-test (n = 27) ont aussi complété une version préliminaire de l'ensemble du questionnaire, ce qui a permis de vérifier l'homogénéité des

énoncés du NJSS à l'aide d'analyses statistiques de consistance interne. L'alpha de Cronbach a été calculé pour l'ensemble de l'échelle et pour chacune des présumées dimensions de la satisfaction professionnelle. Les valeurs obtenues (Tableau IX) sont supérieures à celles de la version anglaise et représentent un degré élevé de consistance interne, ce qui tend à confirmer le bien-fondé de la structure conceptuelle de la satisfaction professionnelle de la version française de l'échelle.

Tableau IX
Valeurs du coefficient alpha pour l'ensemble de l'instrument et pour chaque dimension de la version originale anglaise et de la version française pré-testée

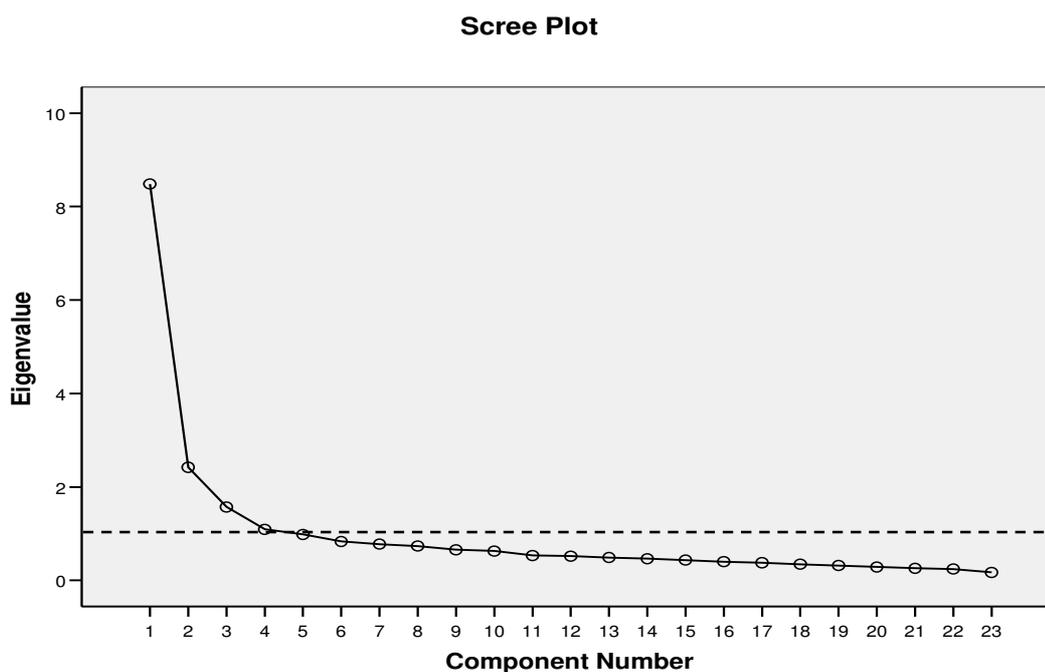
Version originale anglaise (n = 1468)		Version française pré testée (n = 27)	
Alpha de Chronbach	Dimensions	Nbr d'items	Alpha de Chronbach
0,77	Qualité des soins	7	0,81
0,85	Plaisir	11	0,91
0,76	Temps pour réaliser son travail	5	0,74
0,88	Global	23	0,93

Suite à la démarche de traduction-rétrotraduction et au pré-test portant sur la validation linguistique, la validité de construit du NJSS a été évaluée auprès des infirmières soignantes exerçant dans le milieu hospitalier à l'étude (n = 292). Les caractéristiques personnelles et professionnelles de ces sujets sont présentées dans la section quantitative de ce chapitre. Pour évaluer la validité de construit du NJSS, une analyse factorielle exploratoire a été effectuée à l'aide de la méthode d'extraction des composantes principales et après rotation varimax des données de la totalité de l'échantillon. Cette analyse visait à déterminer si la composition factorielle obtenue est semblable à celle décrite par Hinshaw et Atwood (1985) et si la version traduite permet de bien mesurer le construit.

L'analyse factorielle initiale a indiqué que quatre facteurs expliquaient 58,98 % de la variance totale. Toutefois, la valeur propre (*eigenvalue*) du 4^{ème} facteur n'est que de 1,094 et sa variance expliquée est de 4,76 %, soit moins de 5%. Dans de tels cas, il est suggéré de se référer au graphique des valeurs propres pour déterminer le nombre de facteurs sur la base du *scree test* (Rummul, 1970). Ce test consiste à ne retenir que les facteurs qui se démarquent de la ligne du « critère de Kaiser », fixée à une valeur propre de

un (trait pointillé figure 6). Sur la base des recommandations de Rummel (1970), ce test indique que seuls les trois premiers facteurs sont pertinents pour la structure du construit.

Figure 6
Test du graphique des valeurs propres



L'analyse factorielle produite, en ne retenant que ces 3 facteurs, indique qu'ils expliquent 54,23 % de la variance totale. Ces facteurs sont respectivement composés de 11, 8 et 4 énoncés, correspondant sensiblement aux dimensions originales du NJSS (Tableau X). Chacun de ces facteurs explique respectivement, 36,88 %, 10,52 % et 6,82 % de la variance totale. Tous les énoncés ont produit des coefficients de saturation plus élevés que le seuil de 0,45, (Tableau XI) ce qui soutient la validité de construit relatif aux trois dimensions du NJSS (Comrey, & Lee, 1992 ; Tabachnick et Fidell, 2001).

Tableau X
Résultats des analyses factorielles par composantes principales (n = 292)

Numéros des questions	Facteurs		
	Plaisir	Qualité des soins	Temps pour faire son travail
Q97	0,814	0,053	0,163
Q94	0,791	0,158	0,284
Q96	0,747	0,020	-0,199
Q86	0,731	0,323	0,327
Q88	0,707	0,186	0,164
Q98	0,681	0,167	0,146
Q81	0,613	0,248	0,252
Q90	0,612	0,339	0,403
Q92	0,610	0,151	-0,068
Q91	0,601	0,130	0,217
Q83	0,478	0,250	0,049
Q85	0,190	0,800	0,077
Q89	0,134	0,690	0,245
Q100	0,165	0,656	0,160
Q87	0,231	0,636	0,298
Q95	0,200	0,610	0,338
Q82	0,242	0,604	0,337
Q84	0,036	0,569	-0,160
Q99	0,184	0,547	-0,026
Q102	0,053	0,151	0,815
Q101	0,147	-0,023	0,714
Q93	0,346	0,322	0,677
Q80	0,129	0,437	0,485

On remarque cependant que l'énoncé 80 va sensiblement aussi bien dans le 2^e (0,44) que dans le le 3^e (0,49) facteur. Il a donc été décidé de tester la robustesse de la structure factorielle en utilisant un échantillon aléatoire formé de 80 % des sujets, pour répéter dix fois l'analyse factorielle. Il s'est avéré que : 4 fois sur 10, le score s'est situé en bas du seuil de 0,45 ; dans un cas, le facteur 2 était supérieur au facteur 3 ; dans un autre cas, les scores étaient égaux. Aussi, même si quatre des dix essais ont situé l'énoncé 80 dans le 3^e facteur, il a été décidé de le retirer pour le calcul des scores de l'échelle utilisée dans le cadre de la présente étude en raison de son manque de robustesse.

Tableau XI
Correspondance entre les versions anglaise et française pour les items retenus

Dimensions	Version anglaise		Version française		Dimensions
	Nbr d'items	Items retenus	Items retenus	Nbr d'items	
Qualité des soins	7	<u>93, 101, 102</u> 80, 87, 89, 95	<u>93, 101, 102</u> 80*	3	Qualité des soins
Plaisir	11	<u>81, 83, 86, 88,</u> <u>90, 91, 92, 94,</u> <u>96, 97, 98</u>	<u>81, 83, 86, 88, 90,</u> <u>91, 92, 94, 96, 97,</u> <u>98</u>	11	Plaisir
Temps pour réaliser son travail	5	<u>82,84, 85, 99,</u> <u>100</u>	<u>82, 84,85, 99, 100</u> 87, 89, 95	8	Temps pour réaliser un travail optimal

Légende : Les items soulignés correspondent à ceux que l'on retrouve à la fois dans la version anglaise et dans la version française

*Dans la version française, l'item 80 a été retiré puisqu'il était corrélé à deux sous-échelles

4.1.2 Pré-tests du questionnaire dans son ensemble

En plus de ceux recueillis et présentés par rapport au NJSS, les commentaires des infirmières soignantes exerçant dans des milieux similaires à celui à l'étude (N = 27) ont confirmé la clarté et la pertinence de la grande majorité des énoncés des autres échelles utilisées, pour des milieux de pratique tels l'oncologie, l'urgence, l'équipe volante, la médecine, la chirurgie, la psychiatrie, la cardiologie/soins coronariens, les soins palliatifs et la périnatalité. Des répondants en soins critiques (urgence et soins intensifs) ont toutefois indiqué que l'état de conscience du patient avait une influence sur la fréquence de leurs PRS. Ceci confirme la pertinence de contrôler l'effet de l'état de conscience des patients lors des analyses statistiques. Une répondante de l'urgence a aussi indiqué que, malgré l'importance qu'elle accordait à la majorité des PRS énoncées, elles n'étaient pas priorisées puisque son équipe de soins a pour principal objectif de stabiliser l'état des patients. Notons qu'elle ajoutait combien il lui importe toutefois de rendre ses pratiques plus humanistes en veillant à la réalisation des PRS dans le respect des « contraintes » de son unité de soins. Les énoncés 1, 6 et 19 se rapportant au *Questionnaire de climat psychologique CRISO* (QCP_CRISO) ont aussi été identifiés comme étant sensiblement ambigus pour certains répondants. Aucun changement n'a toutefois été apporté à leur formulation, dans le respect des recommandations de l'équipe de recherche CRISO qui a demandé à ce que leur

adaptation de cette échelle ne soit pas modifiée. En moyenne, les répondants ont indiqué avoir complété le questionnaire en 30 minutes.

Le pré-test auprès des chefs d'unités (N = 10) avait pour seul objectif de s'assurer de la clarté et de la pertinence des énoncés de *l'Échelle des interactions infirmières-patients*, en vue de prendre en compte les particularités potentielles des unités de l'hôpital à l'étude. Dans l'ensemble, les énoncés ont été jugés clairs et pertinents en ce qui concerne les unités ciblées. Il a aussi été confirmé qu'ils s'appliquaient difficilement aux infirmières de cliniques externes en soins physiques et à celles exerçant à la salle d'opération. À partir des recommandations des chefs d'unités répondants, trois modifications ont été apportées :

- l'item 64 a été reformulé pour s'adapter aux contextes des soins physiques et psychiatriques ;
- une échelle visant à estimer l'importance et la fréquence des 7 items de la dimension « soins relationnels » des PRS envers les proches (famille, personnes significatives) a été ajoutée dans l'éventualité où 100% des patients à la charge de l'infirmière auraient été inconscients. Cette échelle n'a finalement pas eu à être utilisée puisque aucune infirmière n'a indiqué avoir eu à sa charge 100% de patients inconscients ;
- avec l'accord de Mme Sylvie Cossette, inf. Ph. D., auteure de *l'Échelle des interactions infirmières-patients*, la gradation de l'échelle de fréquence dont nous avons convenu a été modifiée pour « Presque jamais » à « Presque toujours », de manière à éviter des extrêmes « irréalistes » et favoriser une plus grande variabilité dans les réponses.

Ainsi, les pré-tests ont contribué à l'amélioration de l'ensemble du questionnaire final au niveau de la clarté et de la pertinence des énoncés. Plusieurs des infirmières exerçant dans d'autres milieux, ont aussi indiqué combien l'objet d'étude paraissait adapté à leur vécu infirmier actuel en misant sur la compréhension de ce qui soutient et/ou contraint la réalisation de leurs PRS et leur satisfaction professionnelle au travail. Sur la base des commentaires reçus, nous avons ainsi été à même de prendre des décisions adaptées afin d'assurer la qualité des échelles, tout en maximisant le potentiel de leur interprétation dans différents contextes de soins infirmiers.

4.2 Résultats de la section quantitative

Cette section présente les résultats des analyses statistiques effectuées de manière à répondre aux quatre premiers objectifs de recherche et leurs hypothèses respectives:

- 1) Déterminer l'impact relatif du climat organisationnel sur les PRS (privilégiées, actuelles et l'écart entre les deux) des infirmières soignantes.
 - H1 Une perception positive du climat organisationnel global et de ses dimensions composites n'a pas d'impact sur les PRS privilégiiées des infirmières soignantes.
 - H2 Une perception positive du climat organisationnel global et de ses dimensions composites a un impact positif sur les PRS actuelles des infirmières soignantes.
 - H3 Une perception positive du climat organisationnel global et de ses dimensions composites a un impact négatif sur l'écart entre les PRS privilégiiées et actuelles des infirmières soignantes.

- 2) Déterminer l'impact relatif du climat organisationnel sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes ?
 - H4 Une perception positive du climat organisationnel global et ses dimensions composites a un impact positif sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.

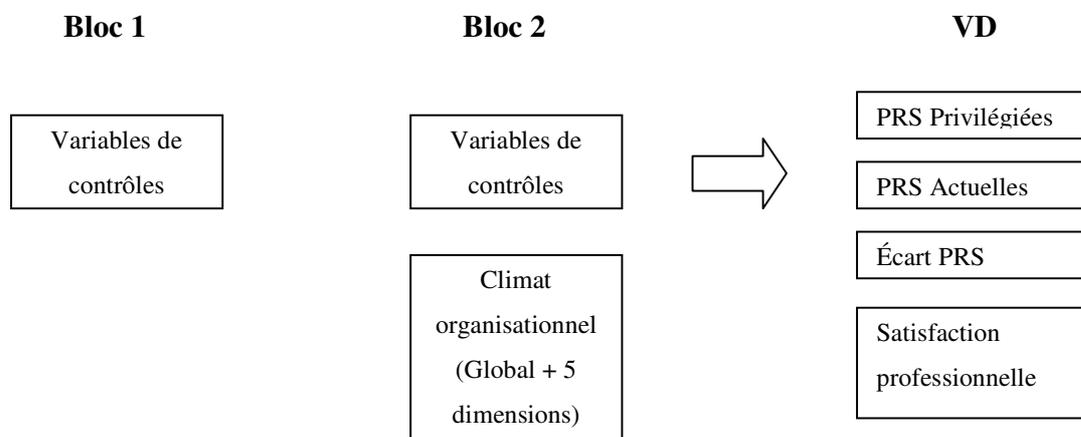
- 3) Déterminer si les PRS actuelles des infirmières influencent leur satisfaction professionnelle au-delà de l'impact que pourrait avoir le climat organisationnel sur la satisfaction professionnelle.
 - H5 Au-delà de l'impact du climat organisationnel global, les PRS actuelles ont une influence positive sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.

- 4) Déterminer dans quelle mesure l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiiées et actuelles influence la satisfaction professionnelle des infirmières au-delà de l'impact que pourrait avoir sur elles le climat organisationnel.

H6 Au-delà de l'impact du climat organisationnel global, l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles a une influence négative sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.

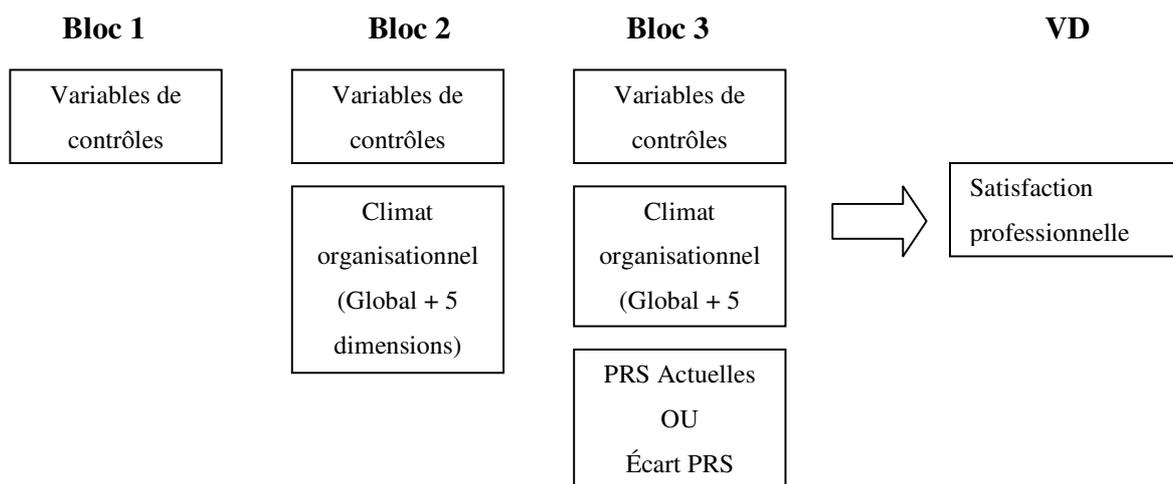
Les analyses ont été conduites à partir de la version 15 du programme SPSS pour Windows. Pour cette section, quatre types d'analyses ont été utilisés afin de répondre aux hypothèses de recherche. Dans un premier temps, des analyses descriptives et de comparaison de moyennes (ANOVA, test de t de Student) ont permis de décrire la population et identifier les variables socioprofessionnelles pouvant avoir une influence confondante potentielle. Dans un deuxième temps, des analyses de corrélations ont été effectuées afin de vérifier les interrelations entre les variables d'intérêts. Puis des analyses de régressions hiérarchiques sont effectuées pour chaque variable dépendante (PRS privilégiées, PRS actuelles, écart entre PRS privilégiées et actuelles, ainsi que satisfaction professionnelle), afin de répondre aux questions à l'étude, tout en contrôlant pour l'état de conscience des patients et les variables socioprofessionnelles identifiées comme étant potentiellement confondantes. Cette procédure statistique a permis de vérifier le pourcentage additionnel de la variance expliquée lors de l'entrée des variables de contrôle et des facteurs à l'étude. L'ordre d'entrée des variables est déterminé en fonction du modèle conceptuel. Le premier bloc est constitué des variables de contrôle (état de conscience du patient et variables socioprofessionnelles en lien avec les variables dépendantes). Au deuxième bloc, le climat organisationnel est ajouté et la procédure est reproduite pour chacune de ses cinq dimensions composites en lien avec les variables dépendantes, afin d'estimer leur influence respective sur les trois facettes des PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières. Enfin, un troisième bloc composé soit des PRS actuelles ou de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles est ajouté pour répondre aux hypothèses H5 et H6 des objectifs de recherche 3 et 4. Les figures 7 et 8 illustrent l'ordre d'entrer des variables des modèles de régressions hiérarchiques à deux et trois blocs effectués en réponse aux 4 objectifs spécifiques et leurs hypothèses respectives.

Figure 7
Blocs de variables pour les modèles de régressions hiérarchiques de l'impact du climat organisationnel sur les 3 facettes des PRS et la satisfaction professionnelle



Note : VD = Variables dépendantes

Figure 8
Blocs de variables pour les modèles de régressions hiérarchiques de l'impact du climat organisationnel sur deux des facettes des PRS et de la satisfaction professionnelle



Note : VD = Variable dépendante

4.2.1 Données descriptives

Tel qu'indiqué dans la méthode, un total de 693 infirmières constituait le bassin potentiel de sujets pour cette étude. De ce nombre, 45 n'ont jamais reçu le questionnaire en raison de divers motifs d'absences (ex. : congé de maternité, démission, congédiement, début de maladie moyen/long terme), ce qui ramène le nombre d'infirmières approchées à 648. Un total de 294 sujets ont complété et retourner leur questionnaire. De ce nombre, deux questionnaires ont été jugés irrecevables puisque les sujets ont indiqué appartenir à un groupe syndical autre qu'infirmier, ramenant le nombre de questionnaires utilisables à 292. Le taux de réponse est ainsi de 45 %.

L'âge moyen des 292 infirmières et infirmiers répondants est de 40 ans (Étendue : 20-68 ; ET : 10, 83). Seuls 28 (9,6 %) d'entre eux sont des hommes. Environ 68 % des répondants ont complété un cours collégial alors que 30 % ont un baccalauréat. Moins d'un pour cent ont un cours équivalent secondaire (école d'infirmières) et moins d'un pour cent ont une formation de 2^e ou de 3^e cycle universitaire, alors que 4,8 % ont indiqué avoir une formation autre qui pourrait être de l'ordre d'un certificat ou d'une équivalence pour études effectuées dans un autre pays. Le nombre moyen d'années d'expérience en soins infirmiers est de 15,4 ans (Étendue : 0-40 ; ET : 10,78), avec une moyenne de 8,7 ans (Étendue 0-38 ; ET : 8,63) de pratique dans leur poste de travail actuel et 14 ans (Étendue : 0-40 ; ET : 10,09) d'années de services accumulées au sein de l'hôpital à l'étude. Un peu plus de la moitié des répondants occupent un emploi à temps complet (51 %), alors que 44 % sont à temps partiel et 4,5 % déclarent travailler à l'occasion. Un peu moins de la moitié exercent pendant le quart de jour (48,6 %), alors que 32,8 % travaillent de soir et 17,9 % de nuit, tandis que moins de un pour cent déclarent travailler pendant plus d'un quart de travail. En tout, les infirmières appelées à participer ont indiqué travailler dans 24 unités de soins différentes. Ces unités de soins ont été incluses dans des regroupements d'unités de médecine, d'unités de chirurgie, d'unités de soins critiques (urgences, dialyse, soins intensifs), d'unités de psychiatrie et d'équipe volante/liste de rappel, incluant aussi les infirmières en orientation s'étant identifiées à des unités de soins « autres » du Pavillon A. Le Pavillon A regroupe les unités de soins physiques où 86 % des répondants indiquent travailler, alors que le Pavillon B ne compte que des unités de psychiatrie. Les caractéristiques socioprofessionnelles des répondants sont résumées dans le tableau XII.

Tableau XII
Caractéristiques des répondants (n = 292)

Âge	Moy.= 40 ans (ET = 10,83)	
Genre	Homme	9,6 %
	Femme	90,4 %
Niveau de formation	Secondaire (École d'infirmière)	0,7 %
	Collégial	68,4 %
	Baccalauréat	30,3 %
	2 ^e ou 3 ^e cycle universitaire	0,7 %
	Autre	4,8 %
Années d'expérience en soins infirmiers	Moy. = 15 ans (ET = 10,78)	
Années de service dans le poste actuel	Moy. = 9 ans (ET = 8,63)	
Années de service au sein de l'hôpital	Moy. = 14 ans (ET = 10,09)	
Statut d'emploi	Temps complet régulier	51 %
	Temps partiel régulier	44,4 %
	Occasionnel	4,5 %
Quart de travail	Jour	48,6 %
	Soir	32,8 %
	Nuit	17,9 %
	Rotation/plus d'un quart de travail	0,7 %
Unités de soins	Unités de soins critiques	20,8 %
	Unités de médecine	22,2 %
	Unités de chirurgie	29,5 %
	Unité de psychiatrie	13,9 %
	Équipe volante/Liste de rappel, orientation et autre	13,5 %
Pavillon d'appartenance	Pavillon A	86 %
	Pavillon B	14 %

Par ailleurs, l'état de conscience des patients constitue une autre donnée descriptive à laquelle une attention particulière a été portée afin de l'inclure aux variables de contrôle. Considérant que 14 % des répondants n'avaient pas indiqué le pourcentage de patients inconscients dont ils avaient pris soin au cours des deux dernières semaines, cette variable a été dichotomisée pour représenter le pourcentage de patients conscients à leur charge (0% inconscients) par rapport à la fusion de ceux ayant indiqué un certain pourcentage de patients inconscients ou n'ayant pas répondu à la question. La robustesse des modèles de régression justifiant cette décision a été vérifiée par le fait que la signification et l'amplitude des relations prédictives sont demeurées inchangées lors de l'introduction d'une troisième catégorie ne comportant que les sujets n'ayant pas répondu à la question. Suivant une interprétation dichotomique, seul le groupe « 0% de patients inconscients » a été conservé pour les analyses finales. Il est à noter qu'aucun répondant n'a indiqué avoir eu 100 % de patients inconscients à sa charge au cours des 2 dernières semaines et que 71,7 % (n = 180) ont estimé entre 0 % et 24 % le nombre de patients inconscients dont ils ont pris soin durant cette période. Ainsi, une fois dichotomisée, cette variable nous indique qu'au cours des 2 dernières semaines 38,4 % (n = 112) des répondants n'ont pris soin que de patients conscients, alors que 61,6 % (n = 180) n'ont pas répondu à la question ou ont pris soin d'un certain pourcentage de patients inconscients.

4.2.1.1 Valeurs obtenues aux différentes échelles de mesure

Sont ici exposés les scores obtenus par les répondants en regard des 4 variables d'intérêt retenues dans le cadre de cette étude. Rappelons que les instruments de mesure utilisés sont : 1) Questionnaire de climat psychologique CRISO (QCP CRISO) (Jones, & James, 1979; Young, & Parker, 1999 ; Gagnon et al. 2007) en ce qui concerne la mesure du climat organisationnel ; 2) trois des quatre dimensions de la version abrégée de l'Échelle des interactions infirmière-patient (Cossette et al. 2006) permettent la mesure de l'importance des PRS privilégiées, de la fréquence des PRS actuelles, puis de l'écart entre les deux ; 3) le Nurse Job Satisfaction Scale de Hinshaw et Atwood (1985), que nous avons traduit et adapté en langue française pour les fins de la présente étude, mesure la satisfaction professionnelle. En premier lieu, sont présentés le score global du climat organisationnel ainsi que celui de ses dimensions et sous-dimensions. En second lieu, le

score global et ceux des trois dimensions des PRS privilégiées, des PRS actuelles et de l'écart entre les deux sont présentés. Enfin, le score global et ceux des trois dimensions de la satisfaction professionnelle sont exposés.

4.2.1.1.1 Le climat organisationnel

Le tableau XIII indique que le score moyen de la perception globale du climat organisationnel est de 3,13 pour une valeur maximale de 5. Dans l'ensemble, les résultats sont dispersés de manière relativement hétérogène avec des coefficients de variation qui oscillent entre 12 et 43 %. En ce qui concerne les dimensions prises une à une, la Tâche obtient une moyenne de 4,01 qui est la plus élevée des cinq, alors que l'Organisation obtient la moyenne la plus faible ($\bar{x} = 2,36$) sur une échelle de 1 (Fortement en désaccord) à 5 (Fortement en accord). En ce qui à trait aux sous-dimensions, les trois qui se rapportent à l'organisation, soit l'Innovation ($\bar{x} = 2,55$), la Justice ($\bar{x} = 2,43$) et le Soutien ($\bar{x} = 2,06$), obtiennent des scores parmi les plus bas, alors que les scores se rapportant à la Tâche obtiennent les plus élevés (Importance : $\bar{x} = 4,18$; Autonomie : $\bar{x} = 3,60$; Défis : $\bar{x} = 4,24$). Il est à noter que l'Équilibre de la charge de travail qui se rapporte au Rôle se démarque par un score très bas ($\bar{x} = 2,30$), mais son coefficient de variation de 43 % suggère que les répondants ont des perceptions relativement différentes à ce sujet.

Tableau XIII
Moyennes, écarts-types, étendues et coefficients de variation du climat organisationnel

Variabes	n	\bar{x}	S	Étendue (min-max)		CV	Valeurs Possibles
Global							
Climat organisationnel	292	3,13	0,56	1,75	4,67	16%	1 – 5
Dimensions							
Caractéristiques - Tâche	291	4,01	0,49	1,94	5,00	12%	1 – 5
Caractéristiques - Rôle	291	2,99	0,66	1,17	4,67	22%	1 – 5
Caractéristiques - Supérieur	291	2,93	0,89	1,00	5,00	30%	1 – 5
Caractéristiques - Équipe	292	3,36	0,88	1,08	5,00	26%	1 – 5
Caractéristiques - Organisation	292	2,36	0,74	1,00	4,67	31%	1 – 5
Sous-Dimensions							
Tâche – Importance	291	4,18	0,68	1,33	5,00	16%	1 – 5
Tâche – Autonomie	291	3,60	0,67	1,00	5,00	19%	1 – 5
Tâche – Défis	291	4,24	0,58	1,50	5,00	14%	1 – 5
Rôle - Ambiguïté (peu)	291	3,32	0,78	1,25	5,00	23%	1 – 5
Rôle – Conflit (peu)	291	3,34	0,80	1,00	5,00	24%	1 – 5
Rôle – Équilibre charge de travail	291	2,30	0,99	1,00	5,00	43%	1 – 5
Supérieur – Confiance et soutien	291	3,07	1,12	1,00	5,00	36%	1 – 5
Supérieur – Importance des buts	291	2,97	0,87	1,00	5,00	29%	1 – 5
Supérieur – Facilitation du travail	291	2,76	1,01	1,00	5,00	37%	1 – 5
Équipe – Chaleur	292	3,33	1,00	1,00	5,00	30%	1 – 5
Équipe – Fierté	292	3,25	0,91	1,00	5,00	28%	1 – 5
Équipe – Coopération	291	3,49	0,89	1,00	5,00	26%	1 – 5
Organisation – Innovation	292	2,55	0,83	1,00	5,00	33%	1 – 5
Organisation – Justice	291	2,49	0,80	1,00	4,75	32%	1 – 5
Organisation - Soutien	292	2,06	0,86	1,00	4,50	42%	1 – 5

4.2.1.1.2 Les PRS privilégiées, actuelles et l'écart entre elles

Les tableaux XIV et XV exposent les résultats obtenus par les répondants en regard de l'importance et de la fréquence des PRS, qui correspondent respectivement aux PRS privilégiées et actuelles. Le tableau 5 expose les résultats de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles. Comme l'indique le tableau 3, le score global moyen des PRS privilégiées est de 4,27 pour une valeur maximale de 5. Ceci suggère que ces pratiques sont globalement jugées de haute importance. L'écart-type, les valeurs d'étendue, ainsi que les coefficients de variation indiquent que les résultats sont peu à moyennement dispersés. En ce qui concerne les dimensions prises une à une, le soin relationnel privilégié présente une

moyenne un peu plus basse de 3,82, alors que le soin clinique privilégié ($\bar{x} = 4,53$) et le soin de confort privilégié ($\bar{x} = 4,54$) indiquent des moyennes un peu plus élevées sur une échelle de 1 (Pas du tout important) à 5 (Extrêmement important).

Tableau XIV
Moyennes, écarts-types, étendues et coefficients de variation des pratiques relationnelles de soin privilégiées (n = 284)

Variables	\bar{x}	S	Étendue (min-max)		CV	Valeurs Possibles
PRS privilégiées	4,27	0,44	2,79	5,00	10%	1-5
Soin clinique privilégié	4,53	0,37	3,44	5,00	8%	1-5
Soin relationnel privilégié	3,82	0,73	1,43	5,00	19%	1-5
Soin de confort privilégié	4,54	0,42	3,00	5,00	9%	1-5

Le tableau XV montre que le score global moyen des PRS actuelles est de 3,62 pour une valeur maximale de 5. L'écart-type, les valeurs d'étendue, ainsi que les coefficients de variation indiquent que les résultats sont moyennement dispersés, ce qui suggère plus de dispersion autour de la moyenne que pour les PRS privilégiées. En ce qui a trait aux dimensions prises une à une, la même observation que celle émanant des PRS privilégiées s'applique. En ce sens, la dimension du soin relationnel actuel présente la moyenne la plus basse avec 2,90, alors que les scores moyens du soin clinique actuel ($\bar{x} = 4,02$) et du soin de confort actuel ($\bar{x} = 4,08$) sont beaucoup plus élevés sur une échelle de 1 (Presque jamais) à 5 (Presque toujours).

Tableau XV
Moyennes, écarts-types, étendues et coefficients de variation des pratiques relationnelles de soin actuelles (n = 288)

Variables	\bar{x}	S	Étendue (min-max)		CV	Valeurs possibles
PRS actuelles	3,62	0,66	1,95	5,00	18%	1-5
Soin clinique actuel	4,02	0,57	2,44	5,00	14%	1-5
Soin relationnel actuel	2,90	1,01	1,00	5,00	35%	1-5
Soin de confort actuel	4,08	0,72	1,67	5,00	18%	1-5

Parmi les dimensions des PRS, celle du soin relationnel est à la fois celle qui est jugée la moins importante et la moins pratiquée par les répondants. On observe toutefois une dispersion autour de la moyenne beaucoup plus importante au niveau du soin relationnel actuel (35%), qu'au niveau du soin relationnel privilégié (19%). Ceci suggère une plus grande variabilité dans la fréquence du soin relationnel que dans son importance.

En ce qui a trait à la variable créée à partir de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, elle se distribue sur des valeurs possibles de -4 à 4. L'étendue moyenne de l'écart entre l'importance et la fréquence des PRS est de 0,65 (Tableau XVI). Seuls 29 répondants ont présenté une fréquence de PRS plus élevée que l'importance qu'ils y accordaient, alors que 16 sujets ne présentaient aucun écart. De fait, la vaste majorité des répondants (239) indique une fréquence de PRS moins élevée que l'importance qu'ils y accordent. Un test de t pour échantillons appariés a été effectué afin de confirmer jusqu'à quel point l'importance diffère de la fréquence. Il appert que l'importance pour chacune des dimensions, comme pour le score global des PRS est toujours significativement ($p < 0,001$) plus élevée que celle de leur fréquence. Du point de vue des dimensions, l'écart moyen du « Soins relationnel » est plus élevé que celui des deux autres dimensions. Ainsi, les pratiques qui se rapportent davantage à l'exploration de la signification de l'expérience vécue par le patient (dimension soins relationnel), bien qu'étant perçue comme moins importantes et moins fréquentes, sont celles qui présentent le plus grand écart entre ce que l'infirmière juge important de faire et ce qu'elle fait. Dans l'ensemble, les résultats d'écart demeurent fortement dispersés avec des coefficients de variation allant de 100 % à 114 %, ce qui est normal en fonction des valeurs possibles.

Tableau XVI
Moyennes, écarts-types, étendues et coefficients de variation de l'étendue de l'écart entre les pratiques relationnelles de soins privilégiés et actuelles (n=284)

Variables	\bar{x}	S	Étendue (min-max)		CV	Valeurs possibles
PRS – Écart	0,65	0,68	-0,63	3,05	105%	-4 - 4
Soins clinique – Écart	0,51	0,58	-0,78	2,56	114%	-4 - 4
Soins relationnel – Écart	0,91	0,93	-0,86	3,86	102%	-4 - 4
Soins de confort - Écart	0,46	0,46	-1,33	3,33	100%	-4 - 4

4.2.1.1.3 La satisfaction professionnelle

Le tableau XVII expose les moyennes, écarts-types, étendues et coefficients de variation de la satisfaction professionnelle, ainsi que de ses trois dimensions. Dans l'ensemble, les résultats sont relativement bien dispersés avec des coefficients de variation qui oscillent entre 20 % et 33 %. Les infirmières et infirmiers répondants obtiennent un score global moyen de 3,16 (n = 291) sur une échelle de type Likert de 1 à 6. La dimension « Qualité des soins » obtient le score moyen le plus haut ($\bar{x} = 3,73$), alors que le plus bas concerne le « Temps pour faire un travail optimal » ($\bar{x} = 2,40$) et que le plaisir se situe entre les deux, avec une moyenne de 3,38.

Tableau XVII
Moyennes, écarts-types, étendues et coefficients de variation de la satisfaction professionnelle

Variables	n	\bar{x}	S	Étendue (min-max)		CV	Valeurs possibles
Satisfaction professionnelle	291	3,17	0,62	1,18	4,62	20%	1-5
Qualité des soins	290	3,73	0,75	1,00	5,00	20%	1-5
Plaisir	291	3,38	0,75	1,00	4,91	22%	1-5
Temps pour faire un travail optimal	291	2,40	0,80	1,00	4,38	33%	1-5

4.2.2 Interrelations entre les variables socioprofessionnelles et les variables d'intérêts

Dans un premier temps, nous avons examiné les liens possibles entre les caractéristiques socioprofessionnelles des répondants et les cinq variables à l'étude, à la fois sur la base des scores globaux de ces dernières et des scores de leurs dimensions respectives. Pour ce faire, nous avons procédé à des tests de *t* de *Student*, des analyses de variance (ANOVA) ou des corrélations de Pearson. Les variables en lien avec les PRS (importance, fréquence et écart) et la satisfaction professionnelle ont été identifiées afin de pouvoir décider lesquelles devraient être intégrées aux analyses de régression à titre de variables de contrôle.

Pour le climat organisationnel global, des différences significatives ont été observées en regard des pavillons d'appartenance ($t(289) = -6,023, p < .001$) et des regroupements d'unités ($F(4, 283) = 13,69, p < .001$). En moyenne les sujets du Pavillon A ont une perception moins positive de leur environnement de travail que ceux du Pavillon B (Annexe VII). Un test post-hoc de Sheffé indique que les sujets des unités de psychiatrie ont une perception plus positive de leur environnement de travail que ceux de médecine ($p < 0,001$), de soins critiques ($p < 0,001$), de l'équipe volante ($p < 0,001$) et de chirurgie ($p < 0,02$). Ajoutons que les répondants des unités de chirurgie ont une perception globale du climat plus positive que ceux des unités de médecine ($p < 0,03$). Au niveau des dimensions, seule la « Tâche » ne présente pas de différence significative entre les groupes en regard de l'unité et du pavillon d'appartenance (Annexe VII). Il est noté que le nombre d'années accumulées dans le poste actuel est significativement associé ($r = -0,144 ; p < 0,05$) à la dimension « Rôle » et que le nombre d'années de services accumulées à l'hôpital est significativement associé ($r = -0,134 ; p < 0,05$) à la dimension « Organisation ». Ces résultats indiquent que plus l'infirmière accumule d'années de service dans son poste, moins bonne est la perception des caractéristiques de son rôle et que plus elle accumule d'années de service au sein de l'hôpital moins bonne est sa perception des caractéristiques organisationnelles. L'unité de soins et/ou pavillon d'appartenance, de même que le nombre d'années d'expérience en poste et/ou à l'hôpital sont ainsi à retenir comme variables pouvant affecter la perception du climat organisationnel.

Globalement, les PRS privilégiées présentent une différence légèrement significative en regard de l'unité d'appartenance ($F(4, 275) = 2,89, p = 0,02$), mais non en regard du pavillon dans lequel les répondants exercent (Tableau XVIII). Le test post-hoc LSD indique que les sujets du regroupement d'unités de psychiatrie accordent une importance plus grande aux PRS que ceux des unités de médecine ($p = 0,01$) et de soins critiques ($p = 0,03$) et que ceux de chirurgie accordent aussi une importance plus grande à ces pratiques que ceux de médecine ($p = 0,01$) et de soins critiques ($p = 0,04$). Seule la dimension du soin relationnel privilégié présente une différence significative selon que les répondants exercent au pavillon A ou au Pavillon B ($t(281) = -4,95 ; p < 0,001$) ou selon qu'ils exercent dans l'un ou l'autre des six regroupements d'unités de soins ($F(4, 275) = 7,96 ; p < 0,001$). Ainsi, les sujets du Pavillon A accordent moins d'importance à la

dimension relation des PRS que ceux du Pavillon B (Tableau E). Le test de post-hoc de Scheffé indique que les sujets des unités de psychiatrie accordent une importance plus élevée à la dimension relation que ceux des unités de soins critiques ($p < 0,001$), de médecine ($p < 0,001$) et de l'équipe volante ($p = 0,02$). Il est à noter que le soin clinique privilégié est significativement et négativement lié à l'âge ($r = -0,133$; $p < 0,05$) et qu'on observe une différence significative du soin de confort privilégié selon le statut d'emploi occupé ($F(2, 277) = 3,38$; $p = 0,35$). Le test post-hoc de Scheffé suggère, en effet, que les infirmières à temps partiel régulier privilégient davantage les soins de confort que celles qui travaillent à temps occasionnel ($p = 0,035$). Cette différence n'est pas présente au niveau de la perception globale des PRS privilégiées.

En ce qui concerne le score global des PRS actuelles, une différence significative a été observée en regard de l'unité d'appartenance ($F(4, 279) = 11,38$; $p < 0,001$) et des deux pavillons dans lesquels exercent les répondants ($t(285) = -8,07$; $p < 0,001$). Les sujets du Pavillon A ont une fréquence de PRS moins élevée que ceux du Pavillon B (Tableau XIX). Le test post-hoc de Sheffé indique, pour sa part, que les sujets des unités de psychiatrie ont une fréquence de PRS plus élevée que ceux des unités de soins critiques ($p < 0,001$), de médecine ($p < 0,001$), de chirurgie ($p < 0,001$) et de l'équipe volante ($p = 0,004$). Notons que les PRS actuelles sont significativement et positivement liées à l'âge ($r = 0,12$; $p = 0,046$). Comme l'indique le tableau XVIII, les différences observées selon les unités se retrouvent aussi au niveau de deux des trois dimensions, soit le « Soins relationnel actuel » ($F(4, 279) = 22,42$; $p < 0,001$) et le « Soins de confort actuel » ($F(4, 279) = 3,73$, $p = 0,01$), alors qu'au niveau des pavillons, elles sont présentes dans chacune des dimensions « Soins clinique actuel » ($t(285) = -2,23$; $p = 0,02$), « Soins relationnel actuel » ($t(285) = -12,86$; $p < 0,001$) et « Soins de confort actuel » ($t(285) = -2,88$; $p = 0,004$). Il est aussi à noter que les scores du « Soins relationnel actuel » sont significativement et positivement liés à l'âge ($r = 0,184$; $p < 0,05$) et au nombre d'années d'expérience en soins infirmiers ($r = 0,146$; $p < 0,05$). Ceci indique que plus l'infirmière est âgée et expérimentée en soins infirmiers, plus la fréquence du soins relationnel est élevée.

Tableau XVIII

Moyennes et écarts-types des pratiques relationnelles de soin privilégiées et actuelles présentant une différence selon les regroupements d'unités

	Importance PRS (Global)		Importance PRS Relationnel		Fréquence PRS (Global)		Fréquence PRS Relationnel		Fréquence PRS Confort	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
	Unités de soins									
Chirurgie ^a	4,37	0,40	3,94	0,67	3,58	0,64	2,79	0,95	4,18	0,67
Médecine ^b	4,17	0,51	3,65	0,82	3,55	0,69	2,82	0,96	4,00	0,75
Soins critiques ^c	4,22	0,44	3,64	0,73	3,40	0,61	2,47	0,90	3,91	0,76
Équipe volante ^d	4,24	0,38	3,77	0,59	3,57	0,60	2,86	0,82	4,08	0,71
Psychiatrie ^e	4,40	0,39	4,32	0,49	4,16	0,43	4,01	0,62	4,39	0,60

Note : ^a Importance et Fréquence PRS n = 59. ^b Importance et Fréquence PRS n = 63. ^c Importance PRS n = 82 ; Fréquence PRS n = 85. ^d Importance PRS n = 36 ; Fréquence PRS n = 37. ^e Importance et Fréquence PRS n = 40.

Tableau XIX

Moyennes et écarts-types des pratiques relationnelles de soin privilégiées et actuelles présentant une différence selon les Pavillons

	Importance PRS Relationnel			Fréquence PRS (Global)			Fréquence PRS Relationnel			Fréquence PRS Confort		
	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n	\bar{X}	s	n
Pavillons												
Pav. A	3,73	0,73	243	3,52	0,64	247	2,71	0,94	247	4,03	0,73	247
Pav. B	4,32	0,49	40	4,18	0,45	40	4,07	0,56	40	4,38	0,61	40

Comme pour la fréquence des PRS, l'étendue globale de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles présente une différence significative en fonction des regroupements d'unités ($F(4, 275) = 6,48$; $p < 0,001$) et des Pavillons ($t(281) = 6,46$; $p < 0,001$). Tel que l'indique le tableau XX, l'étendue moyenne de l'écart suggère que les infirmières du Pavillon A arrivent plus difficilement à réaliser les PRS qu'elles privilégient que celles du Pavillon B. Cela semble aussi vrai globalement qu'en ce qui concerne les dimensions du soin clinique ($t(281) = 3,56$; $p < 0,001$), du soin relationnel ($t(281) = 8,78$; $p < 0,001$) et du soin de confort ($t(281) = 3,22$; $p = 0,001$). Le test post-hoc de Scheffé sur l'écart global révèle, par ailleurs, que l'écart des PRS est significativement moins étendu en psychiatrie qu'aux unités de soins critiques ($p < 0,001$) et de chirurgie ($p = 0,001$). Comme l'indique le tableau XXI, la différence entre les regroupements d'unités au niveau de l'écart global est aussi présente au niveau des dimensions soin clinique ($F(4, 275) = 3,75$; $p = 0,005$), soin

relationnel ($F(4, 275) = 8,15$; $p < 0,001$) et soin de confort ($F(4, 275) = 3,47$; $p = 0,009$). Notons que l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles diminue sensiblement avec l'âge ($r = -0,142$; $p = 0,02$), plus particulièrement au niveau de la dimension du soin relationnel ($r = -0,153$; $p = 0,01$). Le nombre d'années d'expérience en soins infirmiers aurait aussi une faible relation significative et négative avec l'écart entre la dimension du soin relationnel privilégié et pratiqué ($r = -0,123$; $p = 0,039$), suggérant ainsi que l'étendue de l'écart au niveau de cette dimension diminue avec l'expérience. Ainsi, plus les infirmières gagnent en âge, plus elles seraient à même de réaliser les PRS qu'elles privilégient et l'expérience joue davantage au niveau de la réalisation des pratiques qui s'inscrivent dans la dimension du soin relationnel.

Tableau XX
Moyennes et écarts-types de l'écart des pratiques relationnelles de soin et de ses 3 dimensions qui présentent une différence selon les Pavillons

	Écart PRS Clinique ^a		Écart PRS Relationnel ^a		Écart PRS Confort ^a		Écart PRS (Global) ^a	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
Pavillons								
Pavillon A ^a	0,56	0,58	1,02	0,95	0,52	0,77	0,72	0,68
Pavillon B ^a	0,21	0,52	0,25	0,40	0,11	0,57	0,21	0,42

Note : ^an = 243. ^bn = 40

Tableau XXI
Moyennes et écarts-types de l'écart des pratiques relationnelles de soin qui présentent des différences selon les regroupements d'unités

	Écart PRS (Global)		Écart PRS Clinique		Écart PRS Relationnel		Écart PRS Confort	
	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s	\bar{X}	s
Unités de soins								
Chirurgie ^a	0,79	0,75	0,62	0,61	1,15	1,08	0,48	0,68
Médecine ^b	0,62	0,63	0,49	0,58	0,84	0,80	0,52	0,77
Soins critiques ^c	0,82	0,68	0,61	0,56	1,17	0,97	0,63	0,86
Équipe volante ^d	0,62	0,67	0,50	0,58	0,86	0,88	0,40	0,75
Psychiatrie ^e	0,22	0,43	0,21	0,53	0,27	0,44	0,10	0,56

Note : ^an = 59. ^bn = 63. ^cn = 82. ^dn = 36. ^en = 40

En ce qui concerne le score global de la satisfaction professionnelle, des différences entre les groupes ont été détectées en regard du pavillon d'appartenance ($t(288) = -6,45$;

$p < 0,001$) et des unités de soins ($F(2, 282) = 12,76 ; p < 0,001$). À l'instar des résultats obtenus pour les autres variables d'intérêt, les sujets du Pavillon A ont un niveau de satisfaction professionnelle plus élevé que ceux du Pavillon B (Tableau XXII). Un test post-hoc de Scheffé indique que ce niveau est plus élevé chez les sujets du regroupement d'unités de psychiatrie que chez ceux de médecine ($p < 0,001$), de l'équipe volante ($p < 0,001$), de chirurgie ($p < 0,001$) et de soins critiques ($p < 0,001$). La satisfaction professionnelle est aussi faiblement liée de manière significative et négative au nombre d'années de services cumulées dans le poste actuel ($r = -0,12, p = 0,041$) et à celles cumulées au sein de l'hôpital ($r = -0,14 ; p = 0,018$). Du point de vue des dimensions, des différences en regard des unités de soins et des pavillons ont respectivement été relevées au niveau du « Plaisir » ($F(4, 282) = 6,54 ; p < 0,001$), ($t(288) = -4,162 ; p < 0,001$) et du « Temps pour réaliser un travail optimal » ($F(4, 282) = 27,78 ; p < 0,001$), ($t(288) = -10,08 ; p < 0,001$), alors que seule une différence en regard des pavillons a été détectée pour la dimension « Qualité des soins » ($t(287) = -2,24 ; p = 0,028$).

Les tableaux XXII et XXIII rapportent les moyennes et écarts-types respectivement observés pour les pavillons et les regroupements d'unités pour les dimensions de satisfaction professionnelle présentant des différences significatives. Les dimensions respectives de « Qualité » et de « Plaisir » sont aussi faiblement liées de manière significative et négative au nombre d'années d'expérience comme infirmière ($r = -0,13 ; p = 0,031$ et $r = -0,12 ; p = 0,045$) et au nombre d'années de service à l'hôpital ($r = -0,16 ; p = 0,009$ et $r = -0,14 ; p < 0,018$), alors que seul le « Plaisir » est lié au nombre d'années de service dans le poste actuel ($r = -0,12 ; p = 0,046$). C'est donc dire que, tout comme la satisfaction professionnelle globale, la satisfaction par rapport au plaisir au travail et à la qualité des soins diminue à mesure que l'infirmière cumule de l'expérience et des années de services à l'hôpital, alors que seul le plaisir diminue quand le nombre d'années de service dans le poste actuel augmente.

Tableau XXII
Moyennes et écarts-types de la satisfaction professionnelle et de ses 3 dimensions qui présentent une différence selon les Pavillons

Pavillons	Satisfaction professionnelle (Globale)			Qualité – Satisfaction professionnelle			Plaisir – Satisfaction professionnelle			Temps – Satisfaction professionnelle		
	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n
	Pav. A	3,07	0,60	250	3,70	0,78	249	3,31	0,74	250	2,23	0,69
Pav. B	3,71	0,44	40	3,91	0,51	40	3,82	0,61	40	3,41	0,62	40

Tableau XXIII
Moyennes et écarts-types de la satisfaction professionnelle et de ses 2 dimensions qui présentent une différence selon les regroupements d'unités

Unités de soins	Satisfaction professionnelle (Globale)		Plaisir – Satisfaction professionnelle		Temps – Satisfaction professionnelle	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
	Chirurgie ^a	3,14	0,66	3,35	0,77	2,28
Médecine ^b	2,93	0,57	3,11	0,74	2,06	0,66
Soins critiques ^c	3,17	0,61	3,40	0,74	2,38	0,69
Équipe volante ^d	3,06	0,51	3,35	0,74	2,20	0,58
Psychiatrie ^e	3,73	0,42	3,86	0,60	3,42	0,60

Note : ^an = 60. ^bn = 64. ^cn = 85. ^dn = 38. ^en = 40.

Dans l'ensemble, il ressort que les pavillons et les regroupements d'unités de soin occasionnent des différences entre les groupes pour presque toutes les variables d'intérêts. Seules les PRS privilégiées ne seraient pas en lien avec les pavillons d'appartenance, mais elle le sont légèrement avec les regroupements d'unités. Les unités de psychiatrie étant toutes situées dans le Pavillon B, seuls les regroupements d'unités seront inclus dans les analyses de régression à titre de variable de contrôle, afin d'éviter toute forme de singularité. L'âge a aussi été identifié comme étant significativement lié aux PRS actuelles ($r = 0,12$; $p = 0,046$) et à l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles ($r = -0,142$; $p = 0,02$). Enfin, le nombre d'années de service accumulées dans le poste actuel ($r = -0,12$; $p = 0,041$) et à l'hôpital ($r = -0,14$; $p = 0,018$) est lié à la satisfaction professionnelle globale. En raison de leur lien avec les variables dépendantes d'intérêt, les regroupements d'unités, l'âge, le nombre d'années de service dans le poste actuel et le nombre d'années de

service à l'hôpital devraient être contrôlés, puisque chacune de ces variables pourrait avoir un effet confondant lors des analyses de régression.

4.2.3 Interrelations entre les variables à inclure dans les modèles de régression

Avant de procéder aux analyses de régressions, les interrelations entre les variables de contrôle potentielles, celles entre les variables explicatives potentielles et celles entre les variables dépendantes ont été étudiées. Cette procédure a pour objet de situer les variables les unes par rapport aux autres et d'estimer les problèmes de colinéarité potentiels afin de déterminer quelle procédure de régression est la plus appropriée pour répondre aux hypothèses. Dans le cadre de cette procédure, 0,26 est considéré comme une faible corrélation, 0,50 comme une corrélation modérée et 0,70 comme une corrélation élevée (Munro, 2005). Bien qu'on ne puisse établir de niveau limite à partir duquel une corrélation induit un degré de colinéarité problématique (Belsley, 1991), une relation entre 2 variables explicatives (ou confondantes) se situant entre 0,60 et 0,70 peut être considérée comme préoccupante (Berry, & Feldman, 1985). Sur la base de ces indications, des choix ont été faits afin que les variables retenues pour les analyses puissent apporter un maximum d'informations qui leur soit propre et unique dans les différents modèles explicatifs.

4.2.3.1 Interrelation entre les variables de contrôle potentielles

Afin de déterminer si toutes les variables de contrôle potentielles identifiées peuvent être incluses dans le premier bloc des analyses de régression, les relations entre chacune sont examinées. Suivant les recommandations de Hardy (1993), le regroupement d'unités de soins critiques est désigné comme groupe de référence, puisqu'il est bien défini et contient plus de sujets que les autres. Comme l'indique le Tableau XXIV, la présence d'une très forte relation de l'âge et des années dans le poste actuel, avec le nombre d'années de service à l'hôpital suggère un problème de colinéarité majeur (Tabachnick & Fidell, 2001). La relation entre l'âge et les années en poste est aussi préoccupante. Comme le suggère Berry et Feldman (1985), en régressant ces variables l'une sur l'autre on constate que l'âge et le nombre d'années de service en poste déterminent 70% de la variance du nombre d'années de service à l'hôpital. En ce sens, seul le nombre d'années de service à l'hôpital

sera inclus comme variable de contrôle, avec l'état de conscience et les regroupements d'unités. Rappelons que l'état de conscience a été retenu sur la base du modèle théorique de Duffy et Hoskins (2003) et que les regroupements d'unités se sont imposés comme variable de contrôle en raison des relations qu'ils entretiennent avec les variables dépendantes.

Tableau XXIV
Corrélations entre les variables confondantes potentielles (n^a = 292)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Âge	--	,63***	,81***	,07	-,03	,06	-,07	-,08	,15*
2. Ans – Poste		--	,71***	-,01	-,02	,04	,07	-,09	-,04
3. Ans - hôpital			--	,10	-,04	,14*	-,07	-,12*	,08
4. État Cons.				--	-,13*	,23***	-,31***	-,02	,30***
5. U- Chir.					--	-,27***	-,33***	-,20**	-,21***
6. U – Méd.						--	-,35***	-,21***	-,22***
7. U- SC							--	-,26***	-,26***
8. U - ÉV								--	-,16**
9. U – Psy.									--

Note : ^aLes données manquantes n'ayant pas été imputées, le n varie de 280 à 290. Pour les relations entre variables continues (1, 2, 3), des coefficients de Pearson sont rapportés, pour celles entre variables continues et dichotomiques (4 à 7) ce sont des coefficients point-biserial et pour les relations entre les variables dichotomiques ce sont des coefficients Phi.

*p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001

4.2.3.2 Interrelation entre les variables explicatives potentielles

Compte tenu du fait que les variables explicatives représentent différentes dimensions du climat organisationnel, il était attendu qu'elles soient liées entre elles. À la lumière de la matrice de corrélation (Tableau XXV), on constate que la dimension « Organisation » est plutôt fortement liée à celle du « Supérieur », ce qui indique qu'elle n'aurait que peu d'informations uniques à apporter. En régressant les variables explicatives les unes sur les autres, on constate que 54% de la variance de « Organisation » est déterminée par les quatre autres variables explicatives. Ceci suppose un degré de colinéarité qui pourrait porter atteinte à la qualité des interprétations d'un modèle de régression qui ferait intervenir ces 5 variables explicatives (Berry, & Fieldman, 1993). Dans de tels cas, l'utilisation du climat

organisationnel global à titre de concept molaire s'avère être la stratégie la plus appropriée (Belsley, 1991 ; Berry, & Fieldman, 1993 ; Tabachnick, & Fidell, 2001). Toutefois, puisque l'influence des cinq dimensions du climat organisationnel apporte une information complémentaire pertinente, chacune d'elle sera individuellement régressée sur les variables dépendantes avec lesquelles elles sont en lien, en contrôlant les variables de contrôle identifiées. Ce faisant, nous serons en mesure d'estimer l'influence relative du climat organisationnel et de ses dimensions composites sur les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.

Tableau XXV
Corrélation entre les variables explicatives sous-jacentes au climat organisationnel
(^an = 292)

	1	2	3	4	5
1. Tâche	--	0,35***	0,37***	0,41***	0,35***
2. Rôle		--	0,52***	0,52***	0,58***
3. Supérieur			--	0,42***	0,67***
4. Équipe				--	0,50***
5. Organisation					--

Note : ^an varie de 291 à 292

***p < 0,001

4.2.3.3 Interrelation entre les variables dépendantes

La vérification des liens entre les variables dépendantes permet de les situer les unes par rapport aux autres (Tableau XXVI), ainsi qu'en fonction de l'impact que le climat organisationnel pourrait avoir sur chacune d'elles. La relation significative entre les PRS privilégiées et actuelles, bien qu'étant plutôt de faible amplitude (0,29), indique que lorsque l'importance des PRS augmente, leur fréquence augmente aussi. Mais, à la lumière de la relation entre les PRS privilégiées et l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles (0,37), il appert que l'augmentation de l'importance des PRS conduit aussi à accroître l'étendue de l'écart entre les PRS que l'infirmière trouve importantes de faire et celles qu'elle fait. L'augmentation de la fréquence des PRS en vertu de l'importance que l'infirmière leur accorde ne semble donc pas suffisante à combler l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles et suggère que la réalisation des PRS privilégiées dépend de facteurs autres que l'importance qui leur est accordée.

Tableau XXVI
Corrélations entre les variables dépendantes (^an = 292)

	1	2	3	4
1. PRS privilégiées	--	0,29***	0,37***	0,051
2. PRS actuelles		--	-0,78***	0,54***
3. Écart PRS			--	-0,49***
4. SP				--

Note : ^an varie de 284 à 288

***p < 0.001

Il n'en demeure pas moins qu'une forte relation (-0,78) démontre que l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles diminue lorsque la fréquence de PRS augmente. Ces résultats suggèrent que les variables 1 à 3 représentent des facettes complémentaires qui permettent d'expliquer de différentes manières l'impact potentiel du climat organisationnel sur les PRS des infirmières soignantes. La satisfaction professionnelle entretient, pour sa part, une relation inversement proportionnelle presque aussi forte avec les PRS actuelles (0,54), qu'avec l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles (-0,49). Ceci suppose que chacune de ces variables a le potentiel d'expliquer la satisfaction professionnelle au-delà de l'influence que le climat pourrait avoir sur elle.

4.2.3.4 Matrice de corrélations des variables à inclure dans les équations de régression

Les variables à inclure dans les équations de régression hiérarchique étant maintenant connues, les matrices de corrélations pour les différentes variables dépendantes peuvent être présentées. Le tableau XLI en annexe IX rapporte les corrélations entre les variables de contrôle et les variables explicatives à introduire individuellement dans les équations de régression des variables dépendantes PRS privilégiées, PRS actuelles et Écart des PRS. L'intérêt étant de connaître l'explication apportée par chacune des variables explicatives une fois les variables de contrôle prises en compte, seules les dimensions du climat organisationnel qui sont en lien avec les variables dépendantes ont fait l'objet d'analyses de régression hiérarchique. Ainsi, puisque les dimensions « Rôle » et « Organisation » ne sont pas significativement corrélées avec les PRS privilégiées, elles ne

seront pas régressées sur cette variable dépendante. De plus, la dimension « Tâche » ne sera pas régressée sur l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles pour les mêmes raisons.

Toutefois, comme l'indique le tableau XLI de l'annexe IX, le climat organisationnel global est significativement corrélé aux PRS privilégiées ($r = 0,17$; $p < 0,01$), comme aux PRS actuelles ($r = 0,45$; $p < 0,001$) et à l'écart des PRS ($r = -0,34$; $p < 0,001$). Ces corrélations suggèrent une faible association entre la perception positive que les infirmières ont du climat organisationnel et l'augmentation de l'importance qu'elles accordent à leurs PRS, alors l'association avec l'augmentation de la fréquence à laquelle elles les réalisent est plutôt forte. Comme l'indique la relation négative que le climat entretient avec l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, les PRS que privilégient les infirmières se rapprochent de celles qu'elles font lorsqu'elles ont une perception positive du climat. Du côté des dimensions du climat organisationnel, c'est la « Tâche » qui est la plus fortement liée aux PRS Privilégiées ($r = 0,23$; $p < 0,001$), alors que c'est le « Rôle » ($r = 0,42$; $p < 0,001$), qui est le plus fortement lié aux PRS actuelles, suivi de très près par la perception des caractéristiques de « l'Organisation » ($r = 0,40$; $p < 0,001$). Enfin, le « Rôle » est aussi la dimension qui est la plus fortement corrélée à l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles ($r = -0,36$; $p < 0,001$). Notons que l'état de conscience des patients ne semble pas associé au PRS privilégiées, mais tel qu'attendu l'augmentation de la fréquence des PRS ($r = 0,17$; $p < 0,01$) et la diminution de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles ($r = -0,16$; $p < 0,01$) seraient associées au fait de prendre soin de patients conscients.

Le tableau XLII en annexe X indique, pour sa part, les corrélations des variables de contrôle et des variables explicatives à introduire dans les équations de régression qui ont la satisfaction professionnelle comme variable dépendante. Le climat organisationnel global y est fortement corrélé ($r = 0,67$; $p < 0,001$), suggérant ainsi qu'une perception positive du climat soit associée à une augmentation de la satisfaction professionnelle. Chacune des 5 dimensions du climat est aussi associée à la satisfaction professionnelle. La dimension « Rôle » se démarque sensiblement des autres avec une très forte corrélation de 0,69 ($p < 0,001$). Tel qu'indiqué précédemment, les PRS actuelles et l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles entretiennent avec la satisfaction professionnelle des relations dont le sens est opposé, mais dont l'amplitude est similaire. Il est aussi intéressant

de constater que le fait de prendre soin de patients conscients est significativement associé à une augmentation de la satisfaction ($r = 0,67$; $p < 0,001$).

Enfin, les deux matrices de corrélations permettent aussi d'observer que, dans la mesure où le climat organisationnel global et ses dimensions composites sont régressés dans des équations distinctes, il n'y a pas de risque apparent de colinéarité ou de singularité. En effet, les variables de contrôle et les variables explicatives qui seront incluses aux 23 modèles de régressions, ne sont pas corrélées entre elles à plus de 0,40 ($p < 0,001$). Toutefois, comme le rappelle Belsley (1991) l'absence de forte corrélation entre les variables ne peut être entendue comme une absence de colinéarité. Par conséquent, trois autres indicateurs ont été retenus pour vérifier l'absence des problèmes de colinéarité lors des régressions hiérarchiques préliminaires. Ces indicateurs sont la proportion de variance expliquée associée à chaque variable indépendante en combinaison avec l'indice de dépendance (condition index), le *VIF* (*Variance inflation factor*) et la tolérance. Suivant les recommandations de Tabachnick et Fidell (2001), une variance particulièrement élevée ($> 0,50$) associée à deux ou plusieurs variables indépendantes et liée à un indice de dépendance important ($> 30,00$) indique un problème de colinéarité. Pour sa part, l'indicateur d'amplification (VIF) ne devrait normalement pas dépasser 2 pour être jugé acceptable et la tolérance, qui lui est réciproque, devrait se rapprocher de 1 pour écarter tout problème de colinéarité (Munro, 2005). Les 23 analyses de régressions préliminaires effectuées répondent tous aux critères exigés pour affirmer l'absence de colinéarité dans les différents modèles explicatifs.

4.2.4 Vérification des postulats de base

Une fois les équations de régressions hiérarchiques connues, les postulats de base ont été vérifiés pour chacune d'elles. Ces postulats ont trait à la normalité, à la linéarité, à l'homoscédasticité, ainsi qu'à la vérification des valeurs extrêmes, telles que précisées par Tabachnick et Fidell (2001). La vérification de ces postulats est possible grâce à l'analyse post-hoc des valeurs résiduelles produites par les 23 équations de régression préliminaires.

Le test de Kolmogorov-Smirnov a été utilisé pour vérifier la normalité des valeurs résiduelles standardisées produites par les 23 équations de régressions. Un rejet de l'hypothèse de normalité (test significatif) indique une violation du postulat de normalité. Aucun des tests ne s'est avéré significatif, indiquant un respect de l'hypothèse de normalité pour chacune des équations. Pour la vérification des postulats d'homoscédasticité et de linéarité, l'analyse des diagrammes de dispersion formés des valeurs résiduelles (axe des y) sur les valeurs prédites (axe des x) permet d'observer qu'aucun patron de relation ne se dégage et que les points semblent distribués de manière aléatoire. Enfin, la vérification de valeurs extrême s'est faite à l'aide de trois analyses multivariées (calcul de la distance de Mahalanobis, calcul de la force de levier et calcul de la distance de Cook) qui permettent de détecter les cas où la variable dépendante, une variable indépendante ou encore une combinaison de variables dépendante et indépendante sont susceptibles de compromettre les résultats (erreur de première espèce). Le calcul de la distance de Mahalanobis, dont le seuil de signification a été fixé à $p < 0,001$, vise à repérer les cas dont la variable dépendante se trouve à une distance importante par rapport aux valeurs moyennes des variables indépendantes. Le calcul de la force de levier permet d'identifier d'éventuelles valeurs extrêmes au niveau des variables indépendantes. Suivant les recommandations de Stevens (1992), les cas ayant une force égale ou supérieure à $3*(k+1)/n$ sont susceptibles d'agir comme valeurs extrêmes. Enfin, le calcul de la distance de Cook, représente l'influence combinée de la distance et de la force en mesurant les changements dans les coefficients de régression lorsque chaque cas est enlevé. Les cas présentant une influence plus grande que 1,00 sont suspectés d'être des cas extrêmes (Tabachnick, & Fidell, 2001). Suivant ces trois analyses multivariées, aucun cas extrême n'a été détecté au sein de 23 équations de régressions hiérarchiques effectuées.

4.2.5 Réponses aux objectifs et hypothèses de recherche

En réponse au premier objectif de recherche et ses 3 hypothèses correspondantes, le tableau XXIX présente pour chacun des deux blocs, les coefficients de détermination R^2 , le R^2 ajusté, les changements du R^2 non ajusté (delta du R carré, ΔR^2), le nombre de degrés de liberté (dl) et les changements de la variance (delta de la variance, ΔF). Ces valeurs permettent de déterminer si la contribution successive de chacun des blocs à la prédiction

des 3 facettes des PRS est significative, et d'observer les changements dans la variance expliquée (R^2 ajusté) après l'ajout de chacun d'eux. En réponse aux trois autres objectifs de recherche et leurs hypothèses respectives, les tableaux XXXI, XXXIII et XXXV comprennent les mêmes valeurs, de manière à déterminer la contribution relative des différents blocs de variables de contrôle et de variables explicatives à la prédiction de la satisfaction professionnelle. Il est à noter que les valeurs des dimensions du climat organisationnel (Bloc 2a à 2e) correspondent aux valeurs obtenues une fois les variables du Bloc 1 contrôlées, mais les valeurs du Bloc 1 ne sont rapportées que pour l'équation de régression du climat organisationnel global.

Pour chacune des variables indépendantes, les coefficients de régression B , l'erreur type de B , les coefficients standardisés β , le carré des corrélations semi-partielles Sr^2 et les tests t apparaissent au tableau XXX pour leurs capacités prédictives sur les 3 facettes des PRS et aux tableaux XXXII, XXXIV et XXXVI pour leurs capacités prédictives sur la satisfaction professionnelle. Ces valeurs permettent de quantifier les contributions de chaque variable individuelle aux 23 équations de régression et de déterminer si cette contribution est significative. Ajoutons que les valeurs des variables de contrôle incluses dans le Bloc 1 ne sont rapportées que pour l'équation de régression ayant le climat global pour variable explicative et non pour celles incluant chacune de ses dimensions composites.

4.2.5.1 Impact du climat sur les trois facettes des PRS

H1 Une perception positive du climat organisationnel global et de ses dimensions composites n'a pas d'impact sur les PRS privilégiées des infirmières soignantes.

En ce qui concerne les PRS privilégiées, les résultats indiquent que le bloc 1, qui inclut les variables de contrôle, ne contribue pas de façon significative à la prédiction de l'importance des PRS ($F(6, 271) = 1,85, p = 0,09$). De même, l'ajout du bloc 2, qui inclut le climat organisationnel global, ne contribue pas davantage à l'importance des PRS, ce qui rend non significative l'équation dans son ensemble ($F(7, 271) = 1,96, p = 0,06$). Ainsi, aucune des variables incluses dans cette équation de régression hiérarchique n'apporte d'explication à la variance des PRS privilégiées (Tableau XXIX). Toutefois, en incluant la dimension « Tâche » du climat organisationnel au deuxième bloc de l'équation comprenant

les variables de contrôle, la prédiction devient significative $R = 0,09$, $F(7, 270) = 3,67$, $p < 0,001$. En considérant les variables de contrôle, le carré des corrélations semi-partielles nous apprend que la tâche explique significativement à elle seule 5% de la variance des PRS privilégiées (Tableau XXX). Pour leur part, les caractéristiques du supérieur et de l'organisation ne permettent pas d'expliquer la variance des PRS privilégiées, et elles ne sont pas significativement en lien avec elle, lorsque l'on considère les variables de contrôle. Ainsi, seule la perception de la tâche expliquerait en partie l'importance des PRS, ce qui ne confirme que partiellement l'hypothèse 1 qui suggérait qu'il n'y ait aucun impact du climat organisationnel et de ses dimensions composites sur les PRS privilégiées.

H2 Une perception positive du climat organisationnel global et de ses dimensions composites ont un impact positif sur les PRS actuelles des infirmières soignantes.

Du côté des PRS actuelles, les coefficients de corrélations multiples sont significativement différents de zéro à la fin des deux étapes de l'équation incluant le climat organisationnel global, comme de celles de ses cinq dimensions. Après la deuxième étape de l'équation incluant les variables de contrôle et le climat global, le caractère significatif de la prédiction se maintient $R = 0,51$, $F(7, 275) = 13,78$, $p < 0,001$. Le bloc 1 de cette équation, qui compte les variables de contrôle, contribue de façon significative à la prédiction de la fréquence des PRS ($\Delta F(6, 272) = 7,79$, $p < 0,001$) et permet d'expliquer 15% (13% ajusté) de sa variance (Tableau XXIX). Les variables années de service à l'hôpital, unités de médecine, de chirurgie ou d'équipe volante, ainsi que l'état de conscience des patients ne présentent pas de liens significatifs avec la fréquence des PRS. Toutefois, lorsque les 6 variables du bloc 1 sont considérées au sein de l'équation comprenant le climat organisationnel global, la variable unité de psychiatrie a un lien positif significatif avec la prédiction des PRS actuelles et explique 4% de leur variance (Tableau XXX). Ceci signifie que la fréquence des PRS tend à augmenter lorsque les infirmières exercent dans des unités de psychiatrie. L'ajout du bloc 2 incluant le climat organisationnel global augmente le caractère significatif de la prédiction ($\Delta F(1, 275) = 42,63$, $p < 0,001$). Le climat global permet d'expliquer à lui seul 12% de la variance de la fréquence des PRS, lorsqu'on tient compte des variables de contrôle. En outre, la reproduction des équations de régression incluant les cinq dimensions du climat organisationnel indique que chacune d'elle explique aussi la fréquence des PRS, au-delà de

l'influence des variables de contrôle, à un niveau de signification de $p < 0,001$. De manière individuelle, les caractéristiques du rôle expliquent 9% de la variance des PRS actuelles, celles de l'organisation expliquent 8%, celles du supérieur 7%, celles de l'équipe 5% et enfin les caractéristiques de la tâche expliquent à elles seules 4%. Ainsi, chacune des dimensions du climat prise individuellement, comme le climat organisationnel à titre de concept molaire expliquent en partie la fréquence des PRS, ce qui confirme l'hypothèse 2. Toutes choses égales d'ailleurs, la perception du rôle, celle de l'organisation et celle du supérieur sont les dimensions du climat organisationnel qui expliqueraient le mieux les PRS actuelles, après le climat organisationnel global lui-même.

H3 Une perception positive du climat organisationnel global et de ses dimensions composites a un impact négatif sur l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles des infirmières soignantes.

Pour l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, les coefficients de corrélations multiples sont aussi significativement différents de zéro à la fin des deux étapes de l'équation incluant le climat organisationnel, comme à la fin des deux étapes des équations incluant chacune des quatre dimensions qui étaient corrélées avec l'écart (caractéristiques du rôle, du supérieur, de l'organisation, de l'équipe). Après la deuxième étape de l'équation incluant le climat global, $R = 0,41$, $F(7, 271) = 7,99$; $p < 0,001$. Le bloc 1 de cette équation, qui compte les variables de contrôle, contribue de façon significative à la prédiction de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles ($\Delta F(6, 272) = 4,58$; $p < 0,001$) et permet d'expliquer 9 % (7 % ajusté) de sa variance (Tableau XXIX). Des six variables de contrôle incluses au bloc 1 de cette équation, seule la variable unité de psychiatrie a un lien négatif significatif avec l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles et explique à elle seule 2 % de sa variance. Ainsi, en considérant les autres variables de l'équation, le fait d'exercer dans des unités de psychiatrie occasionne une diminution significative de l'écart entre l'importance et la fréquence des PRS (Tableau XXX).

Tableau XXIX
Analyse de l'impact du climat organisationnel (global et dimensions composites) sur les 3 facettes des PRS en considérant les variables de contrôle à l'aide de régressions hiérarchiques

Variabiles	R ²	R ^{2c}	ΔR ²	dl	ΔF
Variable dépendante : Pratiques relationnelles de soin privilégiées					
Bloc 1					
Variables de contrôle	0,04	0,02	0,04	6, 272	1,87
Bloc 2					
Climat Global	0,05	0,05	0,01	1, 271	2,42
Bloc 2a					
Climat - Tâche	0,09	0,06	0,05	1, 270	14,06***
Bloc 2b					
Climat - Supérieur	0,04	0,02	0,00	1, 270	1,27
Bloc 2c					
Climat - Organisation	0,05	0,02	0,01	1, 271	1,48
Variabiles	R ²	R ^{2c}	ΔR ²	dl	ΔF
Variable dépendante : Pratiques relationnelles de soin actuelles					
Bloc 1					
Variables de contrôle	0,15	0,13	0,15	6, 272	7,79***
Bloc 2					
Climat Global	0,26	0,24	0,12	1, 275	42,63***
Bloc 2a					
Climat - Tâche	0,18	0,16	0,04	1, 274	13,44***
Bloc 2b					
Climat - Rôle	0,24	0,22	0,09	1, 274	33,11***
Bloc 2c					
Climat - Supérieur	0,22	0,20	0,07	1, 274	25,51***
Bloc 2d					
Climat - Équipe	0,19	0,17	0,05	1, 275	15,38***
Bloc 2e					
Climat - Organisation	0,22	0,20	0,08	1, 275	27,67***
Variabiles	R ²	R ^{2c}	ΔR ²	dl	ΔF
Variable dépendante : Écart entre pratiques relationnelles de soin privilégiées et actuelles					
Bloc 1					
Variables de contrôle	0,09	0,07	0,09	6, 272	4,58***
Bloc 2					
Climat Global	0,17	0,15	0,08	1, 271	25,92***
Bloc 2a					
Climat - Rôle	0,18	0,16	0,09	1, 270	28,91***
Bloc 2b					
Climat - Supérieur	0,14	0,12	0,05	1, 270	16,27***
Bloc 2c					
Climat - Équipe	0,13	0,11	0,04	1, 271	11,70**
Bloc 2d					
Climat - Organisation	0,14	0,12	0,05	1, 271	15,98***

*p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001

Tableau XXX
Contribution des variables de contrôle et du climat organisationnel (global et dimensions composites) à l'explication des trois facettes des PRS

Variables	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β	Sr^2	<i>t</i>
Variable dépendante : Pratiques relationnelles de soin privilégiées					
Constante	3,98	0,17			23,373
Années de service hôpital	0,00	0,00	0,01	0,00	0,181
U - Médecine	0,13	0,08	0,12	0,01	1,761
U - Chirurgie	-0,03	0,08	-0,03	0,00	-0,439
U - Équipe volante	0,02	0,09	0,02	0,00	0,261
U - Psychiatrie	0,15	0,10	0,12	0,01	1,552
Conscients vs % d'inconscients	-0,03	0,06	-0,03	0,00	-0,479
Climat global	0,08	0,05	0,10	0,01	1,55
Climat - Tâche	0,21	0,06	0,22	0,05	3,75***
Climat - Supérieur	0,04	0,03	0,07	0,00	1,13
Climat - Organisation	0,04	0,04	0,08	0,01	1,22
Variables	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β	Sr^2	<i>t</i>
Variable dépendante : Pratiques relationnelles de soin actuelles					
Constante	2,03	0,22			9,21
Années de service hôpital	0,00	0,00	0,06	0,00	1,16
U - Médecine	0,05	0,10	0,03	0,00	0,51
U - Chirurgie	0,15	0,10	0,09	0,01	1,46
U - Équipe volante	0,21	0,11	0,11	0,01	1,79
U - Psychiatrie	0,49	0,13	0,26	0,04	3,89***
Conscients vs % d'inconscients	0,01	0,08	0,01	0,00	0,13
Climat global	0,44	0,07	0,38	0,12	6,53***
Climat - Tâche	0,27	0,07	0,20	0,04	3,67***
Climat - Rôle	0,35	0,06	0,34	0,09	5,75***
Climat - Supérieur	0,21	0,04	0,29	0,07	5,05***
Climat - Équipe	0,17	0,04	0,23	0,05	3,92***
Climat - Organisation	0,28	0,05	0,32	0,08	5,26***
Variables	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β	Sr^2	<i>t</i>
Variable dépendante : Écart entre pratiques relationnelles de soin privilégiées et actuelles					
Constante	2,01	0,24			8,25
Années de service hôpital	-0,00	0,00	-0,06	0,00	-0,10
U - Médecine	0,08	0,11	0,05	0,00	0,74
U - Chirurgie	-0,19	0,11	-0,12	0,01	-1,71
U - Équipe volante	-0,18	0,13	-0,09	0,01	-1,43
U - Psychiatrie	-0,34	0,14	-0,17	0,02	-2,45***
Conscients vs % d'inconscients	-0,03	0,09	-0,02	0,00	-0,39
Climat global	-0,38	0,08	-0,31	0,08	-5,10***
Climat - Rôle	-0,35	0,07	-0,34	0,09	-5,37***
Climat - Supérieur	-0,18	0,05	-0,24	0,05	-4,03***
Climat - Équipe	-0,16	0,05	-0,21	0,04	-3,42**
Climat - Organisation	-0,23	0,06	-0,25	0,05	-4,00***

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$

L'ajout du bloc 2 incluant le climat organisationnel global augmente le caractère significatif de la prédiction ($\Delta F(1, 271) = 25,92$; $p < 0,001$). Le climat global permet d'expliquer à lui seul 8 % de la variance de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, lorsqu'on tient compte des variables de contrôle. De manière individuelle, les caractéristiques du rôle expliquent 9 % de la variance de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, celles de l'organisation et du supérieur expliquent toutes deux 5 %, alors que celles de l'équipe expliquent 4 %. L'hypothèse 3 se trouve donc à être partiellement confirmée, puisque la dimension « tâche » n'a aucune relation avec l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles. Toutes choses égales d'ailleurs, chacune des 4 autres dimensions incluses au modèle a le potentiel d'expliquer l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, mais il s'explique sensiblement mieux par les caractéristiques du rôle et la perception du climat organisationnel global (Tableau XXX).

4.2.5.2 Impact du climat sur la satisfaction professionnelle

H4 Une perception positive du climat organisationnel global et ses dimensions composites a un impact positif sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.

Avant de considérer l'influence potentielle des PRS sur la satisfaction professionnelle, l'impact direct du climat organisationnel et des ses dimensions composites sur cette variable résultat a été estimé en considérant l'influence potentielle des variables de contrôle. Les coefficients de corrélations multiples sont significativement différents de zéro à la fin des deux étapes de l'équation incluant le climat organisationnel global, comme de celles de ses cinq dimensions. Après la deuxième étape de l'équation incluant les variables de contrôle et le climat global, $R = 0,71$; $F(7, 278) = 40,00$; $p < 0,001$. Dans cette équation, la contribution de l'ensemble des variables de contrôle est significative ($\Delta F(6, 279) = 11,58$; $p < 0,001$) et explique 20 % (18 % ajusté) de la variance de la satisfaction professionnelle (Tableau XXXI). L'examen de la contribution de chacune des variables de contrôle nous apprend que seuls l'état de conscience des patients et le fait d'exercer dans les unités de psychiatrie n'expliquent pas significativement la satisfaction professionnelle. En effet, le nombre d'années de service à l'hôpital, de même que l'appartenance aux unités de médecine, de chirurgie et de l'équipe volante entretiennent un lien négatif et significatif avec la satisfaction professionnelle, expliquant chacun de 1 à 2 %

de sa variance (Tableau XXXII). L'ajout du bloc 2 incluant le climat organisationnel global augmente de beaucoup le caractère significatif de la prédiction ($\Delta F(1, 278) = 168,73$; $p < 0,001$) et explique 50 % (49 % ajusté) de la variance de la satisfaction professionnelle. Ainsi, le climat global permet d'expliquer à lui seul 30 % de la variance de la satisfaction professionnelle, lorsqu'on tient compte des variables de contrôle. Le lien significatif et positif qu'il entretient avec cette variable résultat suggère que, lorsque le climat organisationnel global est perçu positivement, la satisfaction professionnelle augmente. En outre, la reproduction des équations de régression avec les cinq dimensions du climat organisationnel indique que chacune entretient aussi des liens significatifs et positifs avec la satisfaction professionnelle, en plus d'expliquer sa variance au-delà de l'influence des variables de contrôle à un niveau de signification de $p < 0,001$.

Tableau XXXI

Analyse des effets du climat organisationnel (global et dimensions composites) sur la satisfaction professionnelle en considérant les variables de contrôle à l'aide de régressions hiérarchiques

Variable	R ²	R ^{2c}	ΔR^2	<i>dl</i>	ΔF
Variable dépendante : Satisfaction professionnelle					
Bloc 1					
Variables de contrôle	0,20	0,18	0,20	6, 279	11,58***
Bloc 2					
Climat Global	0,50	0,49	0,30	1, 278	168,73***
Bloc 2a					
Climat - Tâche	0,29	0,27	0,09	1, 277	35,82***
Bloc 2b					
Climat - Rôle	0,50	0,49	0,30	1, 277	165,60***
Bloc 2c					
Climat – Supérieur	0,37	0,35	0,17	1, 277	75,01***
Bloc 2d					
Climat - Équipe	0,33	0,32	0,13	1, 278	55,00***
Bloc 2e					
Climat - Organisation	0,37	0,37	0,19	1, 278	84,48***

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Tableau XXXII
Contribution des variables de contrôle et du climat organisationnel (dimensions individuellement) à l'explication de la satisfaction professionnelle

Variables	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β	Sr^2	<i>t</i>
Variable dépendante : Satisfaction professionnelle					
Constante	1,20	0,17			7,07
Années de service hôpital	-0,01	0,00	-0,10	0,01	-2,18*
U - Médecine	-0,23	0,08	-0,15	0,02	-2,95**
U - Chirurgie	-0,24	0,08	-0,16	0,02	-3,03**
U - Équipe volante	-0,20	0,09	-0,11	0,01	-2,23*
U - Psychiatrie	0,09	0,10	0,05	0,00	0,94
Conscients vs % d'inconscients	0,11	0,06	0,09	0,01	1,88
Climat global	0,68	0,05	0,61	0,30	12,99***
Climat - Tâche	0,39	0,06	0,31	0,09	5,99***
Climat - Rôle	0,59	0,05	0,62	0,30	12,86***
Climat - Supérieur	0,31	0,04	0,44	0,17	8,66***
Climat - Équipe	0,28	0,04	0,39	0,13	7,42***
Climat - Organisation	0,41	0,04	0,49	0,19	9,19***

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

De manière individuelle, les caractéristiques du rôle expliquent 30% de la variance de la satisfaction professionnelle, celles de l'organisation expliquent 19%, celles du supérieur 17%, celles de l'équipe 13% et enfin les caractéristiques de la tâche expliquent à elles seules 9%. Ainsi, chacune des dimensions du climat prise individuellement, comme le climat organisationnel à titre de concept molaire, explique en partie la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes au-delà de l'influence des variables de contrôle, ce qui confirme l'hypothèse 4 en totalité. Il est à remarquer que, comme pour les PRS actuelles et l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, la perception du rôle est la dimension explicative qui obtient la plus forte contribution (Tableau XXXI et XXXII).

4.2.5.3 Influence ajoutée des PRS actuelles sur la satisfaction

H5 Au-delà de l'impact du climat organisationnel global, les PRS actuelles ont une influence positive sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.

À la lumière du modèle de Duffy et Hoskins (2003), il est non seulement souhaité de connaître l'impact direct du climat organisationnel sur la satisfaction professionnelle, mais aussi et surtout l'influence des PRS actuelles sur cette satisfaction, considérant

l'impact du climat et des variables de contrôle. Les coefficients de corrélation sont significativement différents de zéro à la fin de chaque étape de régression. À la fin de la troisième étape, incluant les variables de contrôle, le climat organisationnel global et les PRS actuelles, $R = 0,76$; $F(8, 274) = 46,01$; $p < 0,001$. Comme l'indique le Tableau XXXIII, les variables de contrôle expliquent ensemble 20 % de la variance de la satisfaction professionnelle. De ces variables, seuls l'appartenance aux unités de psychiatrie et l'état de conscience des patients ne sont pas significativement en lien avec la satisfaction professionnelle (Tableau XXXIV). Les autres variables de contrôle entretiennent avec la satisfaction professionnelle des liens significatifs et négatifs, expliquant de 1 à 2 % de sa variance. Alors que le climat global explique 30 % de la variance de la satisfaction professionnelle au-delà de l'explication fournie par le bloc des variables de contrôle (20 %), les PRS actuelles ajoutent, pour leur part, 7 % à l'explication fournie par les deux premiers blocs. Ainsi, tel que le préconise l'hypothèse 5, la fréquence des PRS contribue bel et bien à la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes et ce, au-delà de l'influence que peut avoir sur elle la perception du climat, lorsque l'on considère les variables de contrôle.

Tableau XXXIII
Analyse des effets du climat organisationnel et des PRS actuelles sur la satisfaction professionnelle en considérant les variables de contrôle à l'aide de régressions hiérarchiques

Variables	R^2	R^{2c}	ΔR^2	dl	ΔF
Variable dépendante : Satisfaction professionnelle					
Bloc 1					
Variables de contrôle	0,20	0,18	0,20	6, 276	11,60***
Bloc 2					
Climat Global	0,50	0,49	0,30	1, 275	164,65***
Bloc 3					
PRS actuelles	0,57	0,56	0,07	1, 274	46,76***

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

Tableau XXXIV
Contribution des variables de contrôle, du climat organisationnel et des PRS actuelles à l'explication de la satisfaction professionnelle

Variables	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β	Sr^2	<i>t</i>
Variable dépendante : Satisfaction professionnelle					
Constante	0,61	0,18			3,36**
Années de service hôpital	-0,01	0,00	-0,11	0,01	-2,81**
U - Médecine	-0,24	0,07	-0,16	0,02	-3,412**
U - Chirurgie	-0,28	0,07	-0,19	0,02	-3,86***
U - Équipe volante	-0,25	0,08	-0,14	0,01	-3,04**
U - Psychiatrie	-0,05	0,09	-0,03	0,00	-0,56
Conscients vs % d'inconscients	0,11	0,06	0,09	0,01	1,95
Climat global	0,54	0,05	0,49	0,17	10,39***
PRS actuelles	0,30	0,04	0,31	0,07	6,84***

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

4.2.5.4 Influence ajoutée de l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles sur la satisfaction professionnelle

H6 Au-delà de l'impact du climat organisationnel global, l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles a une influence négative sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes.

Tel que pris en compte dans l'adaptation du modèle de Duffy et Hoskin (2003), l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles représente à la fois l'intention et l'action qui s'inscrivent dans une perspective globale du processus infirmier (Kim, 2000). Il est possible de constater, qu'à l'instar de l'équation incluant les PRS actuelles, les coefficients de corrélation sont significativement différents de zéro à la fin de chaque étape de l'équation de régression incluant l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles. À la fin de la troisième étape, incluant toutes les variables de cette équation, $R = 0,77$, $F(8, 270) = 48,25$, $p < 0,001$.

À la différence de l'équation incluant les PRS actuelles, l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles fait diminuer la satisfaction professionnelle, plutôt que de contribuer à son augmentation ($B = -0,28$). Au-delà de l'explication fournie par les variables de contrôle (20 %) et la perception du climat organisationnel global (31%), l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles explique à lui seul 8 % de la variance de la

satisfaction professionnelle des infirmières soignantes (Tableaux XXXV et XXXVI). Ces données en font la variable explicative la plus importante ($\beta = -0,30$) de cette équation après le climat organisationnel global ($\beta = 0,52$), confirmant ainsi l'hypothèse six.

Tableau XXXV

Analyse des effets du climat organisationnel et de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles sur la satisfaction professionnelle en considérant les variables de contrôle à l'aide de régressions hiérarchiques

Variables	R ²	R ^{2c}	ΔR^2	<i>dl</i>	ΔF
Variable dépendante : Satisfaction professionnelle					
Bloc 1					
Variables de contrôle	0,20	0,19	0,20	6, 272	11,59***
Bloc 2					
Climat Global	0,51	0,50	0,31	1, 271	171,74***
Bloc 3					
Écart PRS	0,59	0,58	0,08	1, 270	49,77***

*p < 0.05. **p < 0.01. ***p < 0.001

Tableau XXXVI

Contribution des variables de contrôle, du climat organisationnel et de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles à l'explication de la satisfaction professionnelle

Variables	<i>B</i>	<i>ES B</i>	β	Sr ²	<i>t</i>	
Variable dépendante : Satisfaction professionnelle						
Constante	1,73	0,18			9,83***	
Années de service hôpital	-0,01	0,00	-0,11	0,01	-2,71**	
U - Médecine	-0,21	0,07	-0,14	0,01	-3,04**	
U - Chirurgie	-0,30	0,07	-0,20	0,03	-4,07***	
U - Équipe volante	-0,25	0,08	-0,13	0,01	-3,02**	
U - Psychiatrie	-0,01	0,09	-0,01	0,00	-0,12	
Conscients vs d'inconscients	%	0,10	0,06	0,08	0,00	1,79
Climat global	0,58	0,05	0,52	0,20	11,52***	
Écart PRS	-0,28	0,04	-0,30	0,08	-7,06***	

*p < 0.05. **p < 0.01. ***p < 0.001

4.2.5.5 Sommaire des résultats aux analyses de régression hiérarchique

Ces résultats permettent d'attester la confirmation partielle de H1 et H3 et la confirmation entière des autres hypothèses (H₂, H₄, H₅ et H₆). Ainsi, nous retenons qu'après avoir tenu compte des variables de contrôle (nombre d'années de service à

l'hôpital, unités d'appartenance, état de conscience des patients), le climat organisationnel global n'a pas d'impact sur les PRS privilégiées, alors que la dimension tâche en explique 5 %. Toutefois, au-delà de l'influence des variables de contrôle, le climat organisationnel global et ses dimensions composites expliquent significativement les PRS actuelles, l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles (sauf la tâche qui n'avait pas de lien préalable avec cette variable). De même, le climat organisationnel global et ses dimensions composites expliquent significativement la satisfaction professionnelle dans des proportions allant de 4 % à 30 % et au-delà de l'influence des variables de contrôle. Des cinq dimensions du climat organisationnel étudiées individuellement, les caractéristiques du rôle qui renvoient à la perception de la clarté des responsabilités, de la légitimité des règles qui orientent le travail de chacun et de l'équilibre de la charge de travail, seraient la dimension qui explique le mieux les PRS actuelles (9 %), l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles (9 %), de même que la satisfaction professionnelle (30 %). La perception du supérieur et celle de l'organisation contribueraient aussi de manière plus marquée aux PRS actuelles et à la satisfaction professionnelle. Les résultats confirment aussi que les PRS actuelles, comme l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, expliquent respectivement 7 % et 8 % de la satisfaction professionnelle, au-delà de l'importante influence que le climat organisationnel (30 % et 31 %) a sur elle, lorsqu'on tient compte des variables de contrôle. Ces résultats vont dans le sens du modèle de Duffy et Hoskins (2003) et de l'adaptation qui en a été faite pour considérer non seulement l'impact du climat sur l'agir (PRS actuelles) de l'infirmière, mais aussi sur son intention d'agir (PRS privilégiées) et sur les deux à la fois (écart PRS), afin d'illustrer la globalité du processus de *caring* (Kim, 2000).

Ces résultats sont les premiers à quantifier la force de l'impact du climat organisationnel global et des ses dimensions composites sur les PRS de l'infirmière. Ils nous éclairent aussi sur l'apport du processus infirmier relationnel (PRS actuelles et Écart PRS) à la satisfaction professionnelle de l'infirmière, au-delà de l'impact du climat organisationnel et des variables de contrôle considérées (socioprofessionnelles, état de conscience du patient). De plus, ils soutiennent l'idée que, peu importe la perception que l'infirmière a de son environnement de travail, elle a tendance à accorder une forte importance aux PRS. L'articulation des trois facettes des PRS (privilégiées, actuelles et écart entre privilégiées et actuelles) indépendantes de l'infirmière gagne toutefois à être

développée à la lumière des PRS dites collaboratives qu'elle partage avec le personnel auxiliaire et les autres professionnels. Pour ce faire, la perspective des différents acteurs qui collaborent ou influencent directement les PRS des infirmières soignantes sera plus que pertinente pour approfondir l'impact du climat sur les PRS, comme sur la satisfaction professionnelle que l'infirmière retire de son travail au quotidien. Aussi, bien que des mesures de contrôle aient été prises dans les analyses quantitatives, les différences significatives observées entre les Pavillons et/ou unités de soins en termes de perception du climat, de réalisation des PRS privilégiées ou de satisfaction professionnelle gagnent à être étayées à la lumière des particularités du contexte organisationnel et du regard de différents acteurs. Tels sont les éléments explicatifs complémentaires qui sont attendus des analyses qualitatives et qui ont pour but de permettre de mieux expliquer l'impact du climat organisationnel et de ses dimensions composites sur les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières.

4.3 Résultats de la section qualitative

Le volet quantitatif de cette recherche a permis, d'une part, de mettre en évidence la force de l'impact du climat organisationnel tant sur les PRS (PRS) que la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes et, d'autre part, de démontrer le rôle joué par les PRS dans cette satisfaction. Ce volet qualitatif vise à mieux comprendre et expliquer comment le climat agit sur les PRS et la satisfaction professionnelle, en se situant dans la perspective de différents acteurs organisationnels. La démarche suivie est celle d'une étude de cas unique avec niveaux d'analyses imbriqués (organisation/pavillons, unités (trois), acteurs). L'information recueillie à partir d'entrevues auprès des 15 acteurs participants (Tableau XXXVII), de commentaires issus des questionnaires adressés à l'ensemble des infirmières de l'organisation et de différentes sources documentaires, a permis de faire ressortir certaines particularités contextuelles qui imprègnent la perception globale du climat organisationnel et de dégager quatre propositions qui permettent d'expliquer son impact et celui de ses dimensions composites sur la réalisation des PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes en milieu hospitalier.

Tableau XXXVII
Pseudonymes et distribution des participants

Chefs d'unités		Infirmières conseillères	
Chef d'unité A	Sylvie	Conseillère A	Bulle
Chef d'unité B	Catherine	Conseillère B	Sophie
Assistante infirmière chef (ASI)		Unité de psychiatrie	
AIC A	Marie-France	Infirmier (ère) (jour)	Michel
AIC B	Cloé	Infirmier (ère) (soir)	Johanne
		PAB (jour)	Benoît
Unité de chirurgie		Unité de médecine	
Infirmier (ère) (jour)	Diane	Infirmier (ère) (jour)	Nany
Inf. auxiliaire (jour)	Alexandra	Inf. auxiliaire (soir)	Martha
PAB (soir)	Mario	PAB (jour)	Brigitte

Les 15 informateurs qui ont été interviewés dans le cadre de ce volet qualitatif de l'étude répondent aux critères d'admissibilité définis dans la méthode de recherche et la majorité d'entre eux possèdent une longue expérience dans leur domaine de pratique au sein de l'hôpital à l'étude. Pour préserver l'anonymat et le lien de confiance avec l'investigatrice, aucun questionnaire socioprofessionnel n'a été administré. Un pseudonyme a été choisi par chacun des 15 participants et le tableau XXXVII présente leur distribution en termes d'appartenance à une unité de soins et/ou à un titre d'emploi, de même qu'à un quart de travail. Conformément à la volonté de préserver l'anonymat, les *verbatim* ne sont associés à un acteur que si c'est nécessaire à la compréhension des propos rapportés.

4.3.1 Particularités contextuelles qui façonnent le climat organisationnel

Dans la perspective des répondants, le climat organisationnel est façonné par un ensemble d'éléments contextuels qui imprègnent leurs activités et qui circonscrivent le cadre dans lequel les infirmières peuvent exercer leurs PRS et ressentir une certaine satisfaction professionnelle. La mise en relief de ces particularités contextuelles objectives permet certains rapprochements avec la réalité subjective que traduit le climat organisationnel global et les dimensions qui le composent.

L'entité organisationnelle qui fait l'objet de la présente étude de cas est constituée de deux pavillons dont les infrastructures physiques sont disposées sur des sites distincts. Le Pavillon A compte 465 lits dédiés aux soins physiques, alors que le B n'en compte que

89 dédiés aux soins psychiatriques. En 1995, le Pavillon B a instauré un dispositif de soins par programme, alors que le Pavillon A continue de fonctionner selon une division fondée sur les spécialités médicales. Les deux pavillons sont toutefois soumis à un même leadership, s'appuyant sur huit directions qui répondent à un seul conseil d'administration. Avant leur fusion en 1973, chacun de ces pavillons a eu une existence propre avec ses réussites, ses spécialités et son histoire. Ces éléments ont particulièrement marqué l'appartenance institutionnelle des infirmières et membres du personnel du Pavillon B, qui se reconnaissent comme une « famille », bien que les deux pavillons relèvent aujourd'hui d'une seule et unique structure organisationnelle :

« Bien sûr que le rôle de l'infirmière et les fonctions de l'infirmière sont les mêmes pour toutes les infirmières qui œuvrent à l'hôpital [X], mais notre clientèle est différente avec des différents besoins, avec des organisations du travail tellement différentes qu'on ne peut pas se comparer. On ne peut pas penser qu'il y a une complète intégration malgré la bonne volonté de nos autorités de faire en sorte qu'on soit intégré. Mais je pense qu'il y a une réalité qui est là. C'est pas possible. Même les milieux physiques sont différents. C'est une petite famille le pavillon [B], tout le monde se connaît, tout le monde qui se croise dans les corridors, se connaît, se salue. Comparativement au pavillon [A] où le nombre est tellement important que c'est tellement impersonnel que c'est toute une autre pensée! Toute une autre dynamique. » (Acteur Pavillon B)

À ces caractéristiques spécifiques liées aux infrastructures et à l'historique des deux pavillons de ce centre hospitalier affilié universitaire, s'ajoutent d'autres éléments contextuels qui sont détaillés en annexe XI pour chacune des unités de soins sélectionnées et qui incluent :

- **La disponibilité de personnel infirmier.** Les unités de soins du Pavillon A sont confrontées à un fréquent manque d'effectifs alors que le personnel disponible au Pavillon B correspond habituellement à la composition prévue par la structure de postes, exception faite de certaines périodes occasionnelles (ex : vacances estivales, absences-maladie spontanées, etc.). À l'unité de médecine au pavillon A, plusieurs informateurs relevaient ainsi qu'ils doivent régulièrement faire face à un déficit de un à trois infirmières par rapport à la structure de postes prévue pour les différents quarts

de travail. Il a été souligné au niveau de l'unité de chirurgie que le personnel manquant n'est souvent pas remplacé et qu'il y a parfois substitution d'un titre d'emploi par un autre. Une infirmière auxiliaire explique ainsi que : «On a même vu un moment donné, pas d'infirmière, ni d'infirmière auxiliaire, une infirmière auxiliaire dans l'autre équipe avec son PAB, pis une infirmière auxiliaire en surplus». Ainsi ce déficit d'effectifs infirmiers plus marqué au pavillon A se traduit par une difficulté plus grande à respecter la structure de postes, le recours plus grand à des infirmières d'agences et des équipes volantes, une instabilité des équipes soignantes et la substitution occasionnelle d'un titre d'emploi par un autre, autant d'éléments qui contribuent à marquer la perception que les infirmières ont de leur climat de travail.

- **La composition du personnel infirmier (catégories d'emploi et niveaux de formation).** Les données recueillies montrent bien que les structures de poste prévues au niveau des unités de soins (annexe XI) reflètent des combinaisons différentes de catégories d'emplois. Soulignons la présence d'infirmières auxiliaires aux unités de médecine/ chirurgie et des postes distincts pour les infirmières de formation collégiale et universitaire dans les unités de psychiatrie. Les informateurs clés consultés s'accordent pour reconnaître qu'en psychiatrie, la distinction entre les rôles et fonctions des infirmières de formation collégiale et celles de formation universitaire est systématiquement appliquée et le ratio infirmière/patient est ajusté de manière à laisser à l'infirmière le temps nécessaire pour assumer les diverses fonctions relevant de cette distinction:

« Quand tu es infirmière bachelière, tu fais l'enseignement, tu prends des étudiantes, tu peux travailler dans l'administration, donc pour l'infirmière bachelière c'est différent les rôles. C'est bien clair pour tout le monde, ça pousse beaucoup de filles à aller faire leurs études pour être infirmière bachelière. »
(Infirmière – U. Psychiatrie)

Par contre, dans les unités du Pavillon A, non seulement les infirmières de formation universitaire sont plus limitées faute de postes soignants qui leur sont réservés, mais celles qui y travaillent ne semblent que rarement se prévaloir des fonctions distinctives qui leur sont assignées dans les documents qui ont été utilisés dans les

dernières réorganisations du travail. Une infirmière auxiliaire relève même : « C'est pas au niveau des fonctions, parce que en tant que tel on travaille avec ces gens là [infirmières bachelières], en fait, moi je vois pas de différence. Parce qu'elle fait exactement ce que la technicienne fait sur le plancher, fait que des fois je sais même pas que je travaille avec une bachelière».

- **L'organisation des soins.** Les modèles d'organisation des soins diffèrent d'une unité à l'autre en fonction des besoins de la clientèle et des structures de postes établies. Aux unités de médecine et de chirurgie ce sont les soins modulaires ou en équipe qui sont préconisés, alors qu'à l'unité de psychiatrie ce sont les soins globaux. Dans le premier cas, l'organisation des soins est orientée vers un partage des tâches entre les soignants et l'infirmière est responsable de la coordination de l'équipe ou du module. Dans le second cas, l'infirmière est responsable d'assurer l'ensemble des soins à l'endroit du patient/famille et le PAB offre, sous sa supervision, un soutien à la prestation des soins. Pendant les quarts de jour et de soir, les infirmières des unités de médecine et de chirurgie ont de deux à six patients de plus sous leur responsabilité que celles qui exercent à l'unité de psychiatrie. Pendant le quart de nuit, ce sont les infirmières de l'unité de psychiatrie qui comptent le ratio le plus élevé, avec 14 patients à leur charge et des responsabilités d'AIC.

- **Les outils de travail (notes et outils de suivi infirmier).** Les types de notes et d'outils de suivi infirmiers privilégiés diffèrent aussi d'une unité à l'autre. Comme c'est le cas dans la majorité des unités du Pavillon A, un modèle de notes de soins infirmiers abrégés est privilégié dans les unités de médecine et de chirurgie, alors qu'en psychiatrie les notes sont rédigées de manière intégrale. À l'unité de psychiatrie, un outil de collecte de données désigné sous l'appellation de *Plan d'interventions interdisciplinaire* (PII) est complété par l'infirmière de jour et sert au suivi multidisciplinaire de l'épisode de soins. L'infirmière de soir complète un *Profil de santé* qui sert à la planification des soins infirmiers. S'inspirant de la philosophie de soins infirmiers en vigueur à l'hôpital, cet outil vise à s'appuyer sur la signification de l'expérience vécue par la personne/famille pour soutenir la supervision et la coordination des soins infirmiers. Du côté des unités de médecine et

de chirurgie, le *Profil de santé* fait aussi partie des outils de collecte de données à compléter depuis septembre 2004. Son implantation apparaît toutefois plus complexe et rares sont les infirmières du Pavillon A qui reconnaissent la pertinence des données qu'il contient pour orienter la planification des soins infirmiers. En réalité, il est rarement complété faute de temps ou d'intérêt, comme en témoigne une AIC :

« Au début il y avait des cotations, c'est toujours un outil de travail puis les gens savent comment il est le fun mais, en tout cas je ne sais pas si c'est parce qu'on n'y met pas le temps ou qu'on l'a pas le temps, un moment donné on l'sait pu. Mais non il n'est pas fait».

Ces particularités contextuelles semblent se traduire par une perception globale du climat organisationnel qui est moins positive au Pavillon A qu'elle ne l'est au Pavillon B. Bien que fusionnés en une seule et même entité organisationnelle, l'histoire institutionnelle des deux pavillons et leur déploiement sur des sites distincts semblent se traduire par une perception différente de l'ambiance de travail immédiate. Les différences observées par rapport à la disponibilité des effectifs infirmiers, à la composition du personnel, à l'organisation des soins et aux outils de travail semblent, dans plusieurs cas, refléter des difficultés plus marquées au Pavillon A et une différenciation de la perception globale du climat en fonction des unités et pavillons qui composent l'organisation. Alors que plusieurs soulignent les aspects négatifs qui révèlent un climat difficile au Pavillon A (ex. : intensité de la charge de travail ; conflits/ambiguïté de rôle ; manque de stabilité des équipes), cet acteur résume différents éléments qui conduisent les gens à percevoir le climat comme étant agréable au Pavillon B :

« Pourquoi je dis ça, comment ça se manifeste, par l'accueil du personnel, quand tu arrives sur les unités de soins tu es bien accueilli, par les critiques positives qui sont faites par les familles des patients, par les stagiaires, alors et tous s'entendent à dire que le climat est agréable, accueillant et selon les attentes, qu'il répond très bien aux attentes des gens qui y travaillent. »
(Acteur – Pavillon B)

Une analyse plus fine indique toutefois que cette perception globale du climat n'est pas également répartie entre toutes les dimensions composites. Certaines dimensions

peuvent en effet être perçues plus positivement (caractéristiques de l'équipe et du supérieur) ou plus négativement (caractéristiques de l'organisation), indépendamment de la perception globale du climat qui semble prédominer à un pavillon ou l'autre.

Les caractéristiques du rôle ont émergé comme étant la dimension du climat qui est la plus sensible aux difficultés associées aux facteurs contextuels qui distinguent les pavillons et unités de soins. On remarque aussi que la perception négative du climat est associée au premier chef aux déséquilibres dans la charge de travail. Le manque de personnel et l'instabilité des équipes soignantes conduisent, au Pavillon A, à de très fréquentes surcharges de travail qui sont en général mal vécues par le personnel, comme en témoigne cet acteur: « Le manque de personnel c'est beaucoup pour la satisfaction, parce que de la découle que s'il nous manque du monde bien tu as plus de tâches à faire». Bien que se manifestant plus régulièrement dans les unités de soins physiques, la surcharge de travail, quand elle survient en psychiatrie, lors des manques d'effectifs infirmiers occasionnels, se traduit par les mêmes perceptions :

« Il y a peu de temps l'atmosphère au sein de l'équipe était très satisfaisante. Mais avec le manque de personnel et le fait que l'on nous fait travailler sans combler les absences, le travail est de plus en plus exigeant ». (Questionnaire – Pavillon B)

La réticence de plusieurs infirmières du Pavillon A à utiliser certains outils infirmiers visant à assurer la supervision et la coordination des soins est aussi liée à la perception d'une charge de travail supplémentaire apportée par ces outils. Compléter de tels documents est compris par plusieurs acteurs soignants comme une charge de travail inutile qui nuit au temps que l'infirmière pourrait accorder aux soins directs aux patients/familles. Contrairement à la pertinence conférée à ces outils par les infirmières du Pavillon B, plusieurs au Pavillon A ne voient pas l'intérêt des informations qui s'y trouvent pour assurer le suivi et la coordination des soins, particulièrement en comparaison avec les notes des autres professionnels : « Hey, j'aime ben mieux regarder physio, ergo, orthophonie, comment y'est rendu mon patient, que savoir si y s'entend bien avec ses frères, ses sœurs pis sa cousine» (Infirmière – U. Chirurgie).

Par ailleurs, contrairement aux soins globaux de psychiatrie, les modèles d'organisation des soins par équipe ou par module qui prévalent dans plusieurs unités du Pavillon A sont perçus comme augmentant le nombre de patients dont l'infirmière est responsable, mais auprès desquels elle n'est pas toujours en mesure d'intervenir directement. Comme l'indique une AIC, cela accentue l'intensité de la charge de travail perçue, particulièrement lorsque la coordination des rôles et fonctions de chacun n'est pas optimale :

« Il y a beaucoup de choses qui sont laissées tombées, les patients ne sont pas levés, parce que sur 12 patients l'infirmière a vu pas tout, elle n'a pas le temps de tout voir, il faut qu'elle se fie sur son équipe. Si l'équipe n'est pas fonctionnelle, ben ça ne se fait pas ! Comme assistante des fois j'arrive prendre le rapport à Xh00, ton patient as-tu été levé ? Est-ce que vous l'avez fait marcher ? « Je ne le sais pas ». C'est elle l'infirmière mais elle ne le sait pas. Il faut que j'aille voir avec l'auxiliaire, « non, je ne le savais pas », ou « oui on l'a fait ». Mais t'sais je veux dire, je trouve que c'est pas comme avant, qu'on disait oui on a 6 patients, tout est fait, c'est bien. Là tu as 12 patients puis c'est comme tout garoché. » (Acteur – Pavillon A)

Ainsi, le déficit en effectifs infirmiers, l'instabilité des équipes soignantes, l'utilisation d'outils de travail dont les infirmières ne reconnaissent pas la pertinence réelle, les ratios élevés patient/infirmières associés aux modèles de soins modulaires et par équipe sont autant d'éléments qui contribuent à la fois à l'augmentation de la charge de travail perçue par les infirmières et à la perception d'un climat de travail défavorable.

Au regard des caractéristiques du rôle, cette perception défavorable du climat est aussi associée aux facteurs contextuels et aux situations qui apparaissent comme des sources d'ambiguïté ou de conflits dans les rôles infirmiers. L'introduction massive d'infirmières auxiliaires dans plusieurs des unités de soins du Pavillon A et la redéfinition des modèles d'organisation de soins visant à optimiser la contribution de chacun des soignants a contribué à complexifier le processus de distribution des rôles et fonctions entre les membres du personnel soignant. En dépit du renouvellement récent du cadre législatif avec l'application du projet de loi 90 et la mise à jour des documents organisationnels pour définir clairement la contribution de chaque groupe de personnel aux soins du

patient/famille, les conflits de rôles entre catégories d'emplois (infirmière, infirmière auxiliaire, PAB) demeurent omniprésents au Pavillon A, comme en témoigne une infirmière auxiliaire :

« Sauf que y'en a qui s'accaparent beaucoup de fonctions, puis l'infirmière auxiliaire quand qu'elle est jumelée à cette personne là, elle a l'impression de perdre son temps. Faque c'qu'a le droit de faire, elle lui permet pas de le faire. Y'a des erreurs, parce que y passent derrière nous autres, y'ont pas confiance, y vont agir en double, le patient va l'aspirer, y va faire sa trachéo à va venir faire les soins de trachéo. »
(Infirmière auxiliaire – U. Chirurgie).

Dans les unités de psychiatrie, rares sont les postes d'infirmières auxiliaires. Le défi visant à différencier les rôles et fonctions entre les PAB et les infirmières n'est donc pas de même nature et les efforts visant à mettre à profit la contribution distinctive de l'infirmière de formation universitaire auront plutôt permis de clarifier les rôles et fonctions.

Pour leur part, les caractéristiques de l'organisation ont émergé comme une dimension contribuant à une perception défavorable du climat dans l'ensemble des unités/pavillons. L'appréciation négative quasi unanime des caractéristiques de l'organisation semble non seulement refléter les difficultés associées aux facteurs contextuels susmentionnés, mais aussi l'exaspération des acteurs quant à la lenteur de la haute direction à apporter des solutions jugées appropriées à des problèmes chroniques qui minent leur environnement de travail. Les propos des acteurs consultés rendent compte d'une perception négative du soutien, de la justice et des changements organisationnels, peu important leur lieu ou leur unité d'appartenance. Le sentiment que l'organisation n'a pas de considération pour le bien-être et les opinions de ses employés revient souvent dans le discours des participants, comme dans celui des infirmières qui ont pris part à la portion quantitative de l'étude :

« Comme vous l'avez mentionné, ceci est un 2e sondage. Le premier avait suscité chez moi beaucoup d'espoir que l'organisation allait enfin prendre notre avis en considération. Mais comme cela n'a pas été le cas, principalement à cause des contraintes budgétaires, je doute que ce nouveau sondage donne

des résultats en regard de la prise en considération de nos besoins et de notre avis. » (Questionnaire – Pavillon A)

Différentes situations traduisant des décisions organisationnelles jugées injustes ont été rapportées, notamment en ce qui a trait à l'attribution de congés, à la gestion et aux coupures de personnel, ou au respect d'ententes particulières relatives à la continuité des soins, à l'attribution de remplacement aux employés ne détenant pas de poste, ou autres. Les solutions que l'organisation apporte quant aux problèmes rencontrés sont aussi largement critiquées, puisqu'elles ne semblent pas conduire aux résultats escomptés ou être menées à leur terme, faute de continuité dans le suivi des dossiers:

« Parce que, y'a beaucoup, beaucoup, beaucoup de gens, beaucoup de rotations de personnel, beaucoup de changements de têtes dirigeantes. Ce n'est jamais le même boss. Avec des visions différentes à chaque fois, donc c'est difficile». (Infirmière - U. chirurgie)

Notons que la direction des soins infirmiers a été assumée par cinq personnes au cours des cinq dernières années et on ne compte pas moins de 25 nominations de chefs d'unités au sein du Pavillon A, au cours de cette même période. Alors que la notion de changement organisationnel est omniprésente dans le discours des acteurs consultés, ces derniers semblent en même temps réticents à s'engager dans de nouveaux changements pour lesquels la continuité ne saurait être assurée.

Les caractéristiques de l'équipe ont émergé comme une autre dimension contribuant à la perception du climat. À la différence des deux dimensions précédentes qui donnent lieu à une perception plus négative, reflétant en partie certains facteurs contextuels, les caractéristiques de l'équipe donnent lieu à une perception plus nuancée. Bien que les facteurs contextuels susmentionnés aient été associés à certains dysfonctionnements de l'équipe, cette dernière n'est pas toujours perçue négativement pour autant. Il arrive ainsi que ces difficultés au niveau de la disponibilité des effectifs infirmiers, renforcent la nécessité de la collaboration et du maintien de saines relations entre pairs pour pallier à l'intensité de la charge de travail à laquelle conduit ces aspects contextuels délétères :

« C'est qu'on n'a plus de tâches. Ça nous déborde, ça nous dépasse par-dessus les oreilles. Même je veux dire, on en a trop. Ça fait que... on a beaucoup, beaucoup de choses d'ajoutées puis... on en fait beaucoup, tsé. Il faut absolument qu'on se donne la main je pense. Si on ne se donne pas la main là... c'est pénible. » (Acteur – Pavillon A)

En contrepartie, même dans les situations comme en psychiatrie où ces facteurs contextuels défavorables sont moins aigus et chroniques, cela n'exclut pas totalement les possibilités de conflits ou de bris de collaboration entre soignants :

« Et puis au niveau du travail que nous faisons nous autres il y a beaucoup de relations d'aide, et ce que je trouve des fois difficile c'est que nous nous offrons notre aide au patient, mais on en trouve pas forcément auprès des collègues. Ça veut dire, c'est plus les critiques, les bons coups sont quelque peu négligés... » (Acteur – Pavillon B)

On comprend alors que la perception des caractéristiques de l'équipe est en partie influencée par le contexte socio-organisationnel, mais qu'elle peut contribuer à surmonter les difficultés rencontrées, comme elle peut les accentuer, faute d'harmonie et/ou de collaboration entre pairs.

Une dernière dimension ayant émergé comme contribuant à la perception du climat a trait aux caractéristiques du supérieur. Au regard des données recueillies, cette dimension semble varier en fonction d'attentes spécifiques de la part des soignants, plutôt que des particularités contextuelles. On remarque toutefois que ces attentes correspondent à des attributs qui sont identifiés comme favorables à la création d'un bon climat. Les témoignages recueillis à cet égard auprès des infirmières ont ainsi donné écho à la confiance et au soutien qu'elles attendent de leur supérieur sur la base de son attitude et des gestes qu'il pose pour répondre à leurs préoccupations. L'arrivée d'une nouvelle infirmière-chef dans une unité de soins du Pavillon A a donné lieu à un témoignage éloquent de l'appréciation que les gens peuvent ressentir pour elle, malgré les difficultés contextuelles :

« Mais nous autres on a une nouvelle infirmière-chef puis on sent vraiment un support, le soutien est vraiment là. On voit qu'il y a des choses qui changent pour nous simplifier la tâche, ça on

le voit beaucoup ça fait que c'est le fun à ce niveau là pis elle est correcte avec le personnel aussi, alors c'est attachant quand tu es habitué que t'avais pas beaucoup de valorisation, on s'en donnait entre nous autres mais des fois c'est le fun même si on n'en a pas toujours de besoin, c'est le fun de l'avoir par le supérieur »
(Acteur – Pavillon A)

Ainsi, en dépit d'un contexte difficile où les supérieurs n'ont pas toujours une marge de manœuvre importante, la perception de leur soutien, de leur confiance et du suivi qu'ils offrent aux préoccupations qui leurs sont partagées apparaît aussi comme une composante importante de la perception que les infirmières ont de leur climat de travail.

À la lumière de cette analyse, il ressort que l'appréciation de la perception globale du climat organisationnel apparaît reposer surtout sur quatre de ses cinq dimensions composites. En effet, rares sont les propos qui ont porté sur les perceptions de l'autonomie, du défi et de l'importance de la contribution organisationnelle du travail infirmier qui sont sous-jacentes aux caractéristiques de la tâche. Cette dimension ne s'est donc pas révélée comme contribuant à la perception globale que les acteurs ont de leur environnement de travail. L'impression selon laquelle le climat organisationnel est plus agréable au Pavillon B qu'au Pavillon A semble toutefois résulter au premier chef de la charge de travail accrue et de l'ambiguïté de rôle qui prévalent dans ce dernier pavillon et qui reflètent certaines particularités contextuelles. Les caractéristiques de l'équipe, du supérieur et de l'organisation ne sont pas aussi fortement associées à ces différences contextuelles, mais contribuent aussi à la perception du climat organisationnel, que ce soit positivement et/ou négativement. Sur la base de cette analyse, les propositions qui suivent et qui visent à expliquer l'impact du climat organisationnel sur le façonnement des PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes en milieu hospitalier feront intervenir chacune de ces quatre dimensions en tenant compte de leur contribution à la définition globale du climat organisationnel.

4.3.2 Propositions expliquant l'impact du climat organisationnel

Cette section examine comment les acteurs expliquent l'impact du climat organisationnel sur les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes qui

exercer au sein de l'hôpital à l'étude. Elle est organisée autour de quatre propositions qui réfèrent à quatre ordres de facteurs permettant de mieux comprendre les mécanismes par lesquels le climat influence cette satisfaction et les PRS privilégiées que les infirmières réalisent de manière indépendante ou en collaboration avec d'autres soignants/professionnels. Ces facteurs sont : 1) l'intensité de la charge de travail perçue ; 2) l'approche d'équipe et la perception du rôle infirmier ; 3) la perception du supérieur et de l'organisation; 4) certaines caractéristiques propres aux patients/familles et à l'infirmière qui se sont révélées comme ayant un impact complémentaire à celui du climat organisationnel en contexte hospitalier.

4.3.2.1 La charge de travail : un facteur déterminant pour la réalisation des PRS privilégiées et la satisfaction professionnelle

Une **première proposition** qui a émergé de l'analyse est que la réalisation des PRS privilégiées par les infirmières est largement tributaire de l'intensité de la charge de travail et joue un rôle de premier plan dans leur satisfaction professionnelle.

Du point de vue des participants à l'étude, il y a unanimité quant au fait que les PRS sont importantes, voire « primordiales » pour l'infirmière soignante. Dans les discours des différents acteurs, les PRS représentent ce qui devrait constituer l'essence même des interventions infirmières. C'est avec conviction qu'un chef d'unité résume ainsi l'importance que les PRS de l'infirmière ont à ses yeux : « C'est essentiel, c'est le travail de l'infirmière! Si l'infirmière ne fait pas ça il faudrait qu'elle reste chez elle. ». Soutenant l'importance des PRS de l'infirmière en vertu de leurs effets sur le mieux-être des patients, une infirmière conseillère indique :

« Ben oui, c'est à la base de tout, ça te permet de calmer l'anxiété des gens, si tu es dans un lit d'hôpital pis tu ne sais pas ce qui va t'arriver et qu'il n'y a personne qui t'explique ou qui te rassure, ça fait monter l'anxiété, le patient va être plus à pic, c'est une roue qui tourne aussi les pratiques relationnelles » (Acteur – Pavillon A)

L'importance des PRS ressort aussi du discours des infirmières soignantes, infirmières auxiliaires et PAB, mais apparaît indissociable des multiples contraintes qui minent leur

réalisation. L'intensité de la charge de travail est perçue tant par les infirmières que les autres membres du personnel soignant comme l'une des composantes du climat qui affecte le plus la réalisation des PRS privilégiées. Dans les unités de médecine et de chirurgie, comme dans plusieurs autres unités du Pavillon A, la surcharge de travail associée entre autres à un personnel soignant en nombre insuffisant conduit les infirmières à prioriser certaines activités plus visibles au détriment des PRS. À l'unité de psychiatrie, le manque de personnel est plus occasionnel, mais la surcharge pour les infirmières en poste dans ces circonstances se traduit par la même perception:

« ... par exemple quand on rentre travailler et qu'il manque une infirmière, on est obligé de se taper plus de travail, peut-être 15 patients plutôt que huit, ou bien se taper tout seul, travailler la nuit toute seule avec des patients psychotiques, malades. Donc là ça devient moins gratifiant.» (Infirmière – U. Psychiatrie)

Ainsi, même si les PRS sont jugées essentielles, l'intensité de la charge de travail, liée au non respect de la structure prévue de postes dans un contexte de manque d'effectifs infirmiers, compromet la réalisation de ces PRS par les infirmières. Dans de telles circonstances, les infirmières sont souvent amenées à réaliser succinctement leurs PRS ou à les intercaler dans des tâches de nature technique qui servent alors de prétexte à l'interaction avec le patient/famille. Plusieurs répondants, dans les unités de soins du Pavillon A, ont ainsi souligné à quel point les PRS s'effectuent souvent de manière hâtive et à la marge d'autres tâches de nature technique exécutées par l'infirmière, comme l'explique une AIC :

« Moi je pense que c'est plus comme ça, ça été plus intégré à autres choses que vraiment juste faire ça [en faisant référence aux PRS de l'infirmière] comme il y a dix ou quinze ans. Je pense que la lourdeur des cas parce qu'en même temps t'as moins de personnel, t'as moins de soutien, mais ça demeure que les soins sont de plus en plus élevés » (AIC)

Comme conséquence de cet état de fait, les interactions avec le patient/famille sont relativement courtes, puisqu'elles sont associées à des tâches qui ne nécessitent pas toujours le développement d'une intimité (ex. : administration de médicaments intraveineux), comme l'exigent plusieurs des tâches qui sont maintenant dévolues aux

autres soignants (ex : alimentation, soins d'hygiène). Il faut toutefois reconnaître que, bien que ces interactions avec les patients/familles soient brèves, la majorité des infirmières les jugent importantes et en profitent pour créer un contact de qualité :

«Tu n'arrives pas en le piquant et en ressortant de la chambre...ça ne marche pas ça. Tu sais, c'est plus «je vais faire telle chose, je vais aller dans votre trachéo, ça va vous faire faire un haut le cœur peut-être » ou des choses comme cela. ». (Infirmière conseillère)

C'est donc dire qu'en dépit d'une surcharge de travail perçue, les infirmières demeurent généralement sensibles à l'humanisation des soins qu'elles offrent et plusieurs veillent à conjuguer leurs activités de nature technique et relationnelle pour maximiser le peu de temps dont elles disposent auprès du patient/famille. Toutefois, les activités étant habituellement priorisées en fonction de ce qui est visible, certaines infirmières de médecine et de chirurgie semblent avoir besoin de ce prétexte de nature technique pour justifier le fait qu'elles entrent en contact avec le patient/ famille. C'est comme si le fait de vouloir évaluer la condition de santé du patient, recueillir des informations sur ses ressources et ses préoccupations ou faire un enseignement pré-congé, ne constituaient pas des raisons suffisantes pour entrer en interaction avec le patient/famille, en dehors de raisons de nature technique. Sans une raison de nature technique, entrer en interaction avec les patients/familles est ainsi mal perçu par certaines infirmières qui ne se sentent pas justifiées d'aller vers eux, alors que l'intensité de la charge de travail appelle à prioriser d'autres activités plus visibles. Une infirmière conseillère souligne ainsi comment cette relégation des PRS au second plan des priorités, faute d'une charge de travail équilibrée qui permet d'accorder le temps nécessaire aux aspects relationnels des soins du patient/famille, peut parfois induire des situations de crise fort préoccupantes:

« Oui, je pense que oui, mais le temps manque des fois...s'asseoir avec une famille trente secondes pour leur dire ce qui arrive, ce qui va se passer, ça manque des fois. Les gens vont s'impliquer quand le feu prend...quand là, la famille pleure ou qu'ils sont au désespoir et qu'ils se mettent à gueuler comme des bons, là ils vont le voir, mais souvent ils n'iront pas en prévention.» (Infirmière conseillère)

La subordination des PRS aux tâches de nature technique est beaucoup moins ressentie dans l'unité de psychiatrie. Tous les acteurs répondants du Pavillon B ont d'ailleurs indiqué que les interventions auprès du patient/famille sont d'abord et avant tout de nature relationnelle et que la charge de travail est habituellement assez équilibrée pour favoriser la réalisation des PRS privilégiées. Il arrive toutefois que les routines associées aux activités de loisir contraignent la durée ou la réalisation des PRS de l'infirmière :

« Parce que pour arriver à faire quelques activités de relaxation on fait un peu de suivi psychotique, c'est très difficile de trouver où rentrer ça dans l'horaire. De jour c'est plus facile, mais de soir c'est très difficile [...] c'est les activités de loisirs qui empêchent à ce niveau là ». (Acteur – Pavillon B)

Ainsi, même si les infirmières de psychiatrie se sentent à l'aise et justifiées d'entrer en interaction avec le patient/famille, sans prétexte de nature technique, elles doivent parfois intercaler certaines interventions relationnelles à travers d'activités de loisir ou autres routines. On note, toutefois, qu'habituellement, lorsque le personnel est en nombre suffisant, l'équilibre de la charge de travail favorise la réalisation des PRS que privilégient les infirmières de psychiatrie.

En dépit des contraintes liées à la réalisation des PRS mentionnées ci-dessus, l'accomplissement de ces dernières constitue, de l'avis de l'ensemble des acteurs consultés, une source inestimable de satisfaction professionnelle. Dans l'ensemble des activités de l'infirmière, le contact avec le patient ressort en effet comme étant l'une de ses principales sources de valorisation « Mais moi je dis, c'est ça le travail de l'infirmière, c'est une relation avec le malade. C'est ça qui est plus valorisant » (Infirmière – U. Psychiatrie). Plusieurs des acteurs consultés ont souligné que les tiraillements auxquels les infirmières sont souvent soumises entre l'importance accordée aux PRS et la difficulté à les mettre en pratique est un élément qui mine leur satisfaction. Le fait de ne pouvoir être auprès du patient ou de ne pouvoir être témoin des résultats des interactions qu'elles ont avec lui, a été souvent évoqué comme une source importante de frustration pour l'infirmière :

« C'est pas satisfaisant comme je te disais tantôt, c'est pas intéressant parce que tu sais que c'est ton patient, t'es responsable,

mais tu ne l'as pas vu ! C'est pour ça qu'elles [infirmières] ne sont pas satisfaites, elles trouvent que le travail est mal fait parce qu'elles veulent bien aller les voir mais elles n'ont pas vraiment le temps d'y aller.» (AIC)

Il a été relevé que, trop souvent, des activités de toute nature et la « paperasse » l'emportent sur la présence auprès des patients/familles. Même dans les circonstances où elles n'ont d'autre choix que de répondre à des besoins relationnels imminents de leurs patients/familles, les infirmières, particulièrement dans les unités de médecine et de chirurgie, soulignent qu'elles n'ont pas toujours le temps d'intervenir aussi bien qu'elles auraient souhaité le faire:

« ...la personne qui pleure si elle vient d'apprendre un cancer, tu ne la bâcleras pas, mais tu y donneras peut-être pas autant de temps que t'aurais voulu non plus ». (AIC)

D'autres répondants ont souligné que, pour surmonter ces contraintes et maintenir les PRS à un niveau qui réponde aux meilleurs standards, les infirmières doivent empiéter dans le temps personnel dont elles disposent, en se privant de moments de pause/repas ou en prolongeant leur quart de travail, sans nécessairement obtenir une rémunération supplémentaire pour ce faire.

Toutes ces données indiquent que la charge de travail a émergé comme une composante du climat organisationnel qui est perçue par les infirmières comme ayant une influence déterminante sur leur capacité à réaliser les PRS. Dans un contexte de surcharge de travail, les infirmières doivent composer avec de nombreuses priorités et ne disposent pas du temps suffisant pour interagir avec le patient/famille. Même en se rassurant sur la continuité de services offerts par les autres membres du personnel soignant ou le quart de travail suivant, plusieurs infirmières demeurent amères de ne pouvoir elle-même offrir au patient/famille le soutien et la présence qu'elles jugent nécessaire. Au regard de l'importance accordée aux PRS par les infirmières, le sentiment de devoir reléguer ces dernières au second plan est ainsi vécu avec beaucoup de frustrations et occasionne une grande insatisfaction professionnelle. Dans ces circonstances, certaines infirmières vont se désinvestir à l'endroit de la réalisation des PRS qu'elles jugent importantes pour rencontrer

les standards de qualité, alors que d'autre vont s'y accrocher, en dépit d'une charge de travail accrue, au risque d'y investir leurs temps de pause et/ou de repas.

4.3.2.2 Approche d'équipe et rôle infirmier : deux aspects à considérer!

Les PRS de l'infirmière ont jusqu'ici été abordées sans distinction entre celles relevant d'une responsabilité autonome ou d'une responsabilité partagée avec les autres membres de l'équipe soignante immédiate et élargie (médecin et autres professionnels). La complexité de l'aspect relationnel du travail infirmier impose toutefois de tenir compte de cette distinction afin d'approfondir l'impact du climat organisationnel et de ses dimensions composites sur les PRS. En ce sens, la **deuxième proposition** suggère que certaines caractéristiques associées à l'équipe, spécifiquement l'harmonie et la collaboration, ont le potentiel de contribuer aux PRS dites indépendantes et collaboratives⁶ ainsi qu'à la satisfaction professionnelle des infirmières, alors que l'ambiguïté et les conflits de rôle entravent la réalisation de ces PRS et de la satisfaction. Trois constats se dégagent ainsi de l'analyse pour soutenir cette proposition :

- *L'harmonie et la collaboration entre soignants*

Le premier constat qui ressort de cette analyse est que l'harmonie entre les membres de l'équipe soignante est considérée comme un pré-requis à la fois pour une collaboration entre les membres de l'équipe soignante immédiate et une réalisation optimale des PRS dites indépendantes et collaboratives. Une AIC illustre d'ailleurs en ces mots jusqu'à quel point de saines relations entre pairs sont essentielles à la réalisation des PRS de chacun auprès des patients/familles :

« Si tout le monde est en chicane puis il n'a pas d'harmonie au poste, les patients vont se faire bardasser ou ben ils vont se faire répondre vite, puis bye, bonsoir, je m'en vais là ! Si ça va bien c'est cool c'est sûr que même les patients le sentent. » (AIC)

⁶ Selon le modèle de Duffy et Hoskins (2003) les PRS dites indépendantes facilitent les interventions spécifiques à la discipline en correspondant à ce que l'infirmière réalise de manière autonome et dont elle est uniquement responsable, alors que les PRS dites collaboratives sont réalisées en partenariat avec les autres professionnels et membres de l'équipe soignantes.

Les bonnes relations que les membres de l'équipe développent entre eux semblent aussi être importantes pour prendre plaisir au travail. Cette harmonie se manifeste, entre autres, par l'entraide, la confiance, le sentiment d'appartenance à l'endroit de l'équipe et un engagement commun à la réalisation d'une mission de soins à l'endroit du patient/famille. Une infirmière conseillère souligne, en ses mots, comment le niveau de confiance entre les membres de l'équipe soignante peut se refléter ou non dans des manifestations d'entraide et, conséquemment, influencer les soins aux patients et le plaisir que les gens ont à travailler ensemble:

« Oui, parce que quand tu as fini tes choses pis que c'est sécurisé dans ta section, des « Je peux t'aider », tu vas choisir la fille à qui tu vas dire cela, parce que tu sais que ça va être correcte avec elle. Mais si à chaque fois que tu aides quelqu'un elle te bitche, pis elle te plante un couteau dans le dos quand tu as le dos tourné, ben regarde là...tu vas le regarder courir. C'est là que tu vas voir une infirmière les bras croisée, pis l'autre qui court. » (Infirmière Conseillère)

D'autres répondants ont relevé différentes circonstances où l'harmonie peut être fragilisée et se refléter dans de plus grandes difficultés à collaborer et à réaliser des PRS indépendantes/collaboratives de qualité. Les rivalités entre les quarts de travail, les conflits de personnalité, la réintroduction massive des infirmières auxiliaires et l'intensité de la charge de travail sont notamment interprétés comme des sources de tension qui présentent un risque potentiel à l'harmonie entre les membres de l'équipe soignante des unités de médecine/chirurgie. Le suivi clinique qui doit être assuré lors des rotations entre les quarts de travail ou les routines qui doivent être effectuées à un moment ou l'autre de la journée, se sont révélés comme pouvant être à l'origine de différents malentendus qui minent l'harmonie nécessaire au suivi des PRS indépendantes et collaboratives. La difficulté à transiger avec certaines personnes qui présentent des traits de caractères nuisant à l'harmonie du groupe est aussi reconnue comme une limite à la collaboration et la réalisation des PRS collaboratives. Enfin, l'accentuation de la charge de travail, qu'elle soit ou non combinée à une adaptation difficile au partage des soins avec les infirmières auxiliaires, a été associée à des situations qui rendent difficile le développement de l'harmonie et d'une collaboration efficace. Comme en témoigne cet acteur, plusieurs sont à

l'affût de ce que l'autre devrait faire, plutôt que d'estimer ce qu'ensemble ils peuvent faire pour assurer des soins et des PRS collaboratives de qualité :

«Les gens d'une catégorie trouvent que l'autre en fait pas assez, jamais. Que ce soit d'une catégorie à l'autre, ils trouvent toujours que l'autre en fait pas assez » (Acteur Pavillon A).

La gestion de certaines interventions plus délicates en psychiatrie (ex : gestion de crise, suivi d'ententes auprès du patient/famille) a été identifiée comme une autre source de tension entre les membres de l'équipe. Un répondant du Pavillon B témoigne d'ailleurs en ces termes de la tension que certaines des interventions auprès du patient/famille peut occasionner, parmi les membres de l'équipe, lorsqu'elles ne sont pas gérées selon la convenance de tous et chacun :

« Oui, c'est ça et puis c'est une source de tension ça entre les PAB et les infirmières, assistantes infirmières et entre les infirmières elles-mêmes, «t'aurais pas dû dire cela, c'est cela qui l'a provoquée, t'aurais dû me parler avant d'intervenir parce que je le connais mieux que toi » ...c'est un milieu qui est propice à ça et puis c'est pour cela que ça prend plus, une manière d'exercer autrement, dans le sens de reconnaître un moment donné avec quels patients il faut que les gens se parlent. » (Acteur – Pav. B)

Les données recueillies suggèrent que le développement d'une relation harmonieuse prémonitoire d'une plus grande collaboration semble être favorisé dans les situations où il y a une plus grande stabilité dans les équipes et c'est plus souvent le cas en psychiatrie qu'au Pavillon A. En effet, les relations avec le personnel de remplacement auquel il est fréquent d'avoir recours au Pavillon A ne sont pas toujours très chaleureuses. S'il est vrai que les équipes volantes sont habituellement bien accueillies, il est loin d'en être de même avec le personnel d'agences de remplacement, dont la compétence est souvent remise en question par le personnel de base. L'harmonie est alors plus difficile à développer, puisqu'il y a une atteinte à l'esprit d'équipe qui se traduit par un manque de soutien, de confiance, de reconnaissance des habiletés d'autrui et, au bout du compte, de collaboration « Des fois avoir ça [personnel de l'agence] pis avoir personne, c'est à peu près pareil » (PAB – U. Médecine).

C'est donc dire que l'harmonie entre les membres de l'équipe s'avère jouer un rôle décisif dans la collaboration entre ces derniers. Ce climat d'harmonie est vécu par une majorité de répondants comme un contexte plus favorable à une plus grande satisfaction professionnelle. En effet, pour certaines infirmières, la camaraderie au travail constitue l'aspect le plus favorable au maintien de leur satisfaction professionnelle, malgré la perception négative qu'elles ont de l'organisation. Au-delà de l'intensité de la charge de travail, il y a donc place pour des petits moments de plaisir entre collègues qui sont essentiels au maintien de la satisfaction professionnelle. Une AIC souligne que les rapprochements qui se créent par les contacts quotidiens sont propices à l'établissement de relations enrichissantes dont les infirmières tirent une grande satisfaction :

« Les gens avec qui tu travailles ils te connaissent plus que ta famille souvent. Tu partages ton heure de repas avec eux autres, ils savent plus qu'est-ce qui se passe dans ta vie des fois que ta propre famille. » (AIC).

Ce qui ressort des données est qu'un climat d'harmonie et de collaboration crée aussi, au-delà de la satisfaction professionnelle, un contexte plus favorable à la réalisation des PRS indépendantes et collaboratives. Pour répondre à l'intensité de la charge de travail perçue, la collaboration entre les membres de l'équipe soignante apparaît aux yeux des répondants comme l'un des principaux moyens pouvant favoriser le maintien des PRS indépendantes de l'infirmière ou des PRS qu'elle partage avec les autres soignants « Écoute on [infirmière] peut pas aller voir un patient si on ne se sent pas épaulé par personne » (Infirmière – U. Médecine). Que ce soit entre les infirmières ou avec le personnel auxiliaire, toutes les formes d'organisation des soins préconisées exigent que les soignants coopèrent pour assurer la prestation et le suivi des soins infirmiers. La complémentarité des activités de l'ensemble des membres du personnel est ainsi perçue comme essentielle pour répondre aux besoins du patient/famille, « Des PAB, infirmières auxiliaires, infirmières, pour arriver justement à ce que le patient reçoivent des soins équitables, confortable, dans tous les aspects du patient » (Acteur – Pavillon A).

On remarque toutefois que l'actualisation de la collaboration peut aussi poser certains défis à la réalisation des PRS de l'infirmière. Dépendamment du mode

d'organisation des soins, la collaboration entre soignants requiert une mobilisation plus ou moins accrue de l'infirmière dans des fonctions de coordination et de supervision qui entrent alors parfois en concurrence avec les activités de suivi direct de ses patients. Il est à remarquer, qu'à l'unité de psychiatrie, où ce sont les soins globaux qui prévalent, l'infirmière assume directement les PRS qui permettent le suivi de l'évolution de la condition de santé des patients qui lui sont assignés. La perception de la collaboration qu'elle vit avec les autres infirmières et le PAB semble soutenir les PRS collaboratives de chacun sans nuire aux siennes, ni compromettre la réalisation de ses PRS indépendantes. Par contre, dans les unités de médecine et de chirurgie où les soins modulaires et par équipe sont préconisés, c'est souvent par l'intermédiaire du PAB et de l'infirmière auxiliaire que l'infirmière recueille les informations nécessaires au suivi clinique. La supervision et la coordination du personnel auxiliaire deviennent alors essentielles pour que l'infirmière puisse assumer l'ensemble des PRS qui relèvent de ses responsabilités, comme de celles qu'elle partage avec les autres membres de l'équipe soignante:

« Il faut que l'information vienne parce que tu es [en faisant référence aux infirmières soignantes] obligé de te fier sur d'autres gens pour faire ton travail dans le fond. C'est ça qui est frustrant un peu. Avant ça t'avait juste tes patients à toi, tu te fiais à toi. Là tu es obligé de te fier sur d'autres personnes pour faire tout ce qu'ils te demandent de faire. » (AIC)

La collaboration nécessaire au suivi clinique de l'infirmière dépend donc en partie de la perception qu'elle a des fonctions de supervision et de coordination intégrante à son rôle, puisqu'elle doit non seulement se fier à son équipe, mais aussi la guider quant aux informations à recueillir auprès du patient/famille par le biais de PRS collaboratives. Assumer de telles fonctions, en plus de l'administration de soins directs relevant notamment de ses PRS indépendantes, n'est pas toujours aisé et peut parfois être mis de côté, comme l'indique une AIC:

« Elles (infirmières) sont supposées superviser leur équipe, parce qu'ils travaillent tous avec une infirmière auxiliaire et un PAB, des fois deux infirmières auxiliaires, deux PAB. Sauf qu'il y a des infirmières qui le font, il y en a beaucoup qui ne le font pas, parce qu'elles trouvent qu'elles en ont déjà assez, elles ne veulent pas superviser tout ce monde là » (AIC)

Le fait que les outils infirmiers destinés à la coordination des soins (ex. : Profil de santé) soient rarement complétés dans les unités du Pavillon A, faute d'intérêt ou d'une charge de travail perçue comme étant équilibrée, suggère aussi qu'il soit difficile pour l'infirmière d'orienter explicitement les PRS collaboratives des membres de son équipe. La collaboration se fait alors davantage sur la base des échanges verbaux qu'elle a avec les membres de son équipe, sans que les objectifs de soins dont l'infirmière est responsable ne soient explicitement consignés au dossier pour en faciliter le suivi, via les PRS collaboratives de chacun.

En contrepartie, la qualité des PRS collaboratives du personnel auxiliaire, leur capacité à transmettre les informations qu'ils en retirent et à amener l'infirmière à en prendre régulièrement connaissance sont des conditions qui peuvent contribuer chez cette dernière à une perception positive de ses fonctions de supervision et de coordination et à favoriser la collaboration nécessaire au suivi infirmier. Ceci a été rapporté en ces termes par une AIC:

« Les infirmières ne chialent pas quand elles travaillent avec des auxiliaires qui sont performantes. « Ah ça va ben aujourd'hui ». Oui parce qu'elle t'apporte les informations que t'as pas, parce que t'as pas vu les patients, mais elle te les rapporte. « Viens voir telle affaire », l'infirmière a pas vu le patient, mais elle dit, « viens voir il a telle affaire », ça fait qu'elle va prendre le temps d'y aller. » (AIC)

Il ressort ainsi de cette analyse qu'un contexte d'harmonie et de collaboration permet de mieux répondre aux besoins des patients/familles par le biais des PRS indépendantes et collaboratives que l'infirmière partage avec les membres du personnel auxiliaire. Pour certaines infirmières du Pavillon A, les fonctions de supervision et de coordination qui s'imposent afin de maximiser la collaboration sont toutefois plus difficiles à assumer. Que ce soit faute de volonté ou d'une charge de travail équilibrée, il arrive aussi que la collaboration amène à compenser les PRS indépendantes et collaboratives de l'infirmière en ne maximisant que les informations recueillies par les PRS collaboratives des PAB et des infirmières auxiliaires, plutôt que d'encourager les interactions infirmières-patients.

- *L'ambiguïté et les conflits de rôle dans une responsabilité partagée*

Le second constat est que de nombreuses situations marquées par l'ambiguïté et des conflits de rôle entre les membres de l'équipe soignante entravent la réalisation des PRS indépendantes et collaboratives des infirmières, ainsi que leur satisfaction professionnelle. Dans l'ensemble de l'organisation, nombreux ont été les efforts de formation et de réorganisation du travail visant à clarifier les rôles et fonctions de chacune des catégories d'emploi, afin de répartir la charge de travail équitablement et de maximiser la contribution de chacun pour offrir des soins sécuritaires et de qualité. Cependant, du point de vue des acteurs consultés, les efforts ainsi investis au Pavillon A n'ont pas conduit aux résultats escomptés. Comme conséquence, les responsabilités, les connaissances et les habiletés impliquées dans la réalisation des PRS indépendantes relevant du rôle de l'infirmière sont encore loin d'être reconnues. Ces faibles résultats ont été associés au premier chef à la persistance d'ambiguïtés et de conflits de rôle dont l'impact sur la réalisation des PRS a été relevé à différents égards :

- Premièrement, les discours des répondants rendent compte d'une importante difficulté à imputer clairement les interventions de nature relationnelle au rôle de l'infirmière. Les PRS indépendantes de l'infirmière sont pour plusieurs associées à l'idée de « jaser avec le patient » et non à l'information qu'elle retire de la réalisation de ces PRS ou de celle qu'elle a été à même d'approfondir sur la base des connaissances qui l'ont guidée ;
- Deuxièmement, la réticence des infirmières du Pavillon A à assurer le suivi tant des PRS indépendantes que de celles qu'elles partagent avec les autres soignants en mettant à contribution les outils infirmiers prévus à cet effet (ex. : Profil de santé, notes d'observation de l'infirmière), entretient également cette ambiguïté et ces conflits de rôle. Le fait de ne pas assurer le suivi écrit des PRS indépendantes et collaboratives mine la reconnaissance des responsabilités et des connaissances infirmières associées à leur réalisation et laisse l'amère impression que n'importe quel intervenant pourrait les réaliser ;

- Troisièmement, la différenciation des rôles au Pavillon A est davantage associée à un ensemble de tâches définies administrativement par l'employeur et promues par les pairs, plutôt qu'à des fonctions qui reflètent les niveaux de formation et de compétences de chacun des membres de l'équipe. En catégorisant ainsi les tâches tout en faisant abstraction des types et niveaux de connaissances qui leur sont associés, l'ambiguïté de rôle s'accroît au détriment de la réalisation des PRS indépendantes de l'infirmière. Comme l'illustre les propos d'un acteur du Pavillon A, les tâches qui peuvent être effectuées par les autres soignants peuvent aussi l'être par l'infirmière, mais en faisant ces tâches, qui pourraient notamment correspondre à des PRS collaboratives, l'infirmière perd un temps précieux qui devrait être consacré à la poursuite des fonctions qui correspondent à ses connaissances et responsabilités spécifiques, comme c'est le cas des PRS indépendantes :

« C'est sûr, les tâches t'sais on en entend beaucoup parler. Bon il faut vraiment faire le travail qui est relié à notre tâche, c'est toujours un peu difficile autant chez le PAB, que chez l'auxiliaire, que chez l'infirmière de vraiment aller dans sa tâche. Alors chacun s'attend un peu à ce que l'autre en fasse et pense que la personne ne veut pas collaborer parce que, elle veut faire sa tâche, mais elle n'a pas le choix de déborder. Alors je pourrais dire que des fois les gens sont un peu frustrés, de dire, « bien pourquoi tu ne le ferais pas » bien oui, mais moi pendant que je fais pas ça, mon vrai travail ne se fait pas alors je trouve que c'est difficile » (Acteur – Pavillon A)

En raison de ces ambiguïtés/conflits de rôle et de l'intensité de la charge de travail, la contribution de l'infirmière aux PRS demeure souvent en deçà de celle des PAB et des infirmières auxiliaires dans les unités de médecine et chirurgie. S'il est vrai que les PRS collaboratives relèvent d'une responsabilité partagée entre les membres de l'équipe, l'infirmière semble être celle qui consacre le moins de temps aux PRS, qu'elles soient collaboratives ou indépendantes. Il arrive même que des PRS indépendantes de l'infirmière, c'est-à-dire celles qui relèvent de son unique responsabilité (ex. : évaluation du patient, approfondissement de l'enseignement clinique auprès du patient/famille) soient implicitement substituées par les PRS collaboratives des PAB et/ou des infirmières auxiliaires. À titre d'exemple, un PAB du Pavillon A reconnaît que par la fréquence de ses contacts avec le patient/famille, il en arrive à aller au-delà des fonctions qui relèvent de son

rôle, en leur donnant des informations que l'infirmière n'a pas le temps de dispenser et/ou d'approfondir avec eux :

« Donc, c'est sûr que, c'est pas juste de nettoyer et de donner à manger à un patient, c'est pas juste ça, ça va au-delà et c'est pour ça que ça me surprendrait pas un moment donné qu'y nous donnent d'autres fonctions de plus, parce que ça vient quasiment qu'un moment donné, c'est quasiment, c'est pas naturel, mais ça vient quasiment instantané. Oui, les patients reçoivent des informations, y'a des fois que y'ont [les infirmières] même pas le temps de tout le temps donner les informations requises. Y'a des fois qu'on [les PAB] le fait, indirectement. » (PAB – Pav. A)

De l'avis d'une AIC, comme de celui d'autres acteurs, la présence restreinte de l'infirmière auprès du patient/famille contribue beaucoup à ce type de substitution de rôle « On se rend compte que souvent les patients sont plus près des PAB ou des auxiliaires que l'infirmière parce qu'ils les ont vus bien davantage dans la journée. » (AIC). De plus, différentes PRS indépendantes relevant du rôle de l'infirmière sont non seulement substituées par les PRS collaboratives des autres soignants, mais parfois même entièrement déléguées à ces derniers :

«... l'enseignement souvent se fait par les auxiliaires, l'enseignement des pompes, l'enseignement pour les patients qui ont des trachéos, mais ce serait l'infirmière qui devrait faire cela ». (AIC)

À l'opposé des unités de médecine et de chirurgie, les responsabilités quant aux PRS indépendantes et collaboratives apparaissent mieux définies dans l'unité de psychiatrie. Depuis les dernières réorganisations du travail, les témoignages des répondants suggèrent qu'il n'y a pas vraiment d'ambiguïté de rôle entre les différentes catégories d'emploi, ce qui facilite les PRS de chacun. Une structure de poste et une définition claire des fonctions qui reviennent au PAB, à l'infirmière de formation collégiale et à celle de formation universitaire, sur la base de leur niveau de compétences respectif, permettent de différencier les rôles et fonctions de chacun des groupes. Ces fonctions distinctives permettent ainsi de circonscrire les PRS collaboratives que les infirmières partagent avec les PAB, mais aussi les PRS indépendantes qui leur reviennent, selon leur niveau de formation. Il faut toutefois noter que, même dans cette unité, certains conflits persistent

entre les rôles des infirmières de formation collégiale et universitaire. Les connaissances exclusives reconnues à l'infirmière de formation universitaire sont parfois mises en doute par les autres soignants et ceci peut être à l'origine d'une certaine insatisfaction professionnelle chez l'infirmière de formation collégiale lorsqu'elle a le sentiment de ne pas pouvoir se réaliser pleinement dans ses fonctions. Le témoignage, suivant rapporté par un acteur du Pavillon B est éloquent à cet égard:

« L'infirmière technicienne des fois a va dire « ben mon dieu je serais capable de faire un atelier de bricolage, j'ai pas besoin d'un bac » comme ça c'est le genre de commentaire que j'entends. J'ai tendance à être d'accord aussi t'a pas besoin d'un bac en sciences infirmières pour faire un atelier de bricolage. À moins que ça soit un outil pour enligner certaines observations cliniques. Alors si ça sert à ça d'accord, mais est-ce que c'est de la mauvaise volonté de l'infirmière technicienne de ne pas le reconnaître qu'il y a un aspect clinique à ça...je ne le sais pas. Eh...est-ce qu'il y a vraiment un aspect clinique à ça, je ne suis pas placé pour le dire, je ne le sais pas. Mais peut-être que l'aspect clinique ne sera pas plus développé via un atelier de bricolage, qu'une bonne entrevue avec un patient. Fait que dans ce sens là il y a une sorte d'inconfort, je pense que les infirmières techniciennes vont dire « c'est un poste bac, moi je ne peux pas appliquer dessus et qu'est-ce qu'à va faire de plus l'infirmière bachelière », et j'ai tendance à penser comme elles»
(Acteur - Pavillon B)

Notons que l'ambiguïté et les conflits de rôle qui se manifestent au Pavillon A affectent également la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes. Le discours des acteurs consultés, comme les propos de cette infirmière recueillis dans la section commentaire du questionnaire, indiquent qu'elles n'ont pas le sentiment que leur PRS sont pleinement reconnues par l'employeur et qu'elles n'ont pas l'impression de pouvoir vraiment se consacrer aux PRS qui relèvent de leurs connaissances et responsabilités :

« Je trouve que je peux faire davantage pour mes clients selon le niveau de compétence que j'ai. Par contre, le temps me manque, donc je dois choisir mes priorités c'est frustrant par moment. Car selon ma philosophie, des soins de qualité améliorent les connaissances du client/famille et diminuent les chances qu'il y ait une réhospitalisation » (Infirmière – Questionnaire)

Plusieurs ont fait mention que seuls les patients/familles reconnaissaient l'importance de leurs PRS, alors que l'organisation n'en faisait état que dans les documents ayant trait à la philosophie de soins infirmiers, sans que des mesures ne soient véritablement prises pour en reconnaître la valeur et en encourager la réalisation. Ce manque de reconnaissance organisationnelle par rapport à l'aspect relationnel du rôle infirmier mine ainsi la satisfaction professionnelle de plusieurs infirmières qui ne se sentent pas pleinement valorisées dans cet aspect de leur rôle.

Au total, l'ambiguïté et les conflits de rôle se traduisent donc dans les unités de médecine et de chirurgie par une substitution, voire une délégation, des PRS indépendantes des infirmières vers d'autres groupes de personnels soignants et par un manque de reconnaissance des responsabilités par rapport aux PRS que leur confère leur formation, ce qui mine leur satisfaction professionnelle. À l'opposé, la clarté de rôle perçue en psychiatrie favorise la réalisation des PRS indépendantes de l'infirmière, comme le partage de ses PRS collaboratives avec les PAB. Néanmoins, même en psychiatrie, la mise en question des connaissances associées à certaines activités relevant du rôle de l'infirmière de formation universitaire indique la persistance de conflits de rôle qui peuvent occasionner une insatisfaction professionnelle chez les infirmières de formation collégiale.

- *Perception du rôle infirmier dans un contexte de collaboration interprofessionnelle*

Le troisième constat est que la perception du rôle infirmier dans un contexte de collaboration interprofessionnelle influe de manière déterminante sur la capacité à réaliser les PRS. Les données recueillies ont permis de mettre en relief la difficulté potentielle à faire reconnaître le rôle distinctif de l'infirmière en matière de PRS indépendantes auprès des autres professionnels avec lesquels elles collaborent dans l'offre de soins. De l'avis des infirmières conseillères consultées, la reconnaissance des PRS indépendantes qui relèvent du rôle de l'infirmière auprès du patient/famille et la pertinence des informations qu'elles lui permettent de recueillir pour assurer le suivi de l'évolution du cheminement de santé du patient sont loin d'être acquises auprès des médecins et autres professionnels:

« ...elles [infirmières] se sont fait prendre beaucoup d'éléments de d'autres professionnels, style la travailleuse sociale s'occupe des familles. C'est l'ergo qui s'occupe des troubles cognitifs. La physio s'occupe de la marche. C'est comme si eux autres là [les infirmières soignantes] il y a pu ça là, c'est comme si ça leur appartenait pu. C'est la responsabilité d'un autre, tsé. Pis ils ne veulent pas avoir de conflit avec ces gens-là là, tsé. Pis quand ça va bien, ça aussi je pense que ça, ça les valorise, s'il n'y a pas de conflit. » (Infirmière conseillère)

Suivant ces infirmières conseillères, le cadre actuel de collaboration interprofessionnelle ne favoriserait pas les PRS de l'infirmière soignante et les raisons évoquées incluent entre autres : le manque d'ouverture de la part des professionnels, le faible engagement de l'infirmière à défendre les aspects relationnels de son rôle, ou encore le manque d'habiletés et de connaissances de l'infirmière pour affirmer sa compétence en matière de PRS indépendantes. Ces propos ont toutefois été nuancés par d'autres répondants (AIC et infirmières des unités de médecine et de chirurgie) qui soulignent qu'elles ont habituellement une bonne écoute de la part des autres professionnels et apprécient les contacts qu'elles ont avec eux et les échanges qui relèvent de l'évaluation du patient : « Physio, ergo, orthophoniste, tu sais là, quand tu leur parles, tu dis «écoutes t'es rendue où, lui il veut un café, peux-tu venir l'évaluer, d'après moi là y pourrait remanger plus clair. » Y sont fines, y sont fines, non je trouve que les intervenants sont fins. » (Infirmière - Pav. A). Selon eux les difficultés seraient davantage associées à l'intensité de la charge de travail qui nuit à la qualité de leurs échanges de collaboration avec les médecins et autres professionnels. Faute d'une charge de travail équilibrée, les infirmières n'auraient pas toujours le temps d'interagir comme elles le souhaitent avec les autres professionnels, ce qui limiterait l'information clinique qu'elles sont à même de transmettre au patient/famille.

La mise en perspective de ces différentes perceptions suggère que la collaboration des infirmières avec les autres professionnels n'est pas forcément affectée négativement en regard de la qualité des rapports humains et de la satisfaction que les infirmières en retirent. Toutefois, ces bons rapports humains n'impliquent pas pour autant une reconnaissance des PRS indépendantes de l'infirmière par les médecins et autres professionnels. Au-delà de l'intensité de la charge de travail qui contraint les possibilités de

collaboration interprofessionnelle et affecte du même coup les PRS collaboratives de l'infirmière (ex : le suivi des informations médicales ou autres auprès du patient/famille), différentes données recueillies concourent à faire croire que les PRS indépendantes de l'infirmière occupent une faible place dans la perception qu'ont les autres professionnels du rôle de l'infirmière. Plusieurs répondants ont ainsi indiqué que les notes d'observation de l'infirmière sont très rarement lues, voire considérées, par les médecins et autres professionnels du Pavillon A. Un projet pilote de suivi infirmier des clientèles âgées a récemment avorté, faute d'une ouverture des autres professionnels impliqués à reconnaître les aspects relationnels du rôle infirmier auprès du patient/famille et à collaborer à une planification intégrée des soins et services. Puis enfin, les indications que traduisent les discours des infirmières conseillères mettent en relief des conflits de rôle interprofessionnel qui minent la collaboration au détriment de la réalisation des PRS indépendantes/collaboratives de l'infirmière.

Dans l'unité de psychiatrie, le rôle de l'infirmière par rapport aux PRS indépendantes semble davantage s'inscrire dans un contexte de collaboration interprofessionnelle, mais les répondants ont soulevé diverses situations qui témoignent d'entorses à cette collaboration et à la reconnaissance du rôle de l'infirmière. Une ordonnance médicale restreignait indûment les PRS indépendantes de l'infirmière constituant ici un exemple éloquent de ce genre d'entorses :

« Ne pas le rencontrer, ne pas aller dans sa chambre, pour lui parler du désordre qu'il y a dans sa chambre, donc ça... nous les infirmières nous prenons très mal ce type d'observation là. » (Infirmière – U. Psychiatrie).

Dans d'autres cas, ce sont les conflits interpersonnels qui risquent de fragiliser la collaboration. Une répondante parlait en ces termes des relations tendues avec un médecin en particulier et de l'impact d'une telle situation au niveau de la satisfaction et de la reconnaissance du rôle infirmier:

« On ne se sent pas vraiment importante ou respectée avec ce médecin là. Puis par ailleurs avec d'autres, c'est tout le contraire, on va donner notre opinion puis on sent que ça du poids et qu'ils en

prennent compte. Ça fait que c'est important de se sentir reconnu, de sentir que ce qu'on fait ça de l'importance, que le médecin en tient compte parce qu'il ne faut pas négliger que les infirmières on est là 24 heures sur 24, le médecin passe une ou deux fois par semaine, quelques minutes ça joue autant positivement que négativement dépendamment du médecin avec qui on fait affaire. Ça je m'en aperçois même chez d'autres infirmières que si le médecin ne les écoute pas, elles n'aiment pas ça.» (Infirmière – U. Psychiatrie)

En somme, la collaboration entre les infirmières, les médecins et autres professionnels se fait habituellement sur la base de bons rapports humains dans l'ensemble de l'organisation. La qualité de ces rapports contribue au PRS collaboratives de chacun mais reste contrebalancée par l'intensité de la charge de travail et les conflits interpersonnels qui briment l'harmonie de l'équipe élargie. Différentes indications relevant du discours de certains acteurs, comme d'événements/exemples particuliers, suggèrent aussi que la reconnaissance accordée aux PRS indépendantes propres au rôle de l'infirmière demeure sensiblement limitée dans le cadre actuel de la collaboration interprofessionnelle.

4.3.2.3 Caractéristiques du supérieur et de l'organisation : des leviers d'action potentiels déterminants

Une **troisième proposition** qui émerge de l'analyse est que les attributs du supérieur, les manifestations de justice et de soutien organisationnels, ainsi que les modalités de communication organisationnelle ont une influence déterminante sur la réalisation des PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières.

- ***Attributs des chefs d'unités***

Au regard des données recueillies, la perception des attributs des chefs d'unités est un facteur essentiel qui conditionne à la fois la réalisation des PRS et la satisfaction des infirmières dans les limites de la marge de manoeuvre organisationnelle dont disposent ces chefs d'unités. Dans les discours des répondants, les attributs attendus des chefs d'unités pour soutenir/faciliter les PRS incluent notamment : présence auprès de l'équipe soignante, attitude d'ouverture respectueuse; capacité de faire un suivi des préoccupations qui leur sont partagées. Cette influence décisive des chefs d'unités sur les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières est particulièrement ressentie dans les situations où les

attributs recherchés sont absents ou ne se manifestent pas assez pour correspondre aux attentes des soignants. Une infirmière souligne ainsi le vide laissé par l'absence de son supérieur qui, à ses yeux, n'offre pas tout le soutien nécessaire à l'équipe « Ça, ce sera toujours aidant, le soutien du supérieur, toujours. Sauf que je veux dire, mon supérieur, c'est des réunions pis je le vois pas là tsé. » (Infirmière). Dans de tels cas, c'est souvent l'AIC qui assure un lien entre l'équipe et le chef d'unité, tout en apportant une contribution clinique reconnue :

« L'assistante va voir l'infirmière chef puis elle lui dit un peu ce qui se passe sur l'unité puis à l'inverse elle nous transmet les informations, mais c'est comme un monde un peu à part. Elle fait plus de la gestion, de l'administration, elle touche moins à la clinique. Tandis que l'assistante infirmière-chef, elle, fait la clinique avec nous. C'est plus elle notre patronne au jour le jour » (Infirmière – Pavillon B)

Cependant, en dépit de cette contribution, l'AIC est en général perçue comme ne pouvant pas entièrement compenser l'absence du chef d'unité.

Suivant la perspective des répondants, l'ouverture respectueuse des chefs d'unités réfère notamment à la capacité de reconnaître l'autonomie clinique et l'expérience des soignants qui composent leur équipe afin d'encourager une écoute et une disponibilité accrue auprès du patient/famille. Cet enchaînement entre l'attitude du supérieur à l'endroit de son équipe et l'attitude des membres de l'équipe à l'endroit du patient est perçu comme un élément pouvant favoriser ou compromettre la réalisation des PRS de l'infirmière, en fonction de la qualité de la relation que le chef d'unité entretient avec son équipe. Au dire des infirmières conseillères consultées, il leur paraît donc important que les supérieurs agissent comme modèle de rôle pour promouvoir les PRS de chacun des membres du personnel infirmier :

« Ben si l'infirmière-chef passe le message que c'est important pis que moi dans mon rôle de conseillère aussi que c'est important de les appuyer auprès des familles, ben crime sont coachées, ça leur fait du bien et ça les met dans la bonne traque. Des fois ce n'est pas par mauvaise volonté, mais le fait que le gestionnaire s'implique plus

ben je trouve que oui, ça peut améliorer. Parce que ça agit comme modèle de rôle. » (Infirmière conseillère)

La priorité et la reconnaissance que le chef d'unité accorde aux PRS indépendantes de l'infirmière, comme aux PRS collaboratives des autres membres du personnel soignant ont aussi été identifiées comme des ingrédients essentiels pour assurer la qualité humaine des soins. L'exemple tiré du vécu d'une infirmière auxiliaire qui demandait à son chef d'unité si l'écoute active qu'elle avait accordée à un patient en détresse pouvait être reconnue, rend d'ailleurs compte du manque de soutien et d'ouverture qui a prévalu dans cette situation:

« Sauf que quand je suis arrivée dans le bureau de mon infirmière-chef, j'ai demandé si je pouvais avoir du temps supplémentaire parce que moi je considérais que ça faisait partie de mon travail, ce que j'avais accompli avec c'te patient là. Pis a m'a dit : « t'es pas capable de rentrer dans l'encadrement qui est de huit à quatre, pis t'es pas capable de faire ton dossier, pis t'organiser, organise-toi mieux demain pis tu vas voir tu vas avoir fini à quatre heures ». Mais, là moi ça m'a blessée, pi j'y ai même dit un moment donné «vous aimez mieux donner une petite tape dans le dos à ceux qui vont donner la pilule, qu'y vont sortir, qu'y vont écrire une note pis qu'y vont quitter à quatre heures, sans avoir pris le temps de discuter du problème dont le patient avait besoin de discuter. Pis vous valorisez ça, vous trouvez que c'est ça qui est le mieux, pis vous ne voyez pas que c'est un soin nursing que j'ai fait ?» Pis a considérait que c'était une perte de temps. » (Infirmière auxiliaire – Pav. A)

La capacité des chefs d'unités à influencer les décisions organisationnelles est un autre attribut fortement valorisé par les répondants. Le sentiment partagé par plusieurs, à l'effet que les chefs d'unités n'ont pas un pouvoir d'influence organisationnelle suffisant en vue de répondre aux préoccupations du personnel, est associé à de faibles possibilités de résolution de problèmes qui peuvent affecter autant les PRS que la satisfaction professionnelle de l'infirmière « c'est des gens qui ont pas de pouvoir, fait que moi un supérieur pas de pouvoir là ! » (Infirmière – Pav. A). Bien qu'ayant une marge de manœuvre limitée, les chefs d'unités consultés indiquent faire au mieux pour assurer le suivi des préoccupations qui leur sont partagées, notamment en tentant de mobiliser les ressources humaines et matérielles dont leur équipe ont besoin pour réaliser des PRS de qualité et offrir des conditions de travail satisfaisantes. Les activités de formation et l'évaluation au rendement font aussi partie d'interventions qui sont du ressort des chefs

d'unités et qui peuvent à la fois soutenir les PRS de l'infirmière et favoriser sa satisfaction professionnelle, en mettant en relief ses réalisations cliniques et la contribution qui est sienne en fonction de ce qui est attendu d'elle, comme en témoigne cette infirmière :

« Cette année moi j'ai été évaluée par une infirmière-chef, une évaluation en règle ! Ça fait 10 ans que je travaille ici, puis je pense que c'est la première fois, je ne me rappelle pas d'en avoir eu une autre. Puis j'ai eu des très bons résultats, mais j'étais très étonnée parce que moi j'étais consciente que je faisais de mon mieux, mais moi je m'étais cotée plus sévèrement que elle me cotait, puis j'étais presque étonnée parce que comme je ne l'avais pas ce *feedback* là au quotidien. » (Infirmière)

Enfin, notons que les contingences organisationnelles, comme les changements qui se succèdent, viennent souvent modifier les priorités organisationnelles au détriment du suivi des préoccupations et des projets défendus par les chefs d'unités auprès de la haute direction. Ainsi nous retenons que les attributs attendus des chefs d'unité pour favoriser les PRS et la satisfaction, sont associés à des habiletés relationnelles et un leadership qui demeurent en partie contingent de la latitude organisationnelle dont ils se prévalent.

- ***Perception de la justice et du soutien organisationnels***

Au regard des données recueillies, le manque de justice et de soutien organisationnels est véhiculé dans les discours des différents acteurs consultés comme une entrave majeure à la réalisation des PRS et à la satisfaction professionnelle des infirmières. Les répondants revendiquent ainsi un virage organisationnel pour investir dans ces facteurs qui auraient le potentiel de favoriser la qualité de l'aspect relationnel des soins et la satisfaction du personnel. Il n'en demeure pas moins qu'actuellement la perception négative par rapport à la justice et au soutien organisationnels est rapportée à différentes situations qui, de l'avis des répondants, entravent les PRS et minent la satisfaction des infirmières.

Une situation mentionnée à cet égard est le non respect de la sectorisation⁷ dans les unités de médecine et de chirurgie qui est interprété comme un manque de justice organisationnelle, en ce sens qu'il reflète une non reconnaissance de l'expertise distinctive des équipes de soins et conduit l'infirmière à se sentir moins compétente lorsqu'elle interagit avec des patients/familles hors secteurs. Une telle situation engendre une certaine insatisfaction professionnelle chez les infirmières et la perception que leur expertise n'est pas reconnue et utilisée adéquatement, comme l'illustre ce verbatim :

« Fait que ce n'est pas très satisfaisant quand tu es spécialisé dans un secteur pis qu'ils t'envoient des gens qui sont à risque de complications et que tu n'es pas armé pour faire face à cela nécessairement. » (Acteur - Pav. A).

Par ailleurs, il a été relevé que les PRS indépendantes de l'infirmière peuvent aussi être limitées par ce type de décisions organisationnelles en raison d'un manque d'expertise ou de connaissances pour informer, évaluer ou faire le suivi de l'état de patient/famille « hors secteur »:

« Elles n'ont pas la formation pour prendre charge d'une clientèle chirurgicale ultra spécialisée comme cela. Tu sais même chose que s'ils envoient une femme qui vient d'accoucher et qui complique sur une unité d'onco., c'est pas évident si les infirmières vont savoir quoi faire. » (Infirmière conseillère)

Une autre situation, associée cette fois au manque de soutien et de justice organisationnels, concerne les changements de vocation clinique au sein de différentes unités de soins. De manière à répondre aux besoins grandissants de la clientèle, il arrive que la vocation clinique d'une unité de soins soit redéfinie, en partie ou en totalité, mais cela se produit parfois sans qu'une formation adéquate ne soit préalablement offerte aux infirmières. L'ouverture de lits permettant le regroupement de clientèles cibles présente le potentiel d'avantager les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières en favorisant

⁷ La sectorisation se définit ici par le découpage du territoire hospitalier en secteurs géographiques au sein desquels sont regroupés des clientèles rattachées à une ou quelques spécialités médicales (ex. : périnatalité, cardiologie, pneumologie, etc.), afin d'assurer une coordination des soins et services qui leurs sont destinés.

le développement d'une expertise clinique spécifique qui est alors considérée comme valorisante. Seulement, les changements de vocation clinique qui ont été effectués par le passé, l'ont parfois été sans que les infirmières et le personnel auxiliaire n'aient eu l'occasion de s'y préparer et de recevoir la formation nécessaire pour répondre aux besoins de la nouvelle clientèle. La redéfinition clinique des unités de soins s'est alors fait au détriment des PRS indépendantes de l'infirmière, comme de celles qu'elle partage avec les autres soignants :

« Ce qui fait que quand en 2003 y'ont déterminé que cette chambre là passait à l'orthopédie, ces gens là [infirmières soignantes] ont dû se mêler à l'équipe, à l'ensemble de l'équipe, c'était comme si on avait deux unités sur la même unité. Pis ces gens là [infirmières soignantes] ont sorti pour s'en aller travailler dans des unités avec des PAB pis des infirmières auxiliaires, mais eux n'étaient pas habitués pour travailler comme cela » (Infirmière auxiliaire – Pavillon A)

Cette perception de manque de soutien et de justice organisationnels occasionne alors d'importantes frustrations, puisqu'elle laisse l'amère impression que les infirmières sont expertes auprès de tous les types de clientèles, sans formation complémentaire, ni période d'adaptation.

Le manque de soutien organisationnel a été aussi associé à des pressions pour que le personnel contribue à la diminution des durées de séjour et à l'efficacité recherchée via les décisions organisationnelles relatives à la gestion des lits. À l'unité de chirurgie, cette pression se traduit parfois par la réalisation de PRS qui sont loin de correspondre à celles privilégiées et qui conduisent le patient à accélérer le rythme normal de sa récupération, tel qu'en témoigne une infirmière de l'unité de chirurgie:

« Pis embraye, t'attaches ta tuque, faut pas qui reste longtemps. Fait que ça aussi c'est décevant, c'est décevant parce que toute va être fait tellement calculé, tellement rapide que souvent, tu regardes les statistiques et une hanche, une personne qui se casse la hanche, va rester mettons huit jours à l'hôpital, et 80% vont mourir dans l'année qui suit. Tu te dis c'pas drôle hein ? Parce que quand y'arrivent à maison là, y'ont tellement eu peur, ça tellement fait mal à [hôpital], y'ont tellement été goalés, toute ça, que là y'arrivent à

maison pis y bougent pu parce que là y veulent pu s'en casser.»
(Infirmière – U. Chirurgie)

Ces différentes situations associées à un manque de justice et de soutien organisationnels (non respect de la sectorisation, manque de préparation/formation lors des changements de vocation clinique de certaines unités, décisions visant une plus grande efficacité dans la gestion des lits) sont vécues avec plus d'acuité au Pavillon A. En effet, au Pavillon B, il en est habituellement tout autrement, puisque les admissions se font par programme clientèle en fonction de domaines d'expertises particuliers que les soignants maîtrisent, il n'a pas été mentionné de changement récent dans la vocation clinique des unités de soins et les durées de séjours semblent respecter le rythme de récupération des patients/familles.

Une autre situation faisant écho au manque de soutien organisationnel au Pavillon A réfère au manque d'opportunités de formation continue pour maintenir à jour les connaissances nécessaires à la réalisation de PRS de qualité, faute d'effectifs infirmiers en nombre suffisant pour assurer les remplacements :

« Mais c'est sûr que de la formation on a de moins en moins parce qu'il manque trop d'infirmières ça fait qu'ils n'ont pas les ressources pour remplacer. Ça fait que ça c'est le mandat de donner de l'information, donner de la formation, mais il en manque beaucoup. » (Infirmière - Pav. A)

En réponse à cette situation, et aux besoins de mises à jour des infirmières et autres membres du personnel soignant, des capsules de formation non rémunérées sont offertes par les infirmières conseillères sur une base volontaire en dehors des heures de travail régulières, dans certaines unités du Pavillon A. Cette situation, bien que visant à pallier les conséquences de la pénurie, pose la question de l'équilibre entre la responsabilité professionnelle que l'infirmière a de maintenir ses connaissances à jour et le soutien organisationnel dont elle peut bénéficier pour ce faire. Alors que certaines infirmières et infirmières auxiliaires s'inscrivent à ces formations volontaires avec enthousiasme, d'autres y voient une injustice organisationnelle flagrante :

« Et quand on vient me faire de la formation après mon chiffre, et que c'est de façon volontaire que c'est écrit en haut de la feuille

pour justement pas avoir à me payer, je trouve qu'on m'exploite, et je trouve qu'y a beaucoup, beaucoup de ça à [hôpital]. Qu'on vient t'exploiter et je me dis, on vaut un salaire. » (Infirmière – Pav. A)

C'est donc dire que ces décisions organisationnelles relatives à la formation continue donnent aux infirmières l'impression d'avoir à assumer l'entière responsabilité de la mise à jour de leurs connaissances et sont ainsi vécues comme un sentiment d'injustice.

Pour leur part, les règles d'assignation concernant la gestion du personnel de remplacement, du temps supplémentaire et de l'attribution des congés semblent vécues aussi difficilement au Pavillon A qu'au Pavillon B. D'une part, selon les acteurs consultés, ces règles portent atteinte à la satisfaction professionnelle des infirmières, en contraignant la latitude décisionnelle dont elles disposent pour décider d'un horaire qui maximiserait le plaisir qu'elles ont à travailler. D'autre part, comme l'illustre cet exemple, elles portent aussi atteinte à la continuité des soins à la base de l'établissement d'une relation d'aide et de confiance entre l'infirmière et le patient/famille, en encourageant la mobilité du personnel au détriment du suivi de la clientèle :

« Ouin, si on prend l'exemple du service de la normalisation qui nous tient tout croche depuis des années, [...]des fois y va manquer du personnel, parce que le personnel n'est pas disponible, mais y'on pas vu que telle personne était disponible. C'est un exemple important parce que c'est récurrent, c'est pour ça que ça nous arrive souvent. Et puis comment veux-tu qu'on s'occupe de nos patients quand y sont même pas capables de gérer le personnel comme du monde. » (PAB – Pav. B)

Certaines règles d'assignation du personnel peuvent aussi faire en sorte que la priorité soit accordée aux unités de soins critiques, alors que les besoins dans d'autres unités sont criants. Pour les infirmières de médecine/chirurgie, l'accueil et l'orientation de nouvelles infirmières qui sont rapidement assignées aux unités de soins critiques conduit à d'intenses frustrations puisqu'elles perdent alors les recrues auprès desquelles elles se sont investies, dans l'espoir de stabiliser et renforcer les liens d'harmonie au sein de leur équipe, comme l'indique cette AIC :

« Alors nous on les oriente parce qu'elles ne sont pas toujours orientées aux soins, puis celles qui ont du potentiel sont tout de suite récupérées puis elles s'en vont. Ça fait que là nous autres on les a orientées pendant 2-3-4 mois, puis les gens ont donné un effort parce que c'est quand même un effort d'orienter quelqu'un, et oups elles s'en vont! Alors notre petite base est stable mais est très, très petite... » (AIC)

Pour plusieurs leur perception de la gestion des effectifs infirmiers est que le personnel est assigné à des unités, sans tenir compte des réalités cliniques, ce qui constitue une importante source de frustrations. En référence à l'assignation des membres du personnel qui offrent des disponibilités supplémentaires, ce même acteur illustre jusqu'à quel point les règles d'assignation du personnel peuvent nuire aux PRS de l'infirmière :

« Si tu changes continuellement d'équipe de soins, si tu changes continuellement d'unité de soins, comment tu peux instaurer une relation de confiance avec un patient, c'est ridicule. » (Acteur – Pav. B).

L'obtention de congés adaptés aux besoins personnels de l'employé ou la possibilité d'apporter des modifications à l'horaire importe aussi pour maintenir le plaisir au travail et la satisfaction professionnelle qui en découle. Toutefois, le manque d'effectifs infirmiers contraint la latitude organisationnelle pour accorder des congés, comme l'explique un acteur du Pavillon A :

« Oui, y'a pas de latitude et pas juste au niveau de l'horaire, mais y'a aussi les gens qui veulent aller étudier, avec un congé sans solde, des fois ça marche pas, une sabbatique ça marche pas, ils sont obligés de démissionner. » (Acteur – Pavillon A).

Ce faisant, les infirmières vont non seulement se sentir frustrées, mais vont aussi user de stratégies d'absentéisme improvisées plutôt que de demander un congé planifié. Ceci conduit à des absences de dernière minute qui peuvent être difficilement comblées par du personnel de remplacement ou qui forcent à avoir recours au personnel d'agence, minant ainsi le maintien de PRS indépendantes et collaboratives de qualité, faute de stabilité dans l'équipe soignante.

La perception négative de la justice et du soutien organisationnels est ainsi associée à différentes situations qui touchent à la fois la sectorisation, la vocation clinique des unités de soins, la gestion des lits, la formation continue et les règles d'assignation du personnel. Ces situations créent un contexte défavorable tant pour les PRS que pour la satisfaction professionnelle des infirmières.

- ***Communication organisationnelle***

Un autre constat qui émerge des données recueillies est que la perception d'un manque de transparence et/ou une gestion inadéquate de l'information au sein de l'organisation occasionne non seulement une insatisfaction chez les membres du personnel soignant, mais contribue aussi à accroître leur anxiété et entrave ainsi la réalisation et la qualité des PRS qu'ils sont en mesure d'offrir aux patients/familles. Malgré la présence de nombreux médiums de communication organisationnelle (ex. : mémos de la direction; compte-rendu abrégé du conseil d'administration; rapport annuel; journal de l'hôpital, etc.), la diffusion d'informations justes et au moment opportun est perçue par plusieurs comme étant déficiente. Les nombreux changements qui ont cours au sein de l'hôpital à l'étude ont notamment des répercussions sur la vision des soins, la disposition physique des installations, ainsi que sur le matériel et les procédures de soins. Pour continuer d'offrir des PRS de qualité, les infirmières ressentent le besoin d'être informées et consultées quant à ces changements. Toutefois, comme l'indique le témoignage ci-dessous, la disponibilité d'informations justes et en temps approprié fait souvent défaut :

« Mais sauf que l'arrimage de ces changements-là [...] on attend souvent des réponses. Le personnel demande des rencontres, des questions et les réponses on ne les a pas toujours. Pis du jour au lendemain oups, la haute direction nous amène des décisions qu'elle prend du jour au lendemain et cette décision-là ça fait des mois qu'on l'attend. » (Acteur – Pavillon A)

Lorsque des situations semblables se produisent, les soignants en retirent une impression de manque de transparence. Bien que certaines décisions organisationnelles et les changements qui y sont associés puissent être potentiellement favorables à la résolution de problèmes répondant aux préoccupations des soignants, les infirmières indiquent ne pas en retirer la satisfaction escomptée, puisqu'elles ne se sentent pas assez informées pour

s'impliquer dans ces changements. Les PRS des infirmières peuvent aussi s'en ressentir, puisque l'information et le soutien au changement ne sont pas suffisants (ex. : implantation infructueuse de l'outil « Profil de santé » au Pavillon A). Dans d'autres circonstances, l'information sur la mise en œuvre d'un projet donné est diffusée et est ensuite abandonnée ou remise à plus tard, sans que les membres du personnel soignant en soient informés. L'anxiété que cela provoque dans certains cas, nuit à la satisfaction et, plus l'information tarde, plus nombreuses sont les questions qui demeurent sans réponse, comme nous l'indique un acteur du Pavillon B :

« C'est la réforme interne, ici à [Pavillon B] on s'attend à ce que les unités changent de place. Eh...est-ce qui va avoir plus de personnel, est-ce que ça va être des infirmières qui sont habituées de travailler avec les gens qui ont des maladies [X] qui vont venir à [unité], est-ce qu'il va y avoir plus de PAB, etc...C'est beaucoup, beaucoup de points d'interrogations auxquels il n'y a pas de réponse. » (Acteur – Pav. B)

La recherche de transparence dans les informations qui sont offertes est donc perçue comme essentielle à la compréhension du contexte et de tous les enjeux qui entourent les décisions organisationnelles. À cet égard, plusieurs chefs d'unités et infirmières conseillères se font un point d'honneur de toujours revenir sur l'information qui a été communiquée pour rassurer et aider les membres du personnel à bien comprendre et s'engager dans les changements proposés. Mais elles soulignent aussi que la communication est un processus dans lequel les personnes impliquées doivent s'engager mutuellement et, parfois, il arrive que certaines personnes travestissent ou se refusent à comprendre les informations, comme l'illustre l'exemple suivant :

« Il y en a une qui monte en épingle l'information qui est fausse et désamorcer cela après c'est difficile. Il y en a qui ont un malin plaisir à être de mauvaise foi et qui aiment cela planter les gens de la direction. Ils font ça parce qu'ils ne sont pas satisfaits de l'environnement, de leur vacances ou qu'ils n'ont pas les congés d'études qu'ils voulaient, etc, etc. » (Infirmière conseillère)

D'autres répondants soulignaient la nécessité de miser sur des stratégies de communication qui favorisent la responsabilisation, l'ouverture aux autres et la diffusion d'informations qui permettent de prendre conscience de ce qui se passe dans l'ensemble de l'organisation :

« Une grosse organisation. On est tellement centré sur nous autres on ne sait pas ce qui se passe ailleurs. On ne sait pas ce qui se passe dans les autres départements. Tout le monde chiale sur les petites affaires mais ce qui se passe dans les autres unités nous autres on ne le sait pas. Il n'y a personne qui nous en parle. Des fois, ça va mal à telle place, ou bien tu rencontres une nurse, « ah non ça va mal chez nous y a de la job ». Tout le monde chiale sur tout, mais on ne sait pas comment c'est ailleurs. » (AIC)

La communication d'informations justes, pertinentes et en temps approprié, que ce soit via des médiums par lesquels l'organisation interagit avec les membres du personnel (ex. : Journal de l'hôpital, Babillard, communication des bons coups à l'externe, etc.) ou par l'entremise des chefs d'unités, des AIC et des infirmières conseillères est ainsi largement revendiquée par les répondants et associé à de multiples bénéfices : diminuer l'anxiété, mieux préparer le personnel aux changements; relativiser les problèmes vécus dans les différentes unités, améliorer la satisfaction de chacun et créer un contexte plus favorable à la réalisation des PRS. Toutefois, à l'instar de la justice et du soutien organisationnels, on comprend que l'état actuel de la communication au sein de l'organisation est généralement perçu comme étant loin d'être optimal et comme entravant actuellement les PRS et la satisfaction, plutôt que de les soutenir.

4.3.2.4 Caractéristiques des patients/familles et de l'infirmière : un impact complémentaire

La **quatrième proposition** qui a émergé de cette analyse est que les caractéristiques propres aux patients/ familles et aux infirmières exercent un impact complémentaire à celui du climat organisationnel sur la réalisation des PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes en milieu hospitalier.

- *Impact des caractéristiques du patient/famille*

Selon les acteurs consultés, les caractéristiques propres aux patients/familles influencent les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières de trois manières qui seront élaborées dans la présente section.

Premièrement, les PRS diffèrent selon les particularités liées aux types de clientèle que l'on retrouve dans les unités de soins et il peut arriver que l'infirmière retire plus de satisfaction professionnelle à s'occuper d'un type de clientèle plutôt que d'un autre. Les particularités liées aux types de clientèles qui ont été relevés incluent notamment la chronicité des expériences de santé de certains patients/familles de psychiatrie. Comme l'indique l'exemple qui suit, les réadmissions et la prolongation des durées de séjour chez certaines clientèles souffrant de maladies chroniques peuvent être difficiles à vivre pour les infirmières soignantes, puisque les interactions sont alors moins stimulantes :

« Les côtés moins drôles, je dirais que c'est relié à la chronicité un peu de cette unité-ci parce qu'il faut comprendre que l'unité c'est comme un petit peu le terminus de l'hôpital. Ça fait que ça c'est un aspect qui est un peu pénible parfois parce que ça te tanne, c'est sur quand tu as un patient qui est agréable ça va bien, mais quand tu as un patient ne l'es pas, des fois ça peut être tannant à la longue. »
(Infirmière – U. Psychiatrie)

Les répondants ont aussi fait valoir à quel point il peut être plus difficile de transiger avec certains types de clientèles qui sont criminalisées ou qui ont un potentiel d'agressivité ou de dangerosité élevé. Les services ne sont pas toujours adaptés pour permettre à l'infirmière de répondre à de telles clientèles, particulièrement en présence de patients plus vulnérables. Le personnel soignant se sent alors démuné pour réaliser des PRS de qualité ce qui occasionne un stress qui peut porter atteinte à la satisfaction professionnelle des infirmières. La nature des expériences de santé de certains types de clientèles hospitalisés au Pavillon A influence aussi le rapport que l'infirmière entretient avec le patient/famille. Alors que certains vivent des expériences de récupération qui sont propices à l'enseignement et aux interactions de soutien (ex : naissance, récupération post-infarctus, etc.), d'autres sont mourants, inconscients ou perdent contact avec la réalité. Ils requièrent

alors un investissement relationnel différent de la part des infirmières et autres soignants, comme l'illustre cet exemple rapporté par une AIC :

« C'est sûr la clientèle quand elle est confuse, ben des fois les patients sont agressifs, c'est beaucoup plus long avec ces personnes là pour les soigner, que quelqu'un qui te dit bonjour » (AIC).

Deuxièmement, l'intensification de l'acuité des soins modifie la façon dont l'infirmière réalise ses PRS. L'acuité des soins que requiert certaines clientèles du Pavillon A est identifiée comme modifiant la réalisation des PRS de l'infirmière, particulièrement lorsque les ressources humaines qui y sont allouées sont insuffisantes pour répondre aux besoins du patient/famille. L'accentuation de la complexité des soins de l'ensemble des personnes hospitalisées multiplie les interventions de nature technique et accroît les besoins de coordination au détriment de la réalisation des aspects relationnels du rôle infirmier. Mais, comme l'explique une infirmière conseillère, l'instabilité de certains patients avec des besoins plus complexes (ex. : pathologies multiples, complications, ressources à domicile inadéquates, etc.) crée encore plus de pressions sur l'infirmière :

« Pis les cas se sont détériorés aussi, c'est beaucoup plus aigu, eh...c'est devenu comme des gros soins intermédiaires ici. Y'a pas personne qui est là pour rien, mais on dirait que l'acuité est beaucoup plus grande pour les ratios d'infirmière je trouve. Pis les patients savent, ils partent plus vite, fait que on a toujours du monde beaucoup plus instable. » (Infirmière conseillère)

L'accentuation de l'acuité des soins rend ainsi plus difficile la planification de PRS adaptées à l'état et aux besoins du patient/famille. En s'occupant de cas très aigus et complexes, les infirmières disposent aussi de moins de temps pour effectuer le suivi des autres patients et cela occasionne souvent une insatisfaction professionnelle, parce qu'elles ont le sentiment de ne pouvoir pleinement assumer leurs responsabilités.

Troisièmement les croyances/habitudes culturelles et les exigences du patient/famille, particulièrement dans un contexte de surcharge de travail, compliquent aussi les PRS de l'infirmière et peuvent avoir une incidence sur sa satisfaction professionnelle. Dans la mesure du possible, les acteurs soignants consultés indiquent faire

au mieux pour respecter ces croyances et habitudes mais, dans certains cas, elles peuvent compliquer les PRS indépendantes, comme les PRS collaboratives, tel que l'explique une infirmière auxiliaire de l'unité de chirurgie :

« J'me rends compte que c'est plus facile avec des Québécois, si on s'en va plus avec les Arabes, y'en a de plus en plus, j'ai rien contre eux autres, sont tous ben corrects, sauf que y'ont une vision différente, on est des femmes pis y'écotent pas les femmes. C'est eux les hommes qui ont, ben y'ont leur mentalité d'leur pays. Pis comme on est une unité ou est-ce que c'est des femmes, qui travaillent à l'unité ben on vaut rien, pis nos paroles c'est comme si on avait rien dit parce qu'y entendent pas. » (Infirmière auxiliaire – U. Chirurgie)

Ainsi, des croyances et des habitudes culturelles du patient/famille peuvent motiver des besoins particuliers (ex. : alimentation, heures de prières, volontés particulières, etc.) qui modifieront les PRS indépendantes de l'infirmière, comme celles qu'elles partagent avec le personnel auxiliaire, en occasionnant des changements dans les routines de soins ou en requérant l'intervention de personnel uniquement masculin ou féminin, selon les volontés culturelles exprimées. Les différences de langue ont aussi été identifiées comme un défi d'envergure pour la réalisation des PRS de l'infirmière qui doit alors compenser en faisant appel à une collègue, à des outils de communication visuelle ou à un interprète, selon le cas. La disponibilité de moyens et l'ouverture des infirmières à offrir un soin culturellement cohérent, modifieront ainsi la réalisation de ses PRS, comme sa satisfaction professionnelle. En effet, sa satisfaction se verra accrue ou diminuée, selon l'adaptation et les compromis qui seront requis en réponse aux différentes situations impliquant les croyances et habitudes culturelles du patient/famille. Agir de manière culturellement congruente peut parfois heurter les valeurs personnelles de l'infirmière et, ainsi, conduire à des frustrations. L'absence de ressources pour offrir au patient/famille un contexte de soins culturellement cohérent peut aussi être frustrant.

L'accès par l'infirmière aux ressources organisationnelles pour répondre aux exigences du patient/famille, qu'elles soient ou non légitimes, et offrir des PRS de qualité est un facteur qui a été associé à la satisfaction professionnelle de l'infirmière. En accord avec la philosophie de soins humaniste qui prévaut au sein de l'hôpital à l'étude,

l'inclusion de la famille dans l'ensemble du cheminement de santé de la personne est valorisée par l'organisation, mais les services et les ressources sont parfois insuffisants pour répondre à toutes les exigences de ces derniers. Différents acteurs témoignent des difficultés que cela occasionne au niveau des PRS que les infirmières sont en mesure d'assurer et de leur satisfaction professionnelle. Par exemple, il est noté que même si cette philosophie et les politiques organisationnelles se veulent favorables au soutien familial qu'exige souvent la clientèle âgée, l'inclusion de personnes significatives modifie le rapport de l'infirmière avec le patient. Elle doit alors non seulement s'assurer de la présence des membres de la famille lorsque vient le temps d'enseigner certaines techniques de soins que le patient/famille devra poursuivre à la maison, mais aussi veiller à les rassurer. Cela exige une disponibilité accrue, qu'elle peut difficilement se permettre faute d'une charge de travail adaptée. Comme l'indique une infirmière de l'unité de chirurgie, les membres de la famille souhaiteront constamment être informés de l'état de santé de leur proche et il peut aussi être difficile de conjuguer toutes les requêtes de la famille avec l'ensemble des soins qu'elle doit réaliser auprès du patient:

« Un patient de 70 ans, c'est les enfants qui vont régler pour lui, pis qu'y vont t'appeler, pis qu'y t'appellent, pis que là parce qu'y sont là, parce qu'y sont au travail, comme moi quand je suis au travail, je peux pas m'occuper de ma mère, ben je le comprends, sauf que là, vu qu'y sont au travail eux autres, y sont beaucoup plus exigeants. Y veulent que tu fasses tout ce qu'eux auraient voulu faire, mais qu'y peuvent pas, ben là, « il est à l'hôpital, a va le faire. »... Donc c'est beaucoup plus lourd» (Infirmière – U. Chirurgie)

Du côté de l'unité de psychiatrie il y a une importante ouverture de la part des infirmières, comme de l'organisation, pour respecter les exigences du patient/famille quant à l'épisode de soins. Même si dans certains cas, la famille peut se montrer réticente à accepter l'épisode de soins, les infirmières semblent avoir développé des stratégies qui permettent d'assurer le suivi du patient, même lorsque la famille ne souhaite pas y prendre part ou se montre agressive à l'endroit du personnel soignant, comme l'illustre l'exemple suivant:

« Même si des fois y'a des familles qui peuvent venir, qui se montrent vraiment...qui peuvent vous insulter, qui peuvent...mais

on arrive à passer outre. Parce qu'on est plus proche avec les malades, sur le plancher, on peut intégrer les familles qui veulent bien s'intégrer. Donc, quand ils sont reconnaissants, on accepte, quand ils ne le sont pas on l'accepte aussi. Parce que le but visé c'est vraiment d'encadrer la personne. De le prendre en charge, de le diriger vers les bonnes organisations, les bonnes ressources à sa sortie. » (Infirmière – U. Psychiatrie).

Toujours en lien avec les exigences du patient/famille, il a été aussi relevé que les échos donnés par les médias à certains abus ou erreurs cliniques qui ont eu lieu en milieu hospitalier et de soins de longue durée ont contribué à accroître l'inquiétude des familles, qui se montrent alors plus présentes et plus vigilantes que jamais à l'endroit du personnel infirmier, comme l'indique cet exemple :

« De plus en plus y sont plus vigilants, y viennent avec des caméras, y viennent nous enregistrer, ils veulent prendre des photos, l'intimité y'en a presque plus avec les patients parce que la famille ne veut plus sortir des chambres. On est sous surveillance là, trois plus avec les médias. » (Acteur - Pavillon A)

En voulant ainsi assurer le bien-être de leur proche hospitalisé, la famille peut contribuer à accentuer la pression ressentie par les infirmières et exiger des informations qu'elles n'ont pas ou des services qui ne sont pas disponibles. Plusieurs des acteurs de l'unité de chirurgie ont aussi indiqué combien il pouvait être difficile d'assurer un environnement de soin calme et propice à la convalescence, lorsque plusieurs membres de la famille insistent pour demeurer au chevet du patient. La difficulté à gérer la présence de la famille devient alors un obstacle aux soins et un irritant pour le personnel soignant, qui ne sait plus trop comment intervenir pour assurer le confort du patient dans le respect de la famille:

« T'es constamment à t'excuser, à tasser les gens pour prendre une pression, avant, les gens se tassaient par gros bon sens, tu disais coudons, là, a vient d'être opéré, vous reviendrez après. Là y sont là, ça s'étire, ça s'allonge la patte, t'enjambes les pattes.» (Infirmière – Pavillon A)

On comprend alors que même si la philosophie de soins et les politiques organisationnelles encouragent les infirmières à intégrer la famille et répondre à leurs exigences et à celles du patient, les ressources personnelles et organisationnelles dont

disposent les infirmières pour ce faire et assurer des PRS de qualité sans nuire à leur satisfaction professionnelle, sont parfois limitées.

- *Différences liées à l'âge et à l'expérience*

Les différences liées à l'âge et à l'expérience des infirmières sont identifiées comme ayant aussi un impact complémentaire à celui du climat, sur les PRS qu'elles réalisent et la satisfaction qu'elles en retirent aux deux extrémités de leur vie professionnelle. De l'avis de certains acteurs, les nouvelles infirmières sont perçues comme ayant plus de difficulté à intégrer les PRS dans leurs autres activités. Comme le fait remarquer une AIC, les jeunes infirmières sont davantage centrées sur la maîtrise des techniques de soins et ont souvent de la difficulté à réaliser les PRS visant la collecte de données ou l'évaluation de l'état de santé, en raison de leur manque d'expérience et de l'adaptation que requiert le ratio de patient qu'elles ont par rapport à celui qu'elles avaient en formation:

« Il faut dire que pour eux autres sont habituées avec 2-3 patients, pis elles tombent avec 12, fait que c'est sûr que c'est la première affaire qui débarque c'est la collecte de données, l'évaluation, ça débarque tout de suite parce qu'elles sont poignées avec leurs techniques eux autres [jeunes infirmières].» (AIC)

D'autres répondants reconnaissent toutefois que ces jeunes infirmières n'hésitent pas à demander conseil et à rechercher le soutien de leurs pairs et des infirmières conseillères, afin d'améliorer leurs interventions auprès du patient/famille :

« La petite nouvelle, elle a plus de misère mais je te dirais qu'elle vient me voir, ou elle vient voir un autre, puis elle demande conseil, puis la conseillère maintenant va être plus disponible pour répondre aux problèmes avec les familles ou n'importe quoi, on va avoir de l'ouverture. » (AIC)

On comprend alors que les jeunes infirmières se donnent les moyens de compenser leur manque d'expérience et d'habiletés cliniques en allant quérir l'aide nécessaire à la réalisation de PRS de qualité. Cependant, même si cette relève est habituellement ouverte aux commentaires des infirmières d'expérience, elle tient à ce que ses connaissances, bien

que plus théoriques qu'appliquées, soient prises en considération lorsqu'il est question d'intervention ou d'évaluation auprès du patient, comme l'indique la plus jeune des infirmières consultée « Ne venez pas me dire que vous avez 30 ans d'expérience et que je dois avaler tout avec vos 30 ans d'expérience. » (Infirmière).

La rapidité et l'approche expéditive que privilégient certaines jeunes infirmières lors de la réalisation de leurs PRS et autres activités de soins laissent à certains acteurs d'expérience l'impression que l'approche auprès du patient/famille est moins respectueuse ou encore qu'elle ne revêt plus la même importance qu'à leurs yeux, comme l'exprime ici une AIC :

«... je ne sais pas chez des nouvelles infirmières, je ne veux pas avoir des mauvais mots, je ne sais pas si c'est aussi important [en parlant des PRS], j'ai l'impression que c'est plus bâclé que ça l'était avant. » (AIC)

Cette perception traduit apparemment une inquiétude par rapport à la rapidité avec laquelle certaines jeunes infirmières s'acquittent de leur fonction de nature relationnelle. De telles inquiétudes sont loin d'être négligeables, mais elles doivent être réinterprétées à la lumière du contexte de travail actuel et non de celui qui prévalait il y a plusieurs années. En ce qui a trait au caractère irrespectueux de certaines interventions de nature relationnelle, il est à remarquer que des campagnes de sensibilisation ont été menées par les responsables de l'organisation auprès de l'ensemble des employés, sans distinction quant à l'âge. Les données recueillies n'indiquent pas clairement si le manque de respect est associé à un trait générationnel, ou plutôt à un relâchement inapproprié dans l'attitude de certains employés.

Les infirmières d'expérience, de leur côté, semblent davantage faire écho à des frustrations accumulées souvent associées au climat organisationnel et qui sont considérées comme des entraves à la réalisation des PRS. En effet, les exigences du contexte de travail actuel sont identifiées par les acteurs et dans les commentaires recueillis, comme étant à l'origine de l'exaspération de plusieurs infirmières d'expérience, tel qu'en fait foi cette observation :

« Quand tu le vois là des fois, sont plus blasés puis ils n'ont plus d'énergie, je pense parce que, moi je le dis, il a 25 ans quand j'ai commencé et là tu te le demandes, tu poses la question, est-ce que je vais être capable d'avoir ce rythme là encore 15 ans, disons là que tu travailles jusqu'à 60 ans, tu te demandes si tu vas être capable d'avoir ce rythme là. Ça fait que j'imagine quelqu'un qui a travaillé puis qui est en fin de carrière, puis qui est peut-être désillusionné aussi possiblement. » (AIC)

Pour certaines, cette exaspération se traduit par une approche plus détachée de la clientèle et la retraite est attendue avec impatience. Certains acteurs indiquent toutefois que l'expérience accumulée de l'infirmière est habituellement gage d'une meilleure approche auprès de la clientèle, lorsqu'elles ont eu l'opportunité de se spécialiser dans un domaine clinique. Leur expérience clinique facilite alors leurs PRS, comme en témoigne une infirmière soignante :

« Comme infirmières de longue date, ce qui facilite c'est qu'on a toute la même pathologie sur le plancher. Ça c'est bon parce qu'on développe une expertise, on devine facilement, on voit quand ils commencent aller bien ou aller moins bien. On devient expertes avec cette clientèle là. Je trouve que les filles sont assez à l'aise avec les patients.» (Infirmière – U. Psychiatrie)

Ainsi, l'influence de l'âge et de l'expérience sur les PRS, telle que relevée par différents acteurs, est loin de s'exprimer de la même manière chez toutes les infirmières. Il n'en demeure pas moins qu'elle traduit une réalité à laquelle il importe de demeurer attentif dans un contexte de travail en perpétuel changement, où le renouvellement des effectifs ne doit pas se faire au détriment de la nature relationnelle du rôle de l'infirmière.

4.3.3 Synthèse des propositions explicatives

Ainsi, il ressort des quatre propositions ayant émergé de l'analyse qualitative que l'impact du climat organisationnel sur les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières s'expliquent principalement à travers des caractéristiques du rôle qui renvoient à la charge de travail et à l'ambiguïté de rôle, aux caractéristiques de l'équipe qui se rapportent à l'harmonie et à la collaboration, aux attributs du supérieur qui définissent les relations de ce dernier avec l'équipe et enfin aux caractéristiques de l'organisation qui se rapportent à la perception de justice, de soutien et de communication organisationnelle.

Certaines caractéristiques propres aux patients/familles et à l'infirmière exercent aussi un impact complémentaire à celui du climat sur les PRS et la satisfaction professionnelle. On a démontré que l'impact du climat organisationnel s'exprime différemment en fonction des éléments contextuels qui prévalent dans les pavillons, les unités de soins et parfois même en fonction de la position occupée par les différents acteurs (ex. : perception de l'intensité de la charge de travail variant selon la position hiérarchique, perception de la justice organisationnelle relative aux opportunités de formation différant entre soignants et infirmières conseillères). À titre d'exemple, au Pavillon A comme au Pavillon B, la perception de la charge de travail explique la réalisation des PRS privilégiées par les infirmières. Au Pavillon A, la charge de travail perçue comme étant trop intense, notamment en raison d'un fréquent manque de personnel, est associée à une plus grande difficulté à réaliser les PRS, alors qu'au Pavillon B, où les problèmes de disponibilité d'effectifs sont moins aigus, la charge de travail est perçue comme étant raisonnable, ce qui constitue un élément facilitant pour la réalisation des PRS. C'est donc dire que les éléments explicatifs du climat sont les mêmes dans l'ensemble de l'organisation, mais leur impact sur les PRS et la satisfaction professionnelle sera positif ou négatif en fonction de la perception que les acteurs en ont au sein de l'organisation, d'un pavillon, d'une unité, ou de la position qu'ils occupent.

De manière générale, les caractéristiques du rôle sont perçues plus positivement au Pavillon B qu'au Pavillon A. Les caractéristiques de l'équipe et du supérieur peuvent être perçues positivement ou négativement, selon qu'elles correspondent ou non aux attributs et aux attentes qui sont favorables à l'harmonie, la collaboration, la confiance et le soutien. Les caractéristiques de l'organisation sont perçues négativement par une majorité d'acteurs, faute d'une impression de justice et de soutien organisationnels. Un autre élément marquant de cette analyse est que la perception des caractéristiques du rôle exerce une influence prédominante sur la perception globale du climat de travail. Ce constat se dégage de la distinction marquée que cette composante occasionne sur la perception globale du climat dans chacun des pavillons. Alors que les caractéristiques de l'équipe, du supérieur et de l'organisation sont relativement perçues de la même manière, on remarque, en effet, que la charge de travail, les conflits et l'ambiguïté de rôle conditionnent une perception globale du

climat plus négative au Pavillon A qu'au Pavillon B, où ces caractéristiques du rôle sont perçues plus positivement.

En approfondissant les trois premières propositions explicatives, il ressort une forme d'interaction dynamique entre les quatre composantes du climat organisationnel qui ont un impact direct sur les PRS et la satisfaction professionnelle. Du point de vue des acteurs consultés, la perception de la charge de travail comprise dans les caractéristiques du rôle est très certainement l'élément qui influence le plus la réalisation des PRS et la satisfaction professionnelle de l'infirmière. Cependant, le bon fonctionnement de l'équipe vient contrebalancer, en partie, les perceptions négatives associées aux caractéristiques du rôle (ambiguïté/conflits de rôle, déséquilibre de la charge de travail). De manière générale, les acteurs consultés misent sur l'harmonie et la collaboration au sein de l'équipe pour favoriser les PRS dites indépendantes/collaboratives et accroître leur satisfaction professionnelle. Pour que l'équipe soit efficace et que le poids de la charge de travail soit mieux équilibré, l'appui du chef d'unité est jugé essentiel. Par les attributs souhaités des membres de l'équipe, le supérieur contribue ainsi à son fonctionnement, dans la mesure où il dispose de la latitude organisationnelle nécessaire pour ce faire. La perception de l'organisation intervient alors à son tour sur les caractéristiques de l'équipe et du rôle qui orientent la perception que les gens ont de l'organisation et du supérieur. La mise en relief de ces interactions dynamiques entre quatre des cinq dimensions composites du climat organisationnel permet de mieux expliquer l'impact global qu'il a sur les PRS et la satisfaction professionnelle de l'infirmière, à partir d'une vision qu'on pourrait qualifier de systémique. Par cet approfondissement explicatif, il devient pertinent de miser non seulement sur la dimension du climat organisationnel qui a le plus d'influence, mais aussi sur les autres ici identifiées, afin d'exploiter les interactions dynamiques entre ces dimensions composites en contexte hospitalier.

Les données qualitatives auront ainsi permis d'approfondir les relations qui ressortent des analyses quantitatives, mais ont aussi fait émerger d'importantes interactions dynamiques entre les dimensions composites du climat organisationnel. À la mise en évidence de ces interactions dynamiques s'ajoute une compréhension approfondie de l'articulation des PRS indépendantes et collaboratives de l'infirmière en contexte

hospitalier. Alors que les données quantitatives ne nous permettaient que d'estimer l'impact du climat sur les PRS indépendantes de l'infirmière, les données qualitatives ont su mettre en relief l'impact que le climat a aussi sur les PRS collaboratives que partage l'infirmière avec l'équipe soignante immédiate (infirmières, PAB et, selon les unités de soins, infirmière auxiliaires) et élargie (médecins et autres professionnels). Cette distinction entre les PRS indépendantes et collaboratives de l'infirmière traduit un autre aspect de la complexité inhérente aux soins de nature relationnelle compris dans le processus infirmier. L'infirmière étant rarement appelée à intervenir seule auprès du patient/famille en contexte hospitalier, l'impact du climat organisationnel sur ses PRS indépendantes ne peut être dissocié de l'impact exercé aussi sur les PRS qu'elle partage avec les autres soignants et professionnels. En se substituant aux PRS indépendantes de l'infirmière, faute d'une charge de travail équilibrée ou de rôles clairement actualisés, les PRS collaboratives des autres soignants minent la qualité du processus infirmier en privant le patient/famille de soins qui relèvent des connaissances et responsabilités de l'infirmière. La satisfaction professionnelle de l'infirmière se trouve tout aussi affectée par la difficulté à réaliser les PRS indépendantes et collaboratives qu'elle privilégie pour assurer le mieux-être du patient/famille.

En somme, trois des propositions explicatives ont permis d'expliquer l'impact du climat organisationnel sur les PRS indépendantes/collaboratives et la satisfaction professionnelle de l'infirmière, alors qu'une dernière permet de préciser que cet impact ne saurait être compris sans tenir compte de certaines caractéristiques propres aux patients/famille et à l'infirmière elle-même. L'approfondissement de l'ensemble de ces propositions a su mettre en relief les interactions dynamiques que partagent les dimensions composites du climat. Ces interactions dynamiques apparaissent non seulement fonder la perception globale de l'environnement de travail, mais suggèrent aussi une vision systémique sur laquelle il est possible de s'appuyer pour l'amélioration du climat organisationnel en contexte hospitalier.

4.4 Intégration des inférences quantitatives et qualitatives

L'intégration des inférences quantitatives et qualitatives offre une vue d'ensemble qui fait ressortir la complexité des relations visées entre le climat organisationnel, les PRS

et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes, à la lumière des particularités du contexte à l'étude. D'une part, à partir du volet quantitatif nous sommes désormais à même d'apprécier l'ampleur de l'impact du climat organisationnel global, comme celle de ses dimensions composites sur les trois facettes des PRS (importance, fréquence et écart) et de la satisfaction professionnelle de l'infirmière. Au-delà de l'influence du climat, l'impact des PRS (fréquence et écart) sur la satisfaction professionnelle démontre aussi combien il importe de préserver l'aspect relationnel du processus infirmier pour favoriser la satisfaction professionnelle des infirmières en milieu hospitalier. D'autre part, l'analyse qualitative a su mettre en relief que l'impact du climat organisationnel sur les PRS indépendantes/ collaboratives et la satisfaction professionnelle s'explique par quatre ordres de facteurs : 1) l'intensité de la charge de travail perçue ; 2) l'approche d'équipe et la perception du rôle infirmier ; 3) la perception du supérieur et de l'organisation; 4) certaines caractéristiques propres aux patients/familles et à l'infirmière qui ont un impact complémentaire à celui du climat. Enfin, les interactions dynamiques qui se sont révélées entre quatre des cinq dimensions composites du climat suggèrent d'adopter une compréhension dite systémique du phénomène à l'étude, plutôt que de considérer de manière isolée l'impact de chacune des dimensions.

Nous retenons du volet quantitatif qu'une fois les variables de contrôle prises en compte (état de conscience du patient, années de service à l'hôpital, unités de soins d'appartenance), seules les caractéristiques de la tâche expliquent 5 % de la variance des PRS privilégiées, alors que le climat global et ses dimensions relatives aux caractéristiques du rôle, de l'organisation, du supérieur et de l'équipe sont de puissants facteurs explicatifs des PRS actuelles (5 % à 11 %), de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles (4 % à 9 %), ainsi que de la satisfaction professionnelle (13 % à 30 %) des infirmières soignantes. De plus, il a été démontré, qu'au-delà de l'important impact du climat et des variables de contrôle, la fréquence des PRS contribue à augmenter la satisfaction professionnelle des infirmières ($\beta = 0,31$, $p < 0,001$), alors que l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles contribue à la diminuer ($\beta = -0,30$, $p < 0,001$) dans des proportions fort similaires (respectivement 7 % et 8 %). Ces constats rejoignent les propositions explicatives qui sont ressorties de l'analyse des données qualitatives.

Nonobstant leur perception du climat, les acteurs consultés dans le volet qualitatif s'entendent sur l'importance des PRS et sur le fait que leur réalisation contribue à la satisfaction professionnelle de l'infirmière. L'équilibre de la charge de travail est toutefois identifié comme un élément déterminant de la réalisation des PRS de l'infirmière. L'harmonie, la collaboration et la clarté de rôle sont aussi jugées essentielles à la réalisation des PRS indépendantes et collaboratives, comme au maintien de la satisfaction professionnelle de l'infirmière. La collaboration dans un contexte de charge de travail accrue peut toutefois se réduire à un suivi du patient par l'intermédiaire du personnel auxiliaire, sans que l'infirmière ne le supervise/coordonne ou l'approfondisse, au détriment de la réalisation des ses PRS indépendantes et collaboratives. L'ambiguïté et les conflits de rôles vécus entre les soignants des unités de médecine et de chirurgie entraînent aussi la substitution, voire la délégation, de PRS indépendantes de l'infirmière à des PAB et des infirmières auxiliaires qui n'ont pas le niveau de connaissances et de responsabilité nécessaire à leur réalisation. De l'avis des acteurs consultés, les attributs du chef d'unités sont déterminants pour la réalisation PRS et de la satisfaction professionnelle des infirmières, puisqu'ils peuvent aussi bien y contribuer que leur nuire. De manière quasi unanime, la perception d'injustice, de manque de soutien et les difficultés de communication au niveau organisationnel sont identifiés quant à eux comme des éléments ayant un impact délétère sur la réalisation PRS et la satisfaction professionnelle.

Tel que démontré dans la portion quantitative de l'étude, les résultats qualitatifs confirment que les acteurs partagent une perception du climat qui peut sensiblement varier selon leur appartenance à un pavillon, une unité, ou même à la position qu'ils occupent dans l'organisation. Notons toutefois que, peu importe leur appartenance, les acteurs consultés ont identifié les mêmes éléments composites du climat pour expliquer les variations au niveau des PRS et de la satisfaction professionnelle des infirmières. En outre, la dernière proposition ayant émergé de l'analyse qualitative confirme la nécessité de contrôler pour certaines caractéristiques du patient (ex : état de conscience) et des variables socioprofessionnelles se rapportant à l'infirmière, en établissant l'impact complémentaire que peuvent avoir les caractéristiques propres à l'infirmière et au patient/famille. On comprend alors, qu'en général, le volet qualitatif a permis de spécifier et d'approfondir

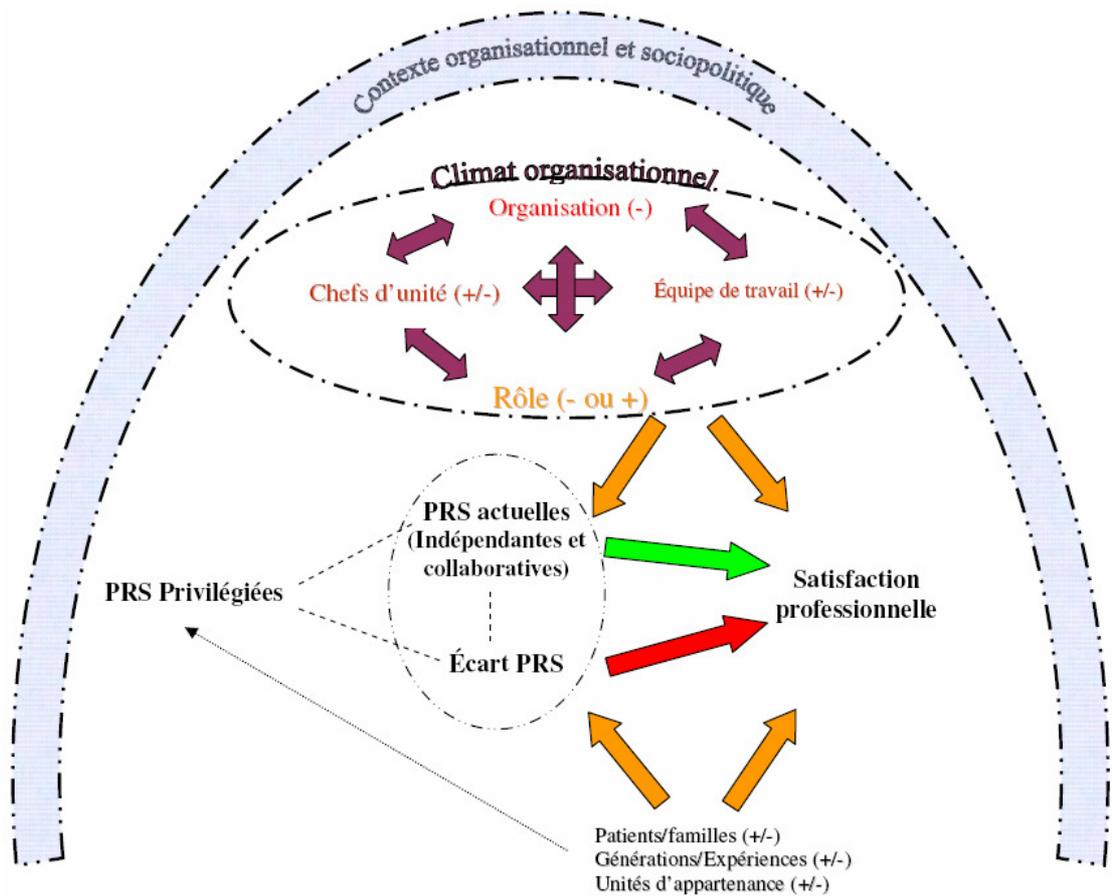
l'explication apportée par le volet quantitatif afin de mieux comprendre l'impact du climat organisationnel sur les PRS indépendantes/collaboratives et la satisfaction de l'infirmière.

Un important résultat ressortant de l'approfondissement offert par le volet qualitatif réside dans l'émergence d'une forme d'interactions dynamiques entre quatre des cinq composantes du climat organisationnel. Les dimensions composites du climat qui ont le plus d'influence sur les PRS (actuelles et écart) et la satisfaction professionnelle d'un point de vue quantitatif sont aussi celles qui ont été identifiées par les acteurs comme les plus puissants facteurs explicatifs. Toutefois les interactions dynamiques qu'entretiennent les caractéristiques du rôle, de l'organisation, du supérieur et de l'équipe, suggèrent des modalités d'intervention diversifiées qui pourrait avoir un potentiel synergique. Même si les trois premiers facteurs sont ceux qui ont l'impact le plus fort au niveau quantitatif, l'analyse qualitative suggère une forme d'équifinalité dans le sens que des interventions touchant à ces facteurs peuvent être combinées de différentes manières pour arriver à des buts similaires. Par conséquent, chacune des dimensions ne se suffit pas forcément à elle-même et son impact peut être modulé par l'influence des autres. Ainsi, malgré une perception négative du rôle ou de l'organisation, il est possible qu'en renforçant les caractéristiques de l'équipe et/ou du supérieur, les PRS et la satisfaction professionnelle s'améliorent. De plus, on constate qu'en fonction de la force des relations que partagent les dimensions du climat organisationnel ($r = 0,42$ à $0,67$), toute action sur l'une de ses dimensions composites est susceptible de se répercuter sur les autres.

La figure neuf illustre les principales conclusions qui ressortent de l'intégration des volets quantitatif et qualitatif de la présente étude, à savoir : 1) L'analyse du climat s'intègre dans un contexte organisationnel et sociopolitique qui contribue aussi à le façonner; 2) La perception globale du climat organisationnel se fonde sur les interactions dynamiques entre les caractéristiques du rôle, du supérieur, de l'équipe et de l'organisation ; 3) Les dimensions composites du climat sont perçues plus positivement ou négativement selon l'appartenance à un pavillon, une unité ou la position dans l'organisation et la force de l'impact respectif des différentes dimensions sur les PRS et la satisfaction professionnelle diffère sensiblement; 4) L'aspect relationnel du processus infirmier est compris par les trois facettes des PRS (privilégiées, actuelles et écart); 5) Le climat organisationnel global et quatre de ses

dimensions composites ont un impact sur la satisfaction professionnelle, les PRS actuelles indépendantes et collaboratives, de même que sur l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, alors qu'ils n'en n'ont pas sur les PRS privilégiées ; 6) Les PRS actuelles contribuent à l'augmentation de la satisfaction professionnelle, alors qu'un accroissement de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles contribue à la diminuer dans des proportions similaires ; 7) différentes caractéristiques propres aux patients/famille et à l'infirmière ont un impact complémentaire à celui du climat sur les PRS et la satisfaction des infirmières.

Figure 9
Illustration de l'intégration des inférences quantitatives et qualitatives



CHAPITRE V : DISCUSSION GÉNÉRALE ET CONCLUSION

Ce chapitre comprend six sections qui visent à mettre en relief différents éléments de discussion, de même que la contribution de cette étude à l'avancement des connaissances. En ce sens, les principaux résultats seront d'abord discutés pour ensuite être interprétés à la lumière de l'état des connaissances actuelles. Suivront les considérations théoriques émanant de l'étude, ainsi que sa contribution à l'avancement des connaissances en sciences infirmières, dans le domaine de l'administration des services infirmiers. Les limites de cette recherche seront soulignées avant de conclure avec le mot de la fin.

5.1 Discussion des principaux résultats

Alors que l'environnement changeant dans lequel évolue la profession infirmière exige de nouvelles façons de penser et d'organiser les soins (CCASS, 2007; CCCSI, 2003), cette étude porte attention à trois éléments d'importance pour assurer des soins de qualité et maintenir le sens du travail infirmier, soit le climat organisationnel, les pratiques relationnelles de soin (PRS) et la satisfaction professionnelle. En ce sens, la force de l'impact du climat organisationnel global et de ses dimensions composites sur les trois facettes des PRS de l'infirmière a d'abord été estimée. Le rôle que joue le processus infirmier relationnel (PRS actuelles et écart PRS) dans la satisfaction professionnelle de l'infirmière a aussi été précisé, au-delà de l'impact du climat et en contrôlant pour différentes variables pertinentes (appartenance à une unité de soins, nombre d'années de service au sein de l'hôpital, état de conscience du patient). Les données qualitatives ont permis de dégager quatre propositions explicatives qui établissent l'influence déterminante qu'ont la charge de travail, l'approche d'équipe et la perception du rôle infirmier, les caractéristiques du supérieur et de l'organisation, ainsi que certaines caractéristiques propres aux patients/familles et à l'infirmière, sur la réalisation des PRS et la satisfaction professionnelle. Une forme d'interaction dynamique entre quatre des cinq dimensions composites du climat organisationnel a aussi émergé, suggérant ainsi que toutes

interventions sur l'une de ces dimensions puissent avoir des répercussions sur les autres. L'amélioration des PRS et de la satisfaction professionnelle des infirmières gagne ainsi à être non seulement pensée en fonction des dimensions du climat pour lesquelles les associations statistiques les plus fortes ont été démontrées, mais aussi des composantes qui interagissent de manière dynamique entre elles.

Les résultats obtenus suggèrent que les PRS que les infirmières privilégient sont, dans une certaine mesure, indépendantes de la perception globale qu'elles ont de leur environnement de travail et reflètent davantage un ensemble de normes et de valeurs professionnelles partagées (Fahrenwald et al., 2005 ; Parker, 1994). Ainsi, suivant les résultats obtenus, la charge de travail, le soutien des pairs, du supérieur et de l'organisation n'ont pas d'impact sur l'importance accordée aux PRS. Par contre, les caractéristiques de la tâche, à savoir l'autonomie, l'importance du travail et le défi qu'il requiert, expliquent significativement l'importance qui est accordée aux PRS ($\Delta R^2 = 0,05$; $\Delta F(1, 270) = 14,06$; $p < .001$). Cette **confirmation partielle de l'hypothèse 1** suggère que certaines caractéristiques très spécifiques du climat peuvent contribuer à expliquer les PRS que les infirmières privilégient ($\beta = 0,22$; $p < 0,001$). Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que c'est en partie par les composantes des caractéristiques de la tâche que l'affirmation de l'identité professionnelle des infirmières pourrait prendre forme. En fonction de cette explication potentielle, les composantes du climat liées aux caractéristiques de la tâche fournissent à l'infirmière le cadre qui définit la reconnaissance de ce qui est professionnellement important pour assurer des soins et services de qualité aux patients/familles. S'inspirant des sciences herméneutiques, la psychodynamique du travail donne écho à cette explication à partir d'une approche bien différente de celle ici privilégiée, en référant à la dynamique entre le sujet, l'univers du travail et le champ social et au travers de ce qu'il est convenu d'appeler les trois vecteurs du registre symbolique : la reconnaissance, l'autonomie et le pouvoir sur l'acte (Dejours, 1993 ; Vézina, 2000). La reconnaissance renvoie au jugement de beauté et d'utilité que les autres (pairs, supérieurs, communauté d'appartenance, etc.) portent sur le travail infirmier, alors que l'autonomie est associée à la marge de manoeuvre dont dispose l'individu et le pouvoir sur l'acte se rapporte au contrôle qu'il exerce sur son travail (Carpentier-Roy, 1995). L'importance, l'autonomie et le défi, tels que définis dans les caractéristiques de la tâche (Annexe I) et

compris dans la conception du climat ici préconisée (Parker et al., 2003) présentent des rapprochements conceptuels avec chacun de ces trois vecteurs du registre symbolique. Pour les tenants de la psychodynamique du travail, c'est au travers de ce registre symbolique qu'une personne membre d'une organisation construit sa propre identité (Carpentier-Roy, 1995). Il est ainsi possible que les résultats ici obtenus traduisent jusqu'à quel point les infirmières reconnaissent dans les caractéristiques de la tâche, les éléments qui soutiennent l'affirmation de leur identité professionnelle (Fagermoen, 1997 ; Legault, 2003). Ceci expliquerait pourquoi l'importance des PRS n'est pas influencée par la perception de facteurs environnementaux, tels que la charge de travail, le soutien des pairs, du supérieur ou de l'organisation, mais qu'elle reste sensible aux caractéristiques de la tâche.

L'hypothèse 2 a été entièrement confirmée. Les résultats démontrent que la réalisation des PRS est influencée par la perception que les infirmières ont du climat organisationnel global ($\Delta R^2 = 0,12$; $\Delta F(1, 275) = 42,63$; $p < 0,001$), et encore davantage lorsqu'on tient compte des variables de contrôle : état de conscience des patients, unité de soins d'appartenance et nombre d'années de service effectuées au sein de l'hôpital à l'étude ($R = 0,51$; $F(7, 275) = 13,78$; $p < 0,001$). Chacune des cinq dimensions composites du climat explique indépendamment à elle seule entre 4 % et 9 % de la variance de la fréquence des PRS. Les infirmières qui ont une perception positive du climat ($\beta = 0,38$; $p < 0,001$), comme de ses dimensions composites, ont ainsi tendance à accroître la fréquence de leurs PRS. Ces résultats, bien qu'étant parmi les premiers à quantifier l'impact du climat sur la fréquence des PRS de l'infirmière rejoignent les conclusions de différentes études qualitatives qui soutiennent l'influence des multiples composantes du climat organisationnel sur les PRS actuelles (Boon, 1998 ; Clarke & Wheeler, 1992; Cohen et al., 1994; Forrest, 1989 ; Milne & McWilliam, 1996). Dans de récents travaux s'appuyant notamment sur ces écrits, Finfgeld-Connett (2007) considère même l'environnement de travail comme un antécédent nécessaire à la mise en oeuvre du *caring* en pratique. Les résultats obtenus soutiennent cette idée en démontrant qu'aux 15 % de variance expliquée par les variables de contrôle, le climat organisationnel global explique 12 % de la variance des PRS actuelles des infirmières soignantes en milieu hospitalier.

L'impact du climat global sur l'écart entre l'importance et la fréquence des PRS est un peu moins prononcé que sur la seule fréquence des PRS, mais reste tout aussi significatif ($\Delta R^2 = 0,08$; $\Delta F(1, 271) = 25,92$; $p < 0,001$). **L'hypothèse 3 ne demeure toutefois qu'en partie confirmée**, car seulement quatre des cinq dimensions composites du climat global expliquent chacune individuellement entre 4% et 9% de la variance de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, alors qu'il était attendu que chacune d'elles y contribue. Aucune relation statistiquement significative n'a cependant été trouvée entre la dimension des caractéristiques de la tâche et l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles. Il ressort qu'une perception positive du climat global ($\beta = -0,31$; $p < 0,001$), comme des quatre autres dimensions qui le composent, conduit à réduire l'écart entre l'importance et la fréquence des PRS. La réduction de cet écart suppose qu'une perception positive du climat puisse favoriser une pratique infirmière qui soit plus cohérente avec celle souhaitée (Enns & Gregory, 2007 ; Kim, 2000). Toutefois, l'absence de relation entre les caractéristiques de la tâche d'une part et l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles d'autre part, met une fois de plus en relief l'aspect distinctif de cette composante du climat organisationnel. Reconnue comme une dimension générique du climat (Brunet & Savoie, 1999 ; James & Sells, 1981 ; Parker et al., 2003), il aurait été attendu qu'elle ait un impact relatif sur cet écart, à l'instar du climat global et des quatre autres dimensions qui le composent. La force de la relation que les caractéristiques de la tâche entretiennent à la fois avec les PRS privilégiées ($r = 0,23$) et actuelles ($r = 0,21$), explique probablement pourquoi il en est autrement. En effet, en contribuant de manière semblable à l'augmentation de l'importance ($\beta = 0,22$; $p < 0,001$) et de la fréquence des PRS ($\beta = 0,20$; $p < 0,001$), la perception des caractéristiques de la tâche ne peut aussi avoir un impact sur l'écart entre les deux. Sur la base de cette logique, le caractère distinctif de cette dimension s'explique par le fait qu'elle réfère à la perception que les répondants ont des composantes les plus proximales de leur emploi. Selon James et Sells (1981), les attributs de l'environnement de travail qui sont directement et immédiatement liés aux expériences que l'individu en a, se distinguent des autres. En admettant que les caractéristiques de la tâche soient bien une dimension générique essentielle du climat (Parker et al., 2003), il est possible que la perception que les infirmières en ont se distingue de celle qu'elles ont des autres dimensions composites, en raison de l'expérience plus proximale qu'elles en font dans leur environnement de travail au quotidien. Cette perception distinctive entraîne alors un impact différent de celui du

climat global et de ses autres dimensions, sur les PRS privilégiées comme sur l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles.

De l'ensemble des dimensions composites du climat organisationnel, les caractéristiques du rôle qui incluent l'équilibre de la charge de travail, la clarté et l'absence de conflit de rôle, sont celles qui ont le plus d'impact sur la fréquence des PRS ($\Delta R^2 = 0,09$; $\Delta F(1, 274) = 33,11$; $p < 0,001$), comme sur l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles ($\Delta R^2 = 0,09$, $\Delta F(1, 270) = 28,91$, $p < 0,001$). Suivent avec une force d'impact sensiblement moins prononcée, les caractéristiques du supérieur et de celles de l'organisation dans des proportions explicatives fort semblables, puis en dernier lieu l'impact des caractéristiques de l'équipe. De cette prise en compte individuelle des dimensions composites du climat organisationnel, il ressort que l'impact d'une perception positive du rôle sur la fréquence des PRS ($\beta = 0,34$; $p < 0,001$), est aussi prépondérant sur l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles ($\beta = -0,34$; $p < 0,001$). Cette perception positive contribue à augmenter la fréquence des PRS et à diminuer l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles. Cette observation rejoint les conclusions qualitatives selon lesquelles l'équilibre de la charge de travail constitue l'un des éléments les plus déterminants de la réalisation des PRS privilégiées par les infirmières.

De plus, les résultats démontrent que les dimensions composites du climat qui expliquent le mieux les PRS actuelles, sont aussi celles qui ont le plus d'impact sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes. Lorsque prises individuellement et en tenant compte des variables de contrôle, les caractéristiques du rôle expliquent à elles seules 30 % de la variance de la satisfaction professionnelle, alors que la perception de l'organisation en explique 19 %, celle du supérieur 17 %, celle de l'équipe 13 % et enfin celle de la tâche n'en explique que 9 %. La perception que les infirmières ont des caractéristiques de leur rôle explique, en fait, la même proportion de variance de leur satisfaction professionnelle que celle expliquée par leur perception du climat organisationnel global ($\Delta R^2 = 0,30$; $\Delta F(1, 278) = 168,73$; $p < 0,001$). Ces résultats **confirment en totalité l'hypothèse 4**. Il appert ainsi que l'influence reconnue du climat organisationnel sur la satisfaction au travail en général (Gillies, Franklyn, & Child, 1990 ; Keuter, Byrne, Voell, & Larson, 2000 ; Urden, 1999) soit tout aussi significative sur la

satisfaction professionnelle. La prépondérance de l'impact des caractéristiques du rôle est aussi en accord avec les résultats d'autres études qui font ressortir la surcharge de travail, une composante du rôle, comme un des plus importants facteurs contribuant à diminuer la satisfaction professionnelle (Davidson et al., 1997) et au travail (Adam & Bond, 2000) des infirmières soignantes.

L'une des contributions les plus originales de cette étude réside dans la démonstration de l'impact que les PRS (actuelles et écart) ont sur la satisfaction professionnelle des infirmières, au-delà de l'impact du climat organisationnel global et des variables de contrôles. Cette influence positive associée à la réalisation des PRS sur la satisfaction professionnelle incite à reconnaître la nécessité d'une cohérence entre les PRS privilégiées et actuelles pour ne pas diminuer la satisfaction des infirmières (Enns & Gregory, 2006 ; Watson, 2006b). Alors que le climat organisationnel global explique 30 % de la variance de la satisfaction professionnelle en tenant compte des variables de contrôle, les PRS actuelles ajoutent à elles seules 7 % à cette explication ($\Delta R^2 = 0,07$; $\Delta F(1, 274) = 46,76$; $p < 0,001$). C'est donc dire que **l'hypothèse cinq se confirme**. La fréquence des PRS contribue à l'augmentation du niveau de satisfaction professionnelle des infirmières soignantes ($B = 0,30$; $p < 0,001$), par-delà l'important impact (50 %) qu'ont déjà sur elles le climat organisationnel et les variables de contrôle. De tels résultats, vont dans le sens de ceux obtenus par Lee (2004), en confirmant la contribution indépendante des PRS actuelles à la satisfaction professionnelle des infirmières.

À la différence des PRS actuelles, les résultats obtenus indiquent également que l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles fait diminuer la satisfaction professionnelle ($B = -0,28$; $p < 0,001$). Ainsi, au-delà de la variance expliquée par les variables de contrôle (20 %) et la perception du climat organisationnel global (31 %), l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles explique à lui seul 8 % de la variance de la satisfaction professionnelle, **confirmant ainsi la sixième et dernière hypothèse** de la section quantitative. Ces résultats permettent d'approfondir la compréhension du rôle de l'aspect relationnel du processus infirmier sur la satisfaction des infirmières, en démontrant que l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles exerce un impact tout aussi fort sur leur satisfaction professionnelle que la fréquence des PRS actuelles, mais en sens inverse. Ainsi,

alors que les PRS actuelles comprises sous l'angle du *caring* peuvent conduire à la satisfaction des infirmières (Swanson, 1999 ; Watson, 1988, 2006), le fait de ne pas réaliser des PRS qui soient cohérentes avec celles qu'elles privilégient peut aussi lui nuire (Enns & Gregory, 2006 ; McGillis Hall & Kiesners, 2005 ; Morrison, 1989 ; Watson, 1988, 2006) dans des proportions similaires. La mise en relief de l'impact de ces deux facettes des PRS sur la satisfaction professionnelle suggère une forme de « concurrence » entre les bienfaits que l'infirmière retire de la réalisation de ses PRS et les insatisfactions qui découlent d'une pratique de *caring* qui s'éloigne de celle privilégiée. L'effet bénéfique que les infirmières retirent de la réalisation des PRS peut être ainsi menacé en contexte hospitalier par les difficultés à mettre en œuvre les PRS privilégiées (Allan, 2007 ; Watson, 2006b ; Turkel & Ray, 2004). À cet égard, l'analyse qualitative a permis de mettre en relief certaines stratégies que l'infirmière s'accorde pour offrir des soins humains, malgré un environnement de travail perçu comme étant contraignant. Ces stratégies consistent principalement à intercaler les PRS dans les tâches de nature technique, ou encore à leur donner préséance sur le temps personnel dont elles disposent lorsque la condition du patient/famille l'exige. On comprendra que de telles stratégies ne sont pas sans conséquence et qu'à long terme elles finissent par miner la satisfaction de l'infirmière, plutôt d'y contribuer, puisqu'elles accentuent l'invisibilité des PRS et la non reconnaissance du temps qui leur est accordé (Milnes & McWilliams, 1996).

L'intégration des propositions qui ont émergé du volet qualitatif a aussi permis d'approfondir la compréhension de l'impact du climat organisationnel et de ses dimensions composites sur les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes. En dépit de l'unanimité des acteurs consultés quant à l'importance des PRS et leur rôle clé dans la satisfaction professionnelle des infirmières, les résultats suggèrent que dans certaines circonstances, les PRS sont difficilement priorisées. À l'instar des constats effectués dans d'autres études (Aiken et al., 2001 ; Boon, 1998 ; Enns & Gregory, 2007 ; McGillis Hall & Kiesners, 2005 ; OIIQ, 2001), l'intensité de la charge de travail, plus marquée au Pavillon A qu'au Pavillon B en raison de problèmes d'effectifs infirmiers, fait en sorte que la réalisation des PRS soit plus difficile à prioriser à ce premier pavillon. Dans l'ensemble de l'organisation, l'approche d'équipe et la clarté du rôle infirmier ont émergé comme des facteurs explicatifs de la réalisation des PRS indépendantes et collaboratives

(Duffy & Hoskins, 2003). Alors que le volet quantitatif ne nous renseignait que sur les PRS indépendantes, telle que perçues par les infirmières, les propos recueillis auprès des différents acteurs ont mis en évidence les conditions de mise en œuvre des PRS collaboratives au quotidien. La réalisation des PRS collaboratives de l'infirmière comme celle des autres membres de l'équipe soignante immédiate (PAB, infirmières auxiliaires) et élargie (médecins et autres professionnels), se trouve à être facilitée par l'harmonie qui elle-même favorise une plus grande collaboration. Cette collaboration permet de maintenir une réponse adéquate aux besoins des patients/familles, mais au Pavillon A c'est souvent par l'intermédiaire du PAB et de l'infirmière auxiliaire que l'infirmière recueille les données nécessaires au suivi de l'évolution de santé du patient. Dans certains cas, la substitution des PRS indépendantes de l'infirmière par les PRS collaboratives du personnel auxiliaire, se traduit carrément par une délégation des PRS indépendantes, lorsque l'infirmière ne peut répondre aux responsabilités associées à son niveau de connaissance, faute d'une charge de travail équilibrée ou de rôles clairs et bien établis. Cette forme de soin par « proxy » a été soulignée par Clifford (1995) qui note que la supervision par l'infirmière des membres de l'équipe soignante la conduit de plus en plus à déléguer ses pratiques de *caring*, au détriment de fonctions qui lui sont propres. Le fait que plusieurs PRS relèvent d'une responsabilité partagée entre les soignants (ex. : soins de confort, soins relationnels, etc.), crée aussi certaines ambiguïtés dans la délimitation des rôles de chacun à l'endroit des PRS indépendantes et collaboratives. Dans la mesure où les PRS ne requièrent pas toutes les mêmes niveaux de connaissances (Ousey & Johnson, 2007) et que la prestation de soins sécuritaires exige d'en tenir compte (Storch, 2005), la délimitation des PRS indépendantes et collaboratives constitue un enjeu de taille en matière de qualité des soins.

À l'instar d'autres études, les résultats qualitatifs ont aussi permis de mieux comprendre comment les caractéristiques du supérieur et de l'organisation peuvent aussi avoir un impact important sur les PRS et la satisfaction des infirmières (Cara, 1997; Duffy, 1993; Ray, 1989; Wells, 1993). Les attributs du supérieur qui se définissent par une présence auprès de l'équipe soignante, une attitude d'ouverture respectueuse et une capacité à faire un suivi des préoccupations qui leur sont partagées ont été identifiés comme des éléments déterminants pour la réalisation des PRS et la satisfaction professionnelle de l'infirmière. La perception des supérieurs demeure toutefois dépendante des attentes des

membres de l'équipe. La capacité des supérieurs à répondre à ces attentes dépend elle-même de la latitude organisationnelle dont ils disposent dans leurs actions quotidiennes (Sweeney & Thomas, 1995). De fait, comme l'indique Cara (1997), le chef d'unité peut tout aussi bien renforcer les PRS de l'infirmière, qu'il peut nuire à leur réalisation. En ce qui concerne les caractéristiques de l'organisation, les perceptions négatives d'une majorité des acteurs par rapport à la justice, au soutien et à la communication organisationnels ont été associées à autant d'entraves à la satisfaction des infirmières et à leur capacité à réaliser des PRS de qualité. À l'instar de ce qui a été souligné dans d'autres études, nous notons que des pratiques de gestion des ressources humaines qui vont à l'encontre de la continuité de soins et/ou du respect des expertises cliniques (Enns & Gregory, 2007; McGlory et al., 2002), un manque de soutien à la formation continue (OIIQ, 2007), et des déficiences dans la transmission d'informations organisationnelles justes et en temps approprié (Buckley, Monks, & Sinott, 1998) semblent constituer autant d'obstacles aux PRS des infirmières ainsi qu'à leur satisfaction professionnelle. Comme l'indique toutefois Buckley, Monks et Sinott (1998) une dynamique de communication organisationnelle dépend non seulement des stratégies de diffusion au niveau des ressources humaines, mais aussi de l'engagement du personnel à prendre connaissance des informations nécessaires à l'amélioration de leurs pratiques. Les résultats obtenus vont dans le sens de ces observations en suggérant que les médiums de communication ne sauraient améliorer les PRS et la satisfaction des infirmières, sans que ces dernières ne manifestent elles-mêmes leur engagement.

Certaines caractéristiques propres aux patients/familles et à l'infirmière elle-même ont également émergé comme des facteurs ayant un impact complémentaire à celui du climat sur le façonnement des PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières. Ces éléments qui font d'ailleurs écho au modèle intégral de Duffy et Hoskins (2003) incluent notamment des aspects soulignés dans d'autres études, tels : la nature des besoins du patient/famille (Cohen et al., 1994 ; Kahn & Steeves, 1988), la compétence culturelle de l'infirmière (Srivasta, 2007) et les différences liées à l'âge et à l'expérience (Benner, 1984 ; Santos & Cox, 2000). Ainsi, l'expérience de santé, les valeurs et les croyances du patient/famille, de même que leurs exigences en matière de soins peuvent favoriser ou rendre plus difficile la réalisation des PRS de l'infirmière (Swanson, 1999). De même, la manière d'intervenir auprès du patient/famille variera en fonction de l'expérience acquise

par l'infirmière (Benner, 1984), comme de certaines valeurs générationnelles qui peuvent se traduire par une attitude différente à l'endroit du patient/famille (Santos & Cox, 2000). Il convient toutefois de souligner que dans le volet quantitatif, les différences liées à l'âge et à l'expérience ne se traduisent pas vraiment au niveau des PRS privilégiées, mais on observe que plus l'infirmière est âgée et expérimentée, plus fréquentes sont ses PRS. À la lumière des résultats qualitatifs, ceci suggère que même si quelques infirmières d'expérience mettent de côté leurs PRS en raison d'une exaspération liée à la chronicité et l'accentuation des contraintes de l'environnement de travail, la majorité d'entre-elles les réalise plus souvent que leurs collègues moins expérimentées.

De l'ensemble des résultats obtenus, nous pouvons retenir que le climat organisationnel est un déterminant non négligeable de l'aspect relationnel du processus infirmier, qui lui-même contribue de manière significative à la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes. Bien que les caractéristiques de la tâche aient un certain impact sur les PRS qu'elles privilégient, les infirmières accordent généralement une haute importance aux PRS et ce indépendamment de la perception qu'elles ont du climat organisationnel global. Dans le contexte actuel où la pratique soignante est soumise à d'importantes contraintes de ressources (CCASS, 2007 ; OIIQ, 2007), ces résultats rappellent combien il est essentiel, pour elles comme pour les autres acteurs consultés, de préserver l'aspect relationnel du processus infirmier. La mise en œuvre de cet aspect par la réalisation des PRS comprises sous l'angle du *caring* apparaît ainsi être non seulement essentielle pour assurer des soins infirmier de qualité (Duffy & Hoskins, 2003) mais aussi pour améliorer la satisfaction professionnelle des infirmières.

5.2 Interprétation des résultats obtenus en regard de l'état des connaissances

Nombreuses sont les recherches ayant porté sur chacune des notions à étude, mais rares sont celles qui ont eu pour objet de s'intéresser à l'ensemble d'entre-elles et aux relations qu'elles partagent en contexte hospitalier. L'impact du climat organisationnel sur les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes s'est appuyé jusqu'ici sur un large éventail de connaissances hétéroclites. Ces dernières seront utilisées pour

interpréter les résultats obtenus. Pour ce faire, nous discuterons en premier lieu de l'impact du climat organisationnel global, des dimensions qui le composent, ainsi que des interactions dynamiques observées entre les quatre dimensions du climat qui expliquent le mieux les PRS (actuelles et écart) et la satisfaction professionnelle des infirmières. En deuxième lieu, la distinction entre les PRS indépendantes et collaboratives aidera à approfondir l'impact du climat organisationnel sur l'aspect relationnel du processus infirmier (Duffy & Hoskins, 2003). Le rôle joué par les PRS dans la satisfaction professionnelle des infirmières complétera cette discussion des résultats.

5.2.1 Vers une meilleure compréhension de l'impact du climat organisationnel

Bien qu'il figure comme un thème prioritaire à la fois pour la recherche et l'intervention en administration des services infirmiers (Lynn, Layman, & Richard, 1999), l'impact de l'environnement de travail sur les pratiques infirmières demeure difficile à cerner. En raison des diverses connotations associées aux concepts utilisés dans les nombreuses études portant sur la perception de l'environnement de travail infirmier (Clarke, 2006; Sleutel 2000), ou encore des dimensions différentes auxquelles renvoie ce dernier selon les approches et instruments utilisés (Brunet & Savoie, 1999; Gershon et al., 2004, McGillis Hall, 2005; Parker et al., 2003), la synthèse des connaissances sur le sujet s'avère difficile. Pourtant, une meilleure compréhension de l'impact de l'environnement de travail sur les pratiques des infirmières et leur satisfaction professionnelle reste essentielle pour guider les interventions nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins et services infirmiers, tout comme à la viabilité de la main-d'œuvre (OIIQ, 2001, 2007; CCASS, 2007). En abordant l'environnement de travail sous l'angle du climat organisationnel, la présente étude a su profiter d'une solide base de connaissances ayant un potentiel d'application à différents contextes de pratique, dont ceux en soins infirmiers (Ashkanasy, Wilderom, & Peterson, 2000 ; Gagnon, 2005; Jones & James, 1979; Parker et al., 2003). Partant du principe que le climat organisationnel peut à la fois être entendu comme un concept molaire et multidimensionnel (Rousseau, 1988 ; Schneider, & Reichers, 1983), nous avons pris soin de mettre en relief son impact global, comme celui de ses dimensions composites. La prise en compte de l'impact des cinq dimensions composites du climat organisationnel, telles que comprises par Parker et al. (2003), permet ainsi de préciser les

composantes dont l'impact est prédominant. Au-delà de la démonstration de la force de l'impact du climat et de ses dimensions composites sur les PRS et la satisfaction professionnelle des infirmières en milieu hospitalier, les inférences qualitatives ont fait émerger le caractère systémique de cet impact (Ausloos, 1987).

5.2.1.1 Une approche globale des effets du climat organisationnel

Le climat de travail global est associé à l'humeur d'une organisation, à l'atmosphère qui se dégage de la manière dont les membres qui y exercent se sentent traités et considérés par elle. De fait, une approche globale du climat est de première importance pour optimiser la gestion des ressources humaines et maximiser leur apport au fonctionnement de l'organisation (Savoie & Brunet, 2000). De manière générale, les infirmières du centre hospitalier à l'étude ont une perception modérément positive du climat organisationnel global ($\bar{x} = 3,13$, $ET = 0,56$). Alors que de nombreux travaux font déjà écho à un phénomène d'épuisement professionnel et de démobilitation du personnel infirmier (Beumann et al., 2001b; Bourbonnais et al., 1999, 2000; CCCSI, 2000; Duquette & Delmas, 2001a), cette perception globale mitigée de l'environnement de travail soulève des préoccupations quant aux conditions dans lesquelles opèrent les ressources humaines infirmières. À l'instar de résultats observés dans d'autres études (Keuter, Byrne, Voell, & Larson, 2000; McCusker et al., 2004), les infirmières des unités de psychiatrie ont une perception plus positive du climat organisationnel que celles exerçant dans d'autres unités/spécialités et celles de chirurgie ont une perception plus positive que celles de médecine. Les données qualitatives recueillies suggèrent que cette perception différentielle est associée à certains éléments contextuels incluant l'organisation des soins, la composition des équipes, la délimitation des rôles/fonctions, la reconnaissance et l'utilisation des outils/notes infirmières et la disponibilité des effectifs. Tous ces aspects sont reconnus pour façonner la perception de l'environnement de travail infirmier (McGillis Hall, 2003, 2005) et expliquent les différences observées.

Alors que dans la grande majorité des études, l'impact de l'environnement de travail est examiné au regard de la satisfaction au travail en général (Lu et al., 2005; McGillis Hall, 2003), cette étude porte plutôt attention à la satisfaction professionnelle des infirmières

(Hinshaw & Atwood, 1983, 1985). Les résultats obtenus vont dans le sens des travaux ciblant la satisfaction au travail en général (Gillies et al., 1990; Keuter et al., 2000; Tumulty et al., 1994) et confirment l'impact important du climat organisationnel sur la dimension occupationnelle de la satisfaction des infirmières soignantes en contexte hospitalier. Parmi les variables de contrôle, le nombre d'années de services à l'hôpital, comme le fait d'exercer dans une unité de médecine, de chirurgie, ou encore au sein de l'équipe volante diminuent significativement la satisfaction professionnelle. De tels constats rejoignent l'effet d'attributs individuels (âge, années de services, etc.) démontré dans d'autres études (Blegen, 1993; Lu et al., 2005) ou de différences liées à l'appartenance à certains types d'unités/spécialités (Boyle et al., 2006; Ingersoll et al., 2002; Wakefield et al., 1988). Notons toutefois que même si certaines caractéristiques socioprofessionnelles et d'autres propres aux patients/familles ont aussi émergées du volet qualitatif pour expliquer la satisfaction de l'infirmière, le contrôle de variables apparentées dans le volet quantitatif indique que l'impact du climat organisationnel sur la satisfaction professionnelle demeure significativement élevé et s'ajoute à celui de ces aspects complémentaires.

Tel qu'anticipé dans les hypothèses de départ, il est maintenant démontré que les PRS privilégiées par les infirmières ne sont pas sujettes à l'impact du climat organisationnel global. De telles conclusions supportent l'idée que les infirmières sont socialisées à certaines valeurs et partagent certaines convictions professionnelles qui ne dépendent pas de la perception qu'elles ont de leur environnement de travail, mais s'enracinent dans un idéal d'humanisme et de maintien de normes de bonne pratique (Fahrenwald et al., 2005 ; Parker, 1994; Westfall, 1987). Une telle conception, bien que largement véhiculée, n'avait jusqu'ici jamais été directement démontrée empiriquement. Malgré les légères différences observées quant à l'importance accordée aux PRS en fonction des unités/spécialités d'appartenance, il convient de reconnaître qu'en général les PRS sont fortement privilégiées, même si la dimension relative au « soin relationnel » demeure sensiblement moins importante. De tels résultats suggèrent que les valeurs humanistes promues par certaines organisations de santé au travers de leurs philosophies et de leurs missions (Forehand, 2000; Ingersoll, Witzel, & Smith, 2005 ; Tuck et al. 2000) fournissent à ces organisations, non pas des moyens pour modifier les valeurs et

convictions des infirmières, mais plutôt des leviers pour créer un environnement favorable à la mise en œuvre des meilleures normes de pratique déjà privilégiées par ces dernières.

Dans le cadre de la présente étude, l'intérêt pour la mise en œuvre de ces PRS comprises sous l'angle du *caring* s'est traduit par la volonté d'estimer l'impact de la perception de l'environnement de travail sur ce que font les infirmières, plutôt que sur ce qu'elles omettent de faire (El Jardali, 2003). Sachant que les activités de nature relationnelle sont parmi celles qui s'avèrent le plus souvent mises de côté (Aiken et al., 2001; OIIQ, 2001), bien qu'elles soient jugées centrales à la qualité de l'exercice infirmier (Duffy & Hoskins, 2003; Watson, 2006b), la mesure de l'impact de l'environnement organisationnel sur les PRS que réalisent les infirmières s'est imposée pour rendre compte de ce qu'elles continuent de faire pour répondre aux besoins relationnels du patient/famille. Dans cette perspective, il a été démontré que le climat organisationnel global explique à lui seul 12% de la fréquence des PRS des infirmières. Ces conclusions se démarquent sensiblement de celles ressortant des résultats de Lee (2004) auprès d'infirmières taiwanaises en milieu hospitalier. Dans son étude qui portait plutôt sur la perception du stress au travail, cette dernière n'ajoutait que 1% à la variance de la fréquence des comportements de *caring*, 12% de la variance étant déjà expliquée par des variables socioprofessionnelles (âge, niveau d'éducation, expérience en soins infirmiers, spécialité). Bien que la perception du climat organisationnel puisse être associée au stress au travail (Dionne-Proulx & Pepin, 1993; McVicar, 2003), les résultats obtenus ici auprès d'infirmières québécoises indiquent que son impact sur les PRS actuelles est beaucoup plus fort que ne l'était celui du stress dans l'étude de Lee (2004). C'est donc dire que l'impact du climat sur la réalisation des PRS de l'infirmière semble beaucoup plus déterminant que celui du stress qu'il conditionne.

Considérant que le processus infirmier se compose non seulement des actions que pose l'infirmière (Duffy & Hoskins, 2003), mais aussi de celles qu'elle juge importante de faire (Kim, 1999), il était pertinent d'estimer l'impact du climat organisationnel sur l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles. Différentes études qui examinent l'écart entre les PRS que les infirmières privilégient et celles qu'elles réalisent ont fait ressortir le sentiment d'incohérence qu'elles ressentent lorsque leur pratique s'éloigne des

valeurs et des principes fondamentaux qui sous-tendent leur profession (Boon, 1998 ; Bourbonnais et al., 2000; CCCSI, 2002 ; Ens & Gregory, 2007 ; von Essen & Sjöden, 1995 ; Nyberg, 1990b). Selon Altun (2002), les infirmières qui font une place plus grande à l'altruisme et l'égalité dans leur échelle de valeurs sont parmi celles qui expérimentent les plus hauts niveaux d'épuisement émotionnel, parce que l'expression de ces valeurs, à la base des PRS privilégiées, est de plus en plus compromise dans les milieux infirmiers. Ens et Gregory (2007) suggèrent aussi que le contexte dans lequel les infirmières de chirurgie exercent induit une forme de tension dichotomique entre les pratiques de *caring* que les infirmières devraient faire et celles qu'elles réalisent au quotidien. La présente étude permet de pousser l'analyse encore plus loin en examinant l'impact du climat organisationnel sur cet écart, afin d'estimer jusqu'à quel point la perception que les infirmières ont de leur environnement de travail affecte ou non la réalisation des pratiques qu'elles jugent importantes au niveau de l'aspect relationnel du processus infirmier (Duffy & Hoskins, 2003 ; Kim, 2000). Les résultats obtenus suggèrent qu'une perception positive de l'environnement de travail est associée à une diminution de l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles et reflète un processus infirmier plus cohérent aux yeux de l'infirmière. On comprend alors que l'environnement de travail peut nuire à la cohérence entre les PRS privilégiées et actuelles de l'infirmière lorsqu'il est perçu négativement, mais qu'il a aussi le potentiel de l'améliorer lorsqu'il est perçu positivement. En maintenant cette cohérence (Reid Ponte et al., 2004), les infirmières seraient davantage en mesure d'affirmer et d'assumer leurs valeurs professionnelles auprès des autres acteurs organisationnels (Bloor & Dawson, 1994 ; Kenny, 2002 ; Watson, 2006b). Dans cette perspective, les principes à la base des *Magnet Hospitals* dont la gestion participative, le développement de la pratique et du rôle professionnel infirmier (Coile, 2001; Kramer & Hafner, 1989 ; McClure, Poulin, Sovie, & Wandelt, 2002) ou les initiatives visant à promouvoir les valeurs de *caring* au sein des environnements de travail infirmiers (Boykin, Bulfin, Baldwin, & Southern, 2004 ; Joiner, 1996 ; Simons, 2004 ; Turkel & Ray, 2004 ; Watson & Foster, 2003) pourraient offrir des moyens prometteurs pour améliorer la cohérence entre les PRS privilégiées et actuelles de l'infirmière.

5.2.1.2 Par-delà l'impact global, l'effet des dimensions composites du climat organisationnel

Alors que le climat organisationnel global nous renseigne sur la perception générale que les infirmières ont de leur atmosphère de travail, la prise en compte des dimensions qui le composent permet de cibler les éléments qui ont le plus d'impact (Brunet & Savoie, 1999 ; Parker et al., 2003). Les cinq dimensions retenues pour opérationnaliser la notion de climat organisationnel reprennent celles identifiées par Parker et coll. (2003) à partir d'une méta-analyse de 94 études auprès de diverses populations (n = 65 830), en vue d'examiner l'impact de la perception de l'environnement de travail sur les attitudes au travail (satisfaction, implication, engagement), la motivation et la performance. Ces cinq dimensions sont les caractéristiques de la tâche, du rôle, du supérieur, de l'équipe et de l'organisation. Il est ressorti des travaux de Parker et coll. (2003) que de manière générale, la satisfaction au travail et la performance sont faiblement liées aux caractéristiques de la tâche et du rôle, alors que les caractéristiques du supérieur, de l'équipe et de l'organisation y sont plus fortement associées. Selon la classification proposée par Parker et coll. (2003), la satisfaction professionnelle est comprise comme une attitude au travail et les PRS peuvent être interprétées comme des mesures de performance. Or, en opposition aux conclusions auxquelles sont parvenus Parker et coll. (2003), nos résultats indiquent plutôt que les caractéristiques du rôle sont celles qui expliquent le mieux la satisfaction professionnelle, la fréquence des PRS et l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles. Les différences observées avec cette méta-analyse peuvent toutefois s'expliquer par les caractéristiques variées des diverses populations auprès desquelles les données ont été recueillies, ainsi que par l'hétérogénéité des mesures utilisées dans les études sélectionnées. Notons aussi qu'aucune de ces études répertoriées pour la métaanalyse ne tenait compte de l'ensemble des cinq dimensions composites pour déterminer lesquelles pouvaient avoir un impact prédominant par rapport aux autres.

En contrepartie, même si nos conclusions diffèrent sensiblement de celles de Parker et coll. (2003), elles convergent avec celles de différentes études auprès d'infirmières, qui mettent en évidence l'influence prépondérante de certaines caractéristiques du rôle sur la satisfaction au travail et la qualité des soins. Parmi les caractéristiques du rôle, l'équilibre

de la charge de travail qui dépend au premier chef de la disponibilité d'effectifs infirmiers adéquats a été identifié dans plusieurs études comme un facteur déterminant de la satisfaction des infirmières (Adams & Bond, 2000 ; Burke, 2003 ; Clarke et al., 2001 ; Davidson et al., 1997 ; Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty, & Nutbeam, 2007 ; Maxwell, 2002 ; Sochalski, 2001 ; Tovey & Adams, 1999). À l'instar des résultats que nous avons obtenus, différentes études suggèrent également que la charge de travail et l'ambiguïté de rôle peuvent non seulement compromettre la perception que les infirmières ont de la qualité des soins qu'elles offrent (OIIQ, 2001 ; Baumann et al., 2001a ; Blythe, Baumann, & Giovannetti, 2001), mais aussi poser des contraintes à la réalisation de leurs comportements de *caring* (Bisailon, 2004 ; Boon, 1998 ; Wallerstedt & Andershed, 2007). Dans le contexte de pénurie actuel, l'impact des caractéristiques du rôle demeure particulièrement préoccupant en raison de l'intimité du lien qui prévaut entre le manque d'effectifs infirmiers et la survenue de difficultés liées à cette dimension, dont l'exacerbation de l'intensité de la charge de travail (OIIQ, 2007) et l'ambiguïté de rôle subséquente au recours croissant au personnel auxiliaire (Clifford, 1995).

Les caractéristiques de l'équipe et du supérieur ressortent aussi fréquemment des écrits infirmiers comme des facteurs d'influence de premier ordre pour la satisfaction au travail (Gunnarsdóttir et al., 2007 ; Moos & Rowles, 1997 ; Nakata & Saylor, 1994 ; Nolan, Nolan, & Grant, 1995 ; Roedel & Nystrom, 1998 ; Tumulty et al., 1994 ; Urden, 1999) comme pour la réalisation des PRS (Boon, 1998 ; Cara, 1997 ; Clarke & Wheeler, 1992 ; Miller & Apker, 2002 ; Wright et al., 2003). À l'instar des résultats obtenus, l'équipe de travail est généralement identifiée comme l'une des principales ressources pour favoriser la satisfaction et la réalisation des PRS, alors que la capacité du supérieur à mobiliser son équipe et les ressources nécessaires à la réalisation d'un soin humain de qualité sera à l'avantage de la satisfaction des infirmières, comme de la réalisation de leurs PRS (Cara, 1997 ; Lu et al., 2005 ; Swanson, 1999 ; Watson, 2006b). En ce qui a trait aux caractéristiques de l'organisation (communication, justice, soutien organisationnel) et de la tâche, les études menées auprès d'infirmières sont moins explicites quant à leur impact direct sur les PRS et la satisfaction. Quelques indications sont fournies par des travaux comme ceux de Davidson et al. (1997) qui ont permis d'établir que la communication organisationnelle est associée à la satisfaction professionnelle. D'autres études ont

démontré que l'autonomie, qui compte parmi les caractéristiques de la tâche, est associée au bien-être et à la satisfaction des infirmières, comme à la réalisation de leurs PRS (Alderson, 2001 ; Carpentier-Roy, 1995 ; Zangaro & Soeken, 2007).

Ainsi, de l'ensemble des études recensées dans le domaine infirmier il ressort que les caractéristiques du rôle, du supérieur et de l'équipe sont parmi les dimensions du climat qui ont l'impact le plus significatif sur la réalisation des PRS et la satisfaction des infirmières. Bien que, dans nos résultats quantitatifs, les caractéristiques de l'équipe aient eu une influence moins marquée que celles du rôle, du supérieur et de l'organisation, les résultats qualitatifs tendaient plutôt à faire croire que cette influence n'en est pas moins déterminante. En effet, grâce aux caractéristiques de l'équipe, les soignants arrivent non seulement à maintenir les PRS indépendantes et collaboratives, mais prennent aussi plaisir à travailler ensemble. Ces résultats complémentaires apparaissent en continuité avec ceux des autres études recensées, qui ne tenaient pas systématiquement compte de toutes les dimensions du climat organisationnel.

5.2.1.3 Vers une interprétation systémique de l'impact du climat organisationnel

Mesurée à la fois comme un concept molaire et multidimensionnel, la perception du climat dans les organisations présente d'emblée un niveau de complexité qui la rend difficile à saisir empiriquement (Parker et al., 2003 ; Rousseau, 1988 ; Schneider & Reichers, 1983). En allant au-delà de l'impact du climat organisationnel global, la présente étude a permis de démontrer l'impact prédominant des caractéristiques du rôle à la fois sur les PRS (actuelles et écart) et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes en milieu hospitalier. L'intégration des inférences qualitatives a toutefois su mettre en relief un phénomène qui mérite d'être discuté et approfondie à la lumière de ce que nous savons de la dynamique du climat dans les organisations (Brunet & Savoie, 1999 ; Likert, 1967). Ce phénomène correspond à ce que nous avons identifié comme étant des « interactions dynamiques » entre quatre des cinq dimensions composites du climat organisationnel. En effet, à l'exception des caractéristiques de la tâche, les dimensions ayant trait au rôle, à l'équipe, au supérieur et à l'organisation présentent une interdépendance que l'on pourrait

qualifier de systémique, au sens où en agissant sur l'une de ces dimensions, d'autres s'en trouvent potentiellement transformées (Cusins, 1994 ; Kast & Rosenzweig, 1972).

L'application du raisonnement sous-jacent à l'approche systémique n'est pas en soi un élément nouveau dans les écrits sur le climat dans les organisations (Likert, 1967 ; Brunet & Savoie, 1999). La pensée systémique issue des travaux de von Bertalanffy (1973) peut en effet aider à préciser la dynamique entre ce qui détermine le climat (ses causes), ce qui le constitue (ses composantes), ce qui individualise la perception que l'on en a (ses modérateurs), ainsi que ses effets au plan individuel et organisationnel (ses résultantes). Toutefois, à la différence de cette application de l'approche systémique, les résultats obtenus suggèrent non seulement d'insister sur une dynamique entre les variables causales, constituantes, modératrices et résultantes (cf. figure 1 p. 18), mais aussi sur l'apparente dynamique entre les dimensions composites (constituantes) du climat. Comme l'indique Brunet et Savoie (1999), « la nature multidimensionnelle du climat fait en sorte que les variables qui le composent sont nombreuses et en interaction » (p.53). Les inférences qualitatives vont en ce sens en suggérant qu'au-delà de la prépondérance de l'impact direct des caractéristiques du rôle, l'effet du climat sur les PRS (actuelles et écart) et la satisfaction professionnelle doit être interprété à la lumière des interactions dynamiques qu'il semble y avoir entre quatre de ses cinq dimensions composites.

Ces interactions dynamiques se manifestent de différentes manières. Par exemple, il a été expliqué que la capacité du supérieur à faire preuve de soutien à l'endroit de son équipe, est modulée par les caractéristiques de l'organisation, dont la perception dépend entre autre de la manière dont le supérieur agit pour mobiliser les ressources organisationnelles qui répondent aux préoccupations de son équipe. En accord avec des recommandations auparavant formulées par Likert (1967), cette interprétation dynamique des composantes du climat, suggère de donner la primauté aux caractéristiques du rôle dans les interventions visant l'amélioration des PRS et de la satisfaction, tout en portant une attention particulière aux autres dimensions avec lesquelles ces caractéristiques entretiennent des interactions dynamiques. Cette interprétation suggère aussi qu'en agissant sur les dimensions qui ont un impact quantitativement moins important, comme c'est le cas des caractéristiques de l'équipe par exemple, on pourrait avoir un effet sur les

caractéristiques du rôle (Ausloos, 1987). Bien que cette interprétation gagnerait à être approfondie dans d'autres contextes, elle ajoute à la compréhension dynamique du climat dans les organisations et rend compte de la complexité qui caractérise les interventions visant à l'améliorer en milieu hospitalier.

5.2.2 Comprendre les PRS et leur rôle dans la satisfaction professionnelle

En tant que fondement de nombreuses conceptions des soins infirmiers (King, 1981; Orlando, 1961; Peplau, 1988; Travelbee, 1966; Watson, 1979, 1988), l'aspect relationnel qui est au cœur du processus infirmier a ici été examinée sous l'angle des PRS que privilégient et réalisent les infirmières. L'intégration des inférences quantitatives et qualitatives permet non seulement d'expliquer comment le climat organisationnel concourt à la réalisation des PRS indépendantes, mais aussi des PRS dites collaboratives, que les infirmières partagent avec les autres membres de l'équipe soignante immédiate et élargie (Duffy & Hoskins, 2003). Qu'elles soient indépendantes ou collaboratives, il appert que les PRS jouent un rôle déterminant au niveau de la satisfaction professionnelle des infirmières exerçant en milieu hospitalier.

5.2.2.1 Façonnement des PRS indépendantes et collaboratives

Les résultats quantitatifs que nous avons obtenus mettent en évidence que les infirmières arrivent « habituellement » à réaliser leurs PRS indépendantes. Toutefois l'impact négatif associé une perception négative du climat organisationnel demeure préoccupant et justifie d'approfondir la manière dont le climat façonne non seulement la réalisation des PRS indépendantes de l'infirmière, mais aussi celle de ses PRS collaboratives. À l'instar d'autres études, nos inférences qualitatives indiquent qu'en raison du contexte de pénurie d'effectifs infirmiers et de surcharge de travail, la priorité n'est pas toujours accordée aux activités de natures relationnelle (Beeby, 2000 ; Boon, 1998 ; Milne & McWilliam, 1996 ; Wiman & Wikblad, 2004). Tel qu'observé dans d'autres études, les participants ont aussi indiqué combien les interactions que les infirmières ont avec les patients sont succinctes (Bottorff & Morse, 1994 ; Jinks & Hope, 2000) et intercalées dans les soins de nature technique (Hewison, 1995; May, 1990). La collaboration entre les

membres de l'équipe soignante ressort alors comme étant un facteur essentiel à la réalisation de PRS répondants aux besoins des patients/familles, particulièrement en situation de surcharge de travail. Dans les écrits, le soutien et la collaboration entre les pairs sont considérés comme des éléments pouvant faciliter les pratiques de *caring* de l'infirmière (Boon, 1998 ; Beeby, 2000 ; Forrest, 1989). Toutefois, les bris de soutien et de collaboration entre pairs, que ce soit faute d'harmonie ou de personnel adéquat en nombre suffisant sont identifiés comme contraignant la réalisation de ces pratiques humanistes (Enns & Gregory, 2007 ; Wilkin & Slevin, 2004). Les résultats obtenus vont dans le même sens que ces constats, en révélant combien la perception du climat organisationnel peut non seulement agir sur la réalisation des PRS indépendantes de l'infirmière, mais aussi sur les PRS collaboratives qu'elle partage avec les membres de l'équipe.

Le climat et les dimensions qui le composent ont un impact similaire sur la fréquence des PRS indépendantes et collaboratives de l'infirmière, ces dernières formant en général un tout. Toutefois, en examinant plus en détail l'impact de certains aspects des caractéristiques du rôle et de l'équipe, il ressort que la réalisation des PRS indépendantes de l'infirmière est davantage menacée que celles qu'elle partage avec les autres membres de l'équipe soignante. En effet, il ressort que la collaboration au niveau de l'équipe de soins se traduit dans beaucoup de cas par un suivi de l'état de santé du patient par l'intermédiaire du personnel auxiliaire. Comme l'indique Clifford (1995), le fait de superviser les PRS collaboratives assumés par différents soignants n'équivaut pas à « faire » ces PRS pour l'infirmière. Il faut aussi comprendre qu'une collaboration inadéquate où les rôles et fonctions de chacun ne sont pas clairement affirmés conduit parfois à une diminution des PRS collaboratives de l'infirmière, au profit de celles assumées par les autres soignants. De plus, lorsque la collaboration est associée à une surcharge de travail elle peut conduire à une substitution des PRS indépendantes de l'infirmière par les PRS collaboratives du personnel auxiliaire. Selon Duffy et Hoskins (2001), pour qu'une PRS soit comprise comme étant indépendante, l'infirmière doit en être responsable et la réaliser de manière autonome. Or, nos résultats suggèrent non seulement que différentes PRS indépendantes dont l'infirmière est responsable sont accomplies par l'intermédiaire des PRS collaboratives des membres du personnel auxiliaire, mais il arrive même qu'elles leurs soient implicitement déléguées faute de suivi et de supervision de la part de l'infirmière qui est

surchargée ou qui se refuse à assumer la globalité de son rôle. Par la multiplication des intervenants auprès du patient/famille, il appert aussi que la reconnaissance des PRS indépendantes de l'infirmière semble de plus en plus difficile en contexte hospitalier, puisque plusieurs PRS sont le fruit d'une responsabilité partagée avec les médecins et autres professionnels (Clifford, 1995 ; Ousey & Johnson, 2007). L'expression de l'autonomie des infirmières qui devrait s'appuyer sur un savoir dit exclusif (Goulet, 2002), reste apparemment difficile à définir en pratique à l'intérieur du système évolutif de principes et de lois qui régissent les activités de divers groupes occupationnels (Ballou, 1998). Au total, nos résultats expliquent non seulement jusqu'à quel point le climat organisationnel influence la réalisation des PRS indépendantes et collaboratives de l'infirmière, mais questionnent aussi des enjeux professionnels qui vont bien au-delà du contexte de travail immédiat actuel. À titre d'exemples, notons la reconnaissance de la contribution distinctive des infirmières en matière de PRS en contexte hospitalier ou encore le développement d'une autonomie clinique s'appuyant sur un savoir infirmier.

5.2.2.2 Impact des PRS sur la satisfaction professionnelle

Cette étude a démontré que la fréquence des PRS contribue de manière significative à la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes, au-delà de l'impact du climat organisationnel et de différentes variables de contrôle. Ces résultats convergent avec ceux obtenus par Lee (2004). Dans un modèle intégrant le stress au travail, plutôt que le climat, Lee (2004) a démontré que les comportements de *caring* expliquent un apport additionnel de 7,3 % dans la variance du degré de satisfaction professionnelle d'infirmières taiwanaises exerçant en milieu hospitalier. Notre étude portant sur un échantillon d'infirmières québécoises situe le pourcentage de variance expliquée par les PRS actuelles sur la satisfaction professionnelle dans des proportions similaires. Il convient toutefois de noter que 50 % de la variance de la satisfaction était déjà expliqué par les variables de contrôle et le climat organisationnel. Dans ces circonstances, le 7 % d'explication qu'ajoutent ici les PRS actuelles est loin d'être négligeable et indique qu'au-delà de la perception du climat, le maintien, voire l'amélioration de la satisfaction professionnelle des infirmières dépend de la réalisation de leurs PRS indépendantes.

À la différence de l'étude de Lee (2004), la présente recherche a aussi permis d'estimer l'impact de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles sur la satisfaction professionnelle des infirmières. Dans une optique de qualité des soins, la cohérence entre les PRS que l'infirmière juge importantes et celles qu'elle réalise demeure essentielle (Cody & Squire, 1998 ; Donabedian, 1980). Pourtant, comme l'indique l'étude de von Essen et Sjöden (1995), les perceptions des infirmières quant à l'importance qu'elles accordent aux comportements de *caring* ne correspondent pas à la fréquence à laquelle elles estiment les réaliser. Ce même écart ressort aussi des conclusions de Morrison (1989), qui suggérait qu'il puisse être source d'épuisement chez les infirmières. Quelques études qualitatives ont d'ailleurs su mettre en relief l'insatisfaction et la culpabilité qui se dégage de l'écart grandissant entre les PRS que les infirmières privilégient et celles qu'elles réalisent au quotidien (Boon, 1998 ; Enns & Gregory, 2007). Toutefois, l'impact de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles sur la satisfaction professionnelle, n'avait jusqu'ici jamais été estimé en tenant compte de la perception de l'environnement de travail infirmier. Or, nos résultats indiquent que cet écart explique un 8 % additionnel dans la variance du degré de satisfaction professionnelle des infirmières, dont 51 % est déjà expliqué par le climat organisationnel et les variables de contrôle considérées. En continuité avec les études antérieures, les résultats obtenus indiquent donc que l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles, fait diminuer la satisfaction professionnelle des infirmières ($B = -0.28$; $p < 0,001$). Ce constat met ainsi en évidence la nature délétère que constitue pour la satisfaction de l'infirmière, un processus dans lequel ses actions ne s'enracinent pas dans ce qu'elle juge important de faire.

5.3 Considérations théoriques émanant de l'étude

D'un point de vue théorique, notre étude a conduit à préciser d'importants concepts du *Quality-Caring Model*© de Duffy et Hoskins (2003), et à démontrer empiriquement certaines des relations postulées par ce modèle. De plus, l'adaptation que nous en avons fait pour rendre compte de l'impact du climat organisationnel sur les 3 facettes des PRS comprises sous l'angle du *caring* (privilégiées, actuelles et écart), met en relief un triple constat relevant des prémisses théoriques émises par Kim (2000), Watson (1988) et Donabedian (1980). Ces constats nous amènent à réfléchir au paradoxe voulant que les

infirmières soient encouragées à adhérer à des normes et un idéal de qualité, alors que l'environnement de travail restreint largement la mise en œuvre de ces normes, conduisant ainsi à un profond sentiment d'insatisfaction professionnelle. Cette réflexion théorique renvoie à différents enjeux pratiques que l'on ne saurait ignorer pour que se maintiennent des PRS de qualité, sans nuire au bien-être qui émane de la satisfaction de l'infirmière.

5.3.1 Précisions ressortant de la démonstration du *Quality-Caring Model*©

Dans le cadre de la démonstration des interrelations retenues et postulées par le *Quality-Caring Model*© (Duffy & Hoskins, 2003; c.f. Figure 3 p.67 et Figure 4 p.70), il a été nécessaire de préciser le « champ phénoménal » du système, un élément de la composante « structure » de ce modèle, par un rapprochement entre les assises de cette notion et le concept de climat organisationnel (James & Jones, 1974; Parker et al., 2003). Pour Duffy et Hoskins (2003), la notion de « champ phénoménal » se définit très succinctement par la réalité subjective qui caractérise le contexte organisationnel. Bien que s'inspirant des travaux de Watson (1988) pour qualifier cette notion, Duffy et Hoskins (2003) ne précisent nullement comment la conceptualiser et l'opérationnaliser dans les organisations de santé. Reconnaisant que la réalité subjective d'une organisation passe par la perception de l'environnement de travail que partagent ses membres, la notion de climat organisationnel correspondant à cette définition a permis d'appréhender cette notion de « champ phénoménal », un élément de la composante « structure » du *Quality-Caring Model*© (James & Jones, 1976 ; Parker et al., 2003 ; Rousseau, 1988). Cette conceptualisation du « champ phénoménal » demeure cohérente avec les travaux de Watson (1988), qui la définissait au niveau de l'individu, tout en donnant écho aux recommandations de Brunet et Savoie (2000) visant à ne pas confondre la culture et le climat dans les organisations.

En précisant ainsi le « champ phénoménal » du modèle de Duffy et Hoskins (2003), ce rapprochement théorique nous aura permis de mieux comprendre les résultats obtenus dans cette étude. Dans cette recherche, nous avons été à même de démontrer l'impact relatif du climat organisationnel global, comme de ses dimensions composites, sur les PRS actuelles et la satisfaction professionnelle des infirmières. En réinterprétant ces résultats à

la lumière du *Quality-Caring Model*©, il appert que la réalisation des PRS de l'infirmière est en partie dépendante du cadre de référence unique par lequel les membres d'une organisation perçoivent et répondent à leur environnement de travail. C'est donc dire qu'en dehors des conditions objectives dans lesquels les infirmières exercent, la réalité subjective qui caractérise leur environnement de travail affecte aussi la réalisation de leurs PRS. Bien qu'il ressorte que la perception des caractéristiques du rôle (charge de travail, clarté et conflit de rôle) ait un impact prépondérant sur la réalisation des PRS, l'interaction dynamique que cette dimension partage avec les caractéristiques de l'équipe, du supérieur et de l'organisation, rappelle l'unicité du « champ phénoménal ». En définitive, cette précision du « champ phénoménal » conduit à un raffinement théorique pertinent du *Quality-Caring Model*©, s'appuyant à la fois sur des fondements issues des sciences infirmières (Watson, 1988) et administratives (Parker et al., 2003 ; Rousseau, 1988).

La principale proposition du *Quality-Caring Model*© suggère que les PRS actuelles comprises sous l'angle du *caring* contribuent à des résultats positifs pour les patients/familles, les soignants et le système de santé. Dans le cadre de la présente étude, la contribution des PRS actuelles à la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes a clairement été démontrée. D'une part, la fréquence des PRS dites indépendantes explique la satisfaction professionnelle des infirmières au-delà de l'impact du climat et des variables de contrôle. D'autre part, les PRS dites collaboratives que l'infirmière partage avec les autres soignants et professionnels contribuent aussi à sa satisfaction, dans la mesure où la charge de travail, le cadre de collaboration et l'intégration des rôles et fonctions de chacun concourent à lui permettre d'assurer directement une partie de leur réalisation, alors que l'autre est assuré par le biais d'une supervision/coordination adéquates des soins. L'approfondissement de l'articulation des PRS en contexte hospitalier suggère toutefois de considérer de manière critique et nuancée la démarcation entre les PRS relevant respectivement des relations de *caring* indépendantes et collaboratives, telles que comprises dans le processus du modèle de Duffy et Hoskins (2003).

Ces considérations s'appuient principalement sur deux constats émanant de la présente étude. D'une part, la présence des fonctions de supervision et de coordination sur celles de nature soignante, accentuée pour plusieurs infirmières de médecine et de chirurgie,

la difficulté qu'elles ont à prioriser les PRS dites indépendantes qui relèvent de leur responsabilité. D'autre part, la spécificité disciplinaire que Duffy et Hoskins (2003) associent aux PRS indépendantes est difficile à mettre en œuvre lorsqu'on constate que la majorité des PRS actuelles de l'infirmière est simplement associée à l'idée de « jaser » avec le patient/famille, plutôt qu'aux connaissances et objectifs poursuivis par les interactions que l'infirmière entretient avec eux. Concomitamment, l'ambiguïté de rôle perçue conduit à la délégation et/ou à la substitution de PRS infirmières qui devraient théoriquement être indépendantes par des PRS dites collaboratives, assumées par le personnel auxiliaire et les autres professionnels. Ces constats mettent en relief combien la spécificité des PRS dites indépendantes et collaboratives est à la fois tributaire de la définition et de la reconnaissance sociopolitique des fonctions de l'infirmière (Allan, 2007 ; Holden, 1991), ainsi que de la clarté des fondements disciplinaires qui devraient théoriquement orienter sa pratique (Abu-Saad, 1993 ; Dallaire, 2008 ; Donaldson & Crowley, 1978 ; Lauzon & Pepin, 2000).

En réalité, alors que les frontières disciplinaires se redéfinissent entre les professionnels de la santé (Nancarrow & Borthwick, 2005), le personnel infirmier auxiliaire partage de plus en plus de fonctions qui relevaient auparavant de la responsabilité de l'infirmière (Clifford, 1995). Dans un tel contexte, la reconnaissance d'interventions de *caring* qui seraient spécifiques à la discipline infirmière est d'autant plus difficile à défendre, puisqu'en pratique les infirmières n'arrivent pas à y accorder la priorité souhaitée, faute de rôles clairement définis et d'une charge de travail équilibrée. Le *caring* est reconnu comme un élément central de la discipline infirmière (Leininger, 1991 ; Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991 ; Watson, 2006a), mais il est loin d'être considéré comme exclusif aux soins infirmiers et plusieurs professionnels de la santé y associent leurs valeurs, comme leur pratique (Watson, 2002 ; Scott, Aiken, Mechanic, & Moravcsik, 1995). Le personnel infirmier auxiliaire étant considéré par certains comme le « prolongement » de l'infirmière (Clifford, 1995), il appert que ces soignants s'associent aux mêmes fondements disciplinaires, sans toutefois bénéficier du même niveau de connaissance que les infirmières. Aussi, même si Duffy et Hoskins (2003) suggèrent d'accorder la préséance aux PRS indépendantes de l'infirmière, tout en reconnaissant le caractère essentiel des PRS collaboratives du personnel auxiliaire pour assurer la qualité de soins, il appert en être autrement en pratique. L'ambiguïté de rôle qui prévaut souvent conduit à miner la

réalisation des PRS indépendantes et collaboratives qu'assume l'infirmière, au détriment de sa satisfaction professionnelle et de la qualité des soins en contexte hospitalier.

5.3.2 Soutien théorique à la prise en compte des trois facettes des PRS

Pour bien comprendre les actions de l'infirmière, il est important de tenir compte de ses motivations (Kim, 2000). Comme le souligne Swanson (1999), l'engagement des infirmières aux valeurs qui soutiennent les pratiques de *caring* est rarement pris en considération. Reconnaissant que de telles valeurs gagnent à être reconnues dans un contexte de travail qui apparaît de plus en plus déshumanisant (Brunet et al., 2005), l'adaptation du modèle de Duffy et Hoskins (2003) visait à rendre compte de l'importance qui est accordée aux PRS en milieu hospitalier et de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles. À la lumière des résultats obtenus, cette adaptation s'appuyant sur les prémisses émises par Kim (1999), Donabedian (1980) et Watson (1979, 1988) permet de faire une triple considération théorique.

La **première considération théorique** a trait à l'interprétation de la qualité des PRS comprises dans le processus infirmier. Pour Kim (1999), des soins de qualité relèvent notamment d'un processus infirmier dont la dimension comportementale (PRS actuelles) s'appuie sur la dimension intellectuelle (PRS privilégiées sur la base de valeurs et de normes professionnelles reconnues). De fait, une forte relation entre les PRS privilégiées et actuelles ou encore un écart de moindre étendue, traduit des soins de qualité dans la mesure où l'importance accordée aux PRS est élevée. De la même manière, Donabedian (1980) défend que la qualité de l'aspect relationnel des soins se mesure par le degré de conformité entre les normes, valeurs, attentes, aspirations et convictions professionnelles des intervenants qui s'expriment au travers de leurs actions. Les résultats de notre étude mettent en relief des PRS fortement privilégiées dont l'écart moyen avec les PRS actuelles est toutefois notable. Aucune norme empirique ne nous permet actuellement de juger de l'étendue de l'écart ou de la force de la relation nécessaire entre les PRS privilégiées et actuelles pour que l'aspect relationnel du processus infirmier soit jugé de qualité. Or, bien qu'il soit difficile d'interpréter si une relation de $r = 0,29$ entre les PRS privilégiées et actuelles est suffisante pour assurer des soins de qualité qui suivent les prémisses

théoriques de Kim (1999) et Donabedian (1980), les discours des participants suggèrent que l'écart perçu entre l'importance et la fréquence des PRS soit associé à un soin infirmier dont la qualité est loin d'être optimale. À la lumière des prémisses retenues, il appert que cette interprétation de la qualité de l'aspect relationnel du processus infirmier en termes d'écart entre PRS privilégiées et actuelles nous renseigne mieux que la seule fréquence des PRS de l'infirmière ne saurait le faire.

D'un autre côté, selon la perspective d'assurance qualité défendue par Lundqvist et Axelsson (2007), un écart notable entre les PRS privilégiées et actuelles pourrait aussi signifier que la qualité des soins offerte par les infirmières ne correspond pas à leurs « demandes intérieures », même si elle pourrait potentiellement correspondre aux « demandes extérieures » : législatives, organisationnelles ou encore celles des patients/familles. À ce titre, Donabedian (1980) précise que le degré de qualité des relations interpersonnelles gagne à être défini non seulement par les professionnels de la santé responsables des soins, mais aussi par le patient à qui il s'adresse. Kim (1999) reconnaît aussi que l'infirmière doit tenir compte des aspects se rapportant au patient/famille dans la dimension intellectuelle du processus infirmier. Or, notre interprétation de la qualité des PRS ne tient pas compte de la perspective des patients/familles avec qui l'infirmière entre en interaction. Dans une optique d'évaluation globale de la qualité du processus infirmier, l'interprétation du patient/famille qui déborde le cadre de cette étude aurait pu conduire à nuancer la seule perspective de l'infirmière et des autres acteurs consultés.

La **seconde considération théorique** a trait à l'interprétation de l'importance élevée que les infirmières accordent aux PRS, en se fondant sur les prémisses théoriques de Donebedian (1980) et Watson (1988). Suivant les recommandations de Donabedian (1980), il est rassurant de constater que les infirmières privilégient fortement les PRS se rapportant à leur valeurs et convictions professionnelles, malgré la perception globale qu'elles ont de leur environnement de travail. Adhérer fortement à des PRS qui s'enracinent dans des valeurs et normes professionnelles optimales, suggèrent la poursuite d'un soin de qualité. Toutefois, il faut aussi se questionner à savoir si en privilégiant hautement de telles pratiques, les infirmières ne poursuivent pas un idéal inatteignable. Pour Watson (1988), le rejet du soi tel qu'il est ou l'obsession par rapport à un soi idéal, conduisent tous deux à un

sentiment de manque de cohérence qui occasionne de l'insatisfaction. Aussi, il a été démontré que lorsque l'importance des PRS augmente, l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles augmente aussi ($r = 0,37$). Sachant que l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles contribue à la diminution de la satisfaction professionnelle, il soulève donc un enjeu important à considérer.

S'il est vrai que d'un point de vue professionnel, les PRS comprises sous l'angle du *caring* peuvent constituer un idéal moral qui caractérise l'essence du service infirmier, d'un point de vue personnel, l'infirmière devrait être en mesure de recadrer cet idéal dans la réalité en ajustant ses attentes avec les possibilités du contexte et de l'environnement de travail (Kim, 2000 ; Roch & Duquette, 2003). Une telle aptitude fait référence à ce que certains appellent la flexibilité dialectique (Montgomery, 1993 ; Duquette & Cara, 2001). La flexibilité dialectique est une ressource personnelle qui permet de demeurer à l'aise dans les situations contradictoires et incongrues (Montgomery, 1993). Ainsi, les infirmières qui sont décrites par les différents acteurs consultés comme arrivant à réaliser les PRS qu'elles privilégient, malgré une perception négative de l'environnement de travail, compte probablement parmi celles qui arrivent à maintenir leur satisfaction professionnelle en misant sur les possibilités du milieu plutôt que sur ses limites. Dans une optique de qualité, une diminution de l'importance accordée aux PRS ne saurait être souhaitable (Donabedian, 1980), mais à la lumière des prémisses énoncées par Watson (1988) il convient de demeurer attentif aux conséquences néfastes que pourrait avoir un idéal de pratique irréaliste, faute de flexibilité dialectique ou d'un contexte de travail favorable.

La **troisième considération** à trait à la pertinence théorique d'avoir démontré l'impact à la fois des PRS actuelles et de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles sur la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes. En effet, la mise en évidence que la fréquence des PRS contribue à augmenter le niveau de satisfaction, alors que l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles contribue à la diminuer dans des proportions similaires, vient appuyer simultanément et également deux prémisses théoriques défendues par Watson (1988). La première, fondement des prémisses à la base du *Quality-Caring Model*© de Duffy et Hoskins (2003), consiste à reconnaître jusqu'à quel point une pratique de *caring* conduit au mieux-être de l'infirmière (Watson, 1988). Sur la base de cette

prémisse, nos résultats, comme ceux obtenus par Lee (2004) et d'autres études qualitatives (Swanson, 1999), indiquent clairement que plus la fréquence des PRS augmente, plus la satisfaction professionnelle s'améliore. La seconde prémisse que nos résultats appuient, a trait au degré de cohérence entre le soi vécu et le soi idéal pour promouvoir l'harmonie corps-âme-esprit que Watson (1988) défend comme étant nécessaire au bien-être de la personne et que nous comprenons ici comme étant aussi nécessaire à la satisfaction de l'infirmière. Que ce soit en raison de la difficulté à prioriser les activités de nature relationnelle, ou encore à les actualiser en dehors des tâches de nature technique, tout porte à croire qu'en plusieurs occasions les infirmières souffrent de ne pouvoir réaliser les PRS qu'elles privilégient. Ce manque de cohérence se reflète dans les résultats se rapportant à l'étendue de l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles et l'effet négatif qu'entraîne cet écart sur la satisfaction professionnelle des infirmières. Par la démonstration des ces prémisses théoriques, la présente étude se distingue en insistant non seulement sur le fait que la fréquence des PRS puisse améliorer la satisfaction professionnelle des infirmières, mais aussi qu'une pratique de *caring* qui s'éloigne de celle privilégiée puisse lui nuire dans des proportions similaires. Ce constat novateur est non négligeable pour l'administration des soins et services infirmiers, puisqu'il met à la fois l'accent sur la facette d'un élément qui a le potentiel d'améliorer la satisfaction des infirmières soignantes (PRS actuelles) et une autre facette de ce même élément qui a le potentiel de lui nuire (Écart entre PRS privilégiées et actuelles). Alors une pratique de *caring* contribue à l'amélioration de la satisfaction professionnelle des infirmières non seulement pour ce que sa seule réalisation apporte, mais aussi pour la cohérence personnelle et professionnelle qu'elle permet à l'infirmière de vivre dans l'exercice de ses fonctions en milieu hospitalier.

5.4 Contribution de l'étude à l'avancement des connaissances en sciences infirmières

La contribution de la présente étude à l'avancement des connaissances en sciences infirmières s'inscrit non seulement dans la substance même de la discipline, mais aussi dans ses retombées pratiques pour le domaine de l'administration des services infirmiers. Les résultats obtenus ont contribué à la validation d'un modèle théorique complexe (Duffy & Hoskins, 2003) qui associe des prémisses issues des sciences infirmières (Watson, 1979,

1988) et des sciences administratives (Donabedian, 1980). L'adaptation que nous avons faite de ce modèle a permis la clarification de notions complexes et abstraites. Par cette adaptation, l'impact du climat organisationnel sur l'aspect relationnel du processus infirmier a non seulement pu être saisi au niveau de ce que fait l'infirmière, mais aussi de ce qu'elle trouve important de faire (Kim, 2000). L'interprétation qui en ressort contribue non seulement à la reconnaissance du travail invisible de l'infirmière (Wolf, 1989), mais aussi de sa volonté de préserver l'humanité du soin malgré un environnement de travail contraignant qu'il apparaît impératif d'améliorer pour préserver la qualité de soins et la santé des soignants. L'usage d'un devis mixte a aussi permis d'approfondir le phénomène à l'étude en intégrant des conclusions qui mettent en relief des éléments explicatifs qui avaient jusqu'ici rarement été soulevés dans les études portant sur le climat organisationnel.

Le développement d'une recherche préconisant un modèle que l'on pourrait qualifier d'hybride, au sens où il s'appuie sur des prémisses théoriques issues de différentes disciplines, pose un important défi de clarification. Dans le cas qui nous concerne, deux des notions sous-jacentes au phénomène à l'étude dans le *Quality-Caring Model*®, soit le « champ phénoménal » du système compris dans la composante « structure » et les relations de *caring* s'inscrivant dans le processus, ont nécessité d'être clarifiées. Le rapprochement entre d'une part le « champ phénoménal » tel que compris par Watson (1988) au niveau de l'individu et d'autre part la réalité subjective d'une organisation qui se traduit par le climat qui la caractérise (James & Jones, 1974 ; Parker et al., 2003 ; Rousseau, 1988), constitue à ce titre une contribution importante au modèle de Duffy et Hoskins (2003). Par ce rapprochement, il nous a été possible de situer la notion de climat organisationnel et de l'opérationnaliser sur la base de prémisses théoriques reconnues des sciences administratives (Denison, 1996 ; James & Jones, 1974 ; Lewin, 1951 ; Schneider, 1975). Une attention particulière a aussi été portée à la distinction de cette notion avec les concepts apparentés de culture organisationnelle et d'environnement de pratique infirmier, afin de préciser l'objet d'étude par rapport aux recherches ayant cours dans le domaine infirmier, comme dans d'autres domaines extérieurs au secteur de la santé.

Le second défi de clarification que le *Quality-Caring Model*® a exigé, consistait à situer la notion de *caring*. Bien qu'étant reconnue comme l'un des concepts centraux de la discipline infirmière (Leininger, 1984; Newman, Sime, & Corcoran-Perry, 1991), le *caring*

infirmier demeure encore aujourd'hui sujet à de très nombreuses conceptualisations au sein de la communauté infirmière (Finfgeld-Connett, 2007 ; Morse et al., 1990) et à une interprétation souvent superficielle et/ou incomplète pour les décideurs (Godkin & Godkin, 2004 ; Issel & Kahn, 1998 ; Ray, 1989). En ce sens, la notion de « Pratiques relationnelles de soin » a été utilisée pour rendre compte des éléments (idéal/valeurs, relation/interaction, expression pratique) essentiels à retenir pour définir le *caring* au travers des interactions de l'infirmière avec le patient/famille. Cette notion permet ainsi l'intégration de différents niveaux conceptuels qui sous-tendent les actions de *caring* comprises dans les PRS de l'infirmière, permettant alors une définition globale et intégrée de la mise en œuvre du *caring* en pratique (cf. Figure 2, p. 37). Elle ajoute ainsi une autre contribution au modèle de Duffy et Hoskins (2003), puisqu'elle facilite la compréhension et l'opérationnalisation des relations de *caring* comprises dans le processus infirmier, sans nier les fondements et l'évolution de cette notion en sciences infirmières (Watson, 1979, 1988, 2002, 2006a).

Par ailleurs, l'adaptation que nous avons faite du *Quality-Caring Model*© a permis d'aller au-delà de la seule reconnaissance des PRS actuelles de l'infirmière pour aussi considérer celles qu'elles privilégient, ainsi que l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles. Par l'intégration de ces trois facettes des PRS (Kim, 2000) au modèle de Duffy et Hoskins (2003), nous avons contribué à l'opérationnalisation de l'aspect relationnel du processus infirmier en contexte hospitalier. Jusqu'ici associé au travail invisible de l'infirmière (Maben, 2008 ; Wolf, 1989), la mise en relief de cet aspect relationnel ouvre à une nouvelle compréhension de ce que plusieurs qualifient de « boîte noire » (Aiken et al., 1997), en suggérant d'estimer les PRS privilégiées que l'infirmière réalise, plutôt que d'identifier les activités de soins qu'elle met de côté (Aiken et al., 2001 ; OIIQ, 2001 ; El Jardali, 2003). Estimer la fréquence des PRS de l'infirmière constitue déjà une contribution importante, au sens où elle met l'accent sur un aspect essentiel du travail infirmier qui était jusqu'ici qualifié par son omission et non par sa réalisation. Ce faisant, notre étude met en évidence qu'il n'y a pas « absence de relation d'aide » (OIIQ, 2001), mais bien une fréquence relative qui n'est potentiellement pas aussi élevée que souhaitée. La mesure de l'écart entre les PRS actuelles et privilégiées est plus complète que l'unique mesure de la fréquence des PRS de l'infirmière et permet de rendre empiriquement compte du fait que

les actions des infirmières ne sont pas toujours en accord avec celles qu'elles jugent importantes de faire, faute d'un environnement de travail favorable.

L'intégration des trois facettes des PRS a aussi permis l'étude de relations plus que pertinentes pour l'administration des services infirmiers. D'une part, la démonstration de l'absence d'impact du climat organisationnel global sur les PRS privilégiées par les infirmières, met l'accent sur la force des convictions professionnelles de ces dernières, même dans des environnements de travail perçus comme étant contraignant. Dans une optique de qualité, la forte importance que les infirmières accordent aux PRS comprises sous l'angle du *caring* suggère qu'elles adhèrent à des valeurs humaines essentielles à la prestation de soins de qualité (Joiner, 1996 ; Gunther & Alligood, 2002 ; Donabedian, 1980). L'impact du climat organisationnel sur les PRS actuelles et l'écart significatif entre les PRS privilégiées et actuelles traduit toutefois la nécessité d'investir sur la création d'environnements de travail qui puissent pleinement favoriser la mise en œuvre des PRS privilégiées par les infirmières et autres acteurs consultés. Pour que les PRS auxquelles adhèrent les infirmières s'expriment, il faut plus que des énoncés de mission organisationnelle ou des philosophies de soins humanistes mettant en exergue un ensemble de normes et de valeurs (Ingersoll, Witzel, & Smith, 2005 ; Tuck et al., 2000), il faut aussi et surtout des moyens qui en permettent l'expression au quotidien (Boykin et al. 2003 ; Turkel & Ray, 2004 ; Valentine, Stiles, & Mangan, 1995 ; Watson & Foster, 2003). D'autre part, le fait que contrairement à la fréquence des PRS, l'écart entre les PRS privilégiées et actuelles ne contribue pas à augmenter, mais plutôt à diminuer la satisfaction professionnelle des infirmières dans des proportions fort similaires, soutient non seulement des prémisses émises par Watson (1988), mais appuie aussi la nécessité de la création d'environnements de travail humain, pour que la prestation de soins de qualité ne se fasse pas au prix du bien-être découlant de la satisfaction des infirmières.

Par ailleurs, en ayant privilégié un devis mixte, cette recherche a non seulement permis de quantifier l'impact du climat organisationnel et de ses dimensions composites sur les PRS (actuelles et écart) et la satisfaction professionnelle de l'infirmière, mais aussi d'approfondir cet impact en contexte hospitalier. Cet approfondissement conduit à une compréhension explicite de l'impact du climat au travers de quatre propositions

explicatives, tout en révélant la présence d'interactions dynamiques entre les quatre dimensions composites les plus déterminantes. Par rapport aux approches quantitatives habituellement privilégiées pour étudier le climat dans les organisations (Glick, 1985; Rentsch, 1990 ; Savoie & Brunet, 2000), l'utilisation d'un devis mixte a ainsi permis d'approfondir les conclusions quantitatives, en rendant compte d'une complexité systémique (Likert, 1967) qui est rarement reconnue dans les recherches s'intéressant à la notion. L'intégration des inférences quantitatives et qualitatives suggère donc qu'au-delà de l'attention qui devrait être portée aux caractéristiques du rôle, dont l'impact serait prédominant, les interventions visant à agir sur les autres dimensions pourraient se traduire par un effet synergique. On comprend alors que l'usage d'un devis mixte aura ici eu pour contribution d'approfondir et d'élargir l'interprétation des résultats quantitatifs qui émergent de la forte majorité des études sur la perception de l'environnement de travail (Parker et al., 2003). Ajoutons que le volet qualitatif a aussi permis l'étude des PRS collaboratives qui n'avaient pu être saisies par la section quantitative, cette dernière nous informant uniquement des PRS indépendantes de l'infirmière (Duffy, 2003 ; Duffy & Hoskins, 2003). À notre connaissance, cet approfondissement des PRS de l'infirmière comprises sous l'angle du *caring* n'avait encore jamais été étudié, bien qu'il soit établi que plusieurs des activités relationnelles de l'infirmières sont partagées avec les soignants et autres professionnels (Irvine et al., 1998 ; Mitchell et al., 1998). Cette autre contribution à laquelle a mené l'usage d'un devis mixte ouvre à différentes avenues de développement, tant au niveau de la recherche que d'applications pratiques.

La validation transculturelle du *Professional/Occupational Nurse Job Satisfaction Scale* de Hinshaw et Atwood (1985) est une autre contribution importante de cette recherche qu'il convient de signaler. La satisfaction professionnelle, telle qu'elle est définie dans cette recherche en tant que notion distincte de la satisfaction générale, n'avait pas à notre connaissance été étudiée auprès d'infirmières québécoises francophones. La structure factorielle obtenue pour cette échelle se rapproche de l'originale en langue anglaise et la consistance interne globale, comme celle des trois dimensions composites, c'est avérée très bonne. Alors que l'utilisation d'indicateurs de satisfaction au travail est particulièrement fréquente dans les recherches en sciences infirmières (Blegen, 1993 ; Lu et al., 2005), la mesure de la satisfaction professionnelle est théoriquement plus cohérente avec l'évaluation

de retombées auprès des patients (McGillis Hall, 2003). Les résultats de validation indiquent donc que l'adaptation francophone de cette mesure offre un outil de qualité qui pourra être utilisé dans des recherches futures afin de rendre compte de la dimension occupationnelle de la satisfaction des infirmières.

5.4.1 Avenues de développement pour la recherche en sciences infirmières

Au-delà des réponses apportées par cette étude, les résultats générés dessinent diverses avenues pour la recherche en sciences infirmières. Parmi elles, l'utilisation de la perspective des trois facettes des PRS comprises sous l'angle du *caring* pour continuer d'étudier le processus infirmier en contexte hospitalier pourrait être exploitée afin d'approfondir la mise en œuvre des PRS comme l'impact qu'elles ont sur la santé et le bien-être des patients/familles. La comparaison entre les scores d'importance et de fréquences des PRS estimés par l'infirmière par rapport à ceux relevant de la perception du patient/famille impliqués dans les interactions de soins pourraient être d'intérêt pour développer une vision plus globale de la qualité de l'aspect relationnel du processus infirmier (Donabedian, 1980; Kim, 2000). L'impact de la fréquence et/ou de l'écart entre les PRS privilégiées et réalisées par les infirmières sur la satisfaction des patients/familles, sur leur niveau de compréhension ou d'adhérence aux plans thérapeutiques ou autres indicateurs pertinents pourraient aussi être envisagés (Swanson, 1999). Dans une perspective de complémentarité des sources, l'évaluation perceptuelle des 3 facettes des PRS pourrait être combinée à des données issues d'observations, afin d'estimer objectivement ou de renforcer la compétence relationnelle des infirmières (Whelan, 2006). L'utilisation d'une grille d'observation des comportements de *caring*, comme celles développées par Forbes (2004) ou McDaniels (1990, 2001), pourrait notamment permettre d'examiner la correspondance entre la mise en œuvre des PRS et la perception de la fréquence et de l'importance qui leur est accordée par les infirmières et/ou les étudiantes en soins infirmiers. En fonction du degré de correspondance, nous pourrions non seulement établir jusqu'à quel point la réalité perceptuelle traduit la réalité objective saisie par un acteur extérieur aux interactions que l'infirmière entretient avec le patient/famille, mais aussi estimer s'il y a lieu de renforcer la compétence relationnelle des infirmières (Mustard, 2002). Bref, les possibilités de développement sur la base de cette approche sont

nombreuses et présentent l'inestimable avantage de démystifier l'idée de « boîte noire » associée au processus infirmier, tout en rendant visible ce qui pour plusieurs constitue l'essence des soins infirmiers.

Dans un contexte de pénurie d'effectifs infirmiers et de transformation des rôles et fonctions des intervenants de la santé, le développement de projets de recherche visant à distinguer les PRS qui se devraient d'être indépendantes, de celles qui sont collaboratives, présente un intérêt particulier. La redéfinition des champs professionnels et le recours au personnel soignant auxiliaire sont certes nécessaires au maintien des services de santé (Clifford, 1995), mais ils ne devraient pas se faire au détriment de l'actualisation des fondements de *caring* du rôle infirmier (Ousey & Johnson, 2007; Watson & Foster, 2003). La distinction faite par Duffy et Hoskins (2003) nous permet de différencier conceptuellement les PRS indépendantes de l'infirmière, des PRS collaboratives qu'elle partage avec les autres soignants, mais d'un point de vue appliqué cette distinction demeure plutôt limitée et sujette aux contextes sociopolitiques. À la lumière des résultats obtenus dans la présente étude, des projets de recherche visant la spécification des activités relevant des PRS dites indépendantes et collaboratives s'avère d'un intérêt majeur pour préserver la qualité des soins et la satisfaction professionnelle des infirmières. L'identification explicite des PRS qui requièrent des connaissances et/ou des compétences distinctives de l'infirmière pourrait être faite à partir d'une combinaison d'analyse documentaires et de données terrain. Les risques associés à la substitution, voire la délégation, des PRS dites indépendantes de l'infirmière au personnel auxiliaire, pourraient aussi être mesurées en termes de sécurité des patients. De telles études contribueraient à justifier le temps accordées par les infirmières aux PRS dites indépendantes, tout en insistant sur les connaissances distinctives qui leur sont associées (Gaut, 1986; Watson, 1990b, 2003; Milne, & McWilliam, 1996; Ousey & Johnson, 2007).

La présente étude encourage aussi la poursuite de la validation des instruments de mesure privilégiés et leur application à d'autres contextes infirmiers. En ce qui a trait au Questionnaire de climat psychologique CRISO (QCP_CRISO), les travaux de l'équipe CRISO du Centre universitaire de santé McGill se concentrent actuellement sur la validation de la structure factorielle de l'instrument. Une fois ces travaux complétés, des

recherches futures pourront nous informer sur d'autres formes de validité (validité convergente, validité divergente, validité prédictive, etc.), comme sur la fidélité de l'adaptation de cet instrument originellement développé par Jones et James (1979). L'examen des liens empiriques entre le climat de travail et d'autres notions apparentées (ex. : environnement de pratique infirmier) pourrait alors aider à certaines clarifications conceptuelles. Par ailleurs, l'exploration des liens entre le climat de travail, l'aspect relationnel du processus infirmier et différentes variables de résultats que ce soit au niveau de l'organisation, des patients ou des soignants devrait aussi être poursuivie pour renforcer la démonstration du *Quality-Caring Model*® (Duffy & Hoskins, 2003). Les travaux récemment publiés sur la validation conceptuelle (analyses confirmatoires) de la version abrégée de *l'Échelle des interactions infirmière-patient* auprès d'étudiantes en sciences infirmières renforcent quant à eux la validité de cet instrument (Cossette, et al., 2008). Toutefois, puisque l'adaptation que nous en avons fait a conduit au retrait de la dimension « soin humain » pour permettre l'évaluation des PRS actuelles auprès d'infirmières soignantes, la poursuite de la démarche de validation demeure fort pertinente. De même, différentes versions de cette échelle pourraient être développées pour s'adresser au patient ou à la famille, et ainsi évaluer d'autres résultats (ex. : bien-être/satisfaction du patient). Enfin, les résultats des analyses psychométriques effectuées pour l'adaptation francophone du *Professional/Occupational Nurse Job Satisfaction Scale* encouragent non seulement à procéder à la validation confirmatoire de sa structure factorielle, mais aussi à promouvoir son utilisation dans d'autres recherches portant sur la satisfaction des infirmières.

Enfin, considérant que notre étude a permis de démontrer que les contraintes à la réalisation des PRS privilégiées et la satisfaction professionnelle des infirmières sont liées à des facteurs contextuels dont les racines se situent au-delà de l'organisation, il convient d'approfondir l'environnement sociopolitique qui serait à l'origine de ces facteurs (CCASS, 2007; CCCSI, 2002 ; Boykin, 1995). À titre d'exemple, on ne peut nier l'intimité que partagent la pénurie d'effectifs infirmiers et l'intensité de la charge de travail qui limite la réalisation des PRS privilégiées et la satisfaction des infirmières. Dans cette perspective, la prise en compte des forces politiques qui conditionne l'environnement de travail infirmier apporterait une vision plus globale des enjeux à considérer à l'extérieur des organisations de santé. Reconnaisant que la population infirmière est majoritairement féminine, les

enjeux sociopolitiques qui conditionnent l'environnement de travail infirmier peuvent différer de ceux d'autres milieux. En ce sens, l'examen des orientations et recommandations politiques en matière d'environnement de travail infirmier, à partir d'une perspective de genre, pourrait aider à déterminer en quoi les particularités liées au rôle de la femme en société jouent un rôle dans la mise en oeuvre de ces politiques. Le développement de projets de recherche se situant dans cette perspective permettrait une compréhension critique d'enjeux sociopolitiques déterminants pour créer des environnements de travail infirmier promoteurs de santé⁸ (Johnson & Baun, 2001) et améliorer la pratique professionnelle des infirmières.

5.4.2 Avenues de développement pour la pratique et l'administration des services infirmiers

S'inscrivant au cœur des principales préoccupations en administration des services infirmiers (Lynn et al., 1999), notre étude présente le potentiel d'informer les praticiens comme les décideurs en santé. Sur la base d'une volonté consistant à formuler des stratégies et recommandations appliquées, nous discuterons des conclusions de notre étude qui se veulent profitables à l'amélioration de la qualité des soins et des environnements de travail infirmiers. Les avenues de développement envisagées sont en continuité avec celles proposées par différents travaux visant l'optimisation des milieux de travail sain et de la pratique infirmière (CCASS, 2007; CCCSI, 2002; McGillis Hall, 2005; OIIQ, 2007; Shamian & El-Jardali, 2007 ; Shields & Wilkins, 2006). Elles s'inscrivent sur quatre registres : l'adoption d'une vision systémique dans le cadre des interventions visant à agir sur le climat organisationnel, la reconnaissance des forces sociopolitiques qui conditionnent le climat, une distinction des rôles et fonctions qui puisse favoriser la réalisation des PRS indépendantes de l'infirmière et des PRS collaboratives partagées avec d'autres soignants et professionnels, et enfin le développement des compétences et la promotion du rôle professionnel de l'infirmière en matière de PRS.

⁸ Les hôpitaux promoteurs de santé préconisent une approche globale de promotion de la santé envers les employés, les usagers et les membres des communautés qu'ils desservent (Johnson & Baun, 2001).

Sur le **premier registre** les données recueillies dans cette étude montrent que l'intensité de la charge de travail joue pour beaucoup dans la réalisation des PRS privilégiées par les infirmières soignantes, tout en affectant leur satisfaction professionnelle. Cette démonstration plaide en faveur d'interventions visant à améliorer directement cet aspect des caractéristiques du rôle qui apparaît largement affecter la perception globale du climat organisationnel. Cependant, sur la base des interactions dynamiques qui sont ressorties des inférences qualitatives, les interventions visant à améliorer les caractéristiques du rôle, pourraient aussi passer par l'amélioration des caractéristiques de l'équipe, du supérieur ou de l'organisation. Nombreuses sont les stratégies qui peuvent ainsi être avancées pour améliorer ces différents éléments (Shamian & El-Jardali, 2007). Parmi ces stratégies, notons la création d'espace d'échanges pour amener les équipes à renforcer des liens harmonieux de collaboration et identifier des avenues de résolution de problème pour améliorer leur pratique (Carpentier-Roy, 1995), le « coaching » des chefs d'unités pour les amener à développer leurs habiletés de leadership pour le renforcement des PRS (Boykin & Schoenhofer, 2001b; Kowalski & Casper, 2007; Stedman & Nolan, 2007; Vestal, 2007) , le respect de la sectorisation clinique et une gestion du personnel qui puissent favoriser la stabilité des équipes et la continuité des soins (Capuano, Bokovoy, Halkins, & Hitchings, 2004; McGlory et al., 2002). Cette approche systémique de l'amélioration du climat semble d'ailleurs imprégner la vision de différents projets visant la création d'environnement de travail sain en milieu hospitalier (Johnson, & Baum, 2001; Lavoie-Tremblay et al. 2006).

Le **second registre** d'interventions touche la reconnaissance des forces sociopolitiques qui conditionnent le climat. Comme l'indiquent Shamian et El-Jardali (2007), il importe de considérer les multiples facteurs qui interviennent conjointement sur l'environnement de travail infirmier, tant au niveau individuel, qu'organisationnel et extraorganisationnel. Dans le cadre de notre étude nous avons surtout tenu compte de la perception des aspects organisationnels en contrôlant certaines variables individuelles, mais le volet qualitatif a soulevé des enjeux qui touchent aux différentes forces sociopolitiques qui interviennent sur la perception du climat organisationnel. En effet, on ne peut ignorer la proximité entre la charge de travail et la pénurie d'effectifs infirmiers ou encore entre l'ambiguïté/conflits de rôle et la redéfinition des champs professionnels qui coïncide avec

l'introduction massive de personnel infirmier auxiliaire. Le maintien d'une charge de travail équilibrée et une gestion plus efficace des ressources humaines en santé (Priest, 2006) demeurent des enjeux organisationnels de taille qui ne peuvent être résolus sans une action concertée sur les forces sociopolitiques qui les influencent (Leiter, 2006). Les efforts issues des projets visant à optimiser l'organisation des soins, tout en favorisant la rétention et le recrutement sont donc à privilégier, tant au niveau organisationnel, que professionnel (CCASS, 2007; Priest, 2006; Viens, Lavoie-Tremblay, Mayrand Leclerc, & Hamelin Brabant, 2005). La planification des effectifs infirmiers doit non seulement tenir compte des enjeux démographiques mais aussi des rôles attendus de l'infirmière (OIIQ, 2007). Par ailleurs, les habilités politiques de l'ensemble des membres de la communauté infirmière gagneraient à être renforcées, afin d'encourager la mise en place d'actions politiques concertées pour promouvoir des environnements de travail favorables à la réalisation des PRS et la satisfaction professionnelle (Ashley, 1973; Boykin, 1995; Cohen et al., 1996). De plus, malgré les multiples changements qui se succèdent à un rythme effréné il est suggéré de développer auprès des membres de l'organisation un sentiment de stabilité profitable au maintien d'un climat de travail sain. Pour ce faire, les décideurs, pourraient notamment veiller à identifier comment les différents changements qui s'imposent de l'extérieur contribuent aux dossiers infirmiers qu'ils jugent prioritaires.

Sur le **troisième registre**, nos résultats combinés à ceux émanant d'autres études (Aiken et al., 2001; OIIQ, 2001; Ousey & Johnson, 2007) indiquent que les aspects relationnels du rôle infirmier sont menacés par des contraintes de l'environnement de travail. L'originalité de nos résultats met toutefois en relief la force de l'importance accordée aux PRS, que ce soit par les infirmières, comme par les autres acteurs consultés. Ce constat suggère d'une part que les initiatives visant à favoriser la cohérence entre les valeurs organisationnelles et celles privilégiées par les infirmières, ont le potentiel de favoriser la satisfaction professionnelle et des PRS de qualité (Ingersoll et al., 2005; Tuck et al., 2000; Turkel & Ray, 2004), dans la mesure où cette cohérence est affirmée au travers d'actions concrètes (Boykin et al. 2003). Ce constat suggère d'autre part, qu'en vertu de l'importance que chacun des membres du personnel soignant accorde aux PRS, tous souhaitent participer à leur réalisation. Dans un contexte de pénurie d'effectifs, ce constat exige de bien situer la contribution distinctive de l'infirmière en matière de PRS. De

manière à s'intégrer à une organisation clinique optimale, l'élaboration de stratégies qui visent à délimiter les activités qui requièrent des PRS indépendantes de l'infirmière, de celles qui relèvent des PRS collaboratives qu'elles partagent avec les autres soignants et professionnels est essentiel.

D'un point de vue légal, ces stratégies peuvent prendre forme par l'affirmation du champ de pratique de l'infirmière pour distinguer les PRS indépendantes, des PRS collaboratives qu'elle partage avec les autres professionnels et membres de l'équipe soignante immédiate (infirmière auxiliaire, PAB aux bénéficiaires). Par exemple, l'identification des PRS associées à l'évaluation de la condition physique et mentale des personnes symptomatiques (OIIQ, 2003) confère à l'infirmière des PRS indépendantes distinctives qui devraient exclusivement lui revenir, en l'absence du médecin. Par l'affirmation de ce rôle distinctif, l'infirmière peut justifier de prioriser différentes PRS indépendantes qui s'appuient sur des connaissances spécifiques à son champ de pratique professionnel. De manière à favoriser la poursuite des PRS de nature collaborative, il importe aussi que soit intégré en pratique des outils d'évaluation, de suivi et de coordination, tel que le plan thérapeutique infirmier (Leprohon & Lessard, 2006) qui constitue le prolongement du « Profil de santé » dont il a été question dans le volet qualitatif de notre étude. Semblable intégration ne doit toutefois pas être entendue comme une surcharge de travail, ou une stratégie encourageant la substitution, voire la « délégation » des PRS de l'infirmière aux autres membres du personnel soignant, mais bien comme une manière d'assurer un suivi clinique des éléments relevant de l'évaluation qu'elle a elle-même effectuée et dont elle a la responsabilité. Ainsi, les stratégies visant la clarification des activités liées au champ de pratique de chacun et à l'intégration du plan thérapeutique infirmier et autres outils de suivi clinique présentent le potentiel de soutenir la réalisation des PRS de l'infirmière.

Distinguer les rôles et fonctions du personnel soignant, dans le respect des PRS dites indépendantes et collaboratives, passe non seulement par l'actualisation du rôle professionnel infirmier, mais aussi par une organisation du travail, une composition des équipes de travail et des modèles de prestation qui tiennent compte des besoins de la clientèle et des compétences des différents groupes de personnel soignant (Capuano et al.,

2004; McGillis Hall & Doran, 2004). Nonobstant les avantages pouvant être associés aux modèles de prestation de soins qui prévalent dans de nombreux milieux hospitaliers (ex. : modèle fonctionnel, modèle par équipe, modèle modulaire, modèle de soins primaires, etc.), une pratique différenciée présente le potentiel de soutenir des rôles distinctifs en matière de PRS, dans le respect des niveaux de connaissances et de compétences des différents soignants (Lendrum, 1994; Smith et al., 2006). La pratique différenciée aiderait non seulement à la clarification des rôles, mais permettrait aussi d'accroître la satisfaction, la rétention et le recrutement infirmier (Levi, Montgomery, & Hurd, 1994), ainsi que la qualité des soins aux patients (Milton, Verran, Murdaugh, & Gerber, 1992; Prothero, Marshall, & Fosbinder, 1999). En conjuguant les principes sous-jacents à la pratique différenciée aux responsabilités de l'infirmières définies dans le « *Attending Caring Nurse Model* » proposé par Watson et Foster (2003), l'accent pourrait être mis sur les PRS que l'infirmière devrait assumer de manière indépendante et en collaboration avec les autres professionnels et membres de l'équipe soignante. Ce faisant, les principes de la pratique différenciée conjugués à ceux émis par Watson et Foster (2003), peuvent aider à distinguer les PRS indépendantes et collaboratives et développer des fonctions pour les infirmières soignantes qui correspondent à leur niveau de formation, tout en encourageant le développement des compétences en cours d'emploi (OIIQ, 2007).

Sur le **quatrième registre**, le soutien au développement des compétences et du rôle professionnel infirmier ressort des inférences qualitatives comme un élément important pour promouvoir des PRS de qualité et un sentiment de satisfaction chez les soignants. La mise en place de portfolios qui miseraient sur le maintien et l'amélioration des compétences en cours d'emploi apparaît être une avenue à exploiter pour répondre non seulement à la responsabilité professionnelle que l'infirmière a de maintenir ses connaissances à jour, mais aussi à celle que l'employeur a de lui offrir des possibilités de formation (OIIQ, 2007 (McMullan et al., 2003). Toutefois, comme le souligne Mustard (2003), il ne suffit pas de soutenir les compétences cliniques, il faut aussi maximiser le développement de compétences humaines essentielles à la mise en pratique des habiletés cliniques. Pour stimuler le développement des compétences en cours d'emploi, différentes stratégies de transfert des connaissances pourraient être élaborées pour promouvoir en pratique l'acquisition et l'intégration de ces savoirs cliniques et relationnels (Ducharme, 1998;

Estabrooks, 2003; Tompson, Cullum, McCaughan, Sheldon, & Raynor, 2004). De manière à renforcer les compétences liées aux PRS, la reconnaissance et l'évaluation des habiletés de *caring* de l'infirmière (Coates, 1997) pourraient être intégrées à celles des compétences d'ordre plus général (Meretoja, Isoaho, & Leino-Kilpi, 2004; Whelan, 2006).

Pour promouvoir et renforcer le rôle professionnel de l'infirmière en matière de PRS, il serait à propos de considérer davantage les aspects relationnels au niveau des évaluations de performance en cours d'emploi. En mettant l'accent sur les PRS comprises sous l'angle du *caring* dans les attentes des décideurs organisationnels à l'endroit des infirmières et en indiquant clairement qu'elles sont considérées comme des indicateurs de performance, le rôle professionnel de l'infirmière pourrait s'en trouver renforcé (Carson, 2004). La capacité des chefs d'unités et des infirmières conseillères spécialisées à agir comme modèle de rôle en matière de PRS, présente aussi le potentiel de promouvoir leurs réalisations chez les infirmières soignantes (Boykin & Schoenhofer, 2001b). De plus, le fait d'encourager les infirmières à développer un langage qui mette en valeur les objectifs poursuivis par leurs PRS permettrait de mieux situer leur contribution. En nommant les objectifs poursuivis par les PRS qu'elles jugent d'importance, les infirmières arriveraient à justifier la priorité et le temps qu'elles y accordent (Milne & McWilliam, 1996), de même que les connaissances et compétences distinctives qui leurs sont associés (Corbin, 2008).

5.4.3 Avenues de développement pour la formation en sciences infirmières

Même si nos résultats ont un potentiel d'application qui s'adresse d'abord à la pratique infirmière et l'administration des services infirmiers, certaines recommandations peuvent aussi servir la formation. Nous soulevons ainsi le besoin de renforcer l'intégration des connaissances relatives au *caring* dans le cadre du curriculum de formation à la fois des infirmières soignantes (Beck, 2001; Eklund-Myrskog, 2000; Fahrenwald et al., 2005), et de celles qui se destinent à des fonctions de gestion (Nyberg, 1989, 1993). Le développement des habiletés politiques des étudiantes en sciences infirmières devrait aussi faire l'objet d'une attention particulière pour qu'elles soient outillées afin de participer à l'amélioration de leur environnement de travail et la promotion de leur développement professionnel (Boswell, Cannon, & Miller, 2005; O'Neill Conger & Johnson, 2000). Enfin, nous

suggérons une réflexion collective en regard de l'analyse de l'impact des différents niveaux de formations des personnels infirmiers sur la réalisation des PRS dites indépendantes et collaboratives (Clarke & Connolly, 2004; Duffy & Hoskins, 2003).

L'intégration des valeurs de *caring* aux différents curriculums de formation en sciences infirmières a fait l'objet d'une attention particulière au cours des dernières années. La multiplication des projets de réforme de l'enseignement visant à promouvoir ces valeurs humanistes, tant au niveau des apprentissages que de l'environnement dans lequel elles s'acquièrent, a donné lieu à d'intéressantes initiatives (Beck, 2001; Fahrenwald et al., 2005; MacNeil & Evans, 2005; Sitzman, 2007). En contexte québécois, nos résultats traduisent l'intégration des valeurs humanistes véhiculées dans le cadre des programmes de formation par la forte importance que les infirmières soignantes accordent aux PRS comprises sous l'angle du *caring*. Toutefois, le langage utilisé pour faire mention de ces PRS dans le cadre des entrevues ou l'utilisation déficiente des outils infirmiers visant leur planification et leur coordination/supervision, suggèrent qu'il y ait place à amélioration quant au développement des capacités et stratégies d'apprentissage. Comme l'indique Eklund-Myrskog (2000), cette observation peut en partie être associée au fait que même si la compréhension du *caring* s'accroît en cours de formation, les multiples définitions auxquelles renvoient ce concept demeurent difficiles à intégrer en pratique. À ce titre, la conceptualisation développée dans le cadre de la présente étude pourrait être utile à l'acquisition d'une vision intégrée des différents niveaux de *caring* et favoriser l'utilisation d'un langage qui rend compte des objectifs poursuivis par les actions de *caring*. L'utilisation de stratégies d'apprentissage inspirées des fondements du *caring*, comme celles proposées par Gramling et Nugent (1998), conjugués à une relation enseignant-apprenant qui puisse soutenir le développement des valeurs, des connaissances et des attitudes/comportements de *caring* (Evans, 2000; Paterson & Crawford, 1994; Schaffer & Juarez, 1996; Sorrell & Redmond, 1997), présente aussi le potentiel de renforcer la capacité de réalisation des PRS de l'infirmière en devenir.

L'un des enjeux le plus préoccupants au niveau de la formation demeure toutefois celui de la supervision clinique de l'étudiant, puisque c'est notamment par celle-ci que ce traduisent en pratique les apprentissages effectués en classe (Johansson, Holm, Lindqvist,

& Severinsson, 2006). En contexte québécois, plusieurs supérieurs cliniques sont des infirmières soignantes qui oeuvrent dans les milieux de soin. Considérant que le manque d'effectifs infirmiers, l'intensité de la charge de travail, le manque d'opportunités de formation et l'instabilité des équipes sont considérés comme autant de facteurs affectant l'environnement de travail (OIIQ, 2007; CCASS, 2007), il convient de demeurer attentif à la qualité de la supervision offerte aux étudiants/stagiaires en sciences infirmières. Selon l'étude de Brown, Nolan et Davies (2008), les expériences de stage sont déterminantes de l'intégration des compétences de *caring* chez les infirmières en devenir. Par ces expériences en pratique, l'étudiant se fait une idée de ce qu'est une véritable infirmière (Ousey & Johnson, 2007). De fait, les conflits/ambiguïtés de rôle qui interfèrent avec la réalisation des PRS de l'infirmière sont aussi à considérer, puisque l'étudiante en prendra acte dans le développement de sa propre pratique, comme de son concept de soi professionnel (Arthur, 1992; Kelly, 1992).

Les attributs identifiés chez les supérieurs pour faciliter les PRS et la satisfaction professionnelle dans notre étude sont plutôt similaires à ceux défendus dans d'autres travaux comme reflétant la mise en œuvre du *caring* chez les infirmières gestionnaires (Cara, 1997; Nyberg, 1989). Ces résultats mettent en relief la nécessité d'insister sur le développement de ces attributs dans les programmes de formation aux cycles supérieurs. Il importe en effet d'insister sur l'acquisition d'une vision et de stratégies permettant de surmonter la dissonance perçue entre les impératifs organisationnels/économiques et ceux du soin (Nyberg, 1990b). Réfléchir aux valeurs qui doivent primer dans les prises de décisions administratives (Nyberg, 1993) devrait se faire de concert avec le développement d'habiletés de leadership et de connaissances économiques et politiques (Boykin, 1995; O'Neill Conger, & Johnson, 2000; Watson, 2006b). À ce titre, les infirmières gestionnaires devraient être formées à reconnaître les résultats de recherche et les fenêtres d'opportunité politique pouvant leur permettre de rendre visible l'impact des PRS, à la fois en termes économique, en termes de résultats pour des patients/familles ou encore en termes de résultats pour le personnel. Ces recommandations reflètent la nécessité de privilégier la formation des infirmières gestionnaires dans des programmes de sciences infirmières intégrant des notions de gestion, plutôt que dans des cursus purement dédiés aux sciences administratives (Henry, Arndt, Di Vincenti, & Marriner-Tomey, 1989).

Les enjeux sociopolitiques associés à l'environnement de travail infirmier soulèvent aussi l'enjeu de développement d'habiletés politiques dans le cadre des programmes de formation en sciences infirmières. La réticence d'un grand nombre d'infirmières à s'engager dans l'arène politique pour prendre part aux actions visant à influencer leurs propres pratiques traduit un désintérêt marqué qui révèle la nécessité de renforcer leurs capacités politiques dans le cadre même des programmes de formation (Ashley, 1973; Boswell, Cannon, & Miller, 2005; O'Neill Conger & Johnson, 2000). Comme le souligne O'Neill et al. (2000), il importe que la valorisation de l'engagement politique soit partie intégrante des programmes scolaires pour que les infirmières en devenir comme celles qui poursuivent leur formation universitaire, l'associent avec l'ensemble des domaines cliniques. De par son rôle au niveau de la défense des droits du patient/famille (Bu & Jezewski, 2006), l'infirmière soignante doit en effet avoir une connaissance des enjeux qui conditionnent non seulement son environnement de travail immédiat, mais aussi les services destinés à la clientèle (Boswell et al., 2005). Les résultats de cette étude nous enjoignent à insister sur le renforcement des savoirs sociopolitiques (White, 1995), le développement de stratégies d'apprentissages misant sur une compréhension explicite des enjeux sociopolitiques de la pratique infirmière, le développement d'habiletés à promouvoir des milieux de travail sain et une pratique professionnelle de qualité (Bagwell & Bush, 1998; Roch et al, 2005; Schutzenhofer & Cannon, 1986; Winter & Lockhart, 1997).

Par ailleurs, les résultats de cette étude indiquent que les niveaux de connaissances associés à la réalisation des PRS indépendantes des infirmières de formation collégiale et universitaire demeurent pour le moins ambigus. Une réflexion s'impose donc quant à la définition des connaissances sous-jacentes à la réalisation des PRS indépendantes de l'infirmière. Dans la mesure où ces PRS sont spécifiques à la discipline infirmière et relèvent de savoirs distinctifs (propres) qui fondent l'autonomie professionnelle à laquelle aspirent les infirmières (Goulet, 2002), il convient d'engager une réflexion quant à l'impact des niveaux de formation sur les connaissances associées aux PRS indépendantes. Cette réflexion pourrait non seulement contribuer à préciser ce qui relève respectivement des PRS indépendantes et collaboratives, mais aussi aider à établir dans quelle mesure l'expérience peut compenser, en tout ou en partie, pour des connaissances acquises par l'entremise de programmes de formation universitaire et garantir la réalisation de PRS de qualité.

5.5 Limites de la recherche et validité des conclusions

Différentes mesures ont été prises pour assurer la qualité de chacune des étapes de la présente démarche de recherche (cf. Tableau VII p.102) et le respect des critères de scientificité des méthodes quantitative et qualitative privilégiées (Laperrière, 1997 ; Tashakkori & Teddlie, 1998 ; Tabachnick & Fidell, 2001). Les limites qui imposent ici certaines réserves sont celles qui n'ont pu être évitées ou corrigées dans leur totalité. Elles concernent principalement la validité des instruments de mesure, les décisions quant à la direction des relations étudiées et l'influence potentielle de la désirabilité sociale, des variables étrangères et des questions d'entrevues. Une discussion quant à la généralisation/transférabilité des résultats indique toutefois que malgré ces limites, nos conclusions présentent un excellent potentiel d'application pratique pour les milieux de santé.

Malgré l'attention portée à la sélection d'instruments de mesure présentant de bonnes qualités psychométriques, certaines réserves s'imposent. Notons d'abord que la validité structurelle du *Questionnaire de climat psychologique CRISO* (QCP_CRISO) et de *l'Échelle des interactions infirmière-patient* n'a pu être estimée auprès de l'échantillon à l'étude en raison du nombre de sujets limités. Ces échelles font toutefois l'objet de validations dans d'autres projets de recherche actuellement en cours. L'utilisation de trois des quatre dimensions de *l'Échelle des interactions infirmière-patient* pour créer un score global, bien que se justifiant par de solides arguments théoriques et éthiques, aurait gagné à s'appuyer sur une validation plus poussée de cet instrument auprès d'infirmières exerçant en milieu hospitalier. En dépit de ces limites, la consistance interne globale de chacune de ces échelles de mesure suggère une très bonne fidélité. Seule la consistance interne de la facette importance pour la dimension « Soins de confort » de *l'Échelle des interactions infirmière-patient*, s'est avérée plutôt faible, avec un alpha de Cronbach de 0,41 et cette limitation s'explique probablement par le nombre d'items restreints qui la compose. En ce qui concerne le *Professional/Occupational Nurse Job Satisfaction Scale*, la validation transculturelle, l'analyse factorielle et la consistance interne se sont toutes avérées très satisfaisantes. C'est donc dire qu'au total, ces limites psychométriques n'auront pas affectées la validité de nos conclusions même si elles méritaient d'être précisées.

Sur la base du modèle privilégié et des postulats théoriques sur lesquels il s'appuie (Duffy & Hoskins, 2003), nous avons décidé de la direction de la relation entre les variables à l'étude. Il est à noter que cette décision n'est pas sans conséquence, puisque la relation inverse entre les PRS et la satisfaction professionnelle pourrait tout aussi bien être défendue sur la base d'autres prémisses (Judge, Bono, Thoresen, & Patton, 2001). Ce faisant, une limite quant à la bidirectionnalité des relations à l'étude pourraient être soulevée. Seulement, le propos de notre étude n'étant pas de déterminer la causalité entre les variables, mais bien de prédire l'impact de certaines sur d'autres, afin de mieux expliquer les relations entres-elles, cette limite demeure acceptable au stade actuel de nos recherches. Sans compter que le sens des relations postulées est théoriquement bien appuyé.

En fonction des écrits et du modèle théorique sur lequel s'appuie la présente étude, nous avons pris soin de contrôler de manière statistique l'effet de l'état de conscience des patients et des variables socioprofessionnelles qui présentaient une relation avec les variables dépendantes à l'étude. Ainsi, les variables de contrôle retenues ont aidé à accroître la validité de nos résultats. En raison du nombre élevé d'énoncés que comportait déjà le questionnaire, nous n'avons toutefois pas contrôlé la désirabilité sociale qui pourrait avoir orienté certaines des réponses. Notons toutefois, que cet aspect avait déjà été contrôlé lors du développement de la mesure d'importance des PRS de *l'Échelle des interactions infirmière-patient* et qu'elle n'avait pas eu d'influence sur les réponses des sujets (Cossette et al., 2005). En outre, les principales variables étrangères qui n'ont pu être contrôlées sont celles qui ont trait à l'attitude et à la condition des patients impliqués dans les PRS des infirmières. Bien qu'ayant contrôlé pour leur état de conscience, nous reconnaissons que les PRS impliquent d'autres aspects du patient/famille (Duffy & Hoskins, 2003) dont nous n'avons pu tenir compte quantitativement, mais qui ont émergés dans la section qualitative. L'impact du type de clientèle, de l'acuité des soins, des exigences de la famille, ainsi que des croyances et habitudes culturelles, a ainsi pu être pris en compte grâce à la complémentarité relevant des inférences qualitatives, mais constituent des variables étrangères potentielle que nous n'avons pu contrôler dans le volet quantitatif. Notons aussi que ces thèmes émergents témoignent d'une flexibilité dans l'utilisation du guide d'entrevue. En effet, bien qu'ayant privilégié une approche d'entrevue semi-structurée, les questions ont été ajustées pour tenir compte des réactions spontanées des participants, ce

qui a permis de recueillir les thèmes émergents. Les mesures prises pour assurer la qualité des entrevues (ex. : préparation des questions, essais d'entretiens auprès de participants fictifs, prise de contact et explications de la recherche aux participants avant le moment de l'entretien, etc.) et un milieu propice assurent par ailleurs la qualité des données recueillies.

Dans le cadre du devis mixte ici privilégié, le taux de réponse (45 %) et la représentativité des sujets de la portion quantitative nous permettent de généraliser les résultats aux infirmières soignantes exerçant au sein du centre hospitalier à l'étude. Toutefois, c'est sur la base des caractéristiques de cette population et du milieu dans lequel elle travaille que nous pouvons discuter d'une généralisation des résultats. En effet, non seulement le centre hospitalier à l'étude présente différentes caractéristiques communes avec d'autres milieux de santé, mais aussi les infirmières soignantes qui ont répondu au questionnaire ont sensiblement le même profil socioprofessionnel (âge, genre, champ clinique) que celles exerçant dans les centres hospitaliers et universitaires du Québec (OIIQ, 2007). L'attention portée à la description du contexte dans lequel la recherche a pris place peut également favoriser la transférabilité des résultats par le biais d'une généralisation dite expérientielle. D'autres milieux de santé auront ainsi toute l'information nécessaire pour évaluer la possibilité d'effectuer un transfert des résultats obtenus à leur propre réalité. Le processus de raisonnement logique qui a permis d'analyser les résultats en fonction d'un modèle théorique en tenant compte des liens entre les différents concepts à l'étude (Yin, 2003), favorise aussi une certaine forme de généralisation analytique. Par cette généralisation, il est possible d'inférer que les résultats ici obtenus pourraient s'appliquer à d'autres milieux présentant des caractéristiques similaires. Enfin, d'un point de vue pratique selon lequel le développement de connaissances a aussi pour but de renforcer la capacité d'agir, l'implication des décideurs du centre hospitalier à l'étude du début à la fin de la réalisation de ce projet, devrait favoriser l'appropriation des résultats.

5.6 Mot de la fin

Par la mise en relief des trois facettes des PRS comprises dans le processus infirmier, cette étude aura non seulement permis la reconnaissance de ce que font les infirmières, mais aussi de ce qu'elles jugent important de faire. Ainsi même si leurs

perceptions de l'environnement de travail conditionnent en partie la réalisation de leurs PRS, cela n'entrave en rien l'importance qu'elles y accordent. Dans une optique de maintien et d'amélioration de la qualité des soins, il est rassurant de constater que les infirmières privilégient ainsi les aspects relationnels du processus infirmier. À la lumière des résultats obtenus, il faut toutefois reconnaître que même si la fréquence à laquelle elles réalisent leurs PRS renforce leur satisfaction professionnelle, l'écart grandissant entre les PRS privilégiées et actuelles, mine potentiellement les bienfaits qu'elles en retirent. Par conséquent, il convient non seulement de prendre des mesures pour améliorer le climat organisationnel et ses dimensions composites, mais aussi de considérer comment traduire les PRS comprises sous l'angle du *caring*, afin que les infirmières continuent d'assurer un soin de qualité sans souffrir de normes de pratique qui seraient potentiellement utopiques!

Pour que ces normes de pratique s'harmonisent avec le contexte sociopolitique actuel, il est pressant de mettre en action les diverses recommandations visant l'amélioration des environnements de travail et la pratique professionnelle des infirmières (CCASS, 2007; CCCSI, 2002; Priest, 2006; McGillis Hall, 2005; OIIQ, 2007; Shamian & El-Jardali, 2007 ; Shields & Wilkins, 2006). Nos résultats appuient la pertinence de telles recommandations, en plus de tracer des avenues qui s'enracinent dans les fondements de la discipline infirmière. Tout en reconnaissant l'impact prépondérant des caractéristiques du rôle sur les PRS (actuelles et écart) comprises sous l'angle du *caring* et la satisfaction professionnelle des infirmières, nos résultats suggèrent de privilégier une approche systémique du climat organisationnel. Une telle approche permet notamment de considérer les interactions dynamiques que partagent les caractéristiques du rôle avec trois des quatre autres dimensions composites du climat (caractéristiques de l'équipe, du supérieur et de l'organisation) afin d'élaborer des interventions systémiques visant l'amélioration de la pratique et de la satisfaction professionnelle des infirmières en milieu hospitalier. La distinction entre les PRS indépendantes de l'infirmière et les PRS collaboratives qu'elle partage avec les autres membres de l'équipe soignante immédiate et élargie amène aussi d'intéressantes pistes de développement qui permettent de mettre en relief la contribution distinctive de l'infirmière au niveau du soin relationnel. Il reste à souhaiter que l'ensemble des résultats obtenus puisse informer au mieux les décideurs au niveau de différentes instances organisationnelles et politiques. Par leurs décisions et leurs interventions, les

améliorations apportées au niveau des environnements de travail infirmiers contribueront ainsi à la réalisation des PRS privilégiées comprises sous l'angle du *caring* et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes en milieu hospitalier.

RÉFÉRENCES

- Abraham, I. V., Foley, T. S. (1984). The work environment scale and the ward atmosphere scale (short forms): Psychometric data. *Perceptual and Motor Skills*, 58, 319–322.
- Abu-Saad, H. H. (1993). Nursing : the science and the practice. *International Journal of Nursing Studies*, 30(3), 287-294.
- Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 536-543.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M., & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20 (3), 43-53.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229.
- Aiken, L. H., Sochalski, J., & Lake, E. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services. *Medical Care*, 35(11) Supplement, NS6- NS18.
- Aiken, L. H., & Patrician, P. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The revised nursing work index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Sochalski, J. (1998). Hospital organisation and outcomes. *Quality in Health Care*, 7(4), 222-226.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior , *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Alderson, M. (2001). *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Allaire, Y., & Firsirotu, M. (1984). Theories of organizational culture. *Organization Studies*, 5, 193-226.
- Allan, H. (2007). The rhetoric of caring and the recruitment of overseas nurses: the social production of a care gap. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 2204–2212.
- Al-Shammari, M. M. (1992). Organizational climate. *Leadership & Organization Development Journal*, 13(6), 30-32.
- Altun, I. (2002). Burnout and nurses' personal and professional values, *Nursing Ethics*, 9 (3), 269-278.

- Armstrong-Stassen, M., Cameron, S. J., & Horsburgh, M. E. (1996). The impact of organizational downsizing on the job satisfaction of nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(4), 8-32.
- Arthur, D. (1992). Measuring the professional self concept of nurses: A critical review. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 712-719.
- Ashkanasy, C. P., Wilderom, M., & Peterson, M. F. (2000). *Handbook of organizational culture & climate*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Ashley, J. A. (1973). About power in nursing. *Nursing Outlook*, 21(10), 637-641.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (1997). *L'offre future d'infirmières autorisées au Canada*. Ottawa : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (1998). *Ressources humaines en infirmières autorisées : Recrutement et maintien des effectifs*. Ottawa : AIIC.
- Ausloos, G. (1987). Introduction à la théorie des systèmes. Dans Centre d'orientation et de réadaptation de Montréal (Ed.), *Démarche systémiques* (pp.21-24). Montréal : Centre d'orientation et de réadaptation de Montréal.
- Bagwell, M. & Bush, H. A. (1998). Six steps to better quality nursing care through political action. *Journal of Nursing Care Quality*, 12, 5-6.
- Baldursdottir G., & Jonsdottir H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 31(1), 67-75.
- Ballou, K. A. (1998). A concept analysis of autonomy. *Journal of professional Nursing*, 14 (2), 102-110.
- Baker, G. A., Carlisle C., Riley, M., Tapper, J., & Dewey, M. E. (1992). The work environment scale: a comparison of British and American nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 692-698.
- Baumann, A., Givannetti, P., O'Brien-Pallas, L., Mallette, C., Deber, R., Blythe, J., Hibberd, J., & DiCenso, A. (2001a). Healthcare restructuring: the impact of job change. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14 (1), 14-20.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Strassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Doran, D. I., Kerr, M., McGillis Hall, L., Vézina, M., Butt, M., & Ryan, L. (2001b). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Produit par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé Site web : http://www.fcrss.ca/docs/finalrpts/index_f.shtml.

- Beck, C. T. (1999). Quantitative measurement of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 24-32.
- Beck, C. (2001). Caring within nursing education : A metasynthesis. *Journal of Nursing Education*, 40(3), 101-109.
- Beeby, J. P. (2000). Intensive care nurses' experiences of caring. Part 2: Research findings. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 151-163.
- Belsley, D. A. (1991). *Conditioning diagnostics. Collinearity and weak data in regression*. New York: John Wiley & Sons.
- Benner, P. E. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Manlo Park, CA: Addison-Wesley Publications.
- Benner, P. E., & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring : Stress and coping in health and illness*. Menlo Park, CA : Addison-Wesley Publications.
- Berry, W. D., & Feldman, S. (1985). *Multiple regression in practice*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- von Bertalanffy, L. (1973). *Théorie générale des systèmes*. Traduit par J. B. Chabrol. Paris : Bordas.
- Bisaillon, A. (2004). *La perception du caring chez des infirmières oeuvrant en tant que gestionnaires de cas auprès des personnes âgées et de leur famille à domicile*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Bishop, A. H., & Schudder, J. R. Jr. (1991). *Nursing : the practice of caring*. New York : National League of Nursing.
- Blegen, M. A. (1993). Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42, 36-41.
- Bloor, G., & Dawson, P. (1994). Understanding Professional Culture in Organisational Context. *Organization Studies*, 15(2), 275-295.
- Blythe, J., Baumann, A., & Giovannetti, P. (2001). Nurses' experiences of restructuring in three Ontario hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 61-68.
- Boon, L. (1998). Caring practices and the financial bottom line. *The Canadian Nurse*, 94 (3), 27-32.
- Bouchard, C., & Dutil, B. K. (1993). Le caring : vers une conception interactionniste. *Canadian Journal of Nursing Research*, 25(2), 37-51.

- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R., & Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Santé mentale au Québec, 24*(1), 136-154.
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., Brisson, C., Laliberté, D., & Sarmiento, J. (2000). *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*. Rapport de recherche soumis au Conseil Québécois de la recherche sociale (CQRS).
- Boswell, C., Cannon, S., Miller, J. (2005). Nurses' political involvement: Responsibility versus privilege. *Journal of Professional Nursing, 21*(1), 5-8.
- Boswell, C. A. (1992). Work stress and job satisfaction for the community health nurse. *Journal of Community Health Nursing, 9*(4), 221-227.
- Bottorff, J. L. (1993). The use and meaning of touch in caring for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum, 20*, 1531-1538.
- Bottorff, J. L., & Morse, J. M. (1994). Identifying types of attending: patterns of nurses' work. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 26*(1), 53-60.
- Boykin, A. (1995) *Power, politics, and public policy: a matter of caring*. New York : National League for Nursing Press.
- Boykin, A., Bulfin, S., Baldwin, J., & Southern, R. (2004). Transforming care in the emergency department. *Topics in Emergency Medicine, 26*(4), 331-336.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2001a). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Sudbury, MA: Jones and Barlett.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2001b). The role of nursing leadership in creating caring environments in health care delivery systems. *Nursing Administration Quarterly, 25*(3), 1-7.
- Boykin, A., Schoenhofer, S., Smith, N., St. Jean, J., Aleman, D. (2003). Transforming practice using a caring-based nursing model. *Nursing Administration Quarterly, 27*(3), 223-230.
- Boyle, D. K., Miller, P. A., Gajewski, B. J., Hart, S. E., & Dunton, N. (2006). Unit type differences in RN workgroup job satisfaction. *Western Journal of Nursing Research, 28*(6), 622-640.
- Bowers, B. J., Lauring, C., Jacobson, N. (2001). How Nurses Manage Time and Work in Long-Term Care. *Journal of Advanced Nursing, 33*(4), 484-91.
- Bowles, K., H., & Naylor, M. D. (1996). Nursing intervention classification systems. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 28* (4), 303-308.

- Brayfield, A. H., & Rothe, H. F. (1951). An index of job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 35, 307-311.
- Brilowski, G. A., & Wendler, C. M. (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 641-650.
- Brislin, R.W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 185-216.
- Brown, L. (1986). The experience of care: Patient's perspectives. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 56-62.
- Brown, J., Nolan, M., & Davies, S. (2008). Bringing caring and competence into focus in gerontological nursing : A longitudinal, multi-method study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 654-667.
- Browner, W. S., Newman, T. B., Cumming, S. R., Hulley, S. B. (2001). Estimating sample size and power: The nitti-gritty. In S.B. Hulley, S.R. Cummings, W. S., Browner, D. Grady, N. Hearst, & T. B., Newman (Eds.). *Designing clinical research* (2nd ed. Pp. 65-94). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Brun, J.-P., & Martel, J. (2003). *La santé psychologique au travail...de la définition du problème aux solutions*. URL : <http://cgsst.fsa.ulaval.ca/chaire/fra/monographies.asp>
- Bryman, A. (2004). *Social research methods*. New York : Oxford University Press.
- Brunet, L. (1983). *Le climat de travail dans les organisations: définition, diagnostic et conséquences*. Montréal : Agences d'Arc.
- Brunet, L., & Savoie, A . (1999). *Le climat de travail*. Montréal: Éditions Logiques.
- Brunet, P.G., Leclerc, J., Nadon, J., Paradis, T., & Quenneville, Y. (mars 2005). Des soins plus humains. Rapport du Comité stratégique La presse sur la qualité des soins de santé au Québec. *La Presse*.
- Bu, X., & Jezewski, M. A. (2007). Developing a mid-range thory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 101-110.
- Buber, M. (1959). *La vie en dialogue*. Paris : Aubier.
- Buckley, F., Monks, K., & Sinott, A. (1998). Communications enhancement: a process dividend for the organization and the HRM department? *Human Resource Management*, 37(3), 221-234.
- Burke, R. J. (2003). Hospital restructuring, workload, and nursing staff satisfaction and work experiences. *Healthcare Manager*, 22(2), 99-107.

- Burns, N., & Grove, S. K. (2003). *The practice of nursing research : conduct, critique & utilization (4th Ed.)* Philadelphia: Saunders.
- Campbell, J., Dunette, M. D., Lawler, E. E. III, & Weick, K. E. (1970). *Managerial behavior, performance, and effectiveness*. New York: McGraw-Hill.
- Capuano, T., Bokovoy, J., Halkins, D., & Hitchings, K. (2004). Work flow analysis: eliminating non-value-added work. *Journal of Nursing Administration*, 34(5), 246-256.
- Cara, C. (1997). Managers' subjugation and empowerment of caring practices: a relational caring inquiry with staff nurses. *Dissertation Abstract International*, AAT 9728055.
- Cara, C. (2003). Continuing Education: A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory. *International Journal for Human Caring*. 7(3), 51-61.
URL: <http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/CaritasPractice.asp>
- Carlisle, C., Baker, G.A., Riley, M., & Dewey, M. (1994). Stress in midwifery: a comparison of midwives and nurses using the Work Environment Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 31(1), 13-22.
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Beverly Hills, CA: Sage Publications
- Carpentier-Roy, M.-C. (1989). *Organisation du travail et santé mentale chez les infirmières en milieu hospitalier*. Thèse de doctorat inédite, Montréal, Université de Montréal.
- Carpentier-Roy, M.-C. (1995). *Corps et âme : psychopathologie du travail infirmier*. Deuxième édition augmentée. Montréal : Liber.
- Carson, E. M. (2004). Do performance appraisals of registered nurses reflect a relationship between hospital size and caring? *Nursing Forum*, 3 (1), 5-13.
- Chagnon, Y. (1991). *Conceptualisation de la culture organisationnelle et élaboration d'un instrument de mesure*. Thèse de doctorat, Montréal, Université de Montréal.
- Choi, J., Bakken, S., Larson, E., Du, Y., & Stone, P. W. (2004). Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nursing Research*, 53(6), 370-378.
- Cimiotti, J. P., Quinlan, P. M., Larson, L. E., Pastor, D. K., Lin, S. X., & Stone, P. W. (2005). The magnet process and the perceived work environment of nurses. *Nursing Research*, 54(6), 384-390.
- Clarke SP. & Connolly C. (2004). Nurse education and patient outcomes: a commentary. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 5(1), 12-20.

- Clarke, H., Laschinger, H., Giovannetti, P., Shamian, J., Thomson, D., & Tourangeau, A. (2001). Nursing shortages: Workplace environments are essential to the solution. *Hospital Quarterly (Summer)*, 50-56.
- Clarke, J. B., & Wheeler, S. J. (1992). A view of the phenomenon of caring in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1283-1290.
- Clarke, S.P (2006). Organizational climate and culture factors. *Annual Review of Nursing Research*, 24, 255-272.
- Clarke, S. P., Rockett, J. L., Sloane, D. M., Aiken, L. H. (2002). Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. *American Journal of Infection Control*, 30 (4), 207-216.
- Clifford, C. (1995). Caring: fitting the concept to nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 4, 37-41.
- Coates, C. (1997). The caring efficacy scale: nurses' self-reports of caring in practice settings. *Advanced Practice in Nursing Quarterly*, 3(1), 53-59.
- Coates, C. (2002). The evolution of measuring caring: moving toward construct validity. In J. Watson (Ed.) *Assessing and measuring caring in nursing and health science* (pp.215-241). New York : Springer.
- Cody, A., & Squire, A. (1998). Nurses' perceptions of good nursing care. *Professional Nurse*, 13, 578-582.
- Coffey, A., Holbrook, B., & Atkinson, P. (1996). Qualitative data analysis: Technologies and representations. *Sociological Research Online*, 1, 1.
<http://www.socresonline.org.uk/socresonline/1/1/4.html>.
- Cohen, M. Z., Haberman, M. R., Steeves, R., Deatrick, J. A. (1994). Rewards and difficulties of oncology nursing. *Oncology Nursing Forum*, 21(8) Suppl., 9-17.
- Cohen, S. S., Mason, D. J., Kovner, J. K., Leavitt, J. K., Pulchi, J., & Sochalski, J. (1996). Stages of nursing's political development : where we've been and where we ought to go. *Nursing Outlook*, 44, 259-266.
- Coile, R. C. Jr. (2001). Magnet Hospitals Use Culture, not wages, to solve nursing shortage. *Journal of Healthcare Management*, 46(4), 224-227.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Conseil canadien d'agrément sur les services de santé (2007). *À notre portée : Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*. Auteur. URL : [http://www.cchsa-ccass.ca/upload/files/pdf/ Other/2007%20QWQHC%20-%20A%20Notre%20Porte.pdf](http://www.cchsa-ccass.ca/upload/files/pdf/Other/2007%20QWQHC%20-%20A%20Notre%20Porte.pdf)
- Cooper, M. C. (1989). Gilligan's different voice: a perspective for nursing. *Journal of Professional Nursing*, 5(1), 10-16.
- Cossette, S., Cara, C., Ricard, N., & Pepin, J. (2005). Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective : report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 673-686.
- Cossette S., Pepin J., Côté J. K., & Poulin de Courval F. P. (2008) The multidimensionality of caring: a confirmatory factor analysis of the Caring Nurse-Patient Interaction Short Scale. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 699-710.
- Cossette, S., Coté, J.K., Pepin, J., Ricard, N., D'Aoust L.-X., (2006). A dimensional structure of nurse-patient interaction from a caring perspective : Refinement of the caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale). *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 198-214.
- Corbin, J. (2008). Is caring a lost art in nursing? *International Journal of Nursing Studies*, 45(2), 163-165.
- Cowan, D.T., Norman, I., & Coopamah, V.P. (2007). Competence in nursing practice: A controversial concept- A focused review of literature, *Accident and Emergency Nursing*, 15, 20-26.
- Cronin, S., & Harrison, B. (1988). Importance of nurse caring behaviours as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart and Lung*, 17(4), 374-380.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design*. Thousand Oaks: Sage.
- Creswell, J. W., Clark, V. L. P., Gutman, M. L., & Hanson, W. E. (2003). Advanced mixed methods research designs. In A. Tashakkori, & C. Teddle (Eds.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*, (pp.209-240). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Cummings, G. G., Hayduk, L., & Estabrooks, C. A. (2006). Is the Nursing Work Index Measuring Up? Moving beyond estimating reliability to testing validity. *Nursing Research*, 55 (2), 82-93.
- Cusins, P. (1994). Understanding quality through systems thinking. *The Total Quality Management Magazine*, 6(5), 19-27.

- Dallaire, C. (1993). La contribution des soins infirmiers au système de santé. Dans O. Goulet (Éd.), *La profession infirmière. Valeurs, enjeux et perspectives* (pp.23-54). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Dallaire, C. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. Dans C. Dallaire (Ed.), *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession* (pp. 265-305). Montréal : Gaëtan Morin.
- Davidson, H., Folcarelli, P. H., Crawford, S., Duprat, L., & Clifford, J.C. (1997). The effect of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses. *Medical Care*, 35, 634-645.
- Dawis, R. V. (2004). Job satisfaction. In J. C. Thomas (Ed.), *Comprehensive handbook of psychological assessment: Industrial and organizational assessment, Vol. 4*, (pp. 507-524). Hoboken, NJ: Wiley.
- Dejours, C. (1993). *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Nouvelle édition augmentée*. Paris : Bayard.
- Denison, D. R. (1996). What is the difference between organizational culture and organizational climate ? native's point of view on a decade of paradigm wars. *Academy of Management Review*, 21(3), 619-654.
- Dionne-Proulx, J., & Pepin, R. (1993). Stratégies et Méthodes anti-stress. *Nursing Québec*, 13(3), 34-38.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assement and assurance. *Quality Review Bulletin*, 18(11), 356-360.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Toronto: Oxford University Press.
- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 113-120.
- Doran, D. M. (2003). *Nursing-sensitive outcomes: State of the science*. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers.
- Ducharme, F. (1998). Pour un transfert rapide des connaissances dans les milieux de soins. *L'Infirmière du Québec*, 5(5), 41-48.
- Duffy, J. R. (1992). Impact of nurse caring on patient outcomes. In D. A. Gaut (Ed.) *The presence of caring in nursing* (pp. 113-136). New York: National League for Nursing.

- Duffy, J. R. (1993). Caring behaviors of nurse managers: Relationship;s to staff nurse satisfaction and retention. In D. Gaut (Ed.), *A global agenda for caring* (pp. 365-377). New York: National League for Nursing.
- Duffy, J. R. (2003). Caring relationships and evidence-based practice: can they coexist? *International Journal for Human Caring*, 7(3), 45-50.
- Duffy, J. R. (2005). Implementing the Quality-caring model© in acute care. *Journal of Nursing Administration*, 35(1), 4-6.
- Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The quality-caring model©: Blending dual paradigms. *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77-88.
- Duquette, A., & Delmas, P. (2001a). Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières (2/3). *Soins Cadres*, 39, 57-58.
- Duquette, A., & Delmas, P. (2001b). Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières (3/3). *Soins Cadres*, 40, 63-65.
- Duquette, A., & Cara, C. (2000). Le caring et la santé des infirmières. *L'infirmière canadienne*, 1(2), 10-11.
- Dussault, G., Fournier, M.-A., Zanchetta, M. S., Kérouac, S., Denis, J.-L., Bojanowski, L., Carpentier, M., & Grossman, M. (1999). *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : Revue de la littérature*. Rapport inédit présenté à la table ronde sur invitation des intervenants en soins infirmiers, Montréal.
- Dutcher, L.A., & Adams, C.E. (1994). Work environment perceptions of staff nurses and aides in home health agencies. *Journal of Nursing Administration*, 24(10), 24-30.
- Duxbury, M. L., Henly, G. A., & Armstrong, G. D. (1982). Measurement of the nurse organizational climate of neonatal intensive care units. *Nursing research*, 31(2), 83-88.
- Dyson, J. (1996). Nurses' conceptualizations of caring attitudes and behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1263-1269.
- Éditeur officiel du Québec (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. LRQ., c. C-26, a. 87
- Eklund-Myrskig, E. D. G. (2000). Student nurses' understanding of caring science. *Nurse Education Today*, 20, 164-170.
- El Jardali, F. (2003). *The impact of hospital rationalization and the interrelationships among organizational culture, nursing care processes on health related patient outcomes*. Unpublished doctoral thesis, Carleton University.

- Enns, C., & Gregory, D. (2007). Lamentation and loss: expressions of caring by contemporary surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 339-347.
- Eriksson, K. (1992). Nursing: The caring practice "being there." In D. Gaut (Ed.), *The practice of caring in nursing* (pp.201-210). New York: National League for Nursing.
- Erzberg, C., & Kelle, U. (2003). Making inferences in mixed methods: the rules of integration. In A. Tashakkori and C. Teddles (Eds.), *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (pp. 457-488). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Euswas, P. (1993). The actualized caring moment: a grounded theory of caring in nursing practice. In D. A. Gaut (Ed.), *A Global Agenda for Caring* (pp. 309-326). New York: National League for Nursing.
- von Essen, L., & Sjöden, P.-O. (1991a). The importance of nurse caring behaviours as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 28, 267-281.
- von Essen, L., & Sjöden, P.-O. (1991b). Patient and staff perceptions of caring: review and replication. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1363-1374.
- von Essen, L., & Sjöden, P.-O. (1993). Perceived importance of caring behaviors to Swedish psychiatric inpatients, inpatients with somatic illness, and staff. *Research in Nursing and Health*, 16, 293-303.
- von Essen, L., & Sjöden, P.-O. (1995). Perceived occurrence and importance of caring behaviours among patients and staff in psychiatric, medical and surgical care. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 266-276.
- Estabrooks, C. A. (2003). Translating research into practice: Implications for organizations and administrators. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(3), 53-68.
- Evan, W. M. (1968). A systems model of organizational climate. In R. Tagiuri, & Litwin, G. H. (Eds.) *Organizational climate : Explorations of a concept* (pp.107-128). Boston: Harvard University.
- Evans, C. B. (2000). Clinical teaching strategies for a caring curriculum. *Nursing and Health Care Perspectives*, 21(3), 133-138.
- Fagermoen, M.S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice, *Journal of Advanced Nursing*, 25, 434-441.
- Fahrenwald, N. L., Bassett, S. D., Tschetter, L., Carson, P. P., White, L., & Winterboer, V. J. (2005). Teaching core nursing values. *Journal of Professional Nursing*, 21 (1), 46-51.

- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2007). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational Environment Medicine, 62*, 105-112.
- Farrell, D., & Stamm, C. L. (1988). Meta-analysis of the correlates of employee absence. *Human Relations, 41*(3), 211-227.
- Farley, M. J., & Nyberg, J. (1990). Environment as a major element in nursing administrative practice theory development. *Nursing Health Care, 11*(10), 532-535.
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Finfgeld-Connett, D. (2007). Meta-analysis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing, 17*(2), 196-204.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 19*(3), 111-119.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison – Wesley.
- Flarey, D. L. (1991). The social climate scale. A tool for organizational change and development. *Journal of Nursing Administration, 21*(4), 37-44.
- Flarey, D. L. (1993). The social climate of work environment. *Journal of Nursing Administration, 23*(6), 9-15.
- Forbes, C. (2004). *Élaboration et validation d'une grille d'observation des interactions patient/infirmière*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Ford, M. (1981). *Nurse professionals and the caring process*. Thèse de doctorat inédite, University of Northern Colorado.
- Forehand, A. (2000). Mission and organizational performance in the healthcare industry. *Journal of Healthcare Management, 45*, 267-277.
- Forehand, G. A., & Gilmer, B.V.H. (1964). Environmental variation in studies of organizational behavior. *Psychological Bulletin, 62*, 361-382.
- Forrest, D. (1989). The experience of caring. *Journal of Advanced Nursing, 14*(10), 815-823.
- Friedlander, R., & Margulis, N. (1969). Multiple impacts of organizational climate and individual value systems upon job satisfaction. *Personnel Psychology, 22*, 171-183.

- Fry, S. T. (1990). The philosophical foundation of caring. In M.M. Leininger (Éd.), *Ethical and moral dimensions of care* (pp.13-24). Detroit : Wayne State University Press.
- Fry, S. T. (1991). A theory of caring: pitfalls and promises. In D.A. Gaut, & M. M. Leininger (Eds.), *Caring: The compassionate Healer*, (pp. 161-172). New York: National League for Nursing.
- Gadow, S. (1980). Existential advocacy: philosophical foundation of nursing. In S. Specher & S. Gadow (Eds.), *Nursing: Images and ideals* (pp. 86-101). New York: Springer.
- Gadow, S. (1990). The advocacy covenant: care as clinical subjectivity. In J. S. Stevenson, & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Knowledge about care and caring* (pp.33-40). Kansas City: American Academy of Nursing.
- Gagnon, S. (2005). Expérience subjective positive au travail, climat de travail et enjeux organisationnels : L'équilibre des valeurs. *Revue québécoise de psychologie*, 26 (1), 1-14.
- Gagnon, S., Lafrenière, A., & Paquet, M. (2007, 5 février). *Le programme inter établissement de recherche action sur le climat de travail : quelques réflexions sur les enjeux de la recherche action et résultats de recherche*. Conférence présentée dans le cadre des activités du Centre FERASI.
- Galvin, K., Emami, A., Dahlberg, K., Bach, S., Ekebergh, M., Rosser, E., Powell, J., Edlund, B., Bondas, T., & Uhrenfeldt, L. (2008). Challenges for future caring science research : a response to Hallberg (2006). *International Journal of Nursing Studies*, 45, 971-974.
- Gastman, C. (1999). Care as a moral attitude in nursing. *Nursing Ethics*, 6, 214-223.
- Gaut, D. A. (1983). Development of a theoretically adequate description of caring. *Western Journal of nursing research*, 5, 313-324.
- Gaut, D. A. (1986). Evaluating caring competencies in nursing practice. *Topics in clinical Nursing*, 8, 77-83.
- Gaylin, W. (1976). *Caring*. New York: Knopf.
- Gershon, R. R. M., Stone, P. W., Bakken, S., & Larson, E. (2004). Measurement of organizational culture and climate in healthcare. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 33-40.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice : Psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.

- Gillies, D. A., Frankiln, M., & Child, D. A. (1990). Relationship between organizational climate and job satisfaction of nursing personnel. *Nursing Administration Quarterly*, 14(4), 15-22.
- Gilmartin, M. J. (2001). Humanism in health care service: The role of stakeholder management. *Nursing Administration Quarterly*, 25(3), 24-36.
- Glick, W. H. (1985). Conceptualizing and measuring organisational and psychological climate: Pitfalls in multilevel research. *Academy of Management Review*, 10, 601-616.
- Godkin, J., & Godkin, L. (2004). Caring behaviors among nurses : fostering a conversation of gestures. *Health Care Management Review*, 29(3), 258-267.
- Gooding, B. A., Sloan, M., ? Gagnon, L. (1993). Important nurse caring behaviors: Perceptions of oncology patients and nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 25(3), 65-76.
- Goulet, O. (2002). Une pratique infirmière autonome: un projet ambitieux. Dans O. Goulet, & C. Dallaire (Eds.), *Les soins infirmiers : vers de nouvelles perspectives* (pp.163-180). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Gramlin, L., & Nugent, K. (1998). Teaching caring within the context of health. *Nurse Educator*, 23(2), 47-52.
- Greenhalgh, J., Vanhanen, L., & Kyngas, H. (1998). Nurse caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 927-932.
- Grenier, R. (1998). La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients. *Journal de Réadaptation Médicale*, 18(3), 87-90.
- Griffin, A. P. (1983). A philosophical analysis of caring in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 289-295.
- Guillemen, F., Bombardier, C., Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures : litterature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(120), 1417-1432.
- Guion, R. (1973). A note on organizatioanl climate. *Organizatioanl Behavior and Human Performance*, 9, 120-125.
- Gunnarsdóttir, S., Clarke, S., Rafferty, A. M., & Nutbeam D. (2007, In Press). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*.

- Gunther, M., & Alligood, M.R. (2002). A discipline-specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 353-359.
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. *Ruptures*, 4, 59-78.
- Hardy, M. A. (1993). *Regression with Dummy variables*. Newbury Park: Sage Publications.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. (Sein und Zeit), translated from the German by John Macquarries & Edward Robinson. New York: Harper & Row Publishers.
- Hellriegel, D., & Slocum, J. W. Jr. (1974). Organizational climate: Measures, research and contingencies. *Academy of Management Journal*, 17, 255-280.
- Henry, B., Arndt, C., Di Vincenti, M., & Marriner-Tomey, A. (1989). *Dimensions of nursing administration: Theory, research, education, practice*. Boston: Blackwell scientific publications.
- Herzberg, F. (1966). *Work and the nature of man*. Cleveland: World Publishing.
- Herzberg, F., Mausner, B., Peterson, R. O., & Capwell, D. F. (1957). *Job attitudes: Review of research and opinion*. Pittsburgh: Psychological Service of Pittsburgh.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1959). *The motivation to work*. New York: Wiley.
- Hewison, A. (1995). Nurses' power in interactions with patients. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (1), 75-82
- Hinshaw, A. S., & Atwood, J.R. (1983). Nursing staff turnover, stress, and satisfaction: models, measures, and management. *Annual Review of Nursing Research*, 1, 133-153.
- Hinshaw, A. S., & Atwood, J. R. (1985). *Anticipated turnover among nursing staff study. Final report*. (1R01NU00908). The University of Arizona, Tuscon.
- Hinshaw, A. S., Scofield, R., & Atwood, J. R. (1981). Staff, patient and cost outcomes of all registered nurse staffing. *Journal of Nursing Administration*, 11(11-12), 30-26.
- Hinshaw, A. S., Smeltzer, C. H., & Atwood, J. R. (1987). Innovative retention strategies for nursing staff. *Journal of Nursing Administration*, 17(6), 8-16.
- Holden, R. J. (1991). An analysis of caring: attributions, contributions and resolutions. *Journal of Advanced Nursing*, 16(8), 893-898.

- Huber, D. L., Meridan, M., McCloskey, J., Scherb, C., Colleen, G., & Watson, C. (2000). Evaluating nursing administration instruments. *Journal of Nursing Administration, 30*(5), 251-272.
- Idvall, E., Rooke, L., & Hamrin, E. (1997). Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 25*, 6-17.
- Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B. C., & Davies, J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment and career intent. *Journal of Nursing Administration, 32*(5), 250-263.
- Ingersoll, G. L., Witzel, P. A., & Smith, T. C. (2005). Using organizational mission, vision, and values to guide professional practice model development and measurement of nurse performance. *Journal of Nursing Administration, 35*(2), 86-93.
- Inkson, J.H., Pugh, D. S., & Hickson, D. J. (1970). Organization context and structure: Abbreviated replication. *Administrative Science Quarterly, 15*, 318-329.
- Insel, P. M., & Moos, R. H. (1974). Psychological environments: Expanding the scope of human ecology. *American Psychologist, 29*, 179-188.
- Ironson, G. H., Smith, P. C., Brannick, M. T., Gibson, W. M., & Paul, K. B. (1989). Construction of the job in general scale: A comparison of global, composite, and specific measures. *Journal of Applied Psychology, 74*, 193-200.
- Irvine, D. M., & Evans, M. G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: ntegrating research findings across studies. *Nursing Research, 44* (4), 246-253.
- Irvine, D., Sidani, S., & Hall, L. M. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics, 16*(2), 58-64, 87.
- Issel, L. M., & Kahn, D. (1998). The economic value of caring. *Health Care Management Review, 23*(4), 43-53.
- Jackofsky, E.F., & Slocum, J. W. (1988). A longitudinal study of climates. *Journal of Organizational Behavior, 9*, 319-334.
- Jacques, R. (1993). Untheorized dimensions of caring work: Caring as a structural practice and caring as a way of seeing. *Nursing Administration Quarterly, 17*(2), 1-10.
- James, L. R., Hater, J. S., Gent. M. J., & Bruni, J. R. (1978). Psychological climate: Implications from cognitive social learning theory and interactional psychology. *Personnel Psychology, 31*, 783-811.
- James, L. A., & James, L. R. (1989). Integrating work environment perceptions : explorations into the measurement of meaning. *Journal of Applied Psychology, 74* (5), 739-751.

- James, L. R., & Jones, A. P. (1974). Organizational climate: A review of theory and research. *Psychological Bulletin, 18*, 1096-1112.
- James, L. R., & Jones, A. P. (1980). Perceived job characteristics and job satisfaction : an examination of reciprocal causation. *Personnel Psychology, 33*, 97-135.
- James, L. R., & Sells, S. B. (1981). Psychological climate : theoretical perspectives and empirical research. In D. Magnasson (Ed.), *Toward a psychology of situations: An interactional perspective* (pp. 225-295). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Jinks, A. M., & Hope, P. (2000). What do nurses do? An observational survey of the activities of nurses an acute surgical and rehabilitation wards. *Journal of Nursing Management, 8*, 273-279.
- Johnson, A., & Baum, F. (2001). Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International, 16* (3), 281-287.
- Johannesson, R.F. (1973). Some problems in the measurement of organizational climate. *Organizational Behavior and Human Performance, 10* (1), 118-144.
- Johansson, I., Holm, A.-K., Lindqvist, L., & Severinsson, E. (2006). The value of caring in nursing supervision. *Journal of Nursing Management, 14*, 644-651.
- Joiner, G. A. (1996). Caring in action : The key to nursing service excellence. *Journal of Nursing Care Quality, 11*(1), 38-43.
- Jones, A. P., & James, L. R. (1979). Psychological climate : Dimensions and relationships of individual and aggregated work environment perceptions. *Organizational Behavior and Human Performance, 23*, 201-250.
- Jones, C. B., Stasiowski, S., Simons, B. J., Boyd, N. J., & Lucas, M. D. (1993). Shared governance and the nursing practice environment. *Nursing Economics, 11*, 208-214.
- Joyce, W. F., & Slocum, J. (1984). Collective climate: Agreement as a basis for defining aggregate climate in organizations. *Academy of Management Journal, 27*, 721-742.
- Judge, T. A., Thoresen, C. J., Bono, J. E., & Patton, G. K. (2001). The job satisfaction-jobperformance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin, 127*, 376-407.
- Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (1988). Caring and practice: Construction of the nurse's world. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice, 2*(3), 201-216.

- Kangas, S., Kee, C. C., & McKee-Waddle, R. (1999). Organizational factors, nurses' job satisfaction and patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Administration, 29*(1), 32-42.
- Karsh, B., Booske, B. C., & Sainfort, F. (2005). Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics, 48*(10), 1260-1281.
- Kast, F. E., & Rosenzweig, J. E. (1972). General systems theory: Applications for organization and Management. *The Academy of Management Journal, 15*(4), 447-465.
- Keane, S. M., Chastain, B., & Rudisill, K. (1987). Caring: nurse-patient perceptions... CARE-Q. *Rehabilitation Nursing, 12* (4), 182-184.
- Keck, V., & Walther, L. (1977). Nurse encounters with dying and non-dying patients. *Nursing Research, 26*, 465-469.
- Kelly, B. (1992). The professional self concepts of nursing undergraduates and their perceptions of influential forces. *Journal of Nursing Education, 31*, 121-125.
- Kenny, G. (2002). The importance of nursing values in interprofessional collaboration. *British Journal of Nursing, 11*(1), 65-68.
- Keogh, J. (1997). Professionalization of nursing: development, difficulties and solutions. *Journal of Advanced Nursing, 25*(2), 302-308.
- Kérouac, S., Pepin, F., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Laval : Beauchemin.
- Keuter, K., Byrne, E., Voell, J., & Larson, E. (2000). Nurses' job satisfaction and organizational climate in a dynamic work environment. *Applied Nursing Research, 13*(1), 46-49.
- Kim, H. S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing (2nd ed.)*. New York: Springer.
- King IM. (1981). *A theory for nursing; system, concepts, process*. New York: Wiley.
- Komorita, N. I., Doehring, K. M., & Hirschert, P. W. (1991). Perceptions of caring by nurse educators. *Journal of Nursing Education, 30*(1), 23-29.
- Kowalski, K., & Casper, C. (2007). The coaching process: An effective tool for professional development. *Nursing Administration Quarterly, 31*(2), 171-179.
- Kramer, M., & Hafner, L. P. (1989). Shared values: Impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. *Nursing Research, 38*(3), 172-177.

- Kyle, T. V. (1995). The concept of caring : a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 506-514.
- Laffrey, S. C., Dickenson, D., & Diem, E. (1997). Role identity and job satisfaction of community health nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 3, 178-187.
- Lafollette, W. R., & Sims, H. P. (1975). Is satisfaction redundant with organizational climate? *Organizational Behavior and Human Performance*, 13, 257-278.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176-188.
- Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in Nursing Practice Environments: Relation to Staffing and Hospital Characteristics. *Nursing Research*, 55(1), 1-9.
- Lamoureux, A. (2006). *Recherche et méthodologie en sciences humaines*. Montréal : Groupe Beauchemin.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, Deslauriers, J.-P., Laperrière, A., Mayer, R., & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 365-388). Boucherville : Gaëtan Morin.
- Larson, P. J. (1981). *Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important caring behaviors*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, San Francisco.
- Larson, P. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 46-50.
- Larson, P. (1986). Cancer nurse' perceptions of caring. *Cancer Nursing*, 9(2), 86-91.
- Larson, P. (1987). Comparison of cancer patients and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviours. *Heart and Lung*, 12(2), 187-193,
- Latham, C. P. (1996). Predictors of patient outcomes following interaction with nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 18(5), 548-564.
- Lauzon, S., & Pepin, J. (2000). L'appréhension de la substance infirmière par l'examen de concepts ayant fait l'objet d'analyses. *Recherche en soins infirmiers*, 63, 10-18.
- Lavoie-Tremblay, M., Viens, C., Mayrand Leclerc, M., Bergevin, A., Lefrançois, L., & Tremblay, A. (2006). Reorganizing care and work : Process and productivity gains. *The Health Care Manager*, 25(3), 221-227.
- Lawler, E. E., & Porter, L. W. (1967). The effects of performance on job satisfaction. *Industrial Relations*, 7, 20-28.

- Lee, M.-H. (2004). The impact of work stressor on caring behaviour and professional job satisfaction among nurses in Taiwan. *Dissertation Abstracts International*, AAT 3136088.
- Legault, G. A. (2003). *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Leininger, M. M. (1984). *Caring : A central focus of nursing and health care services*. Dans M. M. Leininger (Éd.) *Care : the essence of nursing and health* (pp.45-59). Detroit, MI : Wayne State University Press.
- Leininger, M. M. (1990). *Ethical and moral dimensions of care*. Detroit, MI : Wayne State University Press.
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Leiter, M. P. (2006). *Nursing environments: Knowledge to action. Final report submitted to Health Canada, Health policy research program: Quality workplaces for health professionals*. Wolfville, NS, Canada: Centre for organizational Research & Development.
- Lemler, S. F., & Leach, A. K. (1986). The effect of job satisfaction on retention. *Nursing Management*, 17(4), 66-68.
- Lendrum, B. L. (1994). Organization of patient care. In J. M. Hibberd, & M. E. Kyle (Eds.), *Nursing management in Canada* (pp. 312-329). Toronto: W. B. Saunders Canada.
- Leprohon, J., & Lessard, L.-M. (2006). *L'intégration du plan thérapeutique infirmier à la pratique : Document de soutien à la formation et à l'implantation*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Leveck, M. L., & Jones, C. B. (1996). The nursing practice environment, staff retention, and quality of care. *Research in Nursing & Health*, 19, 331-343.
- Levi, S., Montgomery, L., & Hurd, E. (1994). The Colorado differentiated practice model. *Nursing Management*, 25(10), 54-56.
- Lewin, K., (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper and Row.
- Lewin, K., Lippit, R., & White, R. (1939). Patterns of aggressive behaviour in experimentally created social climates. *Journal of Social Psychology*, 10, 271-299.
- Lewis, J. R. (1994). Patient views on quality care in general practice: literature review. *Social Science and Medicine*, 39(5), 655-670.

- Likert, R. (1967). *The Human Organization*. New York: McGraw-Hill.
- Litwin, G.H., & Stringer, R.A. (1968). *Motivation and organizational climate*. Boston: Harvard University.
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4, 309-336.
- Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.) *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally College Publishing Company.
- Lofquist, L. H., & Dawis, R. V. (1969). *Adjustment to work*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Louis, M. R. (1983). Organizations as culture-bearing milieux. In L. R. Pondy, P. Frost, G. Morgan, & T. C. Dandridge (Eds.), *Organizational Symbolism*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Lu, H., While, A. E., & Barriball, L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 211-227.
- Lucas, M.D., Atwood, J. R., & Hagaman, R. (1993). Replication and validation of anticipated turnover model for urban registered nurses. *Nursing Research*, 42(1), 29-35.
- Lundgren, S. M., Nordholm, L., & Secesten, K. (2005). Job satisfaction in relation to change to all-RN staffing. *Journal of Nursing Management*, 13, 322-328.
- Lundqvist, M. J., & Axelsson, A. (2007). Nurses' perceptions of quality assurance. *Journal of Nursing Management*, 15, 51-58.
- Lynn, M., Layman, E., & Englehardt, S. (1998). Nursing administration priorities: a National Delphi study. *Journal of Nursing Administration*, 28, 7-11
- Lynn, M.R., Layman, E. L. & Richard, S. (1999). Research priorities. The final chapter in the nursing administration research priorities saga: the state of the state. *Journal of Nursing Administration*. 29(5), 5-9, 20.
- Ma, C.-C., Samuels, M. E., & Alexander, J. W. (2003). Factors that influence nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 33(5), 293-299.
- Maben, J. (2008). The art of caring: Invisible and subordinated? A response to Juliet Corbin: "Is caring a lost art in nursing?" *International Journal of Nursing Studies*, 45 (2), 335-338.

- Macleod Clark, J. (1982). *Nurse-patient verbal interaction: an analysis of recorded conversations on selected surgical wards*. Thèse de doctorat inédite, University of London.
- MacNeil, M., & Evans, M. (2005). The pedagogy of caring in nursing education. *International Journal for Human Caring*, 9(4), 45-51.
- Mangold, A. M. (1991). Senior nursing students' and professional nurses' perceptions of effective caring behaviours: a comparative study. *Journal of Nursing Education*, 30, 134-139.
- Margall, M. A. (1999). *Relations entre des caractéristiques de l'environnement de travail et le bien-être psychologique d'infirmières soignantes d'Espagne*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.
- Massourbe, C., Lang, F., Jaeger, B., Jullien, M., & Pellet, J. (2002). La traduction des questionnaires et des tests : techniques et problèmes. *Revue Canadienne de Psychiatrie / Canadian Journal of Psychiatry*, 47(1), 63-69.
- Matrunola, P. (1996). Is there a relationship between job satisfaction and absenteeism? *Journal of Advanced Nursing*, 23, 827-834.
- Maxwell, J. (2002) Creating high-quality health-care workplaces. *Canadian Healthcare Management*, 102(11), 101-110.
- May, C. (1990). Research on Nurse-Patient Relationships: Problems of Theory, Problems of Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 307-15.
- Mayer, D. K. (1986). Cancer patients' and families' perceptions of nurses' caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 63-69.
- Mayer, D. K. (1987). Oncology nurses' versus cancer patients' perceptions of nurse caring behaviours: a replication study. *Oncology Nursing Forum*, 14, 48-52.
- Mayeroff, M. (1971) *On caring*. London: Harper and Row.
- Mayrand Leclerc, M. (2006). *Perceptions et stratégies optimisant l'environnement psychosocial de travail des chefs d'unité(s) de soins infirmiers de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
- McCance, T.V., McKenna, H. P., & Boore, J. R. P. (1997). Caring: dealing with a difficult concept. *International Journal of Nursing Studies*, 34 (4), 241-248.
- McCloskey, J.C. & Bulechek, G.M. (Eds.). (2000). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (3rd Ed.). St-Louis: Mosby Year Book.

- McCloskey, J.C., Bulechek, G.M. & Donahue, W. (1998). Nursing Interventions Core to Specialty Practice. *Nursing Outlook*, 46(2), 67-76.
- McCloskey, J.C., Bulechek, G.M., Moorhead, S., Daly, J. (1996). Nurses' Use and Delegation of Indirect Care Interventions. *Nursing Economics*, 14(1), 22-3.
- McClure, M. L., & Hinshaw, A. S. (2002). *Magnet hospitals revisited; Attraction and retention of professional nurses*. Washington, DC : American Nurses Publishing
- McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D. & Wandelt, M. A. (2002). Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses (The original study). In M. L., McClure & , A. S., Hinshaw, *Magnet hospitals revisited; Attraction and retention of professional nurses*.(pp. 1-24). Washington, DC : American Nurses Publishing
- McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J., & Bambonye, L. (2004). Nursing work environment and quality of care: differences between units at the same hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6), 313-322.
- McDaniel, A. (1990). The caring process in nursing; two instruments for measuring caring behaviors. In O. Strickland & C. Waltz (Eds.), *Measurement of Nursing outcomes* (pp.17-27) New York: Springer.
- McDaniel, A. (2001). Measuring the caring process in nursing: the caring behaviour checklist and the client perception of caring scale. In O. Strickland & C. Waltz (Eds.), *Measurement of Nursing outcomes* 2e Ed. (pp.233-242) New York: Springer.
- McDaniel, C., & Stumpf, L. (1993). The organizational culture : Implications for Nursing Service. *Journal of Nursing Administration*, 23 (4), 54-60.
- McGillis Hall, L. (2003). Nursing outcome: Nurses' job satisfaction. In D. Doran (ed.) *Nursing-sensitive outcomes: state of the science*. (pp. 283-318). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- McGillis Hall, L. (2005). *Quality work environments for nurse and patient safety*. Sudbury, MA: Jones & Barlett.
- McGillis Hall, L., & Doran, D. (2004). Nurse staffing, care delivery model, and patient care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(1), 27-33.
- McGillis Hall, L., & Kieaners, D. (2005). *A narrative approach to understanding the nursing work environment in Canada*. *Social Science & Medicine*, 61, 2482-2491.

- McGlory, G., Burney, M., Hargrave, J., Luna, S., Smith, I., Wakhu, D. (2002). Does caring for displaced specialty unit patients affect the critical care nurse's perceptions of ability and job satisfaction? *International Journal of Trauma Nursing*, 8(3), 76-80.
- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M. A., Jasper, M., Miller, C. M. L., Scholes, J., & Webb, C. (2003). Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 283-294.
- McMurray, A. J. (2003). The relationship between organizational climate and organizational culture. *The Journal of American Academy of Business, Cambridge*, 3(2), 1-8.
- McNamara, S. A. (1995). Perioperative nurses' perceptions of caring practices. *Association of Operating Room Nurse Journal*, 61(2), 377-388.
- McNeese-Smith, D. K. (1999). A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6), 1332-1341.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society: form the standpoints of a social behaviourist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Meeks, V. L. (1988). Organizational culture: origins and weaknesses. *Organizational Studies*, 9, 453-473.
- Meretoja, R., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124-133.
- Michaud, S. L. (1991). *Relations entre les caractéristiques de l'environnement de travail et l'épuisement professionnel d'infirmières en service d'urgence*. Mémoire inédit, Université de Montréal.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2ième Ed.). Paris : De Boeck.
- Milne, H.A., & McWilliam, C. L. (1996). Considering nursing resource as "caring time". *Journal of Advanced Nursing*, 23(4), 810-819.
- Miller, B. K., Haber, J., & Byrne, M. W. (1992). The experience of caring in the acute care setting: Patient and nurse perspectives. In D. A. Gaut (Ed.), *The presence of caring in nursing* (pp. 137-156). New York: National League for Nursing.
- Miller, K. I., & Apker, J. (2002). On the front lines of managed care: Professional changes and communicative dilemmas of hospital nurses. *Nursing Outlook*, 50(4), 154-159.

- Miller, S. (2003). Impact of mixed methods and design on inference quality. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (eds.), *Handbook of mixed methods in social & behavioural research* (pp. 423-456). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Milton, D., Verran, J., Murdaugh, C., & Gerber, R. (1992). Differentiated group professional practice in nursing: a demonstration model. *Nursing Clinics of North America*, 27(1), 23-29.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Rapport du forum national sur la planification de la main d'oeuvre infirmière*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Bulletin de santé. Québec*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*. Québec : Auteur.
- Misener, T. R., Haddock, S. K., Gleaton, J. U., & Abu Ajamieh, A. R. (1996). Toward an international measure of job satisfaction. *Nursing Research*, 45, 87-91.
- Mitchell, P. Ferketich, S., & Jennings, B. (1998). Quality health outcomes model. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43-46.
- Mok, E., & Au-Yeung, (2002). Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *Journal of Nursing Management*, 10, 129-137.
- Montgomery, C. L. (1993). *Healing through communication: The practice of caring*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Moos, R. (1986). *Work Environment Scale manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologist Press.
- Moos, R. (1994). *Work Environment Scale manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologist Press.
- Moran, E. T., & Volkwein, J. F. (1992). The cultural approach to the formation of organizational climate. *Human Relations*, 45(1), 19-47.
- Morgan, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 362-376.
- Morrison, P. (1989). Nursing and caring: a personal construct theory study of some nurses' self-perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 421-426.

- Morrison, P. (1991). The caring attitude in nursing practices: a repertory grid study of trained nurses' perceptions. *Nurse Education Today*, 11(1), 3-12.
- Morse, J. (1991). Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, 40(1), 120-123.
- Morse, J.M. (1992). Comfort, The Refocusing of Nursing Care. *Clinical Nursing Research*, 1(1), 91-106.
- Morse, J. M. (2003). Principles of mixed methods and multimethod research design. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.) *Mixed methodology : combining qualitative and quantitative approaches* (pp.3-50). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Morse, J.M., DeLuca Havens, G.A., Wilson, S. (1997). The Comforting Interaction: Developing A Model of Nurse-Patient Relationship. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11(4), 321-43.
- Morse, J.M., Proctor, A. (1998). Maintaining Patient Endurance : The Comfort Work of Trauma Nurses. *Clinical Nursing Research*, 7(3), 250-74.
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in nursing Science*, 13(1), 1-14.
- Moss, R., & Rowles, C. J. (1997). Staff nurse job satisfaction and management style. *Nursing Management*, 28(1), 32-34.
- Mueller, C. W., & McCloskey, J. C. (1990). Nurses' job satisfaction : A proposed measure. *Nursing Research*, 39, 113-117.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical methods for health care research* (5th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Muson, F. C., & Heda, S. S. (1974). An instrument for measuring nursing satisfaction. *Nursing Research*, 23, 159-166.
- Mustard, L. W. (2002). Caring and competency. *JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 4(2), 36-43.
- Nadot, M., Auderset, P.-B., Bulliard-Verville, D., Busset, F., Gross, J., Nadot-Ghanem, N. (2002) *Mesure des prestations soignantes dans le système de santé*. Rapport scientifique inédit, Numéro de projet DO-RE 01008.1/CTI5545.1FHS.
- Nahm, H. (1940). Job satisfaction in nursing. *The American Journal of Nursing*, 40 (12), 1389-1392.
- Nakata, J. A., & Saylor, C. (1994). Management style and staff nurse satisfaction in a changing environment. *Nursing Administration Quarterly*, 18 (3), 51-57.

- Nancarrow, S. A., Borthwick, A. M. (2005). Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness*, 27 (7), 897-919.
- Neal-Boylan, L. (2006). An analysis of the differences between hospital and home healthcare nurse job satisfaction. *Home Healthcare Nurse*, 24 (8), 505-512.
- Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, S.A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14 (1), 1-6.
- Noddings, N. (1984). *Caring : a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley, CA : University of California Press.
- Nolan, M., Nolan, J., & Grant, G. (1995). Maintaining nurses' job satisfaction and morale. *British Journal of Nursing*, 4(19), 1148-1154.
- Nyberg, J. (1989). The element of caring in nursing administration. *Nursing Administration Quarterly*, 13(3), 9-16.
- Nyberg, J. (1990a). Theoretic explorations of human care and economics: foundations of nursing administration practice. *Advance Nursing Science*, 13(1), 74-84.
- Nyberg, J. (1990b). The effects of care and economics on nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 20(5), 13-18.
- Nyberg, J (1993). Teaching caring to the nurse administrator. *Journal of Nursing Administration*, 23(1), 11-17.
- Nyberg, J. (1998). *A caring approach in nursing administration*. Nuwot: University Press of Colorado.
- O'Neill Conger, C., & Johnson, P. (2000). Integrating political involvement and Nursing Education. *Nurse Educator*, 25(2), 99-103.
- O'Reilly, L. (2007). *La signification de l'expérience d'« être avec » la personne soignée et sa contribution à la réadaptation : la perception d'infirmières*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1996). *Pour soigner notre avenir, les infirmières à la croisée des chemins. Actes des états généraux de la profession d'infirmière*. Montréal : Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2001). *Étude sur la qualité des soins infirmiers dans les établissements de santé du Québec*. Montréal : Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Montréal: Auteur.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2004a). *Rapport annuel 2003-2004*. Montréal : Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2005). *Rapport annuel 2004-2005*. Montréal : Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2006). *Rapport annuel 2005-2006*. Montréal : Auteur.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!* Montréal : Auteur.
- Orlando, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship; function, process and principles*. New York: Putnam's
- Ousey, K., & Johnson, M. (2007). Being a real nurse – Concepts of caring and culture in the clinical areas. *Nurse Education in Practice*, 7(3), 150-157.
- Parker, C. P., Baltes, B. B., Young, S. A., Huff, J. W., Altmann, R. A., Lacost, H. A., & Roberts, J. E. (2003). Relationship between psychological climate perceptions and work outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Organizational Behavior*, 24 (4), 389-416.
- Parker, M. E. (1994). Living nursing's values in nursing practice. In D. A. Gaut et Boykin, A. (Eds.), *Caring as healing: Renewal through hope* (pp.48-65). New York: National League for Nursing Press.
- Paterson, B., & Crawford, M. (1994). Caring in nursing education: an analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 19(1), 164-173.
- Patterson, M. G., West, M. A., Shackleton, V. J., Dawson, J. F., Lawthom, R., Maitlis, S., Robinsn, D. L., & Wallace, A. M. (2005). Validating the organizational climate measure: links to managerial practices, productivity and innovation. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 379-408.
- Payne, R. L., Finemen, S., & Wall, T. D. (1976). Organizational climate and job satisfaction : a conceptual synthesis. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 45-62.
- Peplau, HE. (1988). *Interpersonal relations in nursing*. New York: Springer
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, Deslauriers, J.-P., Laperrière, A., Mayer, R., & A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Boucherville : Gaëtan Morin.

- Pizer, C. M., Collard, A. F., James, S. M., & Bonaparte, B. H. (1992). Nurses' job satisfaction: are there difference between foreign and U.S. educated nurses? *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 24, 301-306.
- Potter, P., Wolf, L., Boxerman, S., Grayson, D., Sledge, J., Dunagan, C., & Evanoff, B. (2005). Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. *Journal of Nursing Administration*, 35(7/8), 327-335.
- Prescott, P.A. (1993). Nursing: an important component of hospital survival under a reformed health care system. *Nursing Economics*, 11(4), 192-199.
- Price, J. L., & Mueller, C. W. (1981). A causal model of turnover for nurses. *The academy of Management Journal*, 24(3), 543-565.
- Priest, A. (2006). *What's ailing our nurses? A discussion of the major issues affecting nursing human resources in Canada*. Toronto: Canadian Health Research Foundation.
- Proctor, A., Morse, J.M., Khonsari, E.S. (1996). Sounds of Comfort in the Trauma Center: How Nurses Talk to Their Patients in Pain. *Social Sciences Medicine*, 42(12), 1669-80.
- Prothero, M., Marshall, E., & Fosbinder, D. M. (1999). Implementing differentiated practice: personal values and work satisfaction among hospital staff nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 15(5), 185-192.
- Ray, M. A. (1989). The theory of bureaucratic caring for nursing practice in the organizational culture. *Nursing Administration Quarterly*, 13(2), 31-42.
- Reichers, A. E., & Schneider, B. (1990). Climate and culture: An evolution of constructs. In B. Scheinder, *Organizational climate and culture*, (pp.5-39). San Francisco: Jossey-Bass.
- Reid Ponte, P., Kruger, N., DeMarco, R., Hanley, D., & Conlin, G. (2004). Reshaping the practice environment: The importance of coherence. *Journal of Nursing Administration*, 34(4), 173-179.
- Rentsch, J. R. (1990). Climate and culture: interactions and qualitative differences in organisational meanings. *Journal of Applied Psychology*, 75, 668-681.
- Rice, R. W., Gentile, D. A., & McFarlin, B. D. (1991). Facet importance and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 76(1), 31-39.
- Roach, M. S. (1987). *The human act of caring*. Ottawa: Canadian Hospital Association.
- Roach, M. S. (2002). *Caring, the human mode of being : a blueprint for the health professions* (2nd Ed.).CHA Press: Ottawa.

- Roch, G., Dallaire, C., Roy, M., O'Neill, M., & Robinette, L. (2005). The politics of caring: using a political tool to analyze and intervene in the implementation of a caring philosophy in a Montreal hospital. *International Journal for Human Caring*, 9(3), 9-14.
- Roch, G., & Duquette, A. (2003). Recadrer le caring dans sa réalité. *Infirmière Canadienne*, 4(6), 4-7.
- Roch, G., & Goulet, C. (2004). *Analyse des études sur les valeurs professionnelles en soins infirmiers selon une perspective administrative*. Acte de colloque de l'Association des sciences administratives du Canada, 25, URL : <http://luxor.acadiau.ca/library/ASAC/v25/articles/Roch-Goulet.pdf>, (14 pages).
- Rocheffort, C. (2002). *Étude exploratoire-descriptive de l'activité infirmière et de ses bénéficiaires dans le contexte d'une salle d'urgence*. Mémoire de maîtrise inédit, Université Laval.
- Roedel, R., & Nystrom, P. (1988). Nursing jobs and satisfaction. *Nursing Management*, 19(2), 34-38.
- Rokeach, M., *The meaning of human values*. New York : Free Press, 1973.
- Rosenthal, K. A. (1992). Coronary care patients' and nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart & Lung*, 21(6), 536-539.
- Rousseau, D. M. (1988). The construction of climate in organizational research. In C. Cooper, & I. Robertson (Eds.), *International review of Industrial and Organizational Psychology 1988* (pp. 139-159). San Francisco: Jossey-Bass.
- Ruggiero, J. S. (2005). Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 254-263.
- Rossmann, G.B., & Wilson, B. L. (1985). Numbers and words: Combining quantitative and qualitative methods in a single-scale evaluation study. *Evaluation Review*, 5, 627-643.
- Rummel, R. J. (1970). *Applied factor analysis*. Evanston: Northwestern University Press.
- Salant, P., & Dillman, D. A. (1994). *How to conduct your own survey*. New York: Wiley.
- Santos, S. R., & Cox, K. (2000). Workplace adjustment and intergenerational differences between matures, boomers, and Xers. *Nursing Economics*, 18(1), 7-13.
- Sauter, M. A., Boyle, D., Wallace, D., Andrews, J. L., Johnson, M. S., Bates, M., Edenfield, S. M., Carr, R., Campbell, L., Hamilton, B. K., & Taunton, R. L. (1997). Psychometric evaluation of the Organizational Job Satisfaction Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 5, 53-69.

- Savoie, E., & Brunet, L. (2000). Climat organisationnel et culture organisationnelle : Apports distincts ou redondance. *Revue Québécoise de Psychologie*, 21, 179-200.
- Schaffer, M.A., & Juarez, M. (1996). A strategy to enhance caring and community in the learning environment. *Nurse Educator*, 21(5), 43-47.
- Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45, 2109-2119.
- Schneider, B. (1975). Organizational climates: an essay. *Personnel Psychology*, 36, 19-36.
- Schneider, B. (1985). Organizational Behavior. *Annual Review of Psychology*, 36, 573-611.
- Schneider, B. (2000). The psychological life of organizations. In N. M. Ashkanasy, C. P.M. Wilderom, & M.F.Peterson (Eds.), *Handbook of organizational culture and climate* (pp.xvii-xxi). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Schneider, B., Bowen, D.E., Erhart, M.G., & Holcombe, K. M. (2000). The climate for service: evolution of a construct. In N. M. Ashkanasy, C. P.M. Wilderom, & M.F. Peterson (Eds.), *Handbook of organizational culture and climate* (pp.21-36). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Scheinder, B., & Reichers, A. (1983). On the etiology of climates. *Personnel Psychology*, 36, 19-40.
- Scheinder, B., & Snyder, R. A. (1975). Some relationships between job satisfaction and organisational climate. *Journal of Applied Psychology*, 60, 318-328.
- Schneider, B., Wheeler, J. K., & Cox, J. J. (1992). A passion for service: Using content analysis to explicate service climate theme. *Journal of Applied Psychology*, 77, 705-716.
- Schneider, B., White, S., & Paul, M. C. (1998). Linking service climate and costumer perceptions of service quality: Test of causal model. *Journal of Applied Psychology*, 83, 150-163.
- Schutzenhofer, K. K., & Cannon, S. B. (1986). Moving nurses into political process. *Nurse Educator*, 11 (2), 26-28.
- Scott, J.G. Sochalski, J., & Aiken, L.H. (1999). Review of magnet hospital research: Establishing findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29 (1), 9-19.
- Scott, R., Aiken, L.H., Mechanic, D., & Moravcsik, J. (1995). Organizational aspects of caring, *The Milbank Quarterly*, 73(1), 77-95.

- Seago, J. A. (1997). Organizational culture in hospitals : issue in measurement. *Journal of Nursing Measurement*, 5, 165-178.
- Seymour, E., & Buscherhof, J. R. (1991). Sources and consequences of satisfaction and dissatisfaction in nursing: findings from a national sample. *International Journal of Nursing Studies*, 28 (2), 109-124.
- Seidel, J. (1991). Method and madness in the application of computer technology to qualitative data analysis. In N. Fielding, R.M. Lee (eds.) *Using computers in qualitative research*, (pp. 107-116). London: Sage Publications.
- Shamian, J., & El-Jardali, F. (2007). Healthy workplaces for health workers in Canada: Knowledge transfer and uptake in policy and practice. *Healthcare Papers*, 7 (special issue), 6-25.
- Shattell M (2004) Nurse–patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (6), 714–722.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Publié en collaboration avec Santé Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa : Statistique Canada.
- Simons, M. (2004). The cycle of caring. *Nursing Administration Quarterly*, 28(4), 280-284.
- Sims, H. P., Lafollette, W. (1975). An assessment of the Litwin and Stringer organization climate questionnaire. *Personnel Psychology*, 28, 19-38.
- Siu, O. L. (2002). Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 218-229.
- Sitzman, K. L. (2007). Teaching-learning professional caring based on Jean Watson's theory of Human Caring. *International Journal for Human Caring*, 11(4), 8-16.
- Slater, P., & McCormack, B. (2006). An exploration of the factor structure of the nursing work index. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(1), 30-39.
- Slavitt, D. B., Stamps, P. L., Piedmonte, E. B., & Haase, A. M. B. (1978). Nurses' satisfaction with their work situation. *Nursing Research*, 27, 114-120.
- Sleutel, M. R. (2000). Climate, culture, context, or work environment? Organizational factors that influence nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 30(2), 53-58.
- Smith, D. L., Smith, J. E., Boechler, V., Giovanetti, P., & Lendrum, B. (2006). Structure and organization of nurses' work. In J. M. Hibberd, & D. L. Smith (Eds.) *Nursing leadership and management in Canada* 3th Edition (pp. 199-236). Toronto: Elsevier Mosby

- Sochalski, J. (2001). Quality of care, nurse staffing, and patient outcomes. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 2(1), 9-18.
- Sorrell, J. M., & Redmond, G. M. (1997). The lived experiences of students in nursing : voices of caring speak of the tact of teaching. *Journal of Professional Nursing*, 13(4), 228-235.
- Souman, C., & Gagnon, S. (2005). Relationships among work climate, absenteeism and salaries insurances. *Healthcare Management Forum*, 18 (3), 35-38.
- Spector, P. E. (1992). *Summated rating scale construction. An introduction*. Newbury Park: Sage Publications.
- Spector, P. E. (1997). *Job satisfaction: Application, Assessment, Causes and Consequences*. London: Sage Publications.
- Srivasta, R. H. (2007). *The healthcare professional's guide to clinical cultural competence*. Toronto, ON: Mosby Elsevier.
- Stafford, J., & Bodson, P. (2006). *L'analyse multivariée avec SPSS*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Stamps, P. L. (1997). *Nurses and work satisfaction: An index for measurement* (2nd ed.). Chicago: Health Administration Press.
- Stamps, P. L., Piedmonte, E. B., Slavitt, D. B., & Haase, A. M. (1978). Measurement of work satisfaction among health professionals. *Medical Care*, 16, 337-351.
- Strauss, G. (1968). Human relations – 1968 style. *Industrial Relations*, 7, 262-276.
- Stedman, M. E., & Nolan, T. L. (2007). Coaching: A different approach to the nursing dilemma. *Nursing Administration Quarterly*, 31(1), 43-49.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (2e éd.). Hillsdale, NJ: L. Erlbaum.
- Storch, J. (2005). Patient safety: is it just another bandwagon? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 18(2), 39-55.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical Development of middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Swanson, K. M. (1999). What is known about caring in nursing science A literary meta-analysis. In A.S. Hinshaw, S. Fleetham, & J. Shaver (Eds). *Handbook of clinical nursing research* (pp. 31-60) Thousand Oaks; Sage Publications

- Sweeney, S. S., & Thomas, B. A. (1995). A nurse leader's dilemma: to care or not to care. In Boykin, A. (Ed.), *Power, politics & public policy: A matter of caring*. (pp. 146-156). New York: National League for Nursing Press.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th Edition). Boston; Toronto: Allyn and Bacon.
- Tagiuri, R. & Litwin, G. H. (1968). *Organizational climate : Explorations of a concept*. Boston: Harvard University.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology : combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks CA: Sage Publications.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Taunton, R. L., Bott, M. J., Koehn, M. L., Miller, P., Rindner, E., Pace, K., et al. (2004). The NDNQI-Adapted Index of Work Satisfaction. *Journal of Nursing Measurement, 12*, 101-122.
- Taylor, C. (1995). Rethinking nursing's basic competencies. *Journal of Nursing Care Quality, 9*(4), 1-13.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioural sciences. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.) *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* (pp.3-50). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Thompson, C., Cullum, N., McCaughan, D., Sheldon, T., & Raynor, P. (2004). Nurses, information use, and clinical decision making – the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evidence Based Nursing, 7*(3), 68-72.
- Tourangeau, A. E., & Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed : understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing, 55* (4), 497-509.
- Tovey, E.J., & Adams, A. E. (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing, 30*, 150-158.
- Travelbee, J. (1966). *Interpersonnal aspects of nursing*. Philadelphia: Fa Davies.
- Tregunno, D. (2005). Organizational climate and culture. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp.67-91). Sudbury, MA: Jones & Barlett.
- Tuck, I., Harris, L. H., & Baliko, B. (2000). Values expressed in philosophies of nursing services. *Journal of Nursing Administration, 30*(4), 180-184.

- Tuck, I., Harris, L. H., Renfro, T., Lexvold, L. (1998). Care: A value expressed in philosophies of nursing services. *Journal of Professional Nursing, 14*(21), 92-96.
- Tumulty, G., Jernigan, I. E., & Kohut, G. F. (1994). The impact of perceived work environment on job satisfaction of hospital staff nurses. *Applied Nursing Research, 7*(2), 84-90.
- Turkel, M. C., & Ray, M. A. (2004). Creating a caring practice environment through self-renewal. *Nursing Administration Quarterly, 28*(4), 249-254.
- Tzeng, H-M., & Ketefian, S. (2002). The relationship between nurses' job satisfaction and inpatient satisfaction: An exploratory study in a Taiwan teaching hospital. *Journal of Nursing Care Quality, 16*(2), 39-49.
- Uppenieks, V. V., Kotlerman, J., Akhavan, J., Esser, J., & Ngo, M. J. (2007). Assessing nursing staffing ratios: variability in workload intensity. *Policy, Politics, & Nursing Practice, 8* (1), 7-19.
- Urden, L. D. (1999). The impact of organizational climate on nurse satisfaction: Management implications. *Nursing Leadership Forum, 4*(2), 44-48.
- Vandenberghe, C. (1999). Organizational culture, person-culture fit, and turnover : a replication in the health care industry. *Journal of Organizational Behavior, 20*, 175-184.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Vahey, D., Aiken, L. H., Sloane, D., Clarke, S., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care, 42* (2), Suppl:II-57-II-66.
- Valentine, K. L. (1991). Comprehensive assessment of caring and its relationship to outcome measures. *Journal of Nursing Quality Assurance, 5*(2), 59-68.
- Valentine, K. L. (1997). Exploration of the relationship between caring and cost. *Holistic Nursing Practice, 11*(4), 71-81.
- Valentine, K. L., Stiles, M. K., & Mangan, D. B. (1995). Values, visions and action : Creating a care-focused nursing practice environment. In A. Boykin (ed.) *Power, Politics & Public Policy : A Matter of Caring* (pp. 99-115). New York: National League for Nursing Press.
- Verbeke, W., Volgering, M., & Hessels, M. (1998). Exploring the Conceptual Expansion within the Field of Organizational Behaviour: Organizational Climate and Organizational Culture. *Journal of Management Studies, 35*(3), 303-329.
- Vestal, K. (2007). Coaching for interpersonal skills. *Nurse Leader, 5*(4), 6-8.

- Vézina, M. (2000). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. Dans M.-C. Carpentier-Roy, & M. Vézina (Ed.), *Le travail et ses malentendus : Enquête en psychodynamique du travail au Québec* (pp. 29-42). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., Mayrand Leclerc, M., & Hamelin Brabant, L. (2005). New approaches of organizing care and work : giving way to participation, mobilization, and innovation. *Health Care Manager*, 24(2), 150-158.
- Wakefield, D. S., Curry, J. P., Prise, J. L., Mueller, C.W., & McCloskey, J. C. (1988). Differences in work unit outcomes: Job satisfaction, organizational commitment, and turnover among hospital nursing department employees. *Western Journal of Nursing Research*, 10, 98-105.
- Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings : experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 32-40.
- Walsh, B., Steiner, A., Warr, J., Sheron, L., Pickering, R. (2003). Nurse-led inpatient care: opening the black box. *International Journal of Nursing Studies*, 42(1), 97-106.
- Watson, J. (1979). *Nursing : the philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown.
- Watson, J. (1988). *Nursing : Human science and human care. A theory of nursing*. Norwalk : Appleton-Centery-Crofts.
- Watson, J. (1990a). The moral failure of the patriarchy. *Nursing Outlook*, 38, 62-66.
- Watson, J. (1990b). Caring knowledge and informed moral passion. *Advances in Nursing Science*, 13 (1), 15-24.
- Watson, J. (1998). *Le caring: Philosophie et science des soins infirmiers*. Traduction de J. Bonnet de Nursing. The philosophy and science of caring. Seli Arslan: Paris.
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. Churchill Livingstone: New York.
- Watson, J. (2001). Jean Watson: Theory of human caring. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 343-354). Philadelphia: F. A. Davis.
- Watson, J. (2002). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York : Springer Publishing Company.
- Watson, J. (2005). Commentary on Shattell M (2004) Nurse-patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 714-722.

- Watson, J. (2006a). Part one: Jean Watson's theory of human caring. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing theories and nursing practice*, second edition (pp. 295-307). Philadelphia: F. A. Davis.
- Watson, J. (2006b). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*, 30(1), 48-55.
- Watson, J., & Foster, R. (2003). The Attending Nurse Caring Model ©: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 360-365.
- Watson, R., & Lea, A. (1998). Perceptions of caring among nurses: the influence of age and sex. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 97.
- Watson, R., & Lea, A. (1999). Perceptions of caring among nurses: the relationship to clinical area. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 617.
- Watson, R., Hoogbruin, A. L., Beunza, M., Barbarin, B., MacDonald, J., & McCready, T. (2003). Differences and similarities in the perception of caring between Spanish and UK nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 85-92.
- Webb, C. (1996). Caring, curing, coping: towards an integrated model. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 960-968.
- Wells, A. (1993). Shared governance: a model of caring in practice. In D. A. Gaut (Ed.), *A global agenda for caring* (pp. 347-364). New York: National League for Nursing Press.
- Werner, J.S., Wendler, M.C., McCormick, J., Paulus-Smith, S., Jackson, C., & Nie, J. (2002). Human response outcomes influenced by nursing care. *International Journal for Human Caring*, 6 (3), 15-23.
- Westfall, U. E. (1987). Standard of practice: nursing values made visible. *Journal of Nursing Quarterly Assurance*, 1 (1), 21-30.
- Whelan, L. (2006). Competency assessment of nursing staff. *Orthopaedic Nursing*, 25(3), 198-204.
- White, J. (1995). Fundamental patterns of knowing: review, critique and update. *Advances in Nursing Science*, 17(4), 73-86.
- Widmark-Petersson, V., von Essen, L., & Sjoden, P. (2000). Perceptions of caring among patients with cancer and their staff: differences and disagreements. *Cancer Nursing*, 23(1), 32-9.
- Wilkin, K., & Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 50-59.

- Wilson, M. G., DeJoy,, D. M., Vandenberg, R. J., Richardson, H. A., McGrath, A. L. (2004). Work characteristics and employee health and well-being: test of e model of healthy work organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77, 565-588.
- Williams, S. A. (1997). The relationship of patients' perceptions of holistic nurse caring to satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Care Quaterly*, 11(5), 15-29.
- Wiman, E., & Wikblad, K. (2004). Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 422-429.
- Winter, M. K., Lockhart, J. S. (1997). From motivation to action: Understanding nurses' political involvement. *Nursing and Health Care Perspectives*, 18(5), 244-250.
- Wolf, Z. R. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Topics in Clinical Nursing*, 8, 84-93.
- Wolf, Z. R. (1989). Uncovering the hidden work of nursing. *Nursing & Health Care*, 10, 463-467.
- Wolf, Z. R., Giordani, E. R., Osborne, P. A., & Ambrose, M. S. (1994). Dimensions of nurse caring. *IMAGE : Journal of Nursing Scholarship*, 26, 107-111.
- Wright, E. R., Linde, B., Rau, L., Gayman, M., & Viggiano, T. (2003). The effect of organizational climate on the clinical care of patients with mental health problems. *Journal of Emergency Nursing*, 29(4), 314-321.
- Yam, B. C., & Rossiter, J. C. (2000). Caring in nursing: perceptions of Hong Kong nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 293-302.
- Yin, J.-C. T., & Yang, K.-P. A. (2002). Nursing turnover in Taiwan: a meta-analysis of related factors. *International Journal of Nursing Studies*, 39(6), 573-581
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: design and methods* (3rd Edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Young, S. A., & Parker, C. P. (1999). Predicting collective climates: assessing the role of shared work values, needs, employee interaction and work group membership. *Journal of Organizational Behavior*, 20(7), 1199-1218.
- Zangaro, G. A., & Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30, 445-458.
- Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organization: theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 65, 96-102.

Zohar, D. (2000). A group-level model of safety climate: testing the effect of group climate on micro-accidents in manufacturing jobs. *Journal of Applied Psychology*, 85, 587-596.

ANNEXE I
Définitions opérationnelles des dimensions et sous-dimensions du
Questionnaire de climat psychologique CRISO (QCP_CRISO)

Définitions dimensions	Définitions sous-dimensions respectives
<p><i>Caractéristiques de la tâche :</i> Correspondent à la perception que les membres de l'organisation ont de la nature de leur emploi.</p>	<i>Importance :</i> La personne sent que son travail apporte une contribution significative et qu'il est important.
	<i>Autonomie :</i> La personne à toute la liberté nécessaire pour décider de comment faire son travail de la meilleure façon possible.
	<i>Défi :</i> La personne est en mesure d'utiliser pleinement ses connaissances et de développer ses compétences dans le cadre de son travail.
<p><i>Caractéristiques du rôle :</i> Correspondent à la perception que les membres de l'organisation ont de leur rôle au travail.</p>	<i>Clarté :</i> Aucune confusion par rapport aux buts, rôles, responsabilités ou à la structure décisionnelle.
	<i>Absence de conflit :</i> Aucun conflit en raison de priorités contradictoires, de la quantité de règles ou du nombre de personnes qui ont autorité sur le travail.
	<i>Équilibre de la charge de travail :</i> Les personnes ne sentent pas que leur charge de travail est excessive et elles arrivent à faire face à la pression au travail.
<p><i>Caractéristiques du supérieur :</i> Correspond à la perception que les membres de l'organisation ont de leur supérieur immédiat.</p>	<i>Confiance/Soutien :</i> Le supérieur traite les personnes avec respect et, ainsi, elles peuvent faire confiance à ses rétroactions et au soutien qu'il leur accorde.
	<i>Importance accordée aux buts :</i> Le supérieur établit des normes élevées, ainsi que des objectifs d'amélioration précis et clairement communiqués.
	<i>Facilitation du travail :</i> Le travail est facilité (formation, mobilisation des ressources) et les comportements du supérieur peuvent servir d'exemple.
<p><i>Caractéristiques de l'équipe :</i> Correspond à la perception que les membres de l'organisation ont de leur équipe de travail.</p>	<i>Chaleur humaine :</i> Bonnes relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe.
	<i>Fierté :</i> Motivation élevée associée au sentiment d'appartenir à une équipe.
	<i>Coopération :</i> Confiance, collaboration et absence de conflit entre les membres de l'équipe.
<p><i>Caractéristiques de l'organisation :</i> Correspond à la perception que les membres ont de l'organisation dans son ensemble.</p>	<i>Innovation :</i> Encourage la remise en question du statu quo en invitant les personnes à trouver de nouvelles façons de résoudre les problèmes.
	<i>Justice :</i> Équité dans les décisions qui affectent directement le travail des membres de l'organisation.
	<i>Soutien :</i> L'organisation joue un rôle positif en se souciant réellement du bien-être de ses membres.

Adaptation de documents inédits et de Jones et James (1979) p. 213

ANNEXE II

Consistance interne des échelles et sous échelles de mesure

Consistance interne de l'échelle (sous-échelles) de mesure du climat organisationnel

Dimensions (Nombre d'items)	Alpha de Chronbach	Sous dimensions (Nombre d'items)	Alpha de Chronbach
Caractéristiques de la tâche (11)	0,75	Importance (3)	0,67
		Autonomie (4)	0,60
		Défis (4)	0,63
Caractéristiques du rôle (12)	0,81	Clarté (4)	0,65
		Conflit (peu) (4)	0,63
		Équilibre charge de travail (4)	0,87
		Confiance et soutien (4)	0,89
Caractéristiques du supérieur (12)	0,92	Importance donnée aux buts (4)	0,74
		Facilitation du travail (4)	0,84
		Chaleur humaine (4)	0,90
Caractéristiques de l'équipe (12)	0,94	Fierté (4)	0,81
		Collaboration (4)	0,82
		Innovation (4)	0,78
Caractéristiques organisationnelles (12)	0,90	Justice (4)	0,74
		Soutien (4)	0,80
Climat organisationnel global (59)	0,95		

Consistance interne des 3 échelles de mesure des pratiques relationnelles de soin

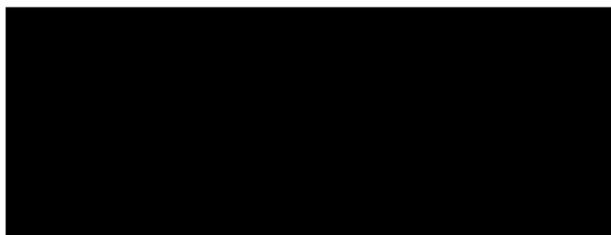
Dimensions (Nombre d'items)	Importance (Alpha de Chronbach)	Fréquence (Alpha de Chronbach)	Écart (Alpha de Chronbach)
Soin clinique (9)	0,79	0,78	0,83
Soin relationnel (7)	0,90	0,93	0,93
Soin de confort (3)	0,41	0,62	0,70
PRS global (19)	0,90	0,92	0,94

Consistance interne de l'échelle de mesure de la satisfaction professionnelle

Dimensions (Nombre d'items)	Alpha de Chronbach
Qualité des soins (3)	0,74
Plaisir (11)	0,91
Temps pour réaliser un travail optimal (8)	0,84
Satisfaction professionnelle globale (22)	0,91

ANNEXE III

Questionnaire



Direction des ressources humaines

**Climat de travail,
pratiques relationnelles
de soin et satisfaction:
un point de vue infirmier !**

QUESTIONNAIRE

Destiné aux infirmières et infirmiers soignant(es)

Cette étude est réalisée en collaboration
avec la Direction des ressources humaines
et le
Programme interhospitalier de recherche
sur le climat de travail

Chercheur principal : Serge Gagnon, PhD,
Centre universitaire de santé McGill
Avec la contribution de Santé Canada

Avril 2006



Chère collègue infirmière et cher collègue infirmier,

Je sollicite votre collaboration pour une étude qui s'inscrit dans une formation de doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal, sous la direction de M. Carl-Ardy Dubois, Ph. D. Cette étude a pour but d'expliquer l'impact du climat de travail sur les pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières et d'infirmiers soignants(es) en milieu hospitalier.

Votre collaboration est de première importance pour mieux comprendre ce phénomène. Pour ce faire, vous êtes invité(e) à compléter le présent questionnaire et à le retourner par courrier interne dans l'enveloppe ci-jointe d'ici le **lundi 1^{er} mai 2006**. **Nous vous demandons de lire attentivement les indications qui précèdent chacune des sections et de répondre à toutes les questions d'une manière spontanée.** Vous aurez besoin d'environ 30 minutes pour compléter l'ensemble du questionnaire.

Vous êtes évidemment libre de participer ou non à cette étude. Les données se rapportant au climat de travail serviront aussi aux fins d'un sondage organisationnel que la Direction des ressources humaines tient actuellement auprès de l'ensemble du personnel de [REDACTED] en collaboration avec le Programme inter hospitalier de recherche sur le climat de travail du Centre universitaire de santé McGill, sous la responsabilité de M. Serge Gagnon, Ph.D. **Le fait de retourner le questionnaire complété indiquera votre consentement volontaire à participer à cette étude et au sondage sur le climat de travail.**

Soyez assuré(e) que les questionnaires seront codifiés et qu'aucun(e) répondant(e) ne pourra à aucun moment, être identifié(e) par un tiers. Pour toutes questions ou commentaires, n'hésitez pas à me joindre au 514-338-2222 poste 2187.

En collaborant à cette étude, vous contribuerez à l'élaboration de recommandations visant l'amélioration du climat de travail, de la qualité des soins infirmiers et de votre satisfaction professionnelle au travail.

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration,

[REDACTED]

Geneviève Roch, inf. M.Sc. Ph. D. (Candidate)
 Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Centre FERASI
 Courriel : [REDACTED]
 Téléphone : 514-338-2222 poste 2187

Carl-Ardy Dubois, Ph. D., Professeur adjoint
 Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Centre FERASI
 Courriel : [REDACTED]
 Téléphone : 514-343-7293

[REDACTED]

OBJECTIFS DU SONDAGE SUR LE CLIMAT DE TRAVAIL

Le comité de direction sollicite, à nouveau, votre collaboration à ce deuxième sondage qui permettra une mesure scientifique du climat de travail dans l'organisation. Vos réponses à ce questionnaire nous donneront la possibilité de dresser un portrait de ce qui se passe vraiment dans chacun des environnements en matière de climat de travail et indiqueront les zones qui restent à améliorer suite au précédent sondage. À la suite de ce deuxième sondage, des actions nouvelles devront être entreprises dans chacune des directions et services afin de poursuivre nos travaux vers l'amélioration constante du climat de travail.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Ce questionnaire est anonyme. Les données recueillies demeureront strictement confidentielles. **La saisie des données sera effectuée à l'extérieur de l'établissement par une firme neutre et indépendante pour ensuite être analysées par l'équipe de recherche du CUSM**, responsable de produire le rapport d'analyses statistiques des résultats au sondage.

De ce fait, les renseignements personnels recueillis ne pourront être associés à vos réponses au questionnaire au moment de l'analyse. Conséquemment, le rapport de sondage ne contiendra aucune information permettant de vous identifier.

PROGRAMME DE RECHERCHE

Le sondage auquel vous êtes invité à participer s'inscrit dans le cadre du programme inter établissement de recherche sur le climat de travail. Une dizaine d'établissements de santé du Québec ont déjà évalué leur climat de travail à l'aide du présent questionnaire. Le présent sondage permettra d'enrichir les observations accumulées jusqu'ici, si le taux de réponse le permet. Comme c'est le cas pour tous les employés de [REDACTED] qui ont reçu ce questionnaire, vos réponses sont très importantes parce qu'elles nous permettront de mieux évaluer la situation dans votre secteur d'activités.

Le fait de compléter ce questionnaire sera considéré comme votre consentement à participer à ce programme de recherche.

Nous vous prions de répondre avant le lundi 1^{er} mai 2006.

Nous vous remercions à l'avance de votre précieuse collaboration dans une entreprise de mesure du climat de travail essentielle à notre établissement.



Serge Gagnon, PhD
Chercheur principal
Programme inter hospitalier de recherche
sur le climat de travail
Centre universitaire de santé McGill
3650, St-Urbain – Bureau D4.06
Montréal (Québec) H2X 2P4



Directeur
Direction des ressources humaines

[REDACTED]

Prière d'insérer le questionnaire complété dans l'enveloppe pré-adressée et de la faire parvenir, par le courrier interne, à la Direction des soins infirmiers (porte E-1020) au plus tard le lundi 1^{er} mai 2006

CLIMAT DE TRAVAIL

CONSIGNES

Cette section comporte des énoncés décrivant positivement ou négativement des caractéristiques de votre environnement de travail.

En vous référant à votre expérience personnelle de travail dans votre emploi actuel et votre environnement de travail, indiquez votre niveau d'accord ou de désaccord pour chacune des affirmations en utilisant l'échelle ci-dessous. Nous vous demandons de répondre individuellement à toutes les questions de manière spontanée, en encerclant le chiffre correspondant à votre situation.

Fortement en désaccord					Fortement en accord	
1	2	3	4	5		

Il est très important de choisir parmi les choix de réponses suggérés. Si vous hésitez entre deux choix (par exemple, 4 ou 5), nous vous demandons d'opter pour celui qui semble le plus conforme à votre réalité quotidienne, plutôt que d'encercler deux choix ou de créer un point milieu par vous-même (par exemple, 4,5).

Enfin, il est très important de répondre à toutes les questions.

Les termes suivants sont employés tout au long de la section sur le climat de travail et signifient :

Superviseur : votre superviseur hiérarchique immédiat, votre patron, c'est-à-dire la personne à qui vous rendez des comptes et de qui vous recevez vos mandats.

Équipe : votre groupe de travail immédiat, c'est-à-dire vos collègues de travail se rapportant au même superviseur que vous.

Organisation : l'institution, l'établissement ou l'entreprise où vous travaillez dans sa globalité (et non seulement votre superviseur immédiat).

Il est à noter que dans l'ensemble du questionnaire l'emploi du genre masculin est utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

**Vous pouvez maintenant débiter le questionnaire.
Veuillez tourner la page pour commencer.**

2

CONSIGNE
Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants.

	1	2	3	4	5
Fortement en désaccord					Fortement en accord
1. Souvent, ce n'est pas clair qui a autorité pour prendre les décisions relatives à mon travail.	1	2	3	4	5
2. Trop de règlements font entrave à la qualité de mon travail.	1	2	3	4	5
3. La quantité de tâches à accomplir dépasse ce qu'il m'est possible de faire.	1	2	3	4	5
4. J'ai beaucoup de liberté pour choisir comment faire mon travail.	1	2	3	4	5
5. Mon travail exige un grand éventail de compétences.	1	2	3	4	5
6. Plusieurs personnes, à l'extérieur de cette organisation, sont affectées par la façon dont je fais mon travail.	1	2	3	4	5
7. Mon superviseur souligne l'importance d'un rendement de haute qualité.	1	2	3	4	5
8. Mon superviseur m'indique comment améliorer mon rendement.	1	2	3	4	5
9. Mon superviseur traite son personnel avec respect.	1	2	3	4	5
10. Les membres de mon équipe de travail se font confiance.	1	2	3	4	5
11. Il y a un sentiment de fierté dans mon équipe de travail.	1	2	3	4	5
12. Il règne une atmosphère amicale au sein de mon équipe de travail.	1	2	3	4	5
13. On m'encourage à développer mes idées.	1	2	3	4	5
14. L'organisation se soucie très peu de moi.	1	2	3	4	5
15. Les décisions relatives à mon travail sont prises de façon équitable.	1	2	3	4	5
16. Les buts et les objectifs de mon équipe de travail sont définis clairement.	1	2	3	4	5
17. Dans mon travail, je dois faire des choses qui vont à l'encontre de mon jugement.	1	2	3	4	5
18. La quantité de travail à accomplir m'empêche de faire du bon travail.	1	2	3	4	5
19. Le contrôle est instauré de façon telle que je peux prendre des décisions à l'intérieur de ma propre zone de travail.	1	2	3	4	5
20. Beaucoup de talent et d'efforts sont requis pour bien faire mon travail.	1	2	3	4	5

Avez-vous répondu à toutes les questions de cette page ?

CONSIGNE
Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants.

	1	2	3	4	5
Fortement en désaccord					Fortement en accord
21. Je sens que mon travail est important pour le bon fonctionnement de mon équipe de travail.	1	2	3	4	5
22. Mon superviseur me fixe des objectifs précis (ex. : échéances, normes de qualité, etc.).	1	2	3	4	5
23. Mon superviseur me donne l'aide dont j'ai besoin pour compléter mon travail à temps.	1	2	3	4	5
24. Mon superviseur est disposé à m'écouter lorsque j'ai des problèmes.	1	2	3	4	5
25. Il y a un sentiment de coopération entre les membres de mon équipe de travail.	1	2	3	4	5
26. La plupart des membres de mon équipe de travail ne voudraient pas changer d'équipe.	1	2	3	4	5
27. Le climat de travail au sein de l'équipe est détendu et convivial.	1	2	3	4	5
28. On m'encourage à essayer de nouvelles façons de faire mon travail.	1	2	3	4	5
29. Cette organisation a vraiment mon bien-être à cœur.	1	2	3	4	5
30. Avant que l'on prenne une décision par rapport à mon travail, on prend soin d'entendre toutes mes préoccupations.	1	2	3	4	5
31. Les responsabilités inhérentes à mon travail sont clairement définies.	1	2	3	4	5
32. Il y a trop de personnes qui me disent quoi faire.	1	2	3	4	5
33. Je suis constamment sous trop de pression à mon travail.	1	2	3	4	5
34. Il m'appartient de décider de la meilleure façon de faire mon travail.	1	2	3	4	5
35. Mon travail met à l'épreuve mes capacités.	1	2	3	4	5
36. Je sens que mon travail apporte une contribution significative.	1	2	3	4	5
37. Mon superviseur souligne l'importance des objectifs de travail.	1	2	3	4	5
38. Mon superviseur donne le bon exemple en travaillant fort.	1	2	3	4	5
39. Mon superviseur s'empresse de reconnaître et de récompenser le bon rendement.	1	2	3	4	5
40. Il y a frictions (désaccords) entre les membres de mon équipe de travail.	1	2	3	4	5

Avez-vous répondu à toutes les questions de cette page ?

4

CONSIGNE					
Indiquez jusqu'à quel point vous êtes en accord avec les énoncés suivants.					
	1	2	3	4	5
Fortement en désaccord					Fortement en accord
41. Les membres de mon équipe de travail sont fiers de leur travail.	1	2	3	4	5
42. Les membres de mon équipe se soucient les uns des autres.	1	2	3	4	5
43. Cette organisation m'encourage à perfectionner les méthodes de travail proposées par mon superviseur.	1	2	3	4	5
44. Cette organisation se soucie de ma satisfaction générale au travail.	1	2	3	4	5
45. Des informations précises et complètes sont recueillies avant que des décisions soient prises relativement à mon travail.	1	2	3	4	5
46. Je sais ce que l'on attend de moi dans cet établissement.	1	2	3	4	5
47. On me tient responsable de choses sur lesquelles je n'ai aucun contrôle.	1	2	3	4	5
48. J'ai trop de travail à faire.	1	2	3	4	5
49. J'ai la liberté de compléter les tâches qui me sont assignées sans être supervisé à l'excès.	1	2	3	4	5
50. Mon travail me permet de mettre à contribution toutes mes connaissances et mes compétences.	1	2	3	4	5
51. Je pense que mon travail est très important.	1	2	3	4	5
52. Mon équipe de travail a des objectifs d'amélioration précis et mesurables.	1	2	3	4	5
53. Mon superviseur m'aide à résoudre mes problèmes reliés au travail.	1	2	3	4	5
54. Je peux faire confiance à mon superviseur.	1	2	3	4	5
55. Les membres de mon équipe de travail coopèrent pour accomplir le travail.	1	2	3	4	5
56. Le moral est bon au sein de mon équipe de travail.	1	2	3	4	5
57. On sent une chaleur entre les membres de mon équipe de travail.	1	2	3	4	5
58. Cette organisation m'encourage à trouver de nouvelles façons de régler de vieux problèmes.	1	2	3	4	5
59. Mes opinions sont importantes pour cette organisation.	1	2	3	4	5
60. Je peux obtenir des informations supplémentaires lorsque les décisions relatives à mon travail ne sont pas claires.	1	2	3	4	5

Avez-vous répondu à toutes les questions de cette page ?

CONSIGNE

Veillez répondre par « oui » ou par « non » aux énoncés suivants.

	OUI	NON
1. Avant de recevoir ce questionnaire, saviez-vous qu'un sondage au sujet du climat de travail a été réalisé à l' [] au printemps 2004?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous vu ou entendu parler des résultats de ce sondage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous entendu parler d'un plan d'amélioration du climat de votre secteur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous participé à des discussions ou à des réunions visant à partager les résultats du sondage et à établir les priorités d'amélioration pour votre secteur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONSIGNE

Veillez répondre à la question suivante en utilisant la grille ci-bas.

5. Veillez encercler le chiffre qui reflète le mieux jusqu'à quel point le climat de travail a changé dans votre secteur d'activités depuis le sondage réalisé au printemps 2004.

Détérioration substantielle	Détérioration moyenne	Détérioration légère	Aucun changement	Amélioration légère	Amélioration moyenne	Amélioration substantielle
1	2	3	4	5	6	7

Veillez SVP poursuivre le questionnaire à la page suivante

Avez-vous répondu à toutes les questions de cette page ?

6

PRATIQUES RELATIONNELLES DE SOIN

Les énoncés suivants décrivent des soins et des façons de faire et d'être que l'on retrouve dans la pratique infirmière. Il s'agit pour vous d'indiquer :

- 1) jusqu'à quel point ils sont **importants**
- 2) à quelle **fréquence** vous les avez mis en pratique au cours des **2 dernières semaines**

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous sommes seulement intéressés à connaître vos impressions quant à ces comportements et attitudes de soins.

Encerclez le chiffre qui correspond le mieux à l'**importance** que vous accordez à chacun de ces comportements ou attitudes à l'endroit des personnes dont vous prenez soin et la **fréquence** à laquelle vous les avez **mis en pratique au cours des deux dernières semaines**.

IMPORTANCE						FRÉQUENCE				
Pas du tout						Presque jamais				
	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement		Parfois	Habituellement	Souvent	Presque toujours	

61.	1	2	3	4	5	Assurer une surveillance adaptée à leur état de santé.	1	2	3	4	5
62.	1	2	3	4	5	Vous assurer que leurs besoins de base sont comblés (ex : sommeil, hygiène, etc.).	1	2	3	4	5
63.	1	2	3	4	5	Administrer les traitements et les médicaments tels que prévus à l'horaire.	1	2	3	4	5
64.	1	2	3	4	5	Démontrer une bonne maîtrise de l'équipement spécialisé utilisé là où vous avez travaillé (ex. : contention, pompe volumétrique, etc.)	1	2	3	4	5
65.	1	2	3	4	5	Mettre en place des mesures pour respecter leur intimité.	1	2	3	4	5
66.	1	2	3	4	5	Les aider à voir les choses d'une façon différente.	1	2	3	4	5
67.	1	2	3	4	5	Prendre des décisions rapides dans les situations l'exigeant	1	2	3	4	5
68.	1	2	3	4	5	Leur donner l'occasion de pratiquer les soins qu'ils devaient se donner.	1	2	3	4	5
69.	1	2	3	4	5	Les aider à rechercher un certain équilibre dans leur vie.	1	2	3	4	5
70.	1	2	3	4	5	Les aider à explorer la signification qu'ils donnent à leur état de santé.	1	2	3	4	5
71.	1	2	3	4	5	Les aider à explorer ce qui est important pour eux dans la vie.	1	2	3	4	5
72.	1	2	3	4	5	Leur offrir de l'aide quand ils en avaient besoin.	1	2	3	4	5
73.	1	2	3	4	5	Les aider à identifier les conséquences de leurs comportements.	1	2	3	4	5

Avez-vous répondu à toutes les questions de cette page ?

IMPORTANCE						FRÉQUENCE				
Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement	<p style="text-align: center;">← Énoncé d'importance : Lorsque vous prenez soin de vos patients, jusqu'à quel point il est important pour vous de :</p> <p style="text-align: center;">Énoncé de fréquence : → Au cours des 2 dernières semaines, lorsque vous prenez soin de vos patients, à quelle fréquence avez-vous été à même de :</p>	Presque jamais	Parfois	Habituellement	Souvent	Presque toujours

74.	1	2	3	4	5	Les renseigner sur les indications et les moyens de soulager ou prévenir certains effets secondaires possibles de leurs médicaments ou traitements.	1	2	3	4	5
75.	1	2	3	4	5	Les aider à reconnaître des moyens pour résoudre efficacement leurs problèmes.	1	2	3	4	5
76.	1	2	3	4	5	Démontrer de l'habileté dans ma façon d'intervenir avec eux.	1	2	3	4	5
77.	1	2	3	4	5	Les aider à clarifier ce qu'ils aimeraient que les autres leur apportent.	1	2	3	4	5
78.	1	2	3	4	5	Vérifier si leurs médicaments soulageaient leurs symptômes (ex. : nausées, douleurs, constipation, anxiété, etc.).	1	2	3	4	5
79.	1	2	3	4	5	Effectuer les traitements de manière appropriée.	1	2	3	4	5

79-A. Si vous avez été en contact avec des PROCHES (famille, personnes significatives) de vos patients au cours des 2 dernières semaines, quelle **IMPORTANCE** accordez-vous aux comportements ou attitudes qui suivent **et** à quelle **FRÉQUENCE** avez-vous été à même de les mettre en pratique **avec eux** (utiliser les gradations du haut) ?
*Si vous n'avez pas été en contact avec les proches de vos patients, veuillez passer à la question 79-B

	IMPORTANCE						FRÉQUENCE				
A-1.	1	2	3	4	5	Les aider à voir les choses d'une façon différente.	1	2	3	4	5
A-2.	1	2	3	4	5	Les aider à rechercher un certain équilibre dans leur vie.	1	2	3	4	5
A-3.	1	2	3	4	5	Les aider à explorer la signification qu'ils donnent à l'état de santé de leur proche hospitalisé.	1	2	3	4	5
A-4.	1	2	3	4	5	Les aider à explorer ce qui est important pour eux dans la vie.	1	2	3	4	5
A-5.	1	2	3	4	5	Les aider à identifier les conséquences de leurs comportements.	1	2	3	4	5
A-6.	1	2	3	4	5	Les aider à reconnaître des moyens pour résoudre efficacement leurs problèmes.	1	2	3	4	5
A-7.	1	2	3	4	5	Les aider à clarifier ce qu'ils aimeraient que les autres leur apportent.	1	2	3	4	5

79-B. À quel pourcentage estimez-vous le nombre de patients **INCONSCIENTS** dont vous avez pris soin au cours des 2 dernières semaines ? (Encerler le choix qui convient)

0% 1-24% 25-49% 50-74% 75-99% 100%

Avez-vous répondu à toutes les questions de cette page ?

SATISFACTION PROFESSIONNELLE

CONSIGNE

80-A Sur la ligne ici-bas, indiquez par un **trait vertical** votre **niveau de satisfaction professionnelle** au travail

Pas du tout satisfait

Extrêmement satisfait

CONSIGNE

Encerclez le chiffre correspondant à votre niveau d'accord ou de désaccord pour chacun des énoncés suivants en utilisant l'échelle ci-dessous

	1	2	3	4	5
	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	En accord	Fortement en accord
80. En général, j'ai le temps de veiller à ce que les soins d'hygiène de mes patients soient assurés.	1	2	3	4	5
81. Je considère que mon travail est plutôt déplaisant.	1	2	3	4	5
82. En général, j'ai assez de temps pour dispenser des soins de qualité aux patients.	1	2	3	4	5
83. J'ai plus de plaisir dans mon travail que dans mon temps libre.	1	2	3	4	5
84. À de nombreuses occasions, j'ai dû faire du temps supplémentaire pour terminer mes tâches administratives	1	2	3	4	5
85. À de nombreuses occasions, j'ai le sentiment d'être poussé dans le dos parce que je n'ai pas le temps de faire tout ce que je souhaite.	1	2	3	4	5
86. Je suis assez satisfait de mon emploi actuel.	1	2	3	4	5
87. Je ne suis pas satisfait du niveau de soins individualisés que je donne actuellement.	1	2	3	4	5
88. La plupart du temps, je dois me forcer à aller au travail.	1	2	3	4	5
89. Dans les circonstances actuelles, il est difficile de dispenser des soins de haute qualité.	1	2	3	4	5
90. Pour le moment, je suis satisfait de mon travail	1	2	3	4	5
91. Je n'aime absolument pas mon travail.	1	2	3	4	5
92. J'ai le sentiment d'être plus heureux que la plupart des gens.	1	2	3	4	5
93. La plupart du temps, je suis satisfait des soins que je donne au patient.	1	2	3	4	5

Avez-vous répondu à toutes les questions de cette page ?

CONSIGNE

Encercliez le chiffre correspondant à votre niveau d'accord ou de désaccord pour chacun des énoncés suivants en utilisant l'échelle ci-dessous

	1	2	3	4	5
	Fortement en désaccord	En désaccord	Indécis	En accord	Fortement en accord
94. En général, je suis enthousiasmé par mon travail.					1 2 3 4 5
95. Il m'est difficile de donner des soins qui répondent à mes critères de qualité.					1 2 3 4 5
96. J'aime davantage mon emploi que la plupart des travailleurs.					1 2 3 4 5
97. J'éprouve un véritable plaisir à faire mon travail.					1 2 3 4 5
98. Je regrette d'avoir choisi cet emploi.					1 2 3 4 5
99. Il y a certains aspects de mon travail qui pourraient être améliorés.					1 2 3 4 5
100. J'ai le sentiment d'avoir assez de temps pour effectuer les tâches administratives sans négliger les soins aux patients.					1 2 3 4 5
101. Je suis satisfait des soins techniques que je donne.					1 2 3 4 5
102. Je parviens à assurer le confort de mes patients.					1 2 3 4 5

En terminant, veuillez SVP fournir les informations qui suivent

NB : Votre questionnaire ne pourra être compilé si la section qui suit n'est pas complétée.

- 1) Quel est votre âge ? _____
- 2) Quel est votre sexe? (entourez) F M
- 3) Quelle est votre niveau de scolarité (plus haut diplôme obtenu) ?
 - 1. Secondaire
 - 2. Collégial (CEGEP)
 - 3. Baccalauréat
 - 4. Deuxième ou troisième cycle universitaire (maîtrise, doctorat)
 - 5. Autre (précisez) _____
- 4) Dans quel(s) site(s) – ou établissement(s) - travaillez-vous ?
 - Pavillon P [REDACTED]
 - Pavillon A [REDACTED]
 - Autres

Avez-vous répondu à toutes les questions de cette page ?

10

5) À quelle unité de la Direction des soins infirmiers appartenez-vous ? Veuillez cocher **qu'UN SEUL CHOIX** .

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 ^{er} étage PAP (18) | <input type="checkbox"/> Centre de stérilisation et distrib. (32) |
| <input type="checkbox"/> 2 ^e A (19) | <input type="checkbox"/> Clinique externes PP (33) |
| <input type="checkbox"/> 2 ^e C (20) | <input type="checkbox"/> Cliniques externes PAP (34) |
| <input type="checkbox"/> 2 ^e étage PAP (21) | <input type="checkbox"/> Équipe volante PP (35) |
| <input type="checkbox"/> 3 ^e A (22) | <input type="checkbox"/> Équipe volante PAP (36) |
| <input type="checkbox"/> 3 ^e C (23) | <input type="checkbox"/> Hémodialyse - Dialyse (37) |
| <input type="checkbox"/> 3 ^e F (24) | <input type="checkbox"/> Liste disponibilité PP (38) |
| <input type="checkbox"/> 4 ^e AC (25) | <input type="checkbox"/> Liste disponibilité PAP (39) |
| <input type="checkbox"/> 4 ^e D (26) | <input type="checkbox"/> Maternité et soins (40) |
| <input type="checkbox"/> 4 ^e DG / 3 ^e D (27) | <input type="checkbox"/> Salle d'opération (41) |
| <input type="checkbox"/> 4 ^e H (28) | <input type="checkbox"/> Soins intensifs PP (42) |
| <input type="checkbox"/> 5 ^e D (29) | <input type="checkbox"/> Soins intensifs PAP (43) |
| <input type="checkbox"/> Administration, orientation,
normalisation, bénévolat et
pastorale (30) | <input type="checkbox"/> Urgence PP (44) |
| <input type="checkbox"/> Centre des adolescents (31) | <input type="checkbox"/> Urgence PAP (45) |
| | <input type="checkbox"/> Autres : _____ (46) |

6) À quelle unité syndicale êtes-vous rattaché ? (selon les regroupements prévus à la Loi 30)

1. **Groupe 1** : personnel en soins infirmiers et des services cardio-respiratoires (infirmières bachelières, infirmières, infirmières auxiliaires, perfusionnistes, inhalothérapeutes, etc.).
2. **Groupe 2** : personnel para technique, des services auxiliaires et de métiers (préposés, employés de métier, assistants techniques, personnel des services alimentaires, auxiliaires, etc.).
3. **Groupe 3** : personnel de bureau et techniciens et professionnels rattachés à l'administration (personnel de bureau, personnel des services informatiques, préposés à l'accueil, à l'admission, aux archives, etc.).
4. **Groupe 4** : professionnels et techniciens de la santé (agents, professionnels, éducateurs, techniciens en diététique, éducation spécialisée, électrophysiologie, génie biomédical, technologues, travailleurs sociaux, etc.).
5. **Personnel non syndiqué**
6. **Personnel d'encadrement**

7) Quel est votre statut ?

- Temps complet régulier
- Temps partiel régulier
- Occasionnel

Avez-vous répondu à toutes les questions de cette page ?

8) Quel est votre quart de travail?

- Jour
- Soir
- Nuit
- Rotation / plus d'un quart de travail

9) Combien d'années de service avez-vous accumulées dans votre poste actuel ? _____

10) Combien d'années de service avez-vous accumulées à [REDACTED] ? _____

11) Combien d'années d'expérience avez-vous comme infirmière ou infirmier? _____

12) Commentaires et suggestions

Merci de votre collaboration !

SVP, retournez le questionnaire complété par courrier interne dans l'enveloppe pré-adressée à l'attention de Geneviève Roch, Direction des soins infirmiers (porte E-1020) au plus tard le LUNDI 1^{er} MAI 2006

Avez-vous répondu à toutes les questions de cette page ?

ANNEXE IV

Document adressé aux infirmières ayant pris part au pré-test

Chère collègue infirmière et cher collègue infirmier,

Je sollicite votre collaboration pour procéder au pré-test d'un questionnaire. Ce dernier servira à collecter des données pour une étude qui s'inscrit dans ma formation de doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal, sous la direction de M. Carl-Ardy Dubois, Ph.D. Cette étude a pour but d'expliquer l'impact du climat de travail sur les pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier.

Votre collaboration est de première importance pour s'assurer de la clarté du questionnaire et du temps nécessaire pour le compléter. Pour ce faire, vous êtes invité-e à compléter le questionnaire ci-joint en chronométrant le temps exact qui y est consacré et à nous faire part de tout commentaire concernant la clarté des indications et des énoncés dans le document intitulé « Procédure pour pré-test » qui suit cette lettre. Merci de retourner ce document complété par courriel d'ici le **vendredi 10 mars** et de remettre le questionnaire complété dans une enveloppe adressée à « Geneviève Roch, casier 58 » au secrétariat de la Faculté des sciences infirmières, local 2032 du Pavillon Marguerite d'Youville. Si cet endroit ne vous est pas accessible, merci de communiquer avec moi pour retourner le questionnaire par courrier postal ou autre.

Vous êtes évidemment libre de participer ou non à ce pré-test. **Les données et informations recueillies serviront uniquement à des fins de validation.** Soyez assuré-e qu'aucun répondant ne pourra à aucun moment être identifié par un tiers et que vos commentaires seront traités de manière anonyme. Pour toutes questions ou commentaires, n'hésitez pas à me joindre au 514-XXX-2222 poste 2187.

En collaborant à ce pré-test, votre contribution servira à la validation d'un questionnaire qui sera utilisé dans une étude qui permettra l'élaboration de recommandations visant l'amélioration du climat de travail, de la qualité des soins infirmiers et de la satisfaction professionnelle d'infirmières qui exercent, comme vous, en milieu hospitalier.

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration,

Geneviève Roch, inf. M.Sc. Ph.D. (Cand.)
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Centre FERASI
[REDACTED]
Téléphone : 514-XXX-2222 poste 2187

Carl-Ardy Dubois, Ph.D., Professeur adjoint
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Centre FERASI
[REDACTED]
Téléphone : 514-343-7293

Procédure pour pré-test

Première étape : temps nécessaire pour compléter le questionnaire

Dans un premier temps, vous êtes invité-e à compléter le questionnaire en **chronométrant le temps exact** qu'il vous a fallu et en l'indiquant ci-après.

Pour ceux et celles qui ont reçu le questionnaire par courriel, merci de le faire imprimer et de le compléter à la main.

Temps nécessaires pour compléter le questionnaire : _____minutes

Deuxième étape : validation linguistique de l'échelle de satisfaction professionnelle

Les énoncés 79 à 101 du questionnaire sont issus de la traduction d'une échelle de mesure en langue anglaise.

La présente étape consiste à s'assurer que les items 79 à 101 sont clairs et rédigés sans ambiguïté, dans un langage qui s'apparente bien à celui des infirmières soignantes en milieu hospitalier. Il vous est donc demandé d'indiquer dans le tableau ci-après:

- 1) Le(s) numéro(s) correspondant à ou aux item(s) que vous jugés ambigus;
- 2) D'expliquer pourquoi ils vous semblent ambigus;
- 3) De suggérer, si possible, une reformulation qui vous semblerait plus appropriée.

Numéro d'item ambigu	Pourquoi cet énoncé est ambigu ?	Comment suggérez-vous de reformuler l'énoncé ?

** SVP ajouter des lignes au besoin, ou poursuivez vos réponses sur la page de commentaire à la fin du présent document en indiquant « Pour validation linguistique des items 79 à 101 ».*

Suite à la rencontre du comité d'expert pour la traduction de l'échelle de satisfaction professionnelle, nous souhaitons aussi déterminer pour certains items quelle formulation vous apparaît la **plus claire** et la **plus adaptée au langage infirmier**.

Pour ce faire, SVP cocher la formulation qui vous semble la plus appropriée parmi les choix proposés (**choisir une seule formulation par item**):

A) Pour l'item 80, quelle est selon vous la formulation la plus appropriée ? :

- Je considère que mon travail est plutôt déplaisant
- Je considère que mon travail est plutôt désagréable

B) Pour l'item 81, quelle est selon vous la formulation la plus appropriée ? :

- En général, j'ai assez de temps pour dispenser des soins adéquats aux patients
- En général, j'ai suffisamment de temps pour dispenser des soins de qualité aux patients

C) Pour l'item 83, quelle est selon vous la formulation la plus appropriée ? :

- À de nombreuses occasions, j'ai dû faire des heures supplémentaires pour terminer mes tâches administratives
- À de nombreuses occasions, j'ai dû rester en temps supplémentaire pour terminer mes tâches administratives
- À de nombreuses occasions, j'ai dû faire du temps supplémentaire afin de terminer mes tâches administratives

D) Pour l'item 88, quelle est selon vous la formulation la plus appropriée ? :

- Dans les circonstances actuelles, il est difficile de dispenser des soins de haute qualité
- Dans les circonstances actuelles, il est difficile d'offrir des soins de haute qualité
- Dans les circonstances actuelles, il est difficile de fournir des soins de haute qualité

E) Pour l'item 93, quelle est selon vous la formulation la plus appropriée ? :

- Pendant la plupart de mes journées, je suis enthousiasmé par mon travail.
- En général, je suis enthousiasmé par mon travail.
- Habituellement, je suis enthousiasmé par mon travail.

F) Pour l'item 96, quelle est selon vous la formulation la plus appropriée ? :

- Je trouve un véritable plaisir dans mon travail
- J'éprouve un véritable plaisir à faire mon travail

G) Pour l'item 97, quelle est selon vous la formulation la plus appropriée ? :

- Je regrette d'avoir opté pour cet emploi
- Je regrette d'avoir choisi cet emploi

H) Pour l'item 101, quelle est selon vous la formulation la plus appropriée ? :

- Je parviens à assurer le confort de mes patients
- Je suis capable d'assurer le confort de mes patients

Si vous avez d'autres suggestions de formulation, pour l'un ou l'autre de ces items, merci de les indiquer dans le tableau précédent (p.2) ou sur les lignes ici-bas. Compléter en page 6 au besoin.

Troisième étape : commentaires sur le questionnaire dans son ensemble

Cette troisième et dernière étape consiste à nous indiquer vos suggestions et recommandations pour améliorer l'ensemble du questionnaire. Voici quelques questions pour aider à orienter votre réflexion, sentez vous à l'aise de poursuivre vos commentaires à la fin du présent document (p.6) en indiquant « Troisième étape » et le numéro de la question:

- 1- Trouvez-vous que les items de la section sur les pratiques relationnelles de soin (items 61 à 78) sont adaptés à vos fonctions d'infirmière soignante? Merci de préciser dans quel(s) domaine (s) vous exercer actuellement (ex : cardiologie, chirurgie, oncologie, urgence, soins intensifs, psychiatrie, etc.)

- 2- Si certains items de la section sur les pratiques relationnelles de soin (items 61 à 78) ne sont pas adaptés à vos fonctions d'infirmière soignante, expliquer pourquoi et suggérer une formulation pour les adapter dans le tableau ci-après.

Numéro d'item	Pourquoi cet item n'est pas adapté ?	Comment suggérez-vous de reformuler l'énoncé pour l'adapter ?

- 3- Est-ce que les 2 lettres de présentation du questionnaire sont claires ? Est-ce qu'elles sont formulées de manière à « motiver » les infirmières à compléter le questionnaire?

- 4- Est-ce que la présentation du questionnaire est adéquate (ex : disposition des items, séparation des sections, continuité entre les sections)? Auriez-vous des suggestions pour l'améliorer?

- 5- Est-ce que l'énoncé pour l'échelle visuelle analogue relative à la satisfaction professionnelle (première partie de la section satisfaction professionnelle) était clair?

- 6- Est-ce que les consignes pour chacune des sections étaient claires? Auriez-vous des suggestions pour les améliorer, le cas échéant ?

Merci de poursuivre à la page suivante (page 6) pour indiquer tout autre commentaire ou compléter un commentaire portant sur l'une ou l'autre des étapes de ce pré-test.

SVP retourner ce document complété par courriel à [REDACTED]

ET

Communiquer avec moi par courriel [REDACTED] téléphone (514-XXX-2291 ou 514-XXX-2222 poste 2187) pour que je puisse prendre des dispositions avec vous pour le retour du questionnaire complété à la main OU confirmez-moi par courriel que vous l'avez remis dans une enveloppe adressée à « Geneviève Roch, casier 58 » au secrétariat de la Faculté des sciences infirmières, local 2032 du Pavillon Marguerite d'Youville.

ANNEXE V

Document adressé aux chefs d'unités ayant pris part au pré-test

Bonjour,

Je sollicite votre collaboration pour procéder au pré-test d'une échelle de mesure. Cette dernière servira à collecter des données pour une étude qui s'inscrit dans ma formation de doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal, sous la direction de M. Carl-Ardy Dubois, Ph.D. Cette étude, qui se tiendra à l'hôpital X, a pour but d'expliquer l'impact du climat de travail sur les pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes.

Votre collaboration est de première importance pour s'assurer que les énoncés de cette échelle sont clairs et adaptés au rôle et fonctions des infirmières qui exercent dans vos unités. Pour ce faire, vous êtes invités-es à nous faire part de tous commentaires et suggestions concernant la clarté des énoncés et les spécificités dont il faudrait tenir compte pour adapter cette échelle aux pratiques relationnelles de soin des infirmières qui travaillent sur vos unités en complétant le « Document Pré-test » joint à cette lettre. Merci de retourner vos commentaires par courrier interne dans l'enveloppe ci-jointe d'ici le **jeudi 9 mars**.

Vous êtes évidemment libre de participer ou non à ce pré-test. **Les données et informations recueillies serviront uniquement à l'adaptation de cette échelle.** Soyez assuré-e que vos commentaires seront traités de manière confidentielle. Pour toutes questions ou commentaires, n'hésitez pas à me joindre au 514-XXX-2222 poste 2187.

En collaborant à ce pré-test, votre contribution servira à l'adaptation d'une échelle de mesure qui sera incluse au questionnaire utilisé dans une étude qui permettra l'élaboration de recommandations visant l'amélioration du climat de travail, de la qualité des soins infirmiers et de la satisfaction professionnelle des infirmières qui exercent en milieu hospitalier.

Je vous remercie à l'avance de votre précieuse collaboration,

Geneviève Roch, inf. M.Sc. Ph.D. (Cand.)
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Centre FERASI
Courriel : [REDACTED]
Téléphone : 514-XXX-2222 poste 2187

Carl-Ardy Dubois, Ph.D., Professeur adjoint
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Centre FERASI
Courriel [REDACTED]
Téléphone : 514-343-7293

Document Pré-test

Consignes :

Veillez d'abord prendre connaissance de chacun des items de l'échelle sur les pratiques relationnelles de soin consignée aux pages 5 et 6 du présent document.

Ensuite veuillez répondre aux questions suivantes. Si vous souhaitez me faire part de d'autres commentaires / suggestions ou que vous manquez d'espace, veuillez compléter à la page 4 en indiquant la question à laquelle se rapportent votre commentaire/ suggestion, le cas échéant.

- 7- Indiquez le(s) domaine(s) dans lequel(s) les infirmières qui travaillent sur votre ou vos unité(s) exercent (ex : cardiologie, chirurgie, urgence, soins intensifs, psychiatrie, etc.)

- 8- Trouvez-vous que les items de la section sur les pratiques relationnelles de soin (items 61 à 78) sont adaptés aux fonctions des infirmières soignantes qui exercent sur votre ou vos unité(s) ?

- 9- Si certains items de la section sur les pratiques relationnelles de soin (items 61 à 78) ne sont pas adaptés aux rôles et fonctions des infirmières qui exercent sur votre ou vos unité(s), identifiez leur numéro, expliquez pourquoi et suggérez une formulation qui pourrait aider à mieux les adapter dans le tableau ci-après.

Numéro d'item	Pourquoi cet item n'est pas adapté ?	Comment suggérez-vous de reformuler l'énoncé pour l'adapter ?

10- Est-ce qu'il y a des items que vous ne trouvez pas clair ? Oui Non

Si oui, identifiez le numéro des items ambigus, expliquez pourquoi ils le sont et suggérez une formulation qui pourrait aider à les améliorer dans le tableau ci-après.

Numéro d'item	Pourquoi cet énoncé n'est pas clair?	Comment suggérez-vous de reformuler l'énoncé pour le rendre plus clair?

Merci de poursuivre à la page suivante (page 4) pour indiquer tout autre commentaire ou compléter un commentaire portant sur l'une ou l'autre des questions de ce pré-test.

Merci de votre collaboration !

SVP retourner ce document complété par courrier interne dans l'enveloppe ci-jointe pré-adressée au nom de Geneviève Roch, Direction des soins infirmiers (local E-1020) avant le jeudi 9 mars

ANNEXE VI

Formulaire de consentement : Volet qualitatif

Titre de l'étude : Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier

Chercheurs : Geneviève Roch inf., M.Sc., Ph.D. (Candidate) Sciences infirmières,
profil administration des services infirmiers
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Téléphone : 514-XXX-2222 poste 2187
514-XXX-2291

Carl-Ardy Dubois, Ph.D. Administration de la santé
Professeur adjoint
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Téléphone : 514-343-7293

Organismes de subvention : Centre FERASI (IRSC, FCRSS) en partenariat avec l'hôpital X et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

INFORMATION

1. Nature et objectif de l'étude

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche doctoral appliqué à l'administration des services infirmiers. Dans ce contexte, nous souhaitons recruter des personnes qui exercent à l'hôpital X pour mieux expliquer l'impact du climat de travail sur les pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes. Nous sollicitons ainsi votre participation pour participer à cette recherche pour laquelle un total de 15 à 18 personnes seront recrutées.

Votre coopération est précieuse pour nous. Elle permettra d'expliquer le phénomène à l'étude à partir de la perspective de différentes personnes qui collaborent ou ont une influence directe sur les soins infirmiers prodigués aux patients. Les informations que nous recueillerons auprès de vous permettront de comprendre l'impact du climat de travail sur la dimension relationnelle des soins infirmiers et la satisfaction professionnelle des infirmières, de manière à soumettre des recommandations pouvant aider à l'amélioration de la qualité des soins et de votre environnement de travail.

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Si vous acceptez de participer à cette recherche, nous vous inviterons à prendre part à une entrevue individuelle qui durera une heure et qui se déroulera à un moment qui vous conviendra. Cette entrevue vise à recueillir votre perspective quant à l'impact du climat

organisationnel sur les pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle des infirmières. Une synthèse des conclusions des analyses de l'ensemble des entrevues vous sera aussi envoyée par courrier interne au cours des prochains mois pour que vous puissiez nous faire part d'éventuels commentaires.

3. Désagréments

L'inconvénient lié à cette recherche est le temps qui vous est demandé pour participer à l'entrevue et celui que vous investirez pour nous faire part de vos commentaires concernant les conclusions qui vous seront acheminées.

4. Bénéfices et avantages

Vous ne retirerez évidemment pas d'avantages directs en participant à cette recherche. Toutefois, cette recherche permettra dans l'avenir d'informer les décideurs de votre établissement des éléments de votre environnement de travail qui pourraient avoir un impact sur la dimension relationnelle des soins infirmiers et la satisfaction professionnelle des infirmières soignantes. Vous aurez ainsi contribué à des recommandations visant la qualité des soins et un environnement de travail optimal.

5. Confidentialité

L'information recueillie auprès de vous restera confidentielle. L'entrevue sera enregistrée sur une cassette audio (ou enregistrement audionumérique) qui sera retranscrite. La cassette (ou l'enregistrement audionumérique) sera conservée sous clé dans le bureau de recherche et elle sera détruite lorsque la recherche sera terminée. La transcription de l'entrevue sera anonyme. Une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital X peut avoir accès aux données sur demande, pour fins de vérification, mais elle ne pourra pas identifier l'identité des participants-es à la recherche. Les résultats pourront être présentés à des congrès ou publiés, mais encore là, il sera impossible d'identifier le nom des participants-es.

6. Participation volontaire et retrait de l'étude

Vous êtes tout à fait libre de participer ou non à cette recherche. De plus, vous pourrez refuser de répondre à certaines questions, et vous pourrez aussi mettre fin à ces activités de collecte d'information à n'importe quel moment et ce, sans aucun préjudice.

7. Indemnisation en cas de préjudice

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement impliqués de leurs responsabilités légales et professionnelles.

8. Personnes à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps Geneviève Roch au 514-XXX-2222 poste 2187.

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participant à une recherche, ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec la direction générale de l'hôpital au 514-XXX-2222, poste 3581.

CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier

Je _____ consens à participer à la recherche portant sur l'impact du climat de travail sur les pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes. Ma participation consiste à une entrevue d'une durée d'une heure (60 minutes) et une validation écrite des conclusions qui en seront tirées après analyse.

Je comprends que les données recueillies demeureront confidentielles, que l'entrevue sera enregistrée sur cassette et enregistrement audionumérique conservés sous clé par le chercheur, que ces cassettes et enregistrements audionumériques seront détruits à la fin de la recherche et que mon nom n'apparaîtra pas sur la transcription de ces enregistrements.

Je comprends que je serai libre de me retirer à tout moment de l'entrevue et de ne pas répondre à certaines questions posées au cours de cette entrevue.

Je comprends que si j'ai des questions concernant la recherche, je peux appeler Geneviève Roch au numéro (514) XXX-2222 poste 2187 et que celle-ci répondra dans les plus brefs délais.

Je comprends qu'en signant ce document, il est entendu que je ne renonce nullement à mes droits. De plus, je recevrai une copie signée de ce formulaire.

Signature

Date

Prénom et nom du participant (lettres moulées)

Signature

Date

Prénom et nom du chercheur (lettres moulées)

ANNEXE VII

Certificat d'éthique

APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE

TITRE: Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu hospitalier

- *Version janvier 2006*
- *Questionnaire*
- *Lettres d'information (3) et de rappel (1)*
- *Grille d'entretien*

LIEU :

CHERCHEUR(S) : Geneviève Roch, inf. Ph. D. (cand.), Carl-Ardy Dubois, Ph. D.

PROVENANCE DES FONDS : Centre FERASI (IRSC et FCRSS) en partenariat avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le FRSQ

PROBLÉMATIQUE et OBJECTIF DE L'ÉTUDE : Cette étude consiste à examiner comment le climat organisationnel influence les pratiques de soin relationnelles privilégiées et actuelles et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes exerçant dans un hôpital de soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés du Québec

TYPE DE RECHERCHE : Organisationnelle

ADMISSIBILITÉ DES SUJETS : Infirmières soignantes de l'hôpital et informateurs clés qui ont une influence proximale sur les soins directs au patient (infirmières auxiliaires, préposés, infirmières-chefs, assistantes infirmières-chef, infirmières conseillères)

CONSÉQUENCES ÉTHIQUES : Liberté de participer : oui Consentement éclairé : oui
Confidentialité : oui Liberté d'en sortir sans contrainte : oui

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT :

Requis : oui (version initiale du 28 février 2006)
Approuvé: oui Le 1er mars 2006

NUMÉRO DE CODE : C.E. 2006-02-04

DATE DE L'ÉTUDE PAR LE COMITÉ : 20 février 2006 (séance plénière)

- 5 février 2007 (renouvellement)

MEMBRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE ET DE L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES DE LA SANTÉ

AVIS FAVORABLE :

Dre Chantal Lambert, scientifique non médecin, présidente
Me Chantal Roy, juriste
Mme Marie-France Thibaudeau, scientifique non médecin, vice-présidente int.
M. Guy Beaugard, personne spécialisée en éthique
Dr Marcel Boulanger, membre non affilié représentant la collectivité
Mme Henriette Bourassa, membre non affilié représentant la collectivité
Mme Nathalie Demers, scientifique non médecin
Dr Razvan Diaconescu, scientifique médecin
Dre Jadranka Spahija, scientifique non médecin
Dr Colin Verdant, scientifique médecin

Marie-France Thibaudeau

N.B. : Le Comité d'éthique de la recherche de l'IRSC/CIHR poursuit ses activités en accord avec *Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada)* et tous les règlements applicables

Cette approbation est valable pour une période d'un an seulement. Une demande de renouvellement doit être faite après cette période.

ANNEXE VIII

Données descriptives et comparatives relatives au climat organisationnel et à ses dimensions composites

Tableau XXXVIII

Moyennes et écarts-types du climat global et des 4 dimensions présentant des différences en en fonction des Pavillons

	Rôle			Supérieur			Équipe			Organisation			Climat (Global)		
	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n
Pavillons															
Pavillons A	2,88	0,603	250	2,88	0,888	251	3,24	0,854	251	2,25	0,678	251	3,05	0,526	251
Pavillons B	3,63	0,570	40	3,27	0,853	40	4,07	0,657	40	3,00	0,722	40	3,59	0,532	40

Tableau XXXXV

Analyse de variance du climat organisationnel en fonction des unités de soins

Variables	ddl	F	p
Climat (Global)	(4, 286)	13,69	< 0,001
Tâche	(4, 285)	0,60	0,663
Rôle	(4, 285)	15,29	< 0,001
Supérieur	(4, 285)	7,96	< 0,001
Équipe	(4, 286)	10,37	< 0,001
Organisation	(4, 286)	16,16	< 0,001

Tableau XL

Moyennes et écarts-types du climat global et des 4 dimensions présentant des différences significatives en fonction des regroupements d'unités

	Climat (Global)			Rôle			Supérieur			Équipe			Organisation		
	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n	\bar{x}	s	n
Unités de soins															
Chirurgie	3,26	0,56	60	3,03	0,61	60	3,36	0,87	60	3,31	0,95	60	2,53	0,70	60
Médecine	2,95	0,49	64	2,81	0,59	64	2,70	0,78	64	3,14	0,79	64	2,14	0,68	64
Soins critiques	2,99	0,47	85	2,87	0,59	84	2,71	0,86	84	3,30	0,79	85	2,10	0,60	85
Équipe volante	3,04	0,57	39	2,83	0,62	39	2,87	0,90	39	3,19	0,85	39	2,39	0,74	39
Psychiatrie	3,62	0,52	40	3,65	0,55	40	3,27	0,85	40	4,12	0,64	40	3,04	0,70	40

ANNEXE IX Tableau XLI

Tableau XLI

Matrice de corrélations entre les variables de contrôle et les variables explicatives à introduire dans les équations de régressions des PRS Privilégiées, des PRS Actuelles et d'Écart de PRS

	VD-A	VD-B	VD-C	1	2	3	4	5	6	7	7A	7B	7C	7D	7E
VD-A :PRS Privilégiées	1														
VD-B :PRS actuelles	0,29***	1													
VD-C :Écart PRS	0,37***	-0,78***	1												
1. Années hôpital	-0,01	0,05	-0,05	1											
2. U. Chir.	0,121*	-0,025	0,103	-0,04	1										
3. U. Méd.	-0,12*	-0,05	-0,03	0,14*	-0,27***	1									
4. U. EV	-0,03	0,01	-0,02	-0,12*	-0,20**	-0,21***	1								
5. U. Psy.	0,12*	0,35***	-0,27***	0,075	-0,21***	-0,22***	-0,16**	1							
6. Conscients vs % inconscients	0,01	0,17**	-0,16**	0,10	-0,13*	0,23***	-0,02	0,30***	1						
7. Climat Global	0,17**	0,45***	-0,34***	-0,09	0,12*	-0,17**	-0,06	0,35***	0,19**	1					
7A. Climat - Tâche	0,23***	0,21***	-0,09	-0,08	0,08	-0,04	-0,05	0,01	0,04	0,59***	1				
7B. Climat - Rôle	0,08	0,42***	-0,36***	-0,11	0,03	-0,15**	-0,10	0,40***	0,25***	0,78***	0,35***	1			
7C. Climat- Supérieur	0,13*	0,33***	-0,25***	-0,01	0,24***	-0,15*	-0,03	0,15*	0,10	0,81***	0,37***	0,52***	1		
7D. Climat - Équipe	0,10	0,32***	-0,26***	-0,05	-0,03	-0,14*	-0,08	0,35***	0,14*	0,77***	0,41***	0,52***	0,42***	1	
7E. Climat - Organisation	0,15*	0,40***	-0,29***	-0,13*	0,11	-0,167**	0,01	0,37**	0,17**	0,83***	0,35***	0,58***	0,67***	0,50***	1

*p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001 N varie de 280 à 292. Pour les relations entre variables continues (VD-A, VD-B, VD-C, 1, 7, 7A-7E), des coefficients de Pearson sont rapportés, pour celles entre variables continues et dichotomiques (2-6) ce sont des coefficients point-biserial et pour celles entre les variables dichotomiques ce sont des coefficients Phi.

ANNEXE X Tableau XLII

Tableau XLII

Matrice de corrélation entre les variables de contrôle et les variables explicatives à introduire dans les équations de régression de satisfaction

	VD	1	2	3	4	5	6	7	7A	7B	7C	7D	7E	8A	8B
VD : SP	1														
1. Années hôpital	-0,14*	1													
2. U. Chir.	-0,03	-0,04	1												
3. U. Med.	-0,21***	0,14*	-0,27***	1											
4. U. EV	-0,07	-0,12*	-0,20**	-0,21***	1										
5. U. Psy.	0,36***	0,08	-0,21***	-0,22***	-0,16**	1									
6. Conscients vs % inconscients	0,19**	0,10	-0,13*	0,23***	-0,02	0,30***	1								
7. Climat global	0,67***	-0,09	0,12*	-0,17**	-0,06	0,35***	0,19**	1							
7A. Climat Tâche	0,34***	-0,078	0,08	-0,04	-0,05	0,01	0,04	0,59***	1						
7B. Climat Rôle	0,69***	-0,11	0,03	-0,15**	-0,10	0,40***	0,25***	0,78***	0,35***	1					
7C. Climat Supérieur	0,47***	-0,01	0,24***	-0,15*	-0,03	0,15*	0,10	0,81***	0,37***	0,52***	1				
7D. Climat Équipe	0,51***	-0,05	-0,03	-0,14*	-0,08	0,35***	0,14*	0,77***	0,41***	0,52***	0,42***	1			
7E. Climat Organisation	0,56***	-0,13*	0,11	-0,17**	0,01	0,37***	0,17**	0,83***	0,35***	0,58***	0,67***	0,50***	1		
8A. PRS actuelles	0,54***	0,05	-0,03	-0,05	0,01	0,35***	0,17**	0,45***	0,21***	0,42***	0,33***	0,32***	0,40***	1	
8B. Écart PRS	-0,49***	-0,05	0,10	-0,03	-0,02	-0,27***	-0,16**	-0,34***	-0,09	-0,36***	-0,25***	-0,26***	-0,29***	-0,78***	1

*p < 0,05. **p < 0,01. ***p < 0,001 N varie de 280 à 292. Pour les relations entre variables continues (VD, 1, 7, 7A-7E, 8A-8B), des coefficients de Pearson sont rapportés, pour celles entre variables continues et dichotomiques (2-6) ce sont des coefficients point-biserial et pour celles entre les variables dichotomiques ce sont des coefficients Phi.

ANNEXE XI

Éléments contextuels relatifs aux unités de soins sélectionnées

UNITE DE MEDECINE – PAVILLON A			
Nombre de patients sur l'unité : 31			
Type d'organisation des soins : Organisation du travail équipe où l'infirmière auxiliaire a ses patients et l'infirmière doit en assurer l'évaluation. Chaque équipe compte 1 infirmière, 1 infirmière auxiliaire et 1 PAB. Particularité : De soir, soins intégraux pour 7 des 31 patients			
Type de notes infirmière, outil de collecte :			
<ul style="list-style-type: none"> - Profil de santé - Suivi systématique - Notes d'infirmières/auxiliaires abrégées - Cardex (contient le plan de soins/interventions infirmière) - Formulaire d'administration des médicaments (FADM) 			
Catégories d'emploi et nombre de postes associés pour chaque quart de travail :			
	Jour	Soir	Nuit
Nbre d'infirmières	3	3	3 (2 depuis mars 2007)
Nbre d'infirmières auxiliaires	4	2	0
Nbre de PAB	4	2	2
AIC	1	1	1
Ratio patients / soignant pour chaque quart de travail			
Nbre pts / infirmière	9 à 12 en équipe	12 en équipe et 7 en soins intégral	9 à 10 en équipe
Nbre pts/ infirmière auxiliaire	7 à 8 en équipe	12 en équipe	N/A
Nbre pts/ PAB	7 à 8 en équipe	31 en équipe	31 en équipe
AIC	0	0	10 (7 depuis 03/2007)
Infirmière de formation universitaire : Jour 0 ; Soir 1 ; Nuit 0			

UNITE DE CHIRURGIE – PAVILLON A			
Nombre de patients sur l'unité : 47 plus une « aire de débordement » de 5 patients			
Type d'organisation des soins :			
JOUR : Soins modulaire dans lesquels l'infirmière fonctionne en triade avec l'infirmière auxiliaire et le PAB.			
SOIR : Système en équipe dans lequel l'infirmière auxiliaire et l'infirmière se partagent les patients, plutôt que de se partager les soins pour l'ensemble des patients dont l'équipe est responsable.			
NUIT : Soins intégraux avec adaptation de soins en équipe si présence d'une infirmière auxiliaire.			
Type de notes infirmière, outils de collecte :			
<ul style="list-style-type: none"> - Profil de santé - Suivi systématique - Notes d'observation de l'infirmière 			

<ul style="list-style-type: none"> - Cardex (contient le plan de soins/interventions infirmière) - Feuille de rapport au cardex - Feuille de rapport de l'AIC - Feuille orange complétée par l'AIC pour résumé les événements cliniques de la journée - Formulaire d'administration des médicaments (FADM) 			
Catégories d'emploi et nombre de postes associés pour chaque quart de travail :			
	Jour	Soir	Nuit
Nbre d'infirmières	6 (+ 1 si débordement)	5 (+ 1 si débordement, mais habituellement couvert par 5 de base)	5 (En réalité, seuls 4 sont comblés)
Nbre d'infirmières auxiliaires	6	2	0 (Réalité 1) (+ 1 si débordement)
Nbre de PAB	6 (+1 si débordement)	4 (+ 1 si débordement)	3
AIC	1	1	1
Ratio patients / soignant pour chaque quart de travail			
Nbre pts / infirmière	8 en soins modulaire	8 à 12 en équipe	9 à 10 en soins intégraux ou en équipe
Nbre pts/ infirmière auxiliaire	8 en soins modulaire	11 à 12 en équipe	12 en équipe
Nbre pts/ PAB	8 en soins modulaire	11 à 12 en équipe	15 en équipe
AIC	0	0	0
Infirmière de formation universitaire : Jour : 0 ; Soir : 0 ; Nuit : 2			

UNITE DE PSYCHIATRIE – PAVILLON B			
Nombre de patients sur l'unité : 28 avec 2 ailes (postes)			
Type d'organisation des soins : Soins globaux			
Type de notes infirmière, outil de collecte :			
<ul style="list-style-type: none"> - Profil de santé (complété par infirmières du quart de soir) - Cheminement critique (suivi systématique pour chaque programme clientèle) - Plan d'intervention interdisciplinaire (complété par infirmières du quart de jour) - Plan de soins infirmiers (complété par infirmières du quart de soir) - Notes d'observation avec coche pour besoins de base (hygiène, alimentation) - Formulaire d'administration des médicaments (FADM) 			
Catégories d'emploi et nombre de postes associés pour chaque quart de travail :			
	Jour	Soir	Nuit
Nbre d'infirmières	3	2	
Nbre d'infirmières bachelières	3	2	1
Nbre de PAB	1	1	1
AIC	1	1	1
Ratio patients / soignant pour chaque quart de travail			
Nbre pts / infirmière	6	7	
Nbre pts/ infirmière bachelière	5	6	14
Nbre pts/ PAB	28	28	28
AIC	0	2	14