

Université de Montréal

L'engagement au développement professionnel des infirmières œuvrant en
centre hospitalier universitaire : une étude qualitative descriptive.

par

Elizabeth Arpin

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès sciences (M.Sc.) en sciences infirmières
Option : Administration des services infirmiers

Janvier 2016

©Elizabeth Arpin, 2016

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'engagement au développement professionnel des infirmières œuvrant en
centre hospitalier universitaire : une étude qualitative descriptive.

Présenté par :

Elizabeth Arpin

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Kelley Kilpatrick, Ph.D.

Présidente-rapporteuse

Carl-Ardy Dubois, Md, Ph.D.

Directeur de recherche

Marie-Pascale Pomey, Md, Ph.D.

Membre du jury

Résumé

Le développement professionnel (DP) des infirmières est essentiel et déterminant dans l'obtention d'une meilleure qualité de soins. Pour se réaliser, le développement professionnel nécessite un engagement individuel des infirmières elles-mêmes. Or, une disparité est observée en centre hospitalier universitaire (CHU) entre la volonté exprimée par les infirmières de poursuivre leur DP et leur assiduité dans les activités de développement offertes par les organisations. L'objectif de cette étude qualitative est de décrire la perception des infirmières œuvrant en CHU (n=8) en regard des facteurs organisationnels susceptibles de favoriser leur engagement à poursuivre leur développement professionnel. Cette analyse a été effectuée à partir de huit entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès d'infirmières œuvrant dans le secteur de chirurgie du CHU Sainte-Justine. Les résultats démontrent que de nombreux facteurs organisationnels et individuels. Les principaux facteurs influant sur l'engagement des infirmières sont : a) un environnement favorable au DP; b) l'accessibilité au DP et; c) des modalités de DP variées. Les modalités les plus favorables sont celles favorisant leur autonomie et incitant leur implication. En conclusion, pour obtenir un maximum d'engagement des infirmières, les organisations doivent présenter une offre de DP variée et structurée, répondant aux besoins professionnels des infirmières, tout en mitigeant l'impact des contraintes liées à leur fonction et à leur vie personnelle.

Mots clés : Développement professionnel, facteurs organisationnels, engagement, stratégies

Abstract

Registered nurses' (RN) professional development (PD) is decisive in obtaining better quality of care and patient outcomes. To achieve professional development, nurses require to be engaged at an individual level. Yet, a disparity is observed within university health centers (UHC) between the nurses' uttered willpower to pursue their PD, and their diligence to attend PD opportunities offered by the organizations. A qualitative study aimed at describing, within UHC, the nurses' perception (n=8) towards organizational factors susceptible to favor their engagement in continuing their PD. Eight individual semi-structured interviews were performed with RN working within the surgical department at Sainte-Justine UHC. The results reveal that nurses are influenced by a great numbers of organizational and individual factors. The main factors influencing nurses' engagement towards their PD: a) a favorable work environment; b) accessibility to PD; c) varied PD opportunities. Favorable opportunities are those appealing to their autonomy and inciting their involvement. In conclusion, organizations ought to present a varied and structured PD offer, meeting the nurses' professional needs, while mitigating the impact of their job and personal constraints.

Key words: Professional development, engagement, organizational factor, opportunities

Table des matières

| | |
|--|-------------|
| <i>Résumé</i> | <i>iii</i> |
| <i>Abstract</i> | <i>iv</i> |
| <i>Liste des tableaux</i> | <i>vii</i> |
| <i>Liste des figures</i> | <i>viii</i> |
| <i>Liste des abréviations</i> | <i>ix</i> |
| <i>Remerciements</i> | <i>x</i> |
| | |
| CHAPITRE I : Problème | 1 |
| But de la recherche | 5 |
| Question de recherche | 6 |
| | |
| CHAPITRE II : Recension des écrits | 7 |
| Le concept du développement professionnel | 8 |
| Définitions..... | 9 |
| Bases théoriques..... | 11 |
| Modalités de développement professionnel..... | 15 |
| Activités individuelles | 15 |
| Activités collectives..... | 21 |
| Le concept d'engagement au développement professionnel | 27 |
| Définitions..... | 27 |
| Facteurs | 30 |
| Cadre de référence | 38 |
| | |
| CHAPITRE III : Méthodologie | 42 |
| Devis de l'étude | 43 |
| Milieu de l'étude..... | 44 |
| Échantillonnage | 46 |
| Collecte de données..... | 48 |
| Analyse des données | 51 |
| Critères de rigueur scientifique | 53 |
| Considérations éthiques | 55 |
| | |
| CHAPITRE IV : ARTICLE SCIENTIFIQUE | 58 |
| Contribution de l'étudiante | 59 |
| Page titre..... | 60 |
| Résumé | 61 |
| Abstract..... | 62 |
| Présentation sommaire des résultats..... | 70 |
| Discussion | 80 |
| Implication pour la recherche..... | 88 |
| Recommandations | 89 |
| Forces et limites de l'étude..... | 90 |
| Conclusion..... | 91 |

| | |
|------------------------|-----------|
| RÉFÉRENCES..... | 92 |
|------------------------|-----------|

| | |
|---|-----------|
| ANNEXES..... | 98 |
| Annexe A : Protocole téléphonique..... | 98 |
| Annexe B : Annonce de l'étude | 99 |
| Annexe C : Formulaire de consentement | 100 |
| Annexe D : Questionnaire sociodémographique..... | 106 |
| Annexe E : Guide d'entretien..... | 108 |
| Annexe F : Journal des codes..... | 110 |
| Annexe G : Compléments de vignettes tirées des verbatim | 112 |

Liste des tableaux

Tableau I : Facteurs de l'Engagement au Développement Professionnel 36

Article scientifique

Tableau I : Description des Participantes à l'Étude 67

Tableau II : Modalités de Développement Professionnel favorisant l'Engagement des Infirmières 77

Liste des figures

Figure 1 : 1^{ère} Adaptation du Modèle d'Engagement au Développement Professionnel..... 37

Article scientifique

Figure 1 : Adaptation finale du Modèle d'Engagement au Développement Professionnel..... 87

Liste des abréviations

| | |
|----------|--|
| AIC : | Assistante infirmière-chef |
| ASDT : | Approche systématique de développement des talents |
| ASO : | Apprentissage sur ordinateur |
| CCSI : | Cadre conseil en soins infirmiers |
| CEPI : | Candidate à l'exercice de la profession infirmière |
| CÉR : | Comité d'éthique à la recherche |
| CHU : | Centre hospitalier universitaire |
| CCSI : | Cadre conseil en soins infirmiers |
| CHUSJ : | Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine |
| CSI : | Conseillère en soins infirmiers |
| DH : | Développement humain |
| DP : | Développement professionnel |
| DSI : | Direction des soins infirmiers |
| FC : | Formation continue |
| FIOH: | Finnish Institute of Occupational Health |
| FSI: | Faculté des sciences infirmières |
| IA: | Infirmière auxiliaire |
| IP : | Investigatrice principale |
| IPA : | Infirmière en pratique avancée |
| MÉLÉPI : | Modèle éventail de l'étendue de la pratique infirmière |
| MSSS : | Ministère de la santé et des services sociaux |
| OAD : | Objectif d'apprentissage et de développement |
| OIIQ : | Ordre des infirmières et infirmiers du Québec |
| ONU : | Organisation des Nations Unies |
| PAB : | Préposé aux bénéficiaires |
| PBDP : | Pratique basée sur des données probantes |
| PCP : | Psychologie du construit personnel |
| UdeM : | Université de Montréal |

Remerciements

Je désire exprimer ma profonde reconnaissance à mon directeur de recherche, Dr Carl-Ardy Dubois, Md, Ph.D., professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'université de Montréal. Son grand intérêt et expertise envers les organisations du système de santé, sa rigueur et sa connaissance profonde des processus de recherche m'ont inspirée et guidée dans la réalisation de ce mémoire.

Je désire également exprimer ma profonde gratitude à Mme Renée Descôteaux, Directrice des soins infirmiers, et M. Claude Fortin, Codirecteur exécutif des soins académiques du CHU Sainte-Justine, pour avoir cru en ce projet et l'avoir appuyé sans réserve. Merci particulièrement à Mme Isabelle Grenier pour m'avoir transmis sa passion du développement professionnel et son envie de le favoriser, semant ainsi les premières graines de ce beau projet.

Je veux aussi remercier Mmes Josée Arpin et Lucie Thibault, chefs des unités du secteur de chirurgie, pour avoir appuyé ce projet et collaboré avec enthousiasme au recrutement des participantes à l'étude. Merci particulièrement aux infirmières œuvrant dans ce secteur, pour tant de générosité, d'authenticité et de transparence dans leur participation lors des entretiens.

Enfin, je remercie chaleureusement mon conjoint Jean-Claude ainsi que mes parents Jean et Nicole, de m'avoir encouragée et soutenue tout au long de mes études. Merci Jean-Claude pour ton amour, ta patience et ta motivation. Merci Papa et Maman pour les nombreux jours de gardiennage et la foi absolue en ma réussite. Finalement, merci à mes trésors Émilie, Antoine et Étienne, pour avoir partagé votre maman avec ses ambitions pendant les toutes premières années de vos petites vies.

CHAPITRE I

PROBLÈME

Au Québec comme ailleurs, la qualité des soins et l'obtention de meilleurs résultats cliniques chez les patients sont au centre des préoccupations actuelles de gestion des établissements de santé et sont à la source de nombreux programmes d'amélioration de la qualité et de la performance (Morgan, Lahman, & Hagstrom, 2006; Tashiro et al., 2013). Plusieurs travaux soulignent depuis longtemps le lien déterminant entre le développement professionnel (DP) des infirmières¹ et une meilleure qualité des soins, reconnaissant leur rôle de pivot auprès des patients ainsi que d'interface entre ces derniers et le système médico-administratif (Clark et al., 2009; Larue, Dubois, Girard, Goudreau, & Dumont, 2013; Phaneuf, 2005; Tashiro et al., 2013). Compris ici comme un continuum d'apprentissages que l'infirmière est appelée à effectuer tout au long de sa vie professionnelle, le DP est essentiel et exige un engagement individuel et collectif (Brisette, 2006; , Larue & al., 2013; Manley, McCormack, & Wilson, 2008; Newman, Cashin, & Downie, 2009). Par ailleurs, le DP des infirmières contribue non seulement à l'obtention de meilleurs résultats cliniques chez les patients mais aussi à la satisfaction des infirmières au travail (Baret, Dumas, Mairesse, & Randon, 2013; Gardulf et al., 2008; Larue & al., 2013; Montin, 2014; Phaneuf, 2005).

Or, une disparité est observée en centre hospitalier universitaire (CHU) entre la volonté exprimée par les infirmières de poursuivre leur DP et leur assiduité envers les activités de développement offertes par les organisations. De plus, bien que certaines statistiques démontrent une progression de l'engagement des infirmières à participer à des activités de DP, il en reste qu'au Québec, près de 60% d'entre elles rapportent avoir suivi moins de 15 heures de formation, dont plus du tiers affirment n'avoir participé à aucune activité de développement (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec [OIIQ], 2010). Aussi, ces statistiques n'affichent pas les résultats en fonction du

¹ Le féminin est employé pour désigner l'ensemble des infirmières et infirmiers et ce, sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

type de formation reçue, laissant planer un doute sur leur pertinence en termes de développement de la pratique de l'infirmière.

Plusieurs causes possibles à cette situation ont été identifiées. Schweitzer & Krassa (2010) ont effectué une revue de littérature comportant 10 études publiées entre 1990 et 2008, adressant la problématique des barrières envers la participation à des activités de DP chez les infirmières. Les conditions dissuasives les plus fréquemment relevées par ces études sont le coût trop élevé des formations offertes, les responsabilités familiales ainsi que l'incapacité d'être libérées du travail due à un manque d'effectif infirmier. Or, la difficulté d'accès aux activités de DP fait partie des irritants associés à un taux de roulement élevé et l'intention des infirmières de quitter leur organisation (Baret & al., 2013; Gardulf et al., 2008; Keller-Unger, 2008; Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS], 2003; Montin, 2014; Tashiro et al., 2013). Cet aspect est non négligeable. Au Québec, d'ici 10 ans, le MSSS estime qu'il manquera 23 000 infirmières, soit 41% de l'effectif actuel (Desrosiers, 2008). Par ailleurs, les conséquences néfastes du manque d'infirmières sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients sont fortement documentées dans la littérature (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane, & Silber, 2003; Andrews & Dziegielewski, 2005; Gardulf et al., 2008; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinski, 2002; Phaneuf, 2005; Steinbrook, 2002).

Les causes et conséquences de ce manque d'engagement à des activités de DP se trouvent donc enchevêtrées au sein d'un cercle vicieux. Ce constat global amène une multiplication d'efforts créatifs et stratégiques afin de pallier à cette problématique. En effet, il existe tout un éventail d'activités de DP offertes, par exemple par l'OIIQ et les établissements de santé, à leurs infirmières. Par ailleurs, plusieurs ordres professionnels infirmiers exigent sur une base annuelle une preuve des heures de formation continue (FC) afin de renouveler le permis de pratique (Clark et al., 2009).

Considérant la FC comme une exigence pour l'actualisation des compétences ainsi que le DP des infirmières, l'OIIQ a emboîté le pas et adopté, lors de son congrès tenu en octobre 2011, une norme en ce sens. En effet, depuis janvier 2012, les infirmières et infirmiers du Québec doivent consigner la preuve de 20 heures annuelles de FC, dont sept heures de formation accréditée, pour en faire la déclaration lors de leur inscription au tableau (OIIQ, 2011a). Ces mesures sont prises dans la perspective d'assurer un exercice professionnel de qualité.

De plus, bien qu'un ensemble de mesures aient été explorées ou développées afin de faciliter l'offre, ainsi que de susciter l'intérêt et l'engagement des infirmières envers leur DP, divers aspects de ce DP semblent être occultés par une approche étriquée mettant l'accent sur la FC. En effet, ces notions (i.e. FC et DP) sont souvent utilisées de façon interchangeable. Cette ambiguïté est très présente dans les écrits traitant des facteurs du DP en milieu de travail (Statistique Canada, 2008; Turcotte, Léonard, & Montmarquette, 2003). En réalité, bien que la FC soit certainement un des éléments majeurs du DP, celui-ci se réalise également à travers d'autres media et comporte des composantes liées à l'acquisition d'expériences personnelles et professionnelles (Benner, 2001; McConnell et al., 2012; Love, 2011; OIIQ, 2011b; Strasser & Gruber, 2004). Notamment, le DP s'actualise au-delà d'une salle de formation et s'échelonne tout au long de la vie de l'individu alors que traditionnellement, la FC repose sur des lectures didactiques et des formations en classe sans égard aux objectifs personnels de l'individu ni à l'évaluation de l'atteinte de ses objectifs (Love, 2011; McConnell et al., 2012). Cette distinction entre la FC et le DP doit être faite afin de sensibiliser les organisations à planifier et offrir une variété d'activités de DP répondant à différents besoins et aux différents modes d'apprentissage (Clark et al., 2009; Schweitzer & Krassa, 2010; Strasser & Gruber, 2004). De plus, la FC à elle seule ne permet pas de mettre en évidence le concept de développement de la pratique basée sur des données probantes (PBDP). Ducharme (2001) souligne que la recherche

est une voie privilégiée au développement du savoir infirmier, notamment à travers le transfert des connaissances. De fait, l'évolution de la recherche en sciences infirmières au cours des dernières décennies a offert de nouvelles pistes incontournables pour le DP (Brissette, 2006; Manley & McCormack, 2003). Les infirmières sont ainsi appelées à développer une pratique fondée sur des résultats probants de recherche, ce qui implique de pouvoir accéder aux résultats de la recherche et disposer de temps pour le faire (Ducharme, 2006; Manley & McCormack, 2003). Cette PBDP se développe également au travers des différentes expériences de travail de l'infirmière, dans le contexte des interactions avec les patients et d'autres groupes d'intervenants, donnant lieu à diverses possibilités de partage des connaissances (Manley & McCormack, 2003).

Peu d'études effectuées jusqu'à maintenant ont exploré la perception des infirmières en regard des opportunités de DP offertes (Clark et al., 2009). De plus, les quelques études répertoriées dans la recension des écrits réalisée par Schweitzer and Krassa (2010) ne font pas état de recherches menées spécifiquement en CHU; en fait, les échantillons utilisés furent sélectionnés principalement en milieux ruraux et communautaires ou à l'échelle régionale, indépendamment du type d'établissement. Les CHU constituent pourtant un terrain qui devrait être privilégié pour ces études car, par leur mission d'enseignement, ils sont appelés à porter une attention particulière au DP de leur personnel infirmier.

En mettant l'accent sur la perspective des infirmières elles-mêmes, cette recherche permettra d'identifier les facteurs organisationnels associés à l'engagement au développement professionnel d'infirmières dans le contexte d'un CHU. Elle fournira ainsi des indications sur les leviers que les gestionnaires pourront utiliser afin de concevoir et mettre en œuvre des projets de DP qui obtiendront l'engagement des infirmières et contribueront au développement de leurs compétences.

Éventuellement, ces résultats pourront soutenir une offre intégrée d'activités de DP, adaptées à l'infirmière et son contexte spécifique de travail, favorisant ainsi l'amélioration de soins et services sécuritaires et de haute qualité.

Question de Recherche

Cette étude cherchera à répondre à la question suivante en se basant sur la perspective des infirmières œuvrant en centre hospitalier universitaire,

Quels sont les facteurs organisationnels qui favorisent ou contraignent l'engagement au développement professionnel des infirmières?

CHAPITRE II
RECENSION DES ÉCRITS

Cette recension des écrits est organisée en trois parties. La première examine les concepts du développement professionnel et de l'engagement au DP dans le but de les définir et d'en préciser les principales dimensions. La deuxième passe en revue des cadres théoriques ainsi que des écrits empiriques portant sur l'étude du DP et l'engagement des infirmières. La troisième présente le modèle d'engagement au développement professionnel.

Afin de bien cerner les dimensions inhérentes à l'engagement au DP et du fait que celui-ci est peu décrit en lien avec le personnel infirmier, particulièrement au Québec, la recension des écrits a été étendue à une variété de domaines, incluant notamment la psychologie, l'éducation, les sciences sociales ainsi que l'administration.

Le Concept du Développement Professionnel

L'origine du DP peut être retracée dans le concept plus large du développement humain (DH). Les diverses définitions du DH évoluent entre 1990 et 2009 mais s'articulent toutes autour des mêmes dimensions initiales soit, d'une part, le développement des capacités de l'être humain, telles que la santé ou la connaissance, et d'autre part l'utilité qu'il fait de ces acquis au sein de son travail ou de ses loisirs (Organisation des Nations Unies, 2010). C'est dans cette seconde dimension du DH que le DP prend ses racines.

Par ailleurs, une notion importante sous-jacente au terme *développement professionnel* est celle du professionnalisme. Ainsi, dans le domaine de la santé, le professionnalisme se définit comme l'utilisation habituelle et judicieuse de la communication, des connaissances, des habiletés

techniques, du jugement clinique, de ses émotions, valeurs et réflexions dans sa pratique quotidienne, pour le bien-être de l'individu et de la communauté desservis (Montin, 2014).

Dans un contexte professionnel, le développement fait référence à un engagement constant envers le maintien de ses connaissances et habiletés de base (Cooper, 2009). Cet engagement peut prendre diverses formes, qu'elles soient formelles ou informelles, allant de la formation initiale de l'individu à un apprentissage continu tout au long de sa carrière (Boomer & McCormack, 2010; Gold, Rodgers, & Smith, 2002; Hughes, 2005; Narayanasamy & Narayanasamy, 2007; Tones, 2011). Une définition plus ciblée fait état du DP comme « un processus continu d'acquisition de nouvelles connaissances et habiletés reliées à la profession, aux responsabilités liées à l'emploi, ou à l'environnement de travail d'un individu. Il [DP] joue un rôle-clé envers le maintien d'employés formés, informés et motivés, sans égard à la catégorie d'emploi » (Austin Community College, 2010). Cette définition semble appuyer le fait que le DP présente un avantage incontournable pour les organisations mais qu'il est également un facteur de satisfaction et de rétention du personnel. Cependant, elle couvre encore une fois un très large domaine.

En sciences infirmières, Benner (2000) insiste sur le fait qu'une pratique aussi complexe requiert un développement continu des connaissances cliniques, nécessitant une ouverture et attention particulières envers une éducation responsable et engagée. Lannon (2007) réfère quant à elle à « un engagement constant en regard de son cheminement de carrière ainsi qu'au maintien d'un niveau spécifique d'habiletés ». De leur côté, Manley, McCormack et Wilson (2008) définissent le DP en sciences infirmières comme :

Un processus continu de développement d'une culture centrée sur la personne. Ce processus est enclenché par des agents facilitateurs qui s'engagent de façon authentique auprès des individus et équipes afin de combiner les qualités personnelles et l'imagination créative aux habiletés et à la sagesse de leur pratique. L'apprentissage en résultant amène des transformations au niveau des pratiques individuelle et collective. Ces transformations sont soutenues en scellant à la fois les procédés et les résultats au sein des stratégies organisationnelles (tel que cité dans Boomer & McCormack, 2010, p. 633).

Par ailleurs, il importe de bien définir la distinction entre FC et DP, termes souvent utilisés dans la littérature de façon interchangeable. En effet, il est entendu que la FC, qu'elle soit dispensée en milieu académique ou professionnel, constitue certainement le moyen le plus largement répandu de se développer en lien avec sa profession. Cependant, les interactions sociales, les expériences de travail et la rétroaction contribuent également à l'apprentissage et au développement (Maurer, Weiss, & Barbeite, 2003; Strasser & Gruber, 2004, McConnell et al., 2012). Ainsi, bien que fortement appuyée dans la littérature, la FC n'est qu'un parmi plusieurs moyens de maintenir ses compétences et donc de contribuer au DP d'un individu (Schweitzer & Krassa, 2010).

Ainsi McConnell et al. (2012) définissent le DP comme un processus systématique et autonome s'actualisant en quatre étapes soit (a) la réflexion, (b) la planification, (c) l'action, et (d) l'évaluation. La réflexion fait référence à l'autoévaluation de ses connaissances, habiletés et compétences personnelles. La planification réfère quant à elle à l'établissement d'un plan de développement personnel basé sur les besoins d'apprentissage de l'individu. L'étape de l'action consiste à identifier les activités de DP répondant aux objectifs identifiés et finalement, l'évaluation permet de juger si les objectifs ont été atteints ainsi que l'impact de l'apprentissage sur la pratique et les résultats cliniques des patients. Les auteurs précisent également que le DP se poursuit tout au long de la vie de l'individu et prend place au-delà d'une salle de formation jusqu'au chevet des

patients. *A contrario*, la FC est traditionnellement associée à des lectures didactiques et cours en classe, sans égard aux objectifs d'apprentissage de l'individu ni à l'évaluation de l'atteinte de ceux-ci (McConnell et al., 2012).

Les auteurs regroupent ainsi quelques-uns des éléments majeurs présentés par les divers théoriciens et chercheurs en matière de développement et d'apprentissage de l'adulte soit (a) la notion de processus continu, (b) la notion d'engagement, ainsi que (c) les notions d'individualité et de collectivité. De plus, les auteurs font le lien direct et essentiel entre le DP et les activités organisationnelles. Cette définition est donc retenue comme toile de fond aux fins de l'étude ici proposée.

Bases Théoriques

Les écrits portant sur le DP s'appuient sur diverses théories relevant principalement des domaines de la psychologie et de l'éducation. Les deux domaines sont liés en ce sens que les théories psychologiques servent d'assises aux théories éducationnelles. Cette section présentera donc un bref aperçu de ces principales théories.

Bases Théoriques Relevant de la Psychologie

Trois principales théories relevant de la psychologie se démarquent. La première met l'accent sur l'âge de l'individu, facteur démographique sur lequel il est impossible d'influer mais dont il est démontré de grande importance en matière de DP (Tones, 2011). Certains théoriciens avancent dès les années 1920 que l'âge est en soi un facteur déterminant de développement. Ces théories basées

sur l'âge ont prouvé que les individus ne cessent pas d'apprendre en vieillissant; elles sont les premières à reconnaître l'assertion de l'apprentissage vie-entière² (Trotter, 2006). Cette approche théorique a évolué pour donner lieu à deux courants. Dans le premier, les âgistes avancent que les défis auxquels les adultes font face changent avec l'âge. Ceci implique, en termes de DP, que les besoins de développement et les stratégies d'apprentissage s'y rapportant se modifient en vieillissant. Dans le second, d'autres théoriciens se concentrent sur les différents schèmes de pensée à divers stades de développement qui ne sont pas nécessairement associés à l'âge; deux individus du même âge peuvent donc se situer à des stades différents de leur développement et de leurs besoins en DP. Leurs modes d'apprentissage peuvent être ainsi différents. À l'aide d'activités d'apprentissage adaptées aux différents stades de développement, ces théories peuvent donc avoir un impact sur le DP (Trotter, 2006).

Une deuxième théorie, la théorie fonctionnelle de l'apprentissage de l'adulte³, développée dans les années 60 par Jack R. Gibb, met l'accent sur la motivation de l'adulte à apprendre. Cette théorie soutient que l'apprentissage doit être centré sur des problèmes ainsi que des expériences individuels et qu'il se doit d'être significatif pour l'individu (Trotter, 2006). Les adeptes de cette théorie soutiennent qu'un adulte est motivé à apprendre si le sujet est pertinent à son rôle et à sa période de transition actuels. Six observations relatives à l'apprentissage de l'adulte sont ainsi nées de cette théorie sur laquelle le DP devrait s'appuyer afin d'être efficace et satisfaisant pour l'individu: (a) l'apprentissage est un processus continu s'échelonnant tout au long de la vie de l'individu; (b) l'apprentissage est personnel; (c) l'apprentissage implique des changements; (d) l'apprentissage fait partie du DH; (e) l'apprentissage comprend l'expérience personnelle et professionnelle de l'individu;

² Traduction libre de *lifelong learning*, terme récurrent dans la littérature entourant le développement professionnel.

³ Traduction libre de *functional theory*.

et (f) l'apprentissage est en partie intuitif (Smith, 1982, dans Trotter, 2006). Ces éléments suggèrent ainsi que l'employé doit être directement consulté et impliqué dans la planification de son DP afin que l'impact soit significatif.

Une troisième théorie, la psychologie du construit personnel⁴ (PCP) considère l'apprentissage en tant que processus de changement (Brocklehurst, 2010). Développée d'abord par George Kelly en 1955, la PCP soutient qu'au moment-même de sa naissance, l'être humain est engagé dans un processus l'amenant à développer de nouvelles idées qui, s'ajoutant aux concepts qu'il a déjà testés et retenus, forment l'étendue de ses connaissances. Toujours selon Kelly, il est plus facile pour un individu de demeurer à l'intérieur de ses théories existantes que de rechercher de nouveaux construits. Cette barrière explique donc en partie les résistances observées en matière de DP, puisqu'elle implique de sortir de sa zone de confort et de faire face à une peur inhérente de l'inconnu (tel que cité dans Brocklehurst, 2010). Cette théorie est particulièrement importante en ce qui a trait au DP lorsqu'étudié dans un but d'éclairer des stratégies organisationnelles, puisqu'elle tente d'expliquer le processus de changement chez l'individu et les émotions y étant reliées (Brocklehurst, 2010).

Ainsi, ces théories prenant racine dans la psychologie ont grandement contribué à l'avancement des connaissances en matière de DP. En effet, elles mettent en lumière les besoins différents des individus en fonction de leur stade de développement, et non seulement de l'âge, permettant aux formateurs d'adapter leurs activités de DP au groupe concerné. Par ailleurs, la compréhension de ces théories vient abaisser de façon significative les barrières au DP, notamment en suscitant l'engagement et en favorisant la rétention des nouveaux acquis (Brocklehurst, 2010a).

⁴ Traduction libre de *personal construct psychology*.

Bases Théoriques Relevant de l'Éducation

En éducation, la théorie andragogique de Malcolm Knowles est à la base de différentes méthodologies soutenant l'apprentissage de l'adulte (Fidishun, 2005). L'andragogie, mieux connue sous l'appellation « théorie de l'apprentissage de l'adulte » est une philosophie d'apprentissage soutenant que l'adulte se doit d'avoir mainmise sur la structuration de son processus d'apprentissage. Elle est la principale théorie éducationnelle rapportée dans les écrits entourant le DP (Swift & Kelly, 2010; Trotter, 2006). Knowles soutient que l'apprentissage des adultes doit s'appuyer sur 5 principes majeurs, soit que: (a) le contenu doit répondre aux besoins et intérêts de l'adulte afin qu'il soit motivé à apprendre; (b) les adultes ont besoin d'être autonomes dans leur apprentissage; (c) en situation d'apprentissage, les adultes ont besoin de s'appuyer sur leurs propres expériences; (d) l'apprentissage de l'adulte s'échelonne sur toute une vie; et que (e) les différences individuelles entre les gens augmentent avec l'âge (Knowles, Holton III & Elwood, 1998, dans Roberts, 2007; Trotter, 2006). Selon Fidishun (2005), ces principes andragogiques, lorsqu'intégrés dans un environnement d'apprentissage utilisant diverses technologies, ne permettent pas seulement de répondre aux besoins modernes des apprenants mais focalisent également sur leurs exigences en tant qu'adulte, soulignant ainsi l'importance d'en tenir compte lors de la planification d'activités de DP. Il est par ailleurs intéressant de noter que les préceptes avancés par Knowles & al. (1998) se retrouvent tous dans l'une ou l'autre des théories psychologiques présentées auparavant, démontrant ainsi l'impact hautement significatif de ses fondements théoriques. Ceux-ci ont également mis en lumière deux points se révélant majeurs en matière de DP, soit l'assertion que l'apprentissage de l'adulte s'avère être le processus de toute une vie et qu'il est influencé par l'âge de l'individu.

Séparément, ces bases théoriques sont sans doute insuffisantes pour expliquer l'ensemble des modalités de DP. Mobilisées ensemble, elles couvrent différentes facettes du DP et peuvent ainsi guider des modalités plus complètes de DP.

Modalités de Développement Professionnel

Outre les programmes formels offerts en milieu académique dans le but d'obtenir un diplôme ou autre grade d'études universitaires, le DP s'actualise de différentes façons (Tones, 2011). Cette section présentera ainsi diverses modalités de DP telles que répertoriées dans les écrits scientifiques et professionnels, selon qu'elles sont axées sur un engagement individuel ou collectif.

Activités Individuelles

Dans une revue systématique de la littérature portant sur l'apprentissage autodirigé, Montin (2014) affirme que la pénurie globale en soins infirmiers ne se limite pas aux milieux cliniques mais également aux établissements d'enseignement. Selon les auteurs recensés, le système d'éducation en soins infirmiers est insuffisant pour subvenir aux besoins en DP, soulevant la question de la responsabilité individuelle des infirmières en regard de leur propre développement. Ainsi, il importe d'offrir et de soutenir diverses méthodes d'apprentissage individuel.

Autoformation

L'autoformation fait référence à un mode d'apprentissage d'un individu qui prend en charge et dirige lui-même tout ou partie de son propre parcours (Linard, 2003). Bien qu'elle puisse prendre de multiples formes, dont la lecture dirigée, l'autoformation se voit favorisée par l'avènement des technologies de l'information; il n'est donc pas surprenant que l'apprentissage sur ordinateur⁵ (ASO) soit un véhicule de DP de plus en plus utilisé par les organisations (Clark et al., 2009; Linard, 2003).

L'Apprentissage par Ordinateur. L'ASO prend la forme de modules de formation disponibles sur les postes de travail dans les organisations ou de modules de *e-learning* accessibles via l'intranet ou l'extranet de celles-ci, allant même jusqu'à l'accès, dans certains cas, à des programmes universitaires complets offerts à distance (Newbold, 2010; Smith, Reed, & Jones, 2008). Cette activité de DP est efficiente et demande moins de temps et de ressources que d'autres modes de formation (Knowles, Holton III, & Swanson, 1998). L'ASO mise sur une modalité de développement autonome et flexible, répondant par le fait même aux besoins de l'adulte en situation d'apprentissage (Clark et al., 2009; Knowles et al., 1998).

Une étude de Statistiques Canada, publiée en 2005, a montré que la prestation de ce type de formation par le milieu de travail dépend significativement des compétences technologiques de l'organisation. Cependant, bien que Benner (2000) recommande l'évaluation des technologies en tant que modalité de DP infirmier, Clark et al. (2009) mettent quant à eux un bémol sur ce mode d'apprentissage. En effet, leur étude descriptive portant sur la perception des infirmières en regard de leur participation et satisfaction vis-à-vis de leur DP a démontré une plus faible valeur associée à

⁵ Traduction libre de *computer based learning*.

l'ASO. L'ASO a été identifié par les infirmières ayant répondu au sondage comme véhicule principal pour les formations obligatoires liées à l'emploi ou exigées par leur ordre professionnel. Cependant, ces mêmes infirmières n'ont pas identifié l'ASO comme étant un mode d'apprentissage facilitant lors d'activités de DP non-obligatoires ou offertes en milieu de travail. Selon les auteurs, une explication possible provient du fait que les formations dispensées sous forme d'ASO étant généralement associées à une réglementation, elles peuvent être perçues comme ayant moins de valeur. Le manque de temps durant le quart de travail et l'insatisfaction en regard de ce mode d'apprentissage sont également des arguments soulevés contre l'ASO. Cette résistance des infirmières à l'ASO nécessite d'être investiguée de façon plus approfondie puisque de plus en plus d'institutions utilisent ce vecteur de DP en raison de son efficacité au niveau des ressources humaines et financières (Clark et al., 2009).

Les Portfolios. Autre modalité d'autoformation, les portfolios constituent, notamment dans le domaine infirmier, un suivi du parcours professionnel de l'individu par la collecte organisée de preuves démontrant ses connaissances et habiletés, ainsi que ses attitudes et accomplissements, se voulant ainsi le portrait de son expertise (Green, Wyllie et Jackson, 2014). Les auteurs soulignent par ailleurs que les portfolios représentent une opportunité de réfléchir sur sa pratique et son DP, permettant ainsi d'identifier de nouveaux objectifs d'apprentissage et de carrière. Les auteurs citent notamment la théorie andragogique de Knowles (1975) pour soutenir l'utilisation de cette modalité, qui répond au besoin d'autonomie et d'apprentissage liée à son expérience professionnelle.

La technologie vient également soutenir l'utilisation des portfolios par l'établissement des *e-portfolios*, se définissant simplement comme leur version électronique. Les *e-portfolios* obtiennent une approbation généralisée dans la littérature, étant notamment associés à la promotion de la

responsabilité individuelle envers son DP. Les avantages énumérés comportent entre autre la facilité des individus à retracer leur cheminement, y réfléchir et à évaluer leur développement dans le temps (Green et al., 2014). Bien que les bénéfices dépassent largement les désavantages, les auteurs rapportent également des pièges liés à cette modalité, tels que le risque que le *e-portfolio* deviennent un simple outil de promotion de soi sans réelle substance, ou de documenter une liste d'activités sans y associer une apporter une réflexion.

L'Utilisation des Médias Sociaux. Dans la même veine, l'autoformation prenant place à travers les technologies de l'information ne peut passer outre l'émergence des médias sociaux. Cette avenue innovatrice a suscité l'intérêt de Shepherd (2011), qui a réfléchi à la façon de mettre ce phénomène social à profit afin de stimuler le DP de ses employés. Se basant sur le fait que la collaboration joue un rôle important en regard de l'apprentissage au travail, à travers le partage mutuel d'expériences et de résolution de problèmes, il argumente que les médias sociaux ont le potentiel de maximiser cet apprentissage collaboratif sur une base continue plutôt qu'intermittente, et en moment opportun à chaque employé plutôt qu'en un temps et lieu désigné par l'employeur. L'auteur reconnaît et se sent interpellé par l'inquiétude des organisations à voir leurs employés utiliser du temps de travail pour naviguer sur leur page Facebook ou bloguer sur Twitter, mais croit qu'il ne s'agit là que d'une faible proportion d'employés. L'efficacité des médias sociaux comme outils de DP mérite certainement d'être étudiée davantage mais ils offrent des canaux supplémentaires permettant aux dirigeants d'étendre la portée des employés s'adonnant à des activités de DP.

Moorley et Chinn (2015) ont publié un éditorial discutant de l'utilisation de Twitter et autres formes de médias sociaux par les infirmières dans un but de développement professionnel. Ils ont trouvé diverses communautés sur *Twitter et Facebook* offrant des discussions sur des sujets

prédéfinis et souvent publicisés sur leur page web. Ces discussions ont un but et sont structurées de façon à partager des connaissances et de l'information sur la pratique et peuvent ainsi être considérées, selon les auteurs, comme de légitimes d'apprentissage pouvant être considérées pour des heures accréditées de FC. *YouTube* est un site qui permet la diffusion de vidéos, offrant une modalité qui permet notamment aux infirmières de publier leur évaluation de la qualité du contenu et de l'application dans leur pratique professionnelle. D'autres formes de medias sociaux sont également présentés par les auteurs qui concluent en un réel potentiel pour les infirmières d'utiliser ces plateformes à des fins de DP. Ils font par ailleurs appel aux ordres professionnels afin d'éclairer les infirmières sur les critères de validité de ces modalités aux fins de preuves de FC lors du renouvellement de leur permis de pratique. Finalement, ils soulignent également l'importance pour les infirmières une utilisation responsable des médias sociaux à des fins de DP et de bien documenter cette utilisation.

Rencontres d'Appréciation et d'Évaluation du Rendement

Essentiellement, cette activité consiste en une revue bidirectionnelle de la performance de l'individu évalué et devrait être réalisée dans l'optique de découvrir les besoins de DP de l'employé. D'une part, l'employé identifie ses forces et faiblesses et d'autre part, le superviseur ou collègue plus expérimenté le guide et l'encourage dans la bonne direction, en s'orientant constamment vers son but. Généralement vue comme étant un processus stressant et comportant une connotation négative, il est important que l'appréciation et l'évaluation du rendement soit perçue positivement, tant par les évaluateurs que les évalués, puisqu'elle fait partie intégrante du développement personnel et professionnel de chaque individu (Brocklehurst, 2010). Lorsqu'effectuée régulièrement et de façon constructive, cette méthode de DP confère à l'employé une opportunité de participation

active dans l'établissement de son développement de carrière et augmente son sentiment de satisfaction et de motivation au travail (Brocklehurst, 2010; Narayanasamy & Narayanasamy, 2007).

Une étude transversale conduite par Finlay et McLaren (2009) auprès de médecins omnipraticiens indique par ailleurs que plus de 47% de ceux-ci ont rapportés que le processus d'évaluation avait amélioré leur apprentissage, que plus de 40% ont senti une amélioration au niveau de leur pratique et que plus de 55% ont répondu que ce processus avait encouragé leur DP. De telles statistiques ne sont pas disponibles chez les infirmières dans la littérature récente mais il est permis de croire que dans un contexte professionnel, cette activité se voit valorisée comme un moyen de maintenir une culture d'amélioration et de renforcement des compétences.

Clubs de Lecture

Les clubs de lecture sont une parmi diverses activités offertes en milieu clinique afin de promouvoir l'application d'une pratique basée sur les données probantes (PBDP). Il s'agit d'une activité sociale d'apprentissage dont le but est d'intégrer de nouvelles connaissances dans un contexte d'expériences professionnelles (Duffy, Thompson, & Hobbs, 2011). Pour connaître du succès, ces rencontres mensuelles, basées sur la lecture et la critique d'un ou plusieurs articles scientifiques d'intérêt actuel, doivent être organisées et dirigées par un leader assigné (Duffy et al., 2011).

La PBDP est considérée par plusieurs comme le reflet d'une pratique infirmière professionnelle garante de soins de meilleure qualité. De nombreux bienfaits ont été associés aux clubs de lecture chez les infirmières, tels que (a) l'utilisation des données scientifiques dans leur

pratique, (b) l'amélioration de leur pensée critique, (c) le soutien aux changements de pratique innovateurs, (d) la promotion d'un environnement de pratique professionnel, (e) la génération d'idées, et (f) la création d'un forum de collégialité encourageant le développement continu (Duffy et al., 2011; Nesbitt, 2012; Patel et al., 2011).

Cependant, le défi demeure en une participation prolongée à ces rendez-vous certaines études démontrent un manque d'engagement de nombreuses infirmières envers les clubs de lecture (Duffy et al., 2011; Nesbitt, 2012; Patel et al., 2011). Nesbitt (2012) note par ailleurs que peu d'infirmières se sentent à l'aise à effectuer une recherche d'articles scientifiques, à en faire la critique ou même à utiliser ces résultats afin de guider leur pratique et que l'efficacité des clubs de lecture n'est pas prouvée. Selon l'auteur, les clubs de lecture devraient donc être utilisés en complémentarité avec d'autres modalités de DP.

Coaching

Le coaching est une pratique répandue et largement utilisée dans le processus de socialisation des infirmières et des professionnels de la santé. Cette activité est mise en œuvre à l'initiative des organisations, dans le but de développer certaines habiletés spécifiques liées à l'emploi (Brocklehurst, 2010; Cadmus, 2006). Manion (1998) le définit ainsi :

« Le coaching est un processus permettant de faciliter le développement d'un individu à travers les conseils et les consignes, d'encourager la découverte en prenant part à des discussions dirigées et des mises en situations pratiques, d'observer la performance, et de procurer une rétroaction immédiate et honnête. Le coaching requiert l'établissement d'objectifs mutuels; l'évaluation des besoins, de la performance et de la motivation de l'individu; la définition des attentes;

l'enseignement et l'éducation; l'observation et la rétroaction » (tel que cité dans Cadmus, 2006, p.299) .

Le coaching étant une relation entre un individu (le coach) et un ou plusieurs individus en période d'apprentissage, il peut être effectué tant un-à-un qu'en équipe, tant face-à-face qu'à travers un médium de communication tel l'internet ou le téléphone (Cadmus, 2006; Newbold, 2010). Cependant, il ne s'agit plus seulement que d'une simple question de jumelage; les coachs sont désormais eux-mêmes formés afin d'entreprendre ce rôle, qui est d'ailleurs aujourd'hui l'une des sept compétences attendue et enseignée dans les divers programmes de formation d'infirmières en pratique avancée [IPA] (Aspey, 2010; Hamric, Spross, & Hanson, 2009; Newbold, 2010).

L'importance de la supervision par des collègues expérimentés, se traduisant par une rétroaction informative ou la narration d'une anecdote, est également rapportée comme étant un facteur aidant à éviter le surmenage des novices (Strasser & Gruber, 2004). De plus, les résultats d'une recherche menée par Sekerka and Chao (2003) ont permis d'associer le coaching à un plus haut niveau d'engagement des individus envers leur propre apprentissage ainsi qu'à un processus de changement individuel.

Mentorat

Le mentorat fait référence à une étape de transition, marquée par l'acquisition du rôle et de socialisation dans la pratique professionnelle d'un individu. Il s'agit d'une façon de supporter les nouveaux collègues, favorisant ainsi la rétention et la satisfaction au travail (Ronsten, Andersson, & Gustafsson, 2005). Complémentaire au coaching, la relation est cependant volontaire et requiert un

engagement sur une longue période de temps, au cours de laquelle le mentor apporte aide et conseils à son mentoré, et le soutient dans son travail (Cadmus, 2006). Il s'agit d'un mode reconnu comme étant facteur en regard du DP et constitue une relation intrinsèquement basée sur le transfert de connaissances et d'habiletés, favorisant à la fois le développement du mentor et celui de l'employé novice (Brocklehurst, 2010; Johnson, Billingsley, Crichlow, & Ferrell, 2011; Narayanasamy & Narayanasamy, 2007; Ronsten et al., 2005).

En sciences infirmières, le mentorat a été associé à une plus grande satisfaction au travail, une meilleure qualité des soins et des services aux patients, de meilleurs résultats cliniques, au développement des connaissances et habiletés requises, ainsi qu'au renforcement de la confiance en soi des infirmières (Johnson et al., 2011; Ronsten et al., 2005).

Activités Collectives

Approche Systématique de Développement Organisationnel des Talents

Newbold (2010) a développé un programme éprouvé de DP basé sur une approche systématique de développement « des talents » (ASDT) au sein d'une organisation. Ce programme mobilise, outre le coaching et l'académie en ligne (ASO) mentionnés précédemment, quatre autres activités:

- *L'apprentissage par projet* constitue une approche misant sur le regroupement d'une équipe de six membres travaillant ensemble sur un projet, basé sur un aspect de leur travail. Les participants doivent s'entendre sur l'étendue du projet et ce qu'ils sont prêts à engager afin d'atteindre leur objectif. Cette forme de développement a l'avantage de promouvoir un leadership collectif ainsi qu'une orientation organisationnelle stratégique.

Les participants doivent également s'entendre sur une proposition de changement, leur vision des indicateurs de succès du projet ainsi que des stratégies d'implantation, incluant les communications internes et externes. L'équipe obtient ainsi l'opportunité de démontrer son leadership et de présenter son projet auprès de la direction de l'organisation.

- Les « *cafés des gestionnaires* » représentent une approche innovatrice au DP. Ils consistent en des réunions informelles où les professionnels discutent avec des membres seniors de la direction afin d'explorer des problématiques organisationnelles et de gestion ainsi que de partager leurs expériences et idées. Ils en profitent également pour apprendre et réviser certaines connaissances et pratiques de l'organisation.
- Les *chirurgies*, du terme emprunté à la médecine, consistent en une activité faisant référence à un individu, possédant une expertise particulière, qui agit comme facilitateur auprès de participants se réunissant pour une activité de transfert des connaissances. Cette activité peut s'effectuer sur rendez-vous ou à l'occasion de rencontres spontanées.
- Sous forme de modules, l'« *apprentissage en action* » constitue une approche de DP fournissant l'occasion aux participants d'apprendre à partir de diverses perspectives et expériences en abordant les problématiques auxquelles ils font face en tant que leaders. Les employés apprennent les uns des autres et mettent leurs nouveaux acquis en action dans le milieu de travail.

Newbold (2010) présente ces modules sous forme de programme dont l'efficacité semble être due à une synergie entre les résultats obtenus par chacun d'entre eux. Il est tout de même intéressant de noter que leur mode de fonctionnement respectif en permet l'utilisation individuelle, laissant la possibilité aux organisations de choisir un ou l'autre des modules selon les besoins et intérêts de leurs employés.

Communauté d'Apprentissage

Plusieurs recherches ont démontré que de fortes communautés professionnelles promeuvent l'apprentissage (Borko, 2004). La *communauté d'apprentissage* permet aux professionnels de

collaborer entre eux, tant en intra qu'en interdisciplinarité, tout en s'appropriant des éléments de leur discipline de façon tangible (Dionne, Lemyre, & Savoie-Zajc, 2010). Étudiant le concept de communauté d'apprentissage comme outils de DP chez les enseignants, Dionne & al. ont défini cette approche comme,

« un dispositif qui, dans sa dimension cognitive, vise le développement de la pratique, l'acquisition d'un savoir individuel et collectif et la quête de sens. Dans sa dimension affective, la communauté d'apprentissage encourage le partage des savoirs et le soutien entre collègues. Enfin, dans sa dimension idéologique, la communauté d'apprentissage sert à l'émancipation des professionnels, par l'utilisation des recherches, en y reconnaissant leur rôle dans la production, et elle vise ultimement à créer une cohésion et une vision commune dans l'organisation » (p.36).

Elle peut prendre diverses formes. Par exemple, *l'apprentissage par problèmes* est une méthode de développement collectif à travers lequel les professionnels cherchent à combler ensemble les lacunes de leur base de connaissances respective. Ils identifient et recherchent des sujets d'études pertinents à leur discipline et à une réponse interdisciplinaire face à un problème (Yamada, Durand, Chen, & Maskarinec, 2007).

L'importance d'enseigner des techniques de résolution de problème constitue par ailleurs l'une des conclusions tirées par Strasser and Gruber (2004) au terme de leur étude portant sur le DP dans le domaine de la santé. Ainsi, la mise à profit des expériences vécues auprès de cas complexes et en collaboration avec les différents membres de l'équipe n'est pas négligeable. L'expérience subjective acquise auprès de cas réels est généralement le point de départ pour le développement de connaissances professionnelles applicables. Par ailleurs, les résultats démontrent que les connaissances pratiques des experts réfèrent principalement à des cas spécifiques, difficiles et sévères puisque ceux-ci stimulent la réflexion. L'importance éducationnelle de l'expérience a été

démontrée et se doit donc d'être réfléchi comme une activité au même titre que les autres. Pour être efficace, cette activité requiert également la présence et le support des collègues autour de l'individu (Strasser & Gruber, 2004).

Des regroupements de professionnels provenant de toutes disciplines dans le cadre de *séminaires, congrès, colloques ou conférences* sont d'autres manifestations de communautés d'apprentissage (Clark et al., 2009). Peu importe la modalité utilisée, les activités de formation interdisciplinaires constituent un facteur clé dans une communauté d'apprentissage efficace et sont un élément omniprésent et essentiel du DP dans les domaines des sciences de la santé. Elles permettent de réduire les tensions historiques entre les différents professionnels, qui compromettent la collaboration et ultimement, la qualité des soins offerts aux patients (Anderson, Thorpe, & Hammick, 2011).

En somme, les écrits démontrent l'importance d'offrir une diversité d'activités de DP, impliquant un éventail de modalités et de combinaisons possibles, et rejoignant les intérêts et caractéristiques des individus (Montin, 2014). Ces activités doivent s'inspirer tant de leur capacité à se développer professionnellement que de la façon dont ce développement s'actualise. D'ailleurs, aucune activité de DP ne sera efficace si les professionnels visés ne sont pas individuellement engagés à se développer (Brissette, 2006; Manley, McCormack, & Wilson, 2008; Newman et al., 2009). Ainsi, la sélection des activités de DP doit s'effectuer en fonction de leur disponibilité et de leurs préférences individuelles, éléments déterminants sur le niveau d'engagement des individus à se développer (Tones, 2011). La section suivante abordera donc le concept de l'engagement spécifique d'un individu à se développer professionnellement ainsi que les facteurs organisationnels y étant associés.

Le Concept d'Engagement au Développement Professionnel

L'engagement au DP prend ses racines au sein du concept plus large d'engagement professionnel. Le concept d'engagement revenait d'ailleurs dans les différentes définitions du DP présentées précédemment. Fasoli (2010) définit l'engagement professionnel comme étant « l'engagement psychologique d'un employé à son emploi et organisation » résultant du lien entre l'individu et son environnement de travail. Ce concept d'engagement inclut l'établissement de relations authentiques entre collègues, la responsabilisation face à sa performance professionnelle, un haut degré d'éthique ainsi que le développement de connaissances et d'habiletés amenant la progression de sa carrière. Cette définition inscrit le concept d'engagement dans une perspective de relation employé-employeur, en plus d'introduire le lien entre l'engagement et le DP. Cependant, elle ne permet pas directement d'expliquer le processus d'engagement d'un professionnel à se développer.

Néanmoins, plusieurs travaux considèrent que l'engagement des infirmières à se développer est essentiel pour la qualité des soins (Gould, Drey, & Berridge, 2007; Newman et al., 2009). À la lumière des résultats de leur étude portant sur l'expérience du développement professionnel chez les infirmières, Gould et al. (2007) soulignent que l'engagement d'une infirmière à se développer professionnellement est essentiel à une prestation de soins sécuritaires et efficaces. Newman et al. (2009) insistent quant à eux sur le fait que sans engagement, le développement de la pratique d'une infirmière serait minimal. Chaque infirmière doit ainsi prendre ses responsabilités envers son développement personnel et professionnel (Twaddell & Johnson, 2007).

Par ailleurs, l'OIIQ (2010a) inscrit l'engagement professionnel comme l'un des sept énoncés décrivant le but de la pratique infirmière, se rapprochant par le fait-même d'une définition pouvant s'appliquer à l'engagement spécifique d'une infirmière à se développer professionnellement :

« L'infirmière démontre que sa pratique professionnelle s'appuie sur de solides connaissances scientifiques, qu'elle met continuellement à jour. L'infirmière s'engage envers sa profession, est solidaire des autres infirmières et, grâce aux diverses activités de soins et de traitements, construit son identité professionnelle. Elle reconnaît l'importance de l'interdisciplinarité et la nécessité de collaborer avec les organismes du milieu » (p.21).

Certains auteurs ont établi ce lien entre l'engagement professionnel et le DP. Ainsi, Walsh, Lawless, Moss, and Allbon (2005) affirment qu'un engagement efficace de la part d'un professionnel est l'étape première de son DP. C'est à ce stade que les professionnels ont besoin d'avoir développé une compréhension ainsi qu'une appropriation de ce qu'ils désirent accomplir (Manley & McCormack, 2003).

Aussi, la recherche doctorale de Tones (2009) a mis en évidence la corrélation positive entre l'engagement et les objectifs d'apprentissage et de développement (OAD) des employés. Cette étude identifie un processus circulaire à l'intérieur duquel l'engagement individuel envers ses OAD est représenté tant au niveau comportemental que cognitif. Par la démonstration d'un engagement fort envers ses OAD, les employés, indépendamment de leur âge ou de leurs caractéristiques démographiques, s'ouvrent à des possibilités de promotion vers des rôles plus complexes qui en retour, leur procure des opportunités d'engagement envers de nouveaux OAD. Tones soutient que les individus motivés à s'engager envers des OAD peuvent prendre avantage des programmes de formation offerts à l'intérieur de l'organisation. En participant à des formations ou activités

d'apprentissage entre collègues, les employés deviennent en retour plus engagés envers leurs OAD afin de pousser le développement de leur carrière.

Il appert ainsi que le DP fait partie intégrante de l'engagement professionnel. Ainsi, les préférences personnelles, la cohérence entre les objectifs de l'individu, son stade développemental ainsi que le contexte à l'intérieur duquel il évolue, sont autant d'éléments amenant son engagement à se développer. Afin de mieux comprendre la portée de cet engagement lors de la planification organisationnelle des activités de DP, il importe également d'identifier les facteurs le favorisant ou le contraignant.

Facteurs de l'Engagement au Développement Professionnel

Les facteurs répertoriés dans les écrits peuvent être regroupés en deux grandes catégories, soit les facteurs liés à l'organisation/employeur, et ceux liés à l'individu/employé.

Les Facteurs Organisationnels

Ceux-ci sont multiples et réfèrent à l'emploi lui-même, à la structure organisationnelle, aux pratiques et valeurs qui la caractérisent, ainsi qu'aux éléments constituant la planification du DP.

Les Facteurs liés à l'Emploi. Ceux-ci font référence à la nature même de l'emploi et aux caractéristiques en découlant directement, tel qu'énumérées au sein du Tableau 1. Par exemple, suite à *l'Enquête sur l'éducation et sur la formation des adultes*, Hurst (2008) souligne que les emplois de professionnels, les emplois à temps complet, suivant un horaire régulier, et occupés depuis plus d'un

an sont associés à davantage de possibilités de DP. Cependant, le statut d'emploi s'avère être une lame à double tranchant. En effet, des études de Statistique Canada rapportent des résultats paradoxaux; alors que les employés à temps complet se voient offrir plus d'opportunités de formation de la part de leur employeur, ils sont souvent trop occupés ou ont une charge de travail trop lourde pour profiter de ces offres de développement, contraignant ainsi leur engagement (Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Hurst, 2008; Newman et al., 2009; Sussman, 2002).

Cette catégorie expose également l'affiliation à un ordre professionnel comme incitatif à s'engager formellement envers son DP. En effet, plusieurs de ces organismes, notamment l'OIIQ dont la norme est entrée en vigueur en 2012, exigent de leurs membres de soumettre la preuve d'un certain nombre défini d'heures de formation effectuées au cours d'une année.

La Structure Organisationnelle. Le secteur d'activités, le caractère public ou privé de l'organisation, la taille des organisations et le niveau de compétences technologiques de celles-ci sont des éléments influençant l'engagement au DP (Baret, Dumas, Mairesse & Randon, 2013; Chowhan, 2005; Cooke, Zeytinoglu, & Chowhan, 2009; Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Gustavsson, 2009; Hughes, 2005; Hurst, 2008; Newman et al., 2009; Statistique Canada, 2008; Sussman, 2002).

De fait, les employés œuvrant dans la fonction publique et le secteur des services, notamment dans les domaines de l'enseignement, la santé et l'assistance sociale, sont réputés exprimer un plus grand besoin de DP et recevoir plus d'opportunités de formation (Chowhan, 2005; Cooke et al., 2009; Gustavsson, 2009; Hughes, 2005; Hurst, 2008; Newman et al., 2009; Statistique Canada, 2008; Sussman, 2002; Tones, 2011). De plus, la présence syndicale est rapportée comme

étant un facteur favorisant le DP en milieu de travail (Böheim & Booth, 2004; Chowhan, 2005; Cooke, 2007; Cooke et al., 2009; Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Hurst, 2008; Turcotte et al., 2003). Finalement, le niveau de compétences en matière de technologie est identifié comme élément influençant la réussite de modalités de DP (Chowhan, 2005; Clark & al., 2009; Hurst, 2008).

Les Pratiques et Valeurs Organisationnelles. L'influence de la culture organisationnelle est significative sur la propension de ses employés à poursuivre leur DP (Gustavsson, 2009; Narayanasamy & al., 2007; Statistique Canada, 2008; Tones, 2011). En effet, l'établissement d'un climat propice, la supervision d'un gestionnaire, incluant la démonstration d'une attitude positive en regard du DP des travailleurs vieillissant, être à l'écoute des besoins des employés ainsi que la valorisation du support social, d'un environnement de travail amical et empreint de respect, sont autant d'éléments importants à considérer (Billett, 2002; Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Sambrook, 2002; Tones, 2011). De plus, la valorisation et l'application de pratiques interdisciplinaires sont associées à un meilleur engagement au DP (Anderson & al., 2001; Gustavsson, 2005; Yamada & al., 2007). Finalement, le soutien de l'employeur se révèle être un élément favorable majeur en regard de l'engagement au DP (Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Gustavsson, 2009; Hurst, 2008; Larue & al., 2013; Tones, 2011). Par soutien de l'employeur, on entend généralement la possibilité de participer à des activités de formation, le paiement des frais ou du transport y étant reliée et l'établissement d'un horaire de travail flexible (Hurst, 2008). Cependant, Statistique Canada (2008) rapporte une proportion croissante d'employés participant à de la formation sans appui de leurs employeurs, laissant croire ainsi qu'il existe un besoin non comblé par ceux-ci.

Aussi, Belcourt, Wright et Saks (2000) affirment que les employeurs offrent de la formation à trois fins, soit (a) pour accroître la productivité ou le rendement des travailleurs, (b) pour atteindre les objectifs de l'organisation, et (c) pour investir dans les employés devant œuvrer dans un environnement imprévisible et turbulent (tel que cité dans Cooke et al., 2009, p.16). Conséquemment, les organisations sont susceptibles de réserver la formation à leurs meilleurs employés à des fins stratégiques, négligeant ainsi les travailleurs moins compétents (Rainbird, 2000).

La Planification du DP. La présence d'une politique officielle de DP favorise grandement l'engagement des employés envers celui-ci (Clark & al., 2009; FIOH, 2006; Hughes, 2005; Hurst, 2008; Statistique Canada, 2008). Les activités de formation en elles-mêmes sont également porteuses d'éléments motivationnels en regard du DP. Ainsi, une ou plusieurs expériences positives de formation liée à l'emploi dans le passé représentent un facteur déterminant dans la poursuite de son DP (Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Gustavsson, 2009). La qualité et la pertinence du contenu, la localisation en milieu de travail, ainsi que l'utilisation d'un rythme adapté aux participants, sont également rapportés comme facteurs facilitants (Baret & al., 2013; Hurst, 2008; Larue & al., 2013, Tones, 2011). Tones souligne par ailleurs l'importance de la volonté des organisations, ainsi que leur habileté, à favoriser le DP de leurs employés en respectant leurs préférences et leurs besoins.

Par opposition, l'absence d'offre ou de programme de formation, le coût trop élevé des activités offertes, le manque de flexibilité de l'horaire de travail ou un emplacement non convenable constituent tous des obstacles à l'engagement des employés envers leur DP (Sussman, 2002).

Les Facteurs Individuels

Il s'agit ici des facteurs démographiques ainsi que des caractéristiques relevant de l'individu lui-même. Celles-ci sont de nature personnelle ou professionnelle.

Les Facteurs Démographiques : Âge et Sexe. Pour plusieurs, le DP requiert un engagement personnel à un apprentissage s'échelonnant tout au long de sa vie (Lannon, 2007). L'âge, ou le facteur générationnel, est en effet le facteur d'engagement envers les activités de DP le plus répandu dans la littérature, toutes disciplines confondues (Cadmus, 2006; Cooke et al., 2009; Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Hurst, 2008; Statistique Canada, 2008; Sussman, 2002; Tones, 2011). Ces écrits mettent l'accent sur les spécificités de chaque génération et leur rapport à l'apprentissage (Zemke, Raines, & Filipczak, 1999, dans Cadmus, 2006; Grayson, 2005). La main-d'œuvre infirmière actuelle étant composée de quatre générations distinctes, ainsi que de niveaux de performance distincts, il en découle la nécessité de mettre sur pied des stratégies d'apprentissage adaptées (Cadmus, 2006; Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Grayson, 2005; Zemke et al., 1999).

Par exemple, Cadmus (2006) distingue les différentes réponses au coaching selon les quatre générations œuvrant actuellement au sein des établissements de santé:

- Les *Vétérans* acceptent le coaching s'ils voient la nécessité d'un changement en termes d'objectifs départementaux ou organisationnels. Le coach se doit d'être respecté par le vétéran en tant que leader.
- Les *Baby Boomers* apprécient le coaching comme moyen de supporter leur croissance personnelle et leur apprentissage vie-entière.

- La *génération X* voit le coach comme un parent substitut, lui permettant de contourner les politiques et de s'intégrer au sein du milieu de travail.
- La *génération Y* n'accepte le coaching que s'il est effectué par un individu compétent et expérimenté.

De plus, le Finnish Institute of Occupational Health (2006) rapporte que l'apprentissage et le développement sont intensifiés en début de carrière. En effet, plusieurs auteurs ont démontré que les travailleurs plus jeunes semblent obtenir des traitements préférentiels et que les employés plus âgés sont négligés en regard des opportunités de formation offertes par l'employeur (Hedge, Borman, & Lammlein, 2006; Thompson, Dawe, Anlezark, & Bowman, 2005; Tougas et al., 2004). Cette discrimination de l'offre de DP en fonction de l'âge des employés a été démontrée par Tones (2009). Son analyse corrélacionnelle a démontré que les travailleurs plus âgés (plus de 45 ans) sont désavantagés en termes d'offre d'opportunités de DP, comparé aux travailleurs plus jeunes (moins de 45 ans), suggérant une pertinence accrue de promouvoir l'apprentissage et le développement en fin de carrière. Celle-ci a par ailleurs démontré que les capacités des travailleurs plus âgés à se développer persistent ou s'améliorent en vieillissant.

Outre l'âge, le fait d'être un homme ou une femme ainsi que le niveau de revenu ont également été identifiés comme facteurs pouvant influencer l'offre de DP de la part des employeurs (Cooke et al., 2009; Hurst, 2008). Cependant les résultats de recherches ne sont pas concordants. Les femmes sont généralement rapportées comme ayant moins d'opportunités de DP en milieu de travail mais ceci est vrai surtout au niveau des emplois moins bien rémunérés, postes plus souvent comblés par des femmes.

Fait à noter, bien que ces données soient intéressantes, les études portant sur les liens entre le DP et les facteurs démographiques portent surtout sur les opportunités de DP offertes plutôt que sur l'engagement des individus à se développer.

Les Caractéristiques Personnelles. La situation familiale, la santé et la disponibilité influent beaucoup sur l'engagement au DP (Chowhan, 2005; FIOH, 2006; Hughes, 2005; Sussman, 2002). En effet, les employés ayant de jeunes enfants, composant avec un état de santé fragile ou cumulant plusieurs activités les rendant peu disponibles, sont moins susceptibles de s'engager ou de maintenir un engagement envers leur DP. Un faible niveau de littératie et numératie a également été identifié comme facteur contraignant à l'engagement au DP (Hurst, 2008).

Les Caractéristiques Professionnelles. Les ambitions professionnels, le niveau de compétences acquises et le niveau de scolarité constituent des facteurs influant sur l'engagement d'un individu à se développer. Un niveau de scolarité supérieur a entre autres été associé à un engagement plus fort d'un individu envers son DP. En effet, les travailleurs possédant une meilleure scolarisation sont plus susceptibles de recevoir et de participer à des activités de DP (Clark et al., 2009; Cooke et al., 2009; Hurst, 2008; Statistique Canada, 2008; Sussman, 2002; Tones, 2009).

Le Tableau I présente ainsi un sommaire des facteurs de l'engagement au DP, tel que recensés au sein de diverses industries, offrant du même coup un aperçu de leur représentativité dans la littérature.

Tableau I : Facteurs de l'Engagement au Développement Professionnel

| Catégorie | | Références* |
|---|--|------------------------------------|
| Organisation/Employeur | | |
| Emploi | | |
| Type de profession | | 4, 9, 10, 12, 13, 15 |
| Durée d'occupation/stade de carrière | | 4, 11, 13, 15 |
| Charge de travail | | 4, 9, 10 |
| Horaires | | 4, 13, 14 |
| Exigence professionnelle | | 3, 4 |
| Statut d'emploi: temps complet vs temps partiel | | 10, 13 |
| Travail physique et/ou mental | | 4, 15 |
| Structure organisationnelle | | |
| Secteur public vs privé | | 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15 |
| Type d'industrie | | 9, 10, 11, 12, 13, 14 |
| Taille | | 11, 12, 13, 14 |
| Syndicalisation | | 4, 11, 13, 14 |
| Compétences technologiques | | 3, 11, 13, 19 |
| Pratiques et valeurs organisationnelles | | |
| Soutien du gestionnaire/employeur | | 4, 6, 13, 18, 19 |
| Culture organisationnelle | | 6, 8, 12, 15 |
| Interdisciplinarité | | 1, 6, 17 |
| Supervision d'un gestionnaire | | 12 |
| Planification du DP | | |
| Politique officielle de DP | | 3, 4, 7, 12, 13 |
| Financement partiel/complet de la formation | | 3, 7, 12, 13 |
| Expertise des formateurs/contenu | | 4, 6, 19 |
| Formation dispensée en milieu de travail | | 3, 18, 19 |
| Offre d'activités de formation | | 3, 13, 18 |
| Temps de libération dirigé pour le DP | | 3, 7 |
| Financement externe | | 11 |
| Historique des formations offertes | | 6 |
| Individu/Employé | | |
| Démographie | | |
| Âge | | 2, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16 |
| Revenu | | 11, 13, 14 |
| Sexe | | 13, 14, 15 |
| Caractéristiques personnelles | | |
| Situation familiale | | 4, 10, 11 |
| Objectifs personnels | | 12, 13 |
| Disponibilité | | 7 |
| Littératie/Numératie | | 12 |
| Intérêt/Motivation | | 7 |
| Santé | | 4 |
| Caractéristiques professionnelles | | |
| Niveau de scolarité | | 3, 4, 10, 12, 13, 14, 15 |
| Niveau de compétences | | 3, 7, 11, 12 |
| Ambitions professionnelles | | 7, 13, 15 |
| Perception d'un besoin de formation | | 10, 12, 13 |
| Coût de la formation | | 10, 11 |

| | | | | | | | |
|---|------------------------|----|----------------------------|----|---------------------------|----|---------------------|
| 1 | Anderson et al. (2011) | 7 | Hughes (2005) | 13 | Statistique Canada (2008) | 19 | Baret et al. (2013) |
| 2 | Cadmus (2006) | 8 | Narayanasamy et al. (2007) | 14 | Cooke et al. (2009) | | |
| 3 | Clark et al. (2009) | 9 | Newman et al. (2009) | 15 | Tones (2009; 2011) | | |
| 4 | FIOH (2006) | 10 | Sussman (2002) | 16 | Tougas et al. (2004) | | |
| 5 | Grayson (2005) | 11 | Chowhan (2005) | 17 | Yamada et al. (2007) | | |
| 6 | Gustavsson (2009) | 12 | Hurst (2008) | 18 | Larue et al. (2013) | | |

Les éléments ainsi recensés forment une excellente base à la compréhension des facteurs influençant un travailleur à se développer professionnellement. Cependant, ceux-ci ne s'appliquent pas uniquement aux professionnels, ni même au domaine de la santé, et encore moins spécifiquement aux infirmières.

Cette recension a montré que l'engagement des organisations en regard du DP est nécessaire et peut se manifester de diverses façons, telles que la démonstration d'une culture organisationnelle soutenant le DP et valorisant l'interdisciplinarité, l'adoption d'une politique officielle de DP, incluant des éléments de financement, de contenu diversifié dispensé par des experts, et d'élaboration d'horaires flexibles. Il est par ailleurs clairement établi que l'organisation se doit de reconnaître les objectifs de ses employés et de les favoriser par une offre d'activités de DP adapté à ceux-ci (Tones, 2011). De la même façon, un désengagement de l'organisation en présence de contraintes peut influencer négativement le DP des infirmières. Par exemple, les organisations peuvent renoncer à offrir des opportunités de DP suite à des expériences non concluantes à l'interne ou dans d'autres établissements semblables, à des coupures budgétaires, voire même par discrimination liée à leur âge ou leur niveau de scolarité (Tones, 2011).

À la lumière des écrits recensés, certaines modalités sont plus favorables que d'autres à un engagement significatif et à long terme des individus en regard de leur DP. Ainsi, l'autoformation en général semble répondre aux besoins d'autonomie et de flexibilité des professionnels. Cependant l'utilisation des technologies de l'information, fort appréciée par certains, ne répond pas aux besoins et attentes de toutes les infirmières. Par ailleurs, les activités collectives telles que les regroupements de professionnels, de même discipline ou non et sous différentes formes, obtiennent de bons résultats au sein de plusieurs secteurs d'activités, notamment dans le domaine de la santé. Une

exception doit cependant être soulignée; les clubs de lecture, populaires auprès des scientifiques, requièrent un engagement particulièrement demandant en termes de temps et de préparation, en plus de demander des habiletés spécifiques, ce qui les rend difficiles à implanter et soutenir en milieu professionnel, notamment auprès des infirmières (Nesbitt, 2012).

Cadre de Référence

Tel que mentionné précédemment, les diverses théories de l'apprentissage et du développement de l'adulte, appliquées lors de l'élaboration d'activités de DP, l'engagement collectif au DP, ainsi que de nombreux facteurs favorisant ou contraignant le DP, sont les éléments essentiels à considérer lors de l'étude de l'engagement au DP. En effet, l'interaction entre les différents facteurs, les diverses modalités offertes, l'engagement de la collectivité (e.g. les ordres professionnels, l'organisation elle-même, etc.) et l'individu lui-même entraînent celui-ci à s'engager ou non envers son DP.

Afin de mettre en lumière les motifs d'engagement à l'apprentissage en milieu de travail, Tones (2011) a élaboré le modèle de développement adaptatif pour l'apprentissage lié à l'emploi, qui sera adapté aux fins de cette étude.

Le Modèle de Développement Adaptatif pour l'Apprentissage Lié à l'Emploi

Ce modèle a été créé afin d'étudier le DP des employés des secteurs sociaux, et n'est pas spécifique aux infirmières. Tones (2009) étudie le DP dans une perspective d'apprentissage de l'adulte au cours de sa vie, mettant un accent sur l'âge comme facteur majeur influant sur le DP. Le

modèle développé par Tones prend aussi en compte les opportunités et contraintes organisationnelles, le rendant particulièrement intéressant en regard de l'étude ici proposée. Le modèle a été bonifié pour rendre encore plus explicite les différents facteurs recensés dans les écrits (Figure 1).

Figure 1 *Modèle d'Engagement au Développement Professionnel*



L'engagement au DP implique une préparation individuelle précédant un acte concret en ce sens, par exemple la participation à une activité de formation, se traduisant par la compréhension et l'identification de ce que l'individu désire accomplir (Walsh et al., 2005). Tones (2011) associe ainsi la sélection des objectifs individuels à cette étape essentielle. Afin d'atteindre ses objectifs, l'individu doit ensuite sélectionner une ou plusieurs activités de DP parmi celles disponibles, ses intérêts personnels, ainsi qu'en fonction de la cohérence entre ces activités, son stade de développement et le contexte dans lequel il évolue. Ces modalités deviennent un facteur en elles-mêmes puisqu'une expérience positive ou négative influe directement sur l'engagement individuel. De la même façon,

les organisations adapteront leurs modalités de DP en fonction d'une expérience concluante ou non (Tones, 2011). De plus, ce choix individuel de poursuivre son DP, ainsi que l'engagement lui étant nécessaire, sont tous deux influencés par divers autres facteurs, relevant soit des individus ou des organisations.

Plusieurs auteurs font par ailleurs état non seulement d'un engagement individuel comme élément essentiel au DP, mais également d'un engagement collectif (Benner, 2001; Manley et al., 2008; Tones, 2011). Celui-ci influence et soutient l'engagement individuel d'un professionnel à se développer. De plus, le soutien de l'employeur fut officiellement recensé comme facteur dans l'engagement au DP (Baret & al., 2013; Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Gustavsson, 2009; Hurst, 2008, Larue & al., 2013).

Faisant écho à la littérature, le modèle de Tones (2011) suggère que l'engagement au DP (individuel et collectif) est sujet à l'influence non seulement de divers facteurs individuels mais aussi des caractéristiques des organisations dans lesquelles œuvrent les travailleurs, ainsi que des possibilités (activités) que leur offrent ces organisations en matière de DP. Tones intègre ainsi les concepts d'engagement et de désengagement des organisations comme facteurs influençant l'engagement individuel. L'engagement de l'organisation réfère à l'effort d'encourager et de soutenir l'atteinte des objectifs de DP des intervenants, en utilisant certains aspects de l'environnement de travail et de ressources externes, ainsi que de cultiver un climat d'apprentissage favorisant des comportements cohérents envers leurs objectifs. Un désengagement des organisations fait quant à lui référence à l'acte de renoncer aux objectifs de DP des intervenants après plusieurs vains efforts, ou refus de leur offrir des opportunités de DP. Le désengagement dans une perspective

organisationnelle est atteint à travers l'utilisation de mécanismes d'auto-défense, de comparaisons sociales ou de réalignement des objectifs organisationnels.

Cette étude s'intéressant aux facteurs organisationnels qui favorisent ou contraignent un engagement individuel au DP, et sur lesquels les organisations peuvent éventuellement intervenir, le modèle de Tones a donc été adapté notamment afin de faire ressortir l'impact des modalités de DP sur l'engagement au DP ainsi que d'ouvrir sur d'autres facteurs organisationnels pouvant influencer sur cet engagement.

CHAPITRE III
MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre présente la démarche méthodologique qui a été utilisée afin de conduire l'étude, notamment le devis de l'étude, le milieu, la sélection des participantes, le déroulement de la collecte des données ainsi que le processus d'analyse de ces données. Il y est également abordé les critères de rigueur scientifique relatifs à la recherche qualitative ainsi que les considérations éthiques prises en compte tout au long de l'étude.

Devis de l'Étude

L'approche qualitative a été privilégiée dans le cadre de cette étude en raison du caractère complexe, impliquant de multiples aspects, du phénomène et de la nature exploratoire de cette étude (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Tatano Beck, 2007). En effet, bien que beaucoup d'études aient abordé le DP des infirmières sous divers angles, peu se sont attardées à la perception que celles-ci en ont et encore moins à leur engagement envers celui-ci. Un devis qualitatif descriptif a été retenu afin de mieux comprendre les facteurs qui influencent cet engagement selon la perspective des infirmières (Loiselle et al., 2007). L'approche descriptive utilisée a permis d'améliorer la compréhension de l'engagement au DP des infirmières œuvrant en CHU ainsi que d'orienter de futures recherches (Loiselle et al., 2007). Également, le devis qualitatif descriptif a été privilégié afin d'obtenir une description franche et directe d'un phénomène tout en minimisant l'interprétation du chercheur (Sandelowski, 2000).

Milieu de l'étude

L'Établissement

Le milieu choisi pour cette étude fut un centre hospitalier universitaire de la région de Montréal, soit le CHU Sainte-Justine (CHUSJ), dont la mission particulière est d'améliorer la santé des enfants, des adolescents et des mères du Québec. Afin de remplir sa mission universitaire, l'établissement assume pleinement six mandats spécifiques de (a) soins spécialisés et ultra spécialisés, (b) enseignement, (c) recherche fondamentale et clinique, (d) promotion de la santé, (e) évaluation des technologies et, (f) réadaptation, adaptation et intégration sociale (CHUSJ, 2011). La sélection d'un CHU était particulièrement intéressante puisque l'enseignement y est intrinsèque, valorisé et promu; le DP y occupe donc une place privilégiée. De plus, l'organisation sélectionnée a débuté en 2010 un processus d'implantation d'un modèle de pratique infirmière exemplaire et promouvant le développement des compétences des infirmières (Descôteaux, 2010). Le modèle éventail de l'étendue de la pratique infirmière (MÉLÉPI) est un projet piloté par la direction des soins infirmiers (DSI) de l'établissement, en collaboration avec l'Université de Montréal et les autres directions de l'établissement. Cette étude a donc offert l'occasion d'examiner l'engagement des infirmières par rapport aux différentes activités de DP, partie intégrante du déploiement de cette stratégie organisationnelle. Le choix de cet établissement en milieu urbain a permis par ailleurs de compenser pour le faible nombre d'études recensées dans de tels contextes.

Aussi, l'une des critiques souvent adressée à un devis qualitatif porte sur la transférabilité des résultats, difficulté amplifiée par le caractère hautement spécifique du milieu à l'étude. Cette étude a

donc été conduite au sein du secteur de chirurgie qui offre des soins plus généraux comparativement à d'autres services plus spécialisés de l'établissement, facilitant donc la transférabilité des résultats.

De plus, alors que certains auteurs argumentent que la recherche à l'intérieur d'un contexte connu améliore la qualité des résultats de par une meilleure compréhension des enjeux, d'autres argumentent au contraire que la validité d'une étude qualitative ne peut être atteinte que par le déracinement du chercheur (Polit & coll., 2004; Byrne, 2001). Ainsi, bien que l'investigatrice principale (IP) œuvre à l'intérieur de l'établissement choisi, celle-ci possède peu ou pas de contacts avec les infirmières du secteur de chirurgie. L'absence de familiarité de l'IP avec la personne ou le groupe a ainsi permis de préserver l'objectivité et l'authenticité, tout en possédant une compréhension élargie des politiques et modalités de l'organisation en matière de DP de ses infirmières (Loiselle et al., 2007).

Le Secteur de Chirurgie

Le secteur de chirurgie comporte 15 cliniques externes et trois unités d'hospitalisations comptant en tout 41 infirmières et 19 infirmières auxiliaires (IA); les unités d'hospitalisation comptent à elles seules 34 de ces infirmières et 15 IA. La mission de ce secteur consiste principalement à offrir des soins et services à une clientèle âgée de 0 à 18 ans, en périodes pré et post opératoire, ou à la suite d'un trauma physique (par ex., fracture, brûlures, etc.). Les infirmières sont assignées à une moyenne de 3-4 patients chacune et sont aidées dans leurs tâches d'IA, de préposés aux bénéficiaires (PAB) ainsi que d'une assistante infirmière-chef (AIC). La mission universitaire de l'établissement demande également aux infirmières de devoir régulièrement superviser des étudiantes, ainsi que des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI). Les actes posés par les PAB, IA, CEPI et

étudiantes se doivent d'être sous la supervision des infirmières, requérant des connaissances et habiletés particulières et nécessitant un DP continu (Laborde & Lee, 2000; OIIAQ, 2011; OIIQ, 2010a).

Le DP des infirmières est vu comme essentiel par l'établissement. La DSI s'engage ainsi à le soutenir par la création de programmes de DP généraux et spécifiques, offerts à chaque secteur à travers la collaboration de conseillères en soins infirmiers (CSI) et de cadre conseil en soins infirmiers (CCSI) spécialisées. Ainsi, la chirurgie ne fait pas exception et peut compter sur l'apport de leur propre CSI et CCSI.

Échantillonnage

La population ciblée était constituée de l'ensemble des infirmières œuvrant au sein du secteur de chirurgie du CHUSJ (N=41), indépendamment de leur quart habituel de travail ou du secteur auquel elles sont assignées. Un échantillonnage à variation maximale a été utilisé. Cette stratégie d'échantillonnage permet de généraliser les résultats et de repérer les tendances significatives (Loiselle et al., 2007). Un échantillon de 8 à 10 participantes était envisagé pour atteindre la variation visée, en se basant sur les critères suivants de sélection : (a) l'âge; (b) le niveau de scolarité; (c) le quart de travail; (d) le secteur primaire où elles exercent. Malgré la petite taille de l'échantillon, l'IP a obtenu une saturation des données au sein même de l'échantillon. De fait, aucun nouvel élément significatif n'a été identifié par les trois dernières participantes, leur apport ayant plutôt permis de renforcer ou préciser des concepts déjà avancés précédemment.

La sélection des participantes a été effectuée par les chefs d'unité du secteur; celles-ci ont confirmé leur appui au moyen d'une lettre déposée au comité d'éthique à la recherche (CÉR) du

CHUSJ. Un appel de participants à l'étude avait au préalable été diffusé à l'intérieur du journal interne du secteur. Une rencontre avec la Directrice des soins infirmiers du CHUSJ, madame Renée Descôteaux, a eu lieu en février 2013. Celle-ci a également communiqué son appui envers l'étude ici proposée par le biais d'une lettre au CÉR. Finalement, le directeur de la Direction exécutive des soins académiques (DESA), dirigeant le secteur de chirurgie, a également signé une lettre d'appui à l'intention du CÉR.

Afin de guider les chefs d'unité dans la sélection des participantes et de permettre à l'IP de confirmer leur éligibilité à participer à l'étude, les critères suivants ont été utilisés :

Les Critères d'Inclusion

- détenir un diplôme reconnu en soins infirmiers de niveau collégial ou universitaire;
- être inscrite au tableau de l'OIIQ;
- posséder un poste permanent au sein du secteur de chirurgie en tant qu'infirmière, infirmière clinicienne ou AIC, sur l'un ou l'autre quart de travail;
- avoir complété leur formation initiale au moins 1 an avant le début des entretiens;
- comprendre et s'exprimer aisément en langue française;
- désirer participer à l'étude.

Les Critères d'Exclusion

- détenir un poste d'encadrement (Chef d'unité, CCSI);
- détenir un poste de CSI.

Collecte de Données

La collecte de données s'est effectuée majoritairement sur une période de trois mois mais après quelques difficultés de recrutement, une dernière participante a été recrutée après 6 mois et ce, afin d'atteindre un échantillonnage minimal de 8 participantes (n=8). Malgré les efforts des chefs d'unité, seules des infirmières de sexe féminin et travaillant sur le quart de jour ont pu être recrutées.

Après avoir reçu l'approbation du CÉR du CHUSJ, un premier contact téléphonique ou par courriel a été effectué par l'IP aux participantes ciblées par les chefs d'unité. Lors de ce premier entretien, le protocole⁶ a été utilisé afin d'uniformiser l'information donnée aux participantes et de s'assurer qu'aucun élément n'était oublié. Le but, la nature et le déroulement de l'étude ont été expliqués. Les critères d'inclusion à l'étude, dont leur intérêt à y participer, ont été validés lors de ce premier contact. Le formulaire de consentement⁷ a été acheminé par courriel ou courrier interne aux infirmières ayant accepté de participer à l'étude et un rendez-vous a été fixé pour l'entretien. Certaines participantes ont désiré effectuer l'entretien immédiatement après avoir été confirmé leur participation à leur chef d'unité. À ce moment-là, la validation des critères d'éligibilité, l'explication de l'étude à l'aide du protocole, ainsi que la lecture du formulaire de consentement se sont faits sur place, préalablement à l'entretien.

La collecte de données a consisté en trois étapes distinctes : le recueil des données sociodémographiques des participantes, les entretiens semi-dirigés et la tenue d'un journal de bord. Tous les documents présentés et utilisés ont préalablement été approuvés et portent le sceau du CÉR

⁶ Voir le protocole téléphonique présenté en annexe.

⁷ Voir copie présentée en annexe.

du CHUSJ. Une copie du formulaire de consentement signé, et contenant les coordonnées de l'IP, du directeur de recherche et du CÉR, a été offerte à chaque participante mais a cependant été refusée par chacune d'elles.

Le Recueil Sociodémographique

Un questionnaire sociodémographique a été remis aux participantes lors de chaque entretien, afin de dégager leur profil et de mettre leurs réponses et caractéristiques en contexte⁸. Les variables recensées sont : l'âge, le sexe, la situation d'emploi actuelle, l'historique professionnelle, le niveau de scolarité, l'expérience de DP au cours de la dernière année.

Les Entretiens Semi-Dirigés

Avant le début de chaque entretien, l'IP s'est assurée qu'il n'y avait pas de questions relatives au déroulement de l'étude et de l'entretien. Si une participante avait des questions, celles-ci étaient aussitôt répondues à l'aide du formulaire de consentement. Une fois celui-ci signé, l'entretien était débuté.

Les entretiens individuels semi-dirigés avaient une durée prévue de 45 à 60 minutes. Cinq à dix minutes au début de chaque entretien étaient vouées à la présentation de la recherche, à remplir le questionnaire socio démographique et à signer le formulaire de consentement. Les entretiens ont réellement été d'une durée variant de 24 à 36 minutes. Ils étaient enregistrés sur bande audio via un dictaphone et ont été transcrites par la suite par l'IP elle-même. Tous les entretiens ont eu lieu dans

⁸ Voir le questionnaire sociodémographique en annexe.

un lieu choisi par la participante même si parfois ce lieu était à proximité de leur lieu de travail, de façon volontaire et sans rémunération. Le caractère confidentiel des entretiens a été réitéré à chaque participante. Quatre des huit entretiens ont été brièvement interrompus par des employés de l'hôpital; les entretiens étaient alors suspendus momentanément et le confort de la participante à poursuivre a été validé auprès d'elle à chaque fois avant de reprendre. Un guide d'entretien⁹, construit à partir du cadre de référence, a été utilisé afin d'orienter la discussion sur les thèmes à cerner.

Spécifiquement, bien que certains facteurs individuels soient nécessaires à l'établissement du contexte, le guide d'entretien a permis d'orienter les questions sur le but de la recherche, relatif aux facteurs organisationnels, soit : 1) le DP et leur engagement envers celui-ci, 2) la perception des participantes quant à la planification et la culture de DP au sein de l'organisation; 3) les facteurs le favorisant ou le contraignant ainsi que; 4) les modalités utilisées par l'organisation en regard des activités de DP offertes aux infirmières.

Le Journal de Bord

La tenue de notes rédigées immédiatement après chaque entretien a permis de se rappeler avec une plus grande précision les observations et impressions obtenues lors de l'entretien, au moment de l'analyse des données. Le journal de bord a également permis d'examiner la façon dont l'IP a influencé la recherche ainsi que la manière dont elle a été touchée par celle-ci (Loiselle et al., 2007).

⁹ Voir le guide d'entretien présenté en annexe.

Chaque entretien a été transcrit intégralement par l'IP, incluant les expressions non verbales afin de qualifier les propos. Ces *verbatim* sont conservés sur l'ordinateur personnel de l'IP et protégés à l'aide d'un mot de passe. De plus, les transcriptions et journaux de bord ont été datés et paginés, puis des copies papier ont été classées avec les questionnaires sociodémographiques dans une pochette individuelle à chaque participante à l'étude. Finalement, chaque document a été identifié à l'aide d'un numéro spécifique à chaque participante à l'étude afin de préserver la confidentialité (Miles & Huberman, 2003). La liste des participantes avec leur code associé est conservée dans l'ordinateur personnel de l'IP et protégée par un mot de passe. Les documents papier sont conservés dans une filière verrouillée de l'IP.

Analyse des Données

L'analyse de contenu consiste à utiliser une démarche systématique comportant diverses étapes afin de dégager les thèmes principaux ainsi que les différents liens possibles unissant ces thèmes (Polit & Beck, 2008). Celle-ci a donc comporté l'écoute et la retranscription fidèle des entretiens par l'IP elle-même, permettant de bien resituer les propos dans leur contexte et d'en dégager l'intention des participantes. Plusieurs lectures ont été effectuées afin d'identifier les différents niveaux n'apparaissant pas toujours à la première lecture. De fait, Van der Maren (1996) souligne que l'analyse de contenu latent permet de faire ressortir une signification cachée devant être dévoilée. L'analyse des données a été effectuées en trois étapes : 1) l'organisation des données; 2) la présentation des données; et 3) l'élaboration ainsi que la vérification des conclusions (Miles & Huberman, 2003).

Cette étude s'appuyant sur le modèle de l'engagement au DP, adapté de Tones (2011), ces lectures furent nécessaires afin d'analyser et d'interpréter les propos faisant allusion aux quatre concepts principaux (facteurs, engagement individuel et collectif, modalités de DP). L'IP a ensuite effectué un résumé intermédiaire de chacun des entretiens en retirant les redondances et les segments n'étant pas en lien avec le but de l'étude. Les idées semblables ont également été regroupées. Cette étape basée sur plusieurs écoutes des entretiens et relectures des verbatim réfère à l'organisation des données et a permis d'épurer dans un premier temps les thèmes ressortis des entretiens des participantes, toujours en gardant en tête le cadre de référence.

L'organisation des données a ensuite été poursuivie selon la technique de codage des entretiens à partir des éléments préalablement identifiés dans la littérature comme faisant partie des concepts principaux. Les verbatim ont été introduit dans le logiciel d'analyse qualitative QDA Miner. Une première codification a alors été effectuée. Le codage consiste en une opération de déconstruction puis de reconstruction des verbatim en traitant, transformant par découpage et étiquetage au moyen de codes des segments significatifs allant de simples mots à des paragraphes entiers (Miles & Huberman, 2003; Van der Maren, 1996). Des couleurs ont été attribuées à ceux-ci dans le texte. Des codes ont été attribués à chaque élément de ces concepts et les liens pertinents ont également été identifiés et ce, à l'aide du logiciel QDA Miner. Les relectures ainsi que l'organisation des données à d'un deuxième codage ont permis de retirer des thèmes identifiés dans la littérature mais n'étant pas repris par les participantes. De la même façon, des thèmes identifiés par les participantes et non dans la littérature ont pu être ajoutés. Deux analyses individuelles par participantes, suivies d'une analyse globale, ont été effectuées afin de s'assurer du respect du contexte et de l'intention des participantes dans le codage des segments. Cette troisième et dernière étape de codage, suivant un processus de va-et-vient, a permis à l'IP de retourner aux données, suite

à une première organisation, afin d'en apprécier la pertinence, puis de reprendre sa codification si nécessaire jusqu'à l'obtention d'une organisation cohérente (Mukamurera, Lacourse, & Couturier, 2006). Quarante-sept codes ont ainsi été identifiés et inclus dans un journal. Les codes ont été distribués sous huit catégories de facteurs identifiés lors de la recension des écrits et à la lumière du cadre de référence. Le journal des codes est présenté en Annexe E.

La dernière étape a consisté à transformer les résultats afin de pouvoir les présenter. Il s'agit ici de regrouper chacun des éléments identifiés, à la lumière des concepts illustrés dans le cadre de référence. Cette étape a été effectuée également à l'aide du logiciel QDA Miner où une cote fut attribuée selon l'occurrence de chaque élément à l'intérieur des verbatim. Une analyse de contenu par co-occurrence des codes fut effectuée à l'aide d'une matrice de fréquence et d'un indice de similarité selon le coefficient de Jaccard, dont le niveau de tolérance a été réglé à 0,01. Les données sociodémographiques recueillies ont été utiles afin de mettre les propos en contexte ainsi que de faire des liens entre ces propos et les caractéristiques des participantes. Le journal de bord a également servi à approfondir l'analyse et à mettre les données en contexte. Finalement, le modèle de l'engagement au DP a été remodelé en fonction des particularités ayant pu être identifiées.

Critères de Rigueur Scientifique

Afin d'établir la véracité des résultats obtenus, quatre critères ont été pris en compte : la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité (Lincoln et Guba, 1985, dans Loiselle et al., 2007).

Crédibilité

Selon Lincoln et Guba (1985), la crédibilité des données d'une recherche consiste en la confiance que le lecteur peut avoir dans la véracité de ces données, notamment par l'engagement prolongé de l'IP et une technique de triangulation. Un engagement prolongé réfère au fait de passer suffisamment de temps dans le milieu afin d'apprendre et d'en comprendre la culture, l'environnement social ou le phénomène d'intérêt (Lincoln & Guba, 1985). L'IP de l'étude ici proposée évolue au sein de l'organisation à l'étude, le CHU Sainte-Justine, depuis 13 ans et en comprend de façon approfondie la culture ainsi que l'environnement social, permettant ainsi d'interpréter à un haut niveau les résultats dans leur contexte. La triangulation réfère quant à elle à la combinaison d'au moins deux techniques différentes de collecte de données, telles que les entretiens, la tenue d'un journal de bord ou un groupe de discussion (Tuckett, 2005). L'utilisation d'entretiens semi-dirigés et la tenue d'un journal de bord ont donc également contribué à la crédibilité des données obtenues. La validation des verbatim par les participantes fut offerte mais sans suite de leur part.

Fiabilité

On entend par fiabilité l'uniformité des résultats au fil du temps et selon les conditions; la fiabilité est également nécessaire à la crédibilité et vice-versa (Loiselle et al., 2007). Une reddition de compte rigoureuse, auprès du directeur de l'étude, de la démarche utilisée par l'IP a permis d'assurer que les mêmes conditions puissent être reproduites éventuellement par d'autres chercheurs. Aussi, des interactions fréquentes avec le directeur de l'étude, qui a eu accès aux transcriptions des

entretiens ainsi qu'à leur analyse, au journal de bord et aux questionnaires, a permis de bien répondre à ce critère.

Confirmabilité

Celle-ci correspond au potentiel de correspondance entre les résultats obtenus par différentes sources indépendantes en regard de l'exactitude, de la pertinence ou de la signification des données (Loiselle et al., 2007). Ce critère fut assuré par l'enregistrement audio des entretiens, la tenue d'un journal de bord et par la rétroaction rigoureuse du directeur de l'étude tout au long du processus.

Transférabilité

La transférabilité indique dans quelle mesure les données peuvent s'appliquer à d'autres contextes ou groupes (Loiselle et al., 2007). Le choix d'un secteur (chirurgie) se trouvant généralement dans la majorité des hôpitaux urbains, et certainement des CHU, ainsi que d'une population élargie (infirmières) a permis de favoriser la transférabilité des résultats. De plus, la description précise du contexte ainsi que les questionnaires sociodémographiques ont également favorisé le respect de ce critère.

Considérations Éthiques

Bien que la nature de cette étude ne porte pas atteinte à l'intégrité de la personne, plusieurs éléments ont été pris en considération lors de la tenue de celle-ci. Les détails du protocole de

recherche ont d'abord été présentés et soumis à l'approbation du comité d'éthique du CHUSJ. De plus, lors de la sélection des participantes, les principes de respect de la dignité humaine, de consentement libre et éclairé, de confidentialité et de qualité de recherche ont scrupuleusement été pris en considération et respectés (Loiselle et al., 2007).

Ainsi, chaque participante a d'abord eu un premier contact téléphonique au cours duquel elles ont été informées du caractère volontaire et confidentiel de leur participation à l'étude. Elles ont également eu le loisir de poser des questions, de quitter l'étude à tout moment et sans préjudice. De plus, l'IP est demeurée disponible avant, pendant et après les entretiens afin de répondre à de plus amples questions de leur part.

Aussi, les participantes ont retiré plus de bénéfices que d'inconvénients de leur collaboration à l'étude. En effet, les entretiens individuels leur ont permis de pousser leur réflexion et d'échanger en toute confidentialité et sans craintes de jugement défavorable à propos de leur engagement envers leur DP. Elles ont contribué par le fait même à l'avancement de la pratique infirmière en ayant une opportunité concrète de livrer un message aux gestionnaires du réseau quant aux divers moyens de susciter leur engagement au DP. La majorité des entretiens ont été effectués à l'extérieur du temps de travail, avec l'assentiment libre des participantes et à leur convenance. Quelques entretiens ont eu lieu sur le temps de travail à la demande des participantes et avec l'assentiment préalable de leur chef.

Les participantes ont également reçu un formulaire de consentement détaillé, par courriel, par courrier interne ou en main propre, avant le début de leur entretien afin de favoriser un temps de réflexion et le consentement libre et éclairé.

Finalement, les données recueillies sont conservés sur l'ordinateur personnel de l'IP et protégés à l'aide d'un mot de passe. Les documents papier dans une filière verrouillée, sous la responsabilité de l'IP, et ont été utilisées dans des conditions assurant leur confidentialité. Le nom des participantes n'apparaît dans aucun document; un numéro d'identification a été attribué à chacune d'entre-elles pour tout le déroulement de l'étude. Seule l'IP a accès à la liste des noms et aux codes attribués, ainsi qu'aux fiches démographiques. Les gestionnaires du CHUSJ n'auront accès qu'aux résultats présentés. Les données et enregistrements seront conservés sur une période de sept ans puis seront détruits par la suite. Par détruites, il est entendu que les fichiers électroniques et audio seront supprimés et les documents imprimés seront déchiquetés.

CHAPITRE IV

ARTICLE SCIENTIFIQUE

Contribution de l'Étudiante pour l'Article Scientifique

L'étudiante a réalisé, sous la supervision de son directeur de recherche, la préparation de cette étude, la collecte de données, la transcription, l'analyse de données et la rédaction de l'article scientifique. Le directeur de recherche a contribué tout au long du processus en offrant une rétroaction continue sur son contenu.

L'engagement au développement professionnel des infirmières œuvrant en centre hospitalier universitaire : une étude qualitative descriptive.

par

Elizabeth Arpin & Carl-Ardy Dubois

Le nombre de mots pour les fins de dépôt du mémoire est de 9880 du résumé aux références.

Les revues envisagées pour la soumission de l'article sont le *Journal of Advanced Nursing et Perspective Infirmière*.

Résumé

Le développement professionnel (DP) des infirmières est essentiel et déterminant dans l'obtention d'une meilleure qualité de soins. Pour se réaliser, le développement professionnel nécessite un engagement individuel des infirmières elles-mêmes. Or, une disparité est observée en centre hospitalier universitaire (CHU) entre la volonté exprimée par les infirmières de poursuivre leur DP et leur assiduité dans les activités de développement offertes par les organisations. L'objectif de cette étude qualitative est de décrire la perception des infirmières œuvrant en CHU (n=8) en regard des facteurs organisationnels susceptibles de favoriser leur engagement à poursuivre leur développement professionnel. Cette analyse a été effectuée à partir de huit entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès d'infirmières œuvrant dans le secteur de chirurgie du CHU Sainte-Justine. Les résultats démontrent que de nombreux facteurs organisationnels et individuels. Les principaux facteurs influant sur l'engagement des infirmières sont : a) un environnement favorable au DP; b) l'accessibilité au DP et; c) des modalités de DP variées. Les modalités les plus favorables sont celles favorisant leur autonomie et incitant leur implication. En conclusion, pour obtenir un maximum d'engagement des infirmières, les organisations doivent présenter une offre de DP variée et structurée, répondant aux besoins professionnels des infirmières, tout en mitigeant l'impact des contraintes liées à leur fonction et à leur vie personnelle.

Mots clés : Développement professionnel, facteurs organisationnels, engagement, stratégies

Abstract

Registered nurses' (RN) professional development (PD) is decisive in obtaining better quality of care and patient outcomes. To achieve professional development, nurses require to be engaged at an individual level. Yet, a disparity is observed within university health centers (UHC) between the nurses' uttered willpower to pursue their PD, and their diligence to attend PD opportunities offered by the organizations. A qualitative study aimed at describing, within UHC, the nurses' perception (n=8) towards organizational factors susceptible to favor their engagement in continuing their PD. Eight individual semi-structured interviews were performed with RN working within the surgical department at Sainte-Justine UHC. The results reveal that nurses are influenced by a great numbers of organizational and individual factors. The main factors influencing nurses' engagement towards their PD: a) a favorable work environment; b) accessibility to PD; c) varied PD opportunities. Favorable opportunities are those appealing to their autonomy and inciting their involvement. In conclusion, organizations ought to present a varied and structured PD offer, meeting the nurses' professional needs, while mitigating the impact of their job and personal constraints.

Key words: Professional development, engagement, organizational factor, opportunities

Introduction

Au Québec comme ailleurs, la qualité des soins et l'obtention de meilleurs résultats cliniques chez les patients sont au centre des préoccupations de gestion des établissements de santé et sont à la source de nombreux programmes d'amélioration de la qualité et de la performance (Morgan, Lahman, & Hagstrom, 2006). Plusieurs travaux soulignent le lien déterminant entre le développement professionnel (DP) des infirmières¹⁰ et une meilleure qualité des soins, reconnaissant leur rôle de pivot auprès des patients ainsi que d'interface entre ces derniers et les diverses instances du système de santé (Clark et al., 2009; Larue, Dubois, Girard, Goudreau, & Dumont, 2013; Phaneuf, 2005; Tashiro, 2013). Compris ici comme un continuum d'apprentissages que l'infirmière est appelée à effectuer tout au long de sa vie professionnelle, le DP est essentiel et exige un engagement individuel et collectif (Brissette, 2006; Larue et al., 2013; Manley, McCormack, & Wilson, 2008; Newman, Cashin, & Downie, 2009). Or, une disparité est observée en centre hospitalier universitaire (CHU) entre la volonté exprimée par les infirmières de poursuivre leur DP et leur assiduité envers les activités de développement offertes par les organisations.

Au Québec, près de 60% des infirmières rapportent avoir suivi moins de 15 heures de formation, dont plus du tiers affirment n'avoir participé à aucune activité de DP (OIIQ, 2010). Les conditions défavorables les plus fréquemment relevées par ces études sont le coût trop élevé des formations offertes, les responsabilités familiales ainsi que l'incapacité d'être libérées du travail due à un manque d'effectif infirmier (Schweitzer & Krassa, 2010). Considérant la FC comme une exigence pour l'actualisation des compétences et le DP des infirmières, l'OIIQ a adopté en 2012 une norme

¹⁰ Le féminin est employé pour désigner l'ensemble des infirmières et infirmiers et ce, sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

exigeant que les infirmières du Québec consignent la preuve de 20 heures annuelles de FC, dont sept heures de formation accréditée (OIIQ, 2011). Cependant, ces exigences à elles-seules ne peuvent garantir l'engagement des infirmières à poursuivre leur DP et ainsi maintenir leur capacité offrir des soins de haute qualité. Newman & al. (2009) insistent sur le fait que le DP d'une infirmière exige un engagement de cette dernière. Chaque infirmière doit ainsi prendre ses responsabilités envers son développement personnel et professionnel (Larue et al., 2013; Twaddell & Johnson, 2007). Néanmoins, afin de favoriser cet engagement, le DP exige aussi des conditions organisationnelles favorables. Les facteurs organisationnels de l'engagement au DP sont bien documentés pour de nombreux autres secteurs d'activités, comme reflète une vaste littérature disponible sur le DP (Chowhan, 2005; Cooke, Zeytinoglu, & Chowhan, 2009; Hurst, 2008; Statistique Canada, 2008; Sussman, 2002, Tones 2011). Ces études abordent principalement les facteurs liés à la structure organisationnelle et la planification du DP, tels que le caractère public ou privé du secteur d'activité ainsi que le financement des activités de DP. Cependant, peu d'études ont explorés ce sujet chez les infirmières, notamment en CHU; cette étude qualitative descriptive propose de combler cette lacune.

But et Objectif de l'Étude

Cette recherche vise à générer des connaissances qui doivent permettre de soutenir une offre de DP, adaptées à l'infirmière et son contexte spécifique de travail, et de créer ainsi des conditions favorables à la dispensation de soins et services sécuritaires et de haute qualité. De manière spécifique, l'objectif de l'étude est d'identifier et de mieux comprendre les facteurs organisationnels qui, dans la perspective des infirmières, peuvent contribuer ou non à leur engagement dans des activités de développement professionnel.

Question de Recherche

Cette étude avait donc pour but de répondre à la question suivante : « Quels sont les facteurs organisationnels qui favorisent ou contraignent l'engagement au développement professionnel des infirmières œuvrant en centre hospitalier universitaire »?

Cadre de Référence

La thématique du DP fait l'objet d'une vaste littérature et a donné lieu à des conceptualisations très diverses. Les diverses théories de l'apprentissage et du développement de l'adulte, appliquées lors de l'élaboration d'activités de DP, l'engagement collectif au DP, ainsi que de nombreux facteurs favorisant ou contraignant le DP, sont les éléments essentiels à considérer lors de l'étude de l'engagement au DP. Le cadre de référence utilisé pour cette étude, le *Modèle d'engagement au développement professionnel*, inspiré du *Modèle de développement adaptatif pour l'apprentissage lié à l'emploi* (Tones, 2011), met l'accent sur l'interaction entre les différents facteurs relevant soit de l'organisation ou de l'individu, entraînant celui-ci à s'engager ou non envers son DP. Ce cadre a servi de toile de fond tout au long de la recherche, notamment lors de la création du guide d'entretien, de la tenue des entretiens avec les participantes et de l'analyse des résultats.

Méthodologie

Devis

Un devis qualitatif descriptif a été utilisé afin d'obtenir une description détaillée du phénomène d'engagement des infirmières au DP au sein d'un milieu universitaire (Sandelowski, 2000). Des infirmières ont décrit, lors d'entrevues semi-structurées, les facteurs influençant leur engagement individuel envers leur développement professionnel.

Milieu à l'Étude

Le milieu choisi pour cette étude est un centre hospitalier universitaire Mère-Enfant de la région de Montréal, soit le CHU Sainte-Justine (CHUSJ). La sélection d'un CHU était particulièrement intéressante puisque l'enseignement y est intrinsèque, valorisé et promu; le DP y occupe donc une place privilégiée. Plutôt que des unités très spécialisées de l'établissement, l'étude a été conduite dans les unités d'hospitalisation et de services ambulatoires du secteur de chirurgie afin de favoriser la transférabilité des résultats.

Échantillon

Huit infirmières (n=8) œuvrant dans les unités de chirurgie ont participé à l'étude. Un appel de participants à l'étude avait au préalable été diffusé à l'intérieur du journal interne du secteur. Les chefs d'unité ont assuré cette première étape de diffusion et informaient l'IP des infirmières intéressées à participer. Une sélection des participantes selon les critères d'inclusion était ensuite

effectuée par l'IP. Un échantillonnage à variation maximale a été utilisé. Pour être incluses dans l'étude, les participantes devaient répondre aux critères suivant : 1) détenir un diplôme reconnu en soins infirmiers; 2) être inscrite au tableau de l'OIIQ; 3) posséder un poste permanent au sein du secteur de chirurgie; 4) avoir complété leur formation initiale au moins 1 an avant le début des entretiens; 5) comprendre et s'exprimer aisément en langue française et; 6) désirer participer à l'étude. Les infirmières travaillaient à l'unité d'hospitalisation (n=4), en services ambulatoires (n=2) et en centre de jour (n=2). Le Tableau II dresse un portrait du profil sociodémographique des participantes à l'étude.

Tableau I : Description des Participantes à l'Étude

| | EDP001 | EDP002 | EDP003 | EDP004 | EDP005 | EDP006 | EDP007 | EDP008 |
|----------------------------------|------------------------|----------------|------------------------|------------------------|----------------|------------------------|----------------|----------------|
| Âge | 21-30 ans | 21-30 ans | 51-60 ans | 31-40 ans | 51-60 ans | 31-40 ans | 41-50 ans | 21-30 ans |
| Sexe | Femme | Femme | Femme | Femme | Femme | Femme | Femme | Femme |
| Titre d'emploi | Infirmière clinicienne | Infirmière | Infirmière clinicienne | Infirmière clinicienne | Infirmière | Infirmière clinicienne | AIC | Infirmière |
| Quart de travail | Jour | Jour | Jour | Jour | Jour | Jour | Jour | Jour |
| Statut d'emploi | TC | TC | TC | TC | TC | TC | TC | TC |
| Années au CHUSJ | 5-10 ans | Moins de 5 ans | Plus de 20 ans | 5-10 ans | Plus de 20 ans | 5-10 ans | Plus de 20 ans | Moins de 5 ans |
| Niveau de scolarité | DEC | DEC | BAC | BAC | DEC | BAC | DEC | DEC |
| Expérience infirmière | 6-10 ans | 1-5 ans | 26-30 ans | 6-10 ans | 11-15 ans | 6-10 ans | 21-25 ans | 1-5 ans |
| FC dans la dernière année | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui |
| FC rémunérée par le CHUSJ | Oui | Oui | Oui | Oui | Oui | Non | Oui | Oui & Non |

Collecte de Données

La technique utilisée a consisté en des entrevues individuelles semi-dirigées. Un guide d'entretien composé de questions ouvertes a été utilisé afin d'orienter la discussion entre l'investigatrice et les participantes. Les infirmières étaient d'abord questionnées sur leurs besoins en termes de développement professionnel, leur compréhension de ce qu'est le DP et de la culture qui prévaut dans l'organisation en regard du DP. Tout au long de l'entretien, elles étaient appelées à décrire dans quelle mesure le CHUSJ favorise leur engagement au DP et à préciser les facteurs qui avaient une influence favorable ou au contraire servaient de contraintes. Finalement, il leur a été demandé de nommer les activités de DP auxquelles elles ont participé ou aimeraient participer ainsi que d'en décrire les modalités selon qu'elles sont favorisantes ou contraignantes.

Un questionnaire sociodémographique a été remis aux participantes lors de chaque entretien, afin de dégager leur profil et pouvoir mieux contextualiser leurs perceptions. Les données recueillies étaient: l'âge, le sexe, la situation d'emploi actuelle, l'historique professionnelle, le niveau de scolarité, l'expérience de DP au cours de la dernière année.

Des notes étaient rédigées immédiatement après chaque entretien pour garder en mémoire certaines observations effectuées lors de celui-ci, par exemple l'aisance de la participante à répondre aux questions, les notions sur lesquelles elle mettait l'accent ou revenait le plus souvent. Ces notes étaient consignées dans un journal de bord tenu et révisé tout au long de l'étude.

Analyse des Données

Une première lecture de chaque entretien a été effectuée afin de repérer les passages pouvant représenter chaque dimension du *Modèle d'engagement au développement professionnel*. Ensuite, chaque extrait identifiant les facteurs individuels et organisationnels indiqués par les participantes a été codé en leur attribuant un titre et une couleur en vue de leur classement par catégorie. La liste des codes (n=47) a été réalisée à partir des dimensions du cadre de référence et des éléments décrits dans la recension des écrits. Cette étape de la recherche a été effectuée à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives QDA Miner. À cette étape, plusieurs écoutes des verbatim et relectures des transcriptions ont été nécessaires.

Des thèmes identifiés par les participantes et non dans la liste initiale de codes ont pu être ajoutés. Un contre-codage a été effectué en procédant à deux analyses successives de chaque entretien. Puis les thèmes identifiés à partir du premier niveau de codage ont été regroupés en un deuxième niveau, puis analysés de nouveau pour arriver finalement à trois catégories de facteurs. Trois niveaux de codage ont donc été effectués afin de s'assurer du respect du contexte et de l'intention des participantes dans le codage des segments. Chaque entretien a été codé séparément. Le codage a été effectué de manière ouverte. Une analyse de contenu par co-occurrence des codes fut effectuée à l'aide d'une matrice de fréquence et d'un indice de similarité selon le coefficient de Jaccard, dont le niveau de tolérance a été réglé à 0,01. Les données sociodémographiques recueillies et la tenue d'un journal de bord ont été utiles afin de mettre les propos en contexte ainsi que de faire des liens entre ces propos et les caractéristiques des participantes. Finalement, le modèle de l'engagement au DP a été remodelé en fonction des thématiques ayant pu être identifiées.

Considérations Éthiques

Le protocole de recherche a obtenu l'approbation du Comité d'éthique à la recherche du CHUSJ, où s'est déroulée l'étude. Un premier contact téléphonique ou par courriel a été effectué par l'IP aux participantes ayant signifié leur intérêt à leur chef d'unité. Les infirmières ayant accepté de participer à l'étude ont signé un formulaire de consentement préalablement aux entretiens. Tous les documents ont été identifiés à l'aide d'un numéro spécifique à chaque participante afin de préserver la confidentialité (Miles & Huberman, 2003).

Résultats

Trois Facteurs Critiques de l'Engagement des Infirmières dans des Activités de Développement Professionnel en Milieu Hospitalier

Cette analyse a fait ressortir trois principales catégories de facteurs organisationnels qui, dans la perspective des infirmières répondantes, jouent un rôle clé dans leur engagement dans des activités de DP : a) un environnement favorable au DP; b) l'accessibilité au DP; c) des modalités de DP variées.

Un Investissement des Organisations dans la Création d'un Environnement Favorable

Pour les répondantes, cet investissement peut se traduire par la présence de trois éléments qui touchent les différents niveaux de l'organisation et donnent le signal de l'importance que ce dernier accorde au DP. Le premier concerne la mise en œuvre d'une politique de DP. Cette politique peut se traduire par le développement d'un plan structuré de DP touchant les différents employés,

l'élaboration de lignes directrices et normes organisationnelles en regard du DP ainsi que l'arrimage d'activités de DP aux grands projets organisationnels.

Le CHU Sainte-Justine a débuté en 2010 l'implantation d'un modèle de pratique infirmière, nommé Mélépi¹¹, devenu le cadre de référence de la politique organisationnelle de DP des infirmières. Les participantes perçoivent que l'utilisation du référentiel de compétences développé dans le cadre de ce modèle favorise l'identification de leurs besoins de développement et contribue à établir le lien direct entre le DP des infirmières et la qualité des soins offerts aux patients :

Avec ce modèle-là, où on veut que l'infirmière s'occupe de son patient en globalité, elle n'aura pas le choix éventuellement d'aller trouver des ressources pour s'aider, en allant chercher tout ce qu'elle a besoin comme formation pour aider son patient du mieux qu'elle peut. Je pense que, en général, si tout le monde fait le référentiel de compétences, l'hôpital va pouvoir savoir dans quoi on a besoin vraiment de cibler la formation, pour être plus ciblé sur nos besoins (Participante #7).

Le deuxième élément concerne l'implication de l'équipe d'encadrement dans les activités de soutien au DP. Le soutien évoqué par les répondantes peut prendre différentes formes : établir les différentes modalités de DP, gérer l'offre et en favoriser également l'accessibilité.

Plus [de la part] des conseillères parce que ça reste quand même confidentiel puis c'est à elles qu'on se confie le plus, qu'on met des plans de *match* pour améliorer les choses. T'es soutenue aussi par ta chef d'unité mais ça c'est quand même récent je trouve. Elles ont compris que peut-être qu'il fallait un peu plus de soutien (Participante #6).

¹¹ Modèle Éventail de L'Étendue de la Pratique Infirmière, CHUSJ, 2010.

Par ailleurs, l'équipe d'encadrement doit s'assurer d'évaluer avec les infirmières leurs besoins mais doit également soutenir les infirmières dans l'atteinte de leurs propres objectifs. Ainsi, les infirmières attachant une grande importance à l'expertise des formateurs et à la pertinence du sujet de la formation, elles s'assurent de choisir des activités de DP présentées par des experts et préfèrent les sujets qui rejoignent d'abord leur pratique quotidienne : « Je suis en chirurgie, si j'ai de l'intérêt pour les diabétiques, oui je vais aller lire sans travailler nécessairement avec les diabétiques, ça peut m'aider. Mais il faut que ce soit en lien avec mon travail » (Participante #3).

Afin de favoriser leur engagement, les infirmières « sur le terrain » valorisent leur implication dans l'élaboration des stratégies de DP. Cette approche soutient leur intérêt et motivation sans compter qu'elle amène de la crédibilité au contenu. L'absence d'implication des infirmières est perçue comme une volonté d'imposition des modalités de DP de la part des gestionnaires. La collaboration des CSI avec les infirmières soignantes est donc fortement mise de l'avant :

[...] ils doivent nous impliquer. Moi je trouve que c'est le meilleur moyen pour que les choses bougent, c'est d'impliquer les gens du plancher. Sinon, il se passera rien. On va juste se dire que Madame en haut, elle veut qu'on fasse ça (Participante #8).

Le troisième élément évoqué par les répondants concerne la création d'une culture organisationnelle qui valorise et soutient le DP. Une telle culture se traduit notamment par : la place accordée au DP dans la mission de l'organisation, l'établissement d'un climat propice, être à l'écoute des besoins des employés ainsi que la valorisation du support social. La promotion de la politique de DP par les gestionnaires de l'organisation favorise entre autre leur compréhension des enjeux et leur engagement, soutenant ainsi la culture de DP. Les infirmières perçoivent également que la vocation universitaire du CHUSJ fournit déjà une condition favorable à la création d'une telle culture. Ceci se

traduit entres autres par : la mission d'intégration de l'enseignement et des soins, la mobilisation des infirmières comme ressources expertes de la part d'autres intervenants, la responsabilité d'avoir des connaissances à jour afin de transmettre les bonnes informations et offrir des services répondant aux plus hauts standards de compétences, ainsi que des possibilités plus fréquentes de DP par rapport à de plus petits centres.

Des Mécanismes Permettant de Rendre les Activités de DP Accessibles aux Infirmières

Pour les répondantes, l'accessibilité au DP passe par la planification structurée de trois mécanismes concrets qui relèvent de l'équipe d'encadrement et témoignent de la nécessité d'intégrer le DP aux activités quotidiennes des infirmières.

Le premier mécanisme a trait au temps de libération accordé aux activités de DP. Le statut d'emploi, l'horaire, le secteur d'activité et la charge de travail sont des facteurs qui peuvent contraindre la capacité de l'infirmière à trouver du temps pour des activités de DP. Les infirmières perçoivent que, sans une politique systématique de libération de temps assortie de mesures de remplacement ou d'appoint, le DP peut nuire aux autres aspects de leur vie professionnelle et personnelle, particulièrement si leur statut d'emploi est à temps complet.

En étant de jour, c'est sur que c'est plus accessible, par contre en même temps, sur une unité d'hospitalisés, t'as beaucoup de travail [...] Se libérer pour aller aux formations c'est plus difficile, des fois on essayait de se couvrir mais s'il y a une présentation, et que tu peux pas faire deux *batchs* qui se couvrent l'un l'autre, tu choisis qui y va, qui a le temps d'y aller. En ambulatoire, moi, je suis toute seule. Fait que quand j'ai de la clinique, je peux pas (Participante #2).

La libération de temps pose aussi la question du financement du DP. Les répondantes perçoivent une diminution de l'offre d'activités de DP, qu'elles associent aux compressions budgétaires actuellement appliquées par l'organisation en réponse aux récentes directives ministérielles : « [...] bon restrictions budgétaires obligent, etc., on n'est plus rémunérées, si on veut des formations c'est sur notre temps, c'est sur nos journées de congé, et c'est nous autres qui les payent » (Participante #4).

Le deuxième mécanisme correspond à la promotion de l'offre de DP. L'accessibilité au DP impose une offre d'activités de DP qui soit diffusée afin de stimuler la participation des infirmières. La visibilité de l'offre de DP rend l'information de la tenue d'activités de DP plus accessible et favorise ainsi l'engagement des infirmières à y participer : Ça prend aussi un tableau avec des formations. [...] le mettre sur le babillard, le partager avec tout le monde, on ne le fait pas nécessairement [...] On a tous les outils sauf c'est pas publicisé, c'est pas diffusé (Participante #3).

Le troisième mécanisme concerne la tenue des activités de DP en milieu de travail. L'offre actuelle de DP s'étend à des formations locales et des activités de DP à l'extérieur de l'établissement. Les répondants ont indiqué la plus grande accessibilité de par la formation dispensée en milieu de travail, moins sensible aux contraintes liées à l'horaire, la charge de travail, un statut d'emploi à temps complet et la situation familiale :

Je trouve que le principe de quelque chose de court, concis, qui ce glisse généralement bien dans l'horaire, ça favorise l'envie d'y aller comparativement à dire : « Il y a une fin de semaine de formation à telle place »... Là moi je m'excuse mais non. La fin de semaine je suis avec mon fils, mon chum et ma famille [alors] je trouve que court, concis, ici, mon Dieu j'ai juste à prendre mon café et y aller, je trouve que ça va super bien. Ça moi j'aime ça (Participante #1).

Par ailleurs, il est à noter que contrairement à leurs collègues des services ambulatoires, les infirmières de l'unité d'hospitalisation (n=4) perçoivent une diminution de l'offre d'activités de DP dans l'organisation, sauf en ce qui a trait aux formations nécessaires à l'emploi.

Un éventail de Modalités de DP Aligné avec la Politique Organisationnelle

Les infirmières ne se limitent pas qu'à une façon de poursuivre leur DP et les facteurs favorisant leurs choix sont tout aussi variables : « Avoir une formation en ligne, juste à l'ordinateur, je me tannerais. Ça me prendrait une libération, [...] parler avec d'autre monde ça fait du bien, avoir des références. Faut que ce soit varié » (Participante #3). La variété dans l'offre de DP stimule l'intérêt et la motivation des infirmières envers celui-ci.

Pour les répondantes, cet éventail de modalités s'articule autour de cinq besoins dans le mode d'apprentissage des infirmières : a) leur autonomie dans le mode d'apprentissage; b) l'interaction avec les formateurs et les autres participants; c) leur implication dans l'élaboration du contenu et la tenue de l'activité; d) le partage de leurs connaissances et; e) l'interdisciplinarité. Ce sont autant de besoins à considérer dans l'élaboration des modalités de DP à offrir aux infirmières.

Cette année, je suis allée à un colloque interprofessionnel sur les brûlés à Toronto. Il y avait des médecins, il y avait des ergos, il y avait des physios, il y avait des nutritionnistes, il y avait des représentants pharmaceutiques avec différents types de pansements; c'est beaucoup les échanges justement entre les professionnels, qui je trouve apportent beaucoup. Quand c'est juste entre infirmières, c'est pas mauvais en soi, mais j'ai trouvé ça intéressant d'avoir l'opinion de tous et chacun et ça fait réfléchir. [...] on le fait de façon hebdomadaire ici. À toutes les semaines, il y a la réunion de trauma, tout le monde de l'équipe, tous les intervenants (Participante #4).

Ceci démontre bien la nécessité pour les organisations d'offrir une variété d'activités de DP dont les modalités sont adaptées au besoin de leurs infirmières et pouvant ainsi atteindre une majorité d'entre elles. Le Tableau III illustre l'éventail des modalités entourant les diverses activités de DP décrites par les infirmières et identifie les besoins et les bénéfices y étant associés.

Tableau II : Modalités de Développement Professionnel Favorisant l'Engagement des Infirmières

| Modalités | Besoin associé | Bénéfices | Contraintes |
|---|--|--|--|
| Apprentissage par ordinateur : Vidéos, capsule de formation en ligne, Quizz, etc. | Autonomie Partage | Limite les contraintes liées au temps de libération et au financement. Favorise l'engagement des jeunes pour qui le virage technologique est essentiel. | Devient une contrainte lorsque l'infirmière possède un faible niveau de compétences technologiques. |
| Apprentissage par projet | Autonomie Implication Interaction | Apporte un sentiment de valorisation. Soutient l'intérêt et la motivation. Favorise le lien direct entre le DP et la qualité des soins offerts en réponse aux besoins réels des patients. | Aucune mentionnée. |
| Autoévaluation : Évaluation de ses propres compétences et besoins en DP sous forme de grilles, rencontres avec le supérieur ou la conseillère, etc. | Autonomie | Favorise la qualité des soins offerts en réponse aux besoins réels des patients. Limite les contraintes liées au temps de libération et au financement. | Aucune mentionnée. |
| Capsules de formation Sous forme de présentation ou d'atelier. | Interaction Interdisciplinarité | Favorise le réseautage et le partage des connaissances. | Nécessitent du temps de libération financé. |
| Congrès, colloques, symposium | Interaction Partage Interdisciplinarité | Favorise le réseautage et le partage des connaissances. | Nécessite du temps de libération financé. Nécessite souvent un déplacement à l'extérieur, se confrontant ainsi aux responsabilités familiales. |
| Enseignement : Sous forme de préceptorat, encadrement de stagiaires ou présentations. | Autonomie Implication Interaction Partage | Favorise le réseautage et le partage des connaissances. Apporte un sentiment de valorisation. S'aligne avec la mission universitaire de l'organisation. Favorise le lien direct entre le DP et la qualité des soins offerts en réponse aux besoins réels des patients. Limite les contraintes liées au temps de libération et au financement. | Demande un niveau de compétences plus élevé. Nécessite du temps de libération financé si n'est pas jumelé à la charge de travail régulière. |
| Études formelles : Sous forme de cours, certificats, BAC, Maîtrise, PhD. | Autonomie Interaction | Favorise la réalisation des ambitions professionnelles. Favorise une augmentation du revenu. S'aligne avec la mission universitaire de l'organisation. | Représente un débours jugé dispendieux par les participantes. Devient moins accessible s'il n'y a pas de temps de libération financé disponible. Ne présente peu ou pas d'intérêt chez les participantes sous forme d'un programme complet, mais la poursuite des études peut soutirer leur engagement lorsque prise par petites bouchées. |
| Lecture dirigée : Sous forme d'articles ou de livres professionnels ou scientifiques. | Autonomie | Limite les contraintes liées au temps de libération et au financement. Favorise la rétention puisque le contenu demeure disponible. | Peut décourager les infirmières lorsque prend la forme d'articles de recherche, ou avec un niveau de vocabulaire très spécialisé. |

Un Enjeu d'Alignement des Activités de DP aux Besoins des Individus

Au-delà de ces facteurs organisationnels, l'analyse a montré que la mise en œuvre du DP par les organisations ne constitue pas une fin mais doit être conçue pour répondre aux besoins des individus, des besoins qui peuvent être dictés tant par des facteurs professionnels que personnels. Les gestionnaires peuvent agir directement ou indirectement sur plusieurs de ces facteurs individuels en articulant l'offre de DP en fonction de ceux-ci et ce, afin de rejoindre un plus grand nombre d'individus.

Intérêt & Motivation

Les infirmières associent cet engagement à l'intérêt et la motivation envers leur DP, qui revêt une grande importance pour elles. Une infirmière insiste même sur ce point en affirmant que sans intérêt, elle se développerait beaucoup moins, malgré son sentiment de responsabilité individuelle : « Oui je suis responsable, oui. Mais avec beaucoup d'intérêt par exemple! [...] Ça serait *bien* plate [se développer seulement par obligation] » (Participant #3).

Par ailleurs, les individus ont différents niveaux et différentes sources d'intérêt et de motivation, à différentes étapes de leur carrière : « Je suis en fin de carrière, j'ai pas mal fini mais ça m'intéresse toujours. Toutes les nouvelles choses qui arrivent sur le département, ça, je suis encore curieuse » (Participant #5). Notamment, les besoins diffèrent et les modalités doivent s'aligner avec ceux-ci afin de soutirer leur engagement envers leur DP :

Bien je pense, je vais parler pour ma tranche d'âge là, faut savoir aller chercher les jeunes, les impliquer. Je pense qu'on est une génération beaucoup que quand ça fait plus notre affaire, on s'en va [...] Là moi, on est venu un peu chercher mon champ qui pouvait me motiver (Participante #8).

Niveau de Compétences : La Perception d'un Besoin

Ainsi, les infirmières, avec différents niveaux de formation et de compétences, à différentes étapes de leur carrière, ont des besoins divers de DP. Il y a donc une nécessité d'articuler l'offre de DP sur ces besoins divers. En particulier, le sentiment de posséder des compétences en-deçà de ce qui est nécessaire pour bien accomplir sa fonction génèrera un besoin de développement et un engagement à le poursuivre. L'articulation de l'offre de DP avec les besoins des professionnelles et leur fonction est donc essentielle et soutient le lien direct entre le DP et la qualité des soins dispensés aux patients.

La situation à la clinique a beaucoup évolué [...] La charge de travail est différente, les interventions infirmières sont différentes, le suivi est différent, et c'est beaucoup de travail de clinicienne. Fait que je sais qu'éventuellement ce poste-là va avoir changé. Mais je trouve ça super stimulant, j'adore ça et je sais qu'éventuellement va falloir que je m'engage professionnellement pour ma formation (Participante #2).

Perspectives Professionnelles

Les répondantes ont également établi un lien entre leurs ambitions professionnelles et le besoin de DP. Ainsi, leur engagement au DP sous formes d'études formelles en vue de l'obtention d'un BAC ou d'une maîtrise est favorisé si un poste d'encadrement, comme gestionnaire, experte conseil, ou même un poste de conseillère en soins infirmiers, est envisagé au cours de leur carrière.

Enfin, bien que certains facteurs individuels ne puissent être influencés par les organisations, notamment la situation familiale, celles-ci peuvent adapter leurs stratégies de DP en fonction des besoins personnels des infirmières afin d'en amenuiser les contraintes. Ainsi, une infirmière interrogée propose qu'une organisation différente du travail à accomplir lui permette de poursuivre son DP sans nuire à sa situation familiale :

Dans le sens que, sans la rendre obligatoire mais que, au lieu que je classe des dossiers, [...] ou que je les sorte, ou que je mette des petits étiquettes sur des dossiers, ce temps-là, accumulé, bien c'est du temps que je pourrais aller me former à la place, et que je partirais à quatre heures d'ici quand même, que j'irais faire mon p'tit souper à mon fils quand même, et que ça me mettrait pas dans le jus ailleurs, tu sais? Ça je pense que oui. Facteur temps, c'est plus à ce niveau-là, oui (Participante #1).

Discussion

Le but de cette recherche était de décrire les facteurs organisationnels favorisant ou contraignant l'engagement des infirmières œuvrant en centre hospitalier universitaire (CHU) envers leur développement professionnel. Tout d'abord, les résultats de cette étude montrent que les infirmières sont influencées par de nombreux facteurs organisationnels. Ce constat reflète les conclusions des différentes études recensées sur le sujet (Anderson, Thorpe, & Hammick, 2011; Cadmus, 2006; Chowhan, 2005; Clark et al., 2009; Cooke et al., 2009; Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Grayson, 2005; Gustavsson, 2009; Hughes, 2005; Hurst, 2008; Narayanasamy & Narayanasamy, 2007; Newman et al., 2009; Statistique Canada, 2008; Sussman, 2002; Tones, 2011; Tougas, Lagacé, De La Sablonnière, & Kocum, 2004; Yamada, Durand, Chen, &

Maskarinec, 2007). Cette étude montre ainsi que trois grandes catégories de facteurs organisationnels influencent l'engagement des infirmières envers leur DP.

La première catégorie concerne l'environnement du DP et indique que l'établissement d'une politique de DP, le soutien de l'équipe d'encadrement ainsi que la création d'une culture organisationnelle soutenant le DP sont autant de facteurs favorisant l'engagement des infirmières envers celui-ci. De tels résultats convergent avec ceux démontrés dans les études sur les *Magnet Hospitals*, désignation américaine ayant vu le jour dans les années '90 et ayant pour but de reconnaître l'excellence des soins infirmiers offerts dans l'organisation ainsi que le pouvoir attractif de celle-ci en créant des environnements de travail valorisant les infirmières (Morgan et al., 2006). De fait plusieurs caractéristiques menant à l'attribution de la désignation *Magnet* recourent les conclusions de la présente étude, telles que : a) culture organisationnelle; b) le style d'encadrement des gestionnaires; c) l'établissement de politique et programmes et d) le développement professionnel en général (Morgan et al., 2006).

Par ailleurs, la recension des écrits fait état de plusieurs facteurs organisationnels reliés à l'aspect environnemental de l'organisation, tels que le type d'industrie, la taille de l'organisation, la présence syndicale et le caractère public ou privé (Chowhan, 2005; Clark et al., 2009; Cooke et al., 2009; Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Gustavsson, 2009; Hughes, 2005; Hurst, 2008; Newman et al., 2009; Statistique Canada, 2008; Sussman, 2002; Tones, 2011). Ces facteurs, pourtant très présents dans la littérature, ont été très peu voire non identifiés par les infirmières interrogées au sein de cette étude. La prédominance d'organisations publiques et syndiquées employant les infirmières au Québec, ainsi que la tenue de l'étude dans un CHU, peuvent expliquer ce fait.

Aussi, malgré un contexte politique de réforme du système de santé, notamment en ce qui a trait au financement du DP des infirmières, s'ajoutant à la récente adoption d'une norme d'heures de FC par l'OIIQ (2012) en vue du renouvellement du permis de pratique, il est intéressant de noter que l'analyse des données ne dégage aucun résultat significatif entourant la gouvernance des organisations.

La deuxième catégorie concerne l'accès aux activités de DP par les infirmières et met en lumière les facteurs liés au temps de libération financé leur étant accordé, à la promotion de ces activités ainsi qu'à la possibilité d'y accéder au sein même de l'établissement. Ceci corrobore les études de Schweitzer and Krassa (2010) ayant identifié les conditions dissuasives les plus fréquemment identifiées, soit le coût trop élevé des formations offertes, les responsabilités familiales ainsi que l'incapacité d'être libérées du travail due à un manque d'effectif infirmier. Or, la difficulté d'accès aux activités de DP fait partie des irritants associés à un taux de roulement élevé et l'intention des infirmières de quitter leur organisation (Gardulf et al., 2008; Keller-Unger, 2008; Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS], 2003; Montin, 2014). De plus, les résultats sont corroborés également par les études de Clark et al. (2009) et Hughes (2005) qui montrent que les principaux facteurs organisationnels entourant le DP des infirmières concernent la planification du DP par l'organisation et inclut le soutien des gestionnaires, notamment au niveau du financement partiel ou complet de la formation, du temps de libération dirigé pour le DP, de l'offre d'activités de DP ainsi que de la formation dispensée en milieu de travail. Ces mêmes facteurs sont également largement représentés au sein des autres secteurs d'activités recensés (Hurst, 2008; Statistique Canada, 2008).

La troisième catégorie concerne les modalités entourant les activités de DP. La présente étude identifie les modalités de DP offertes comme facteur principal de l'engagement au DP, selon la perception des participantes. Faisant écho aux écrits recensés sur le sujet, la perception des infirmières est que les activités de DP doivent répondre à des besoins concrets dans leur pratique, être dispensées de façon à favoriser leur implication et leur autonomie, ainsi que rejoindre leurs intérêts et caractéristiques individuelles (Fidishun, 2005; Knowles, Holton III, & Swanson, 1998; Montin, 2014; Trotter, 2006). Bien que la satisfaction des infirmières en regard des modalités de DP offertes ait été étudiée auparavant, elle n'a pas été abordé en tant que facteur de l'engagement au DP (Clark et al., 2009). Ce résultat semble donc novateur en ce sens qu'aucun écrit recensé entourant le DP n'a formellement identifié les modalités de DP offertes par les organisations comme étant le principal facteur favorisant l'engagement au DP des infirmières.

L'étude souligne également que les infirmières valorisent l'offre d'une variété de modalités entourant les activités de DP. Ce constat corrobore la littérature recensée puisqu'aucun auteur n'a pu identifier une modalité unique se démarquant des autres de façon significative, démontrant l'importance d'offrir une diversité d'activités de DP (Montin, 2014). Faisant écho à la recension des écrits, la perception des infirmières est que les activités de DP doivent répondre à des besoins concrets dans leur pratique, être dispensées de façon à favoriser leur implication et leur autonomie, ainsi que rejoindre leurs intérêts et caractéristiques individuelles (Fidishun, 2005; Knowles et al., 1998; Montin, 2014; Trotter, 2006). Ceci soutient également les conclusions de Tones (2011) qui a introduit la sélection des activités de DP à l'intérieur de son modèle de développement adaptatif pour l'apprentissage lié à l'emploi. Par ailleurs, Tones a observé que les organisations modifient les modalités de DP qu'elles offrent en fonction d'une réponse positive ou non de la part des employés. L'auteure conclue que les activités de DP doivent s'effectuer en fonction de la disponibilité et des

préférences individuelles des professionnels, éléments déterminants sur leur niveau d'engagement à se développer. Les résultats viennent corroborer les conclusions de Tones en renforçant le concept que les organisations doivent aligner les modalités de DP avec les besoins des individus, notamment en ce qui a trait l'intérêt et la motivation qu'elles suscitent.

La théorie andragogique de Malcolm Knowles suggère que les adultes ont besoin d'être autonomes dans leur apprentissage (Knowles et al., 1998). Les résultats de la présente étude font écho à cette théorie en démontrant que la majorité des activités de DP identifiées par les infirmières interrogées répondent à ce besoin, soit : a) l'apprentissage par ordinateur; b) l'apprentissage par projet; c) l'autoévaluation; d) l'enseignement; e) les études formelles et; f) la lecture dirigée. L'un des constats établis dans les écrits recensés est que l'autoformation répond au besoin d'autonomie et de flexibilité des professionnels et fait ainsi partie des modalités plus favorables que d'autres à un engagement significatif et à long terme des individus. Les infirmières interrogées voient l'apprentissage par ordinateur, ou impliquant d'autres technologies, comme étant une stratégie à développer plus amplement. Par ailleurs, certains travaux font état du manque de compétences technologiques, notamment auprès de certaines générations de professionnels, comme étant une contrainte à l'utilisation de telles stratégies (Chowhan, 2005; Clark et al., 2009; Statistique Canada, 2008). Les résultats de la présente étude ne vont pas dans ce sens. Une infirmière interrogée a d'ailleurs suggéré que l'utilisation de la technologie à des fins de DP pouvait favoriser le partage des connaissances et habiletés entre collègues.

Aussi, les modalités faisant appel à l'interaction et l'implication des infirmières étaient également décrites comme fortement appréciées et recherchées. À titre d'exemples, le *symposium des CSI* et la *foire aux techniques* sont des activités locales qui correspondent à plusieurs

caractéristiques recherchées par les infirmières puisqu'elles leur permettent de discuter, participer et manipuler avec les formateurs. Le contenu y est décrit comme étant plus crédible et pertinent. *A contrario*, les exposés magistraux, les longues présentations et les lectures fastidieuses sont des activités qui attirent peu les infirmières ayant participé à l'étude. Ces résultats soutiennent également la littérature en ce sens qu'elles sont orientées vers la FC, axée sur le développement de connaissances théoriques, techniques et habiletés de soins, versus leur DP, ouvrant la porte au développement par la recherche, les connaissances et habiletés relationnelles et psychosociales, la pratique réflexive, etc (Ducharme, 2001; McConnell et al., 2012; Schweitzer & Krassa, 2010).

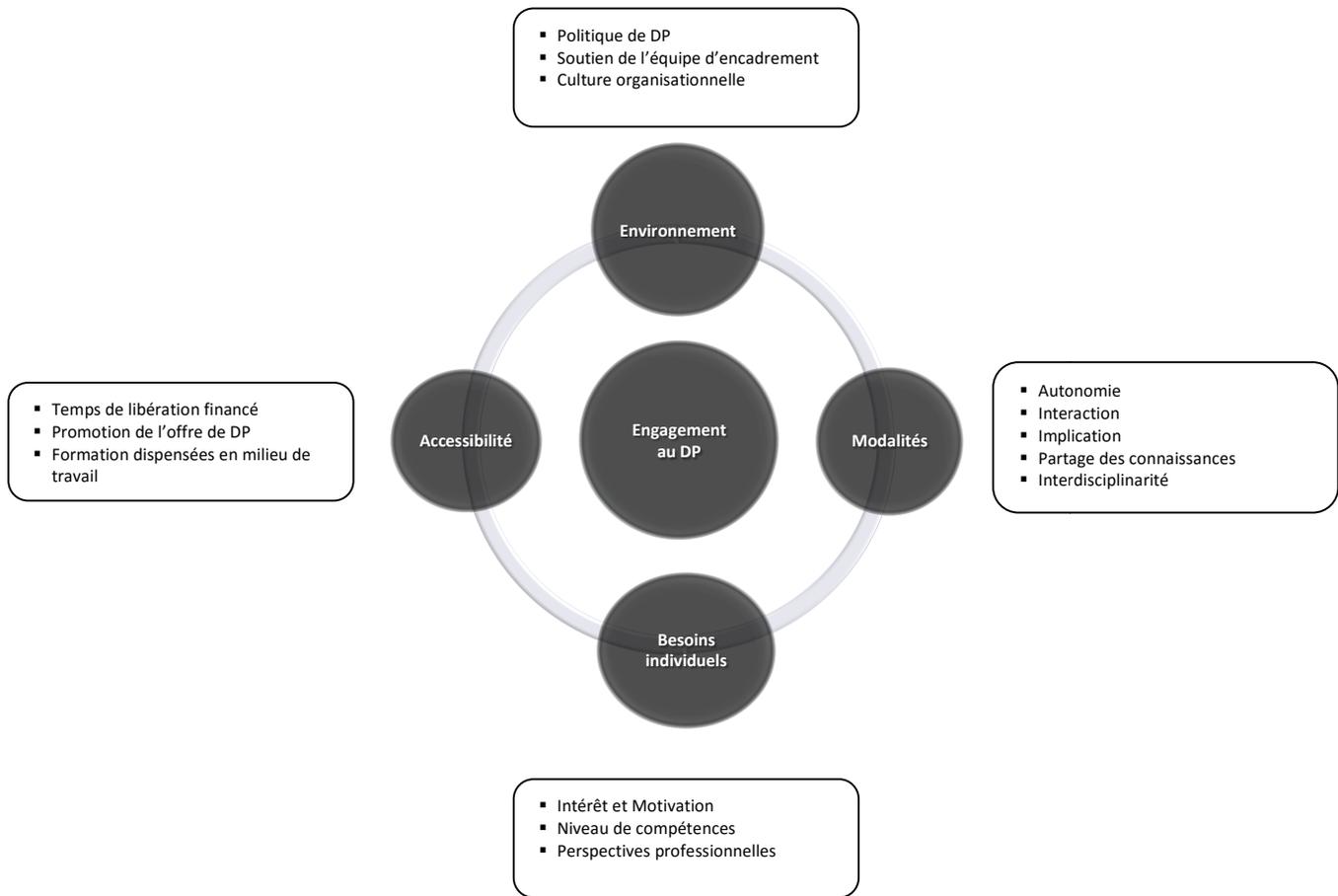
Les infirmières interrogées ont unanimement identifié l'intérêt et la motivation comme étant le facteur individuel favorisant le plus leur engagement au DP, soutenant que sans celui-ci, leur développement serait minimal. Ainsi, bien que plusieurs auteurs fassent état d'un lien entre les modalités de DP offertes et l'intérêt/motivation des adultes à y participer (Knowles et al., 1998; Tones, 2011; Trotter, 2006), aucune étude recensée n'a approfondie ce lien direct entre ces deux facteurs principaux influant sur l'engagement au DP des infirmières.

Aussi, les écrits recensés n'ont pas souligné le sentiment de responsabilité individuelle comme étant un facteur de l'engagement au DP. Cependant, des auteurs affirment que chaque infirmière doit prendre ses responsabilités envers son développement personnel et professionnel, ce que corroborent les résultats de cette étude (Larue et al., 2013; Love et al., 2011; Twaddell & Johnson, 2007). L'ensemble des huit participantes à l'étude ont décrit avoir un sentiment de responsabilité individuelle en regard de leur DP, notamment en raison qu'elles sont des professionnelles de la santé (secteur d'activité), œuvrant de surcroît au sein d'un CHU (type d'organisation). Elles perçoivent le système de santé et les CHU comme étant hautement évolutifs et

en perpétuel changement, amenant ainsi une responsabilité supplémentaire à poursuivre son DP. Ce dernier point en amène d'ailleurs plusieurs à affirmer que leur DP doit s'échelonner tout au long de leur carrière, faisant ainsi écho à plusieurs écrits recensés (Knowles et al., 1998; Love et al., 2011; Swift & Kelly, 2010; Tones, 2011; Trotter, 2006). De plus, cette notion de responsabilité individuelle est intrinsèque à la notion d'engagement, au cœur de cette étude (Fasoli, 2010; OIIQ, 2010). L'identification du sentiment de responsabilité individuelle en tant que facteur de l'engagement au DP des infirmières en CHU semble donc novatrice et il serait intéressant d'explorer plus en profondeur la façon dont les organisations peuvent stimuler ce sentiment de responsabilité afin de favoriser davantage cet engagement.

Les résultats permettent donc de concevoir un *Modèle d'Engagement au Développement Professionnel*, présentant quatre dimensions. Inspiré de Tones (2011), la première adaptation du modèle présentait l'engagement collectif, l'organisation, l'individu et les stratégies de DP comme quatre thèmes influençant l'engagement individuel des infirmières envers leur développement professionnel. Les résultats de l'étude n'ont pas permis de corroborer les écrits de Tones sur l'effet de l'âge en lien avec l'engagement au DP, chez les infirmières. Par ailleurs, Tones modélise l'influence de l'organisation en soulignant l'effet de désengagement lié à l'âge des intervenants, influant négativement sur le climat et les opportunités d'apprentissage offerts par l'organisation. Les résultats de cette étude ont permis d'affiner ces trois derniers aspects : en précisant 3 catégories de facteurs relevant de l'organisation, soit l'environnement, l'accessibilité et les modalités; en montrant comment jouent les facteurs individuels et leurs interactions avec les facteurs organisationnels; en précisant les stratégies de DP déterminantes et leur imbrication dans le contexte organisationnel; en inscrivant l'engagement collectif comme une résultante des trois facteurs organisationnels. *Le Modèle d'Engagement au Développement Professionnel* s'illustre donc ainsi :

Figure 2 : Modèle d'Engagement au Développement Professionnel



Cette étude conclue ainsi que la synergie entre plusieurs facteurs est à la base de l'engagement des infirmières en CHU envers leur DP. Les résultats ont démontré que les infirmières mesurent leur participation à des activités de DP en les évaluant à partir de nombreux facteurs, tant individuels qu'organisationnels. Par ailleurs, il n'a pas été démontré qu'un ou plusieurs facteurs soient spécifiquement contraignants pour l'engagement au DP des infirmières, mais plutôt que le manque ou l'absence de facteurs perçus comme favorisants devient alors une contrainte. Ceci

suggère que la planification organisationnelle du DP des infirmières doit utiliser une approche diversifiée en fonction des besoins personnels et professionnels des individus.

Implications pour la Recherche

La contribution spécifique de l'étude se situe au niveau de la description détaillée des facteurs organisationnels favorisant l'engagement des infirmières à poursuivre leur DP. L'étude confirme plusieurs facteurs recensés au sein d'autres secteurs d'activités et ajoute aux connaissances spécifiques à la profession infirmière en introduisant l'importance de lier les modalités de DP aux besoins personnels et professionnels de l'individu, fournissant ainsi un levier important pour les gestionnaires dans leur planification du DP.

Notamment, une étude plus approfondie sur les liens entre les modalités de DP et les facteurs individuels identifiés par les infirmières permettrait de mieux guider les gestionnaires sur les mécanismes à mettre en place afin de responsabiliser les infirmières et de stimuler leur intérêt/motivation, en tablant particulièrement sur l'influence du sentiment de responsabilité des infirmières mis en lumière dans cette étude. Également, une étude portant sur la valorisation du savoir expérientiel et relationnel permettrait de favoriser l'engagement des infirmières vers des modalités de DP favorisant une plus grande étendue de leur pratique. Aussi, d'autres recherches pourraient permettre de mieux documenter les disparités notées entre la littérature recensée et les résultats obtenus. En effet, l'âge, ou le facteur générationnel, est de loin le facteur d'engagement au DP le plus répandu dans la littérature, toutes disciplines confondues (Cadmus, 2006; Cooke et al., 2009; Finnish Institute of Occupational Health, 2006; Hurst, 2008; Statistique Canada, 2008; Sussman, 2002; Tones, 2011). Les résultats de cette étude n'ont pas permis d'établir un lien significatif entre

l'âge et les autres facteurs, organisationnels ou individuels. De la même façon, les résultats n'ont que très peu dégagé l'influence de la gouvernance sur l'engagement des infirmières à poursuivre leur DP, malgré des changements majeurs en ce sens. Il serait donc pertinent d'approfondir cet aspect. Finalement, une étude visant une population infirmière plus étendue pourrait valider des facteurs liés à la structure des organisations, tels que la syndicalisation et le caractère publique ou privé, largement rapportés dans la littérature mais absents du discours des participantes à cette étude.

Recommandations pour les Gestionnaires et Responsables du DP

Pour les gestionnaires et les responsable du DP, les résultats de cette étude suggèrent des interventions qui doivent être menées sur trois plans :

1. Mobiliser les infirmières comme principale partie intéressée dans la planification et la mise en œuvre d'une offre structurée de formation tenant compte de leurs préférences et besoins. Cette implication doit se faire en collaboration avec les experts en place (e.g. CSI, CCSI, médecins et autres professionnels) et prévoir un temps à l'horaire pour ce faire. Afin de limiter les effets néfastes sur le budget alloué au DP, il serait intéressant de mettre l'accent sur les modalités faisant appel à l'autoformation mais d'y intégrer des éléments de réseautage et d'échanges, par exemple le clavardage ou la tenue d'un forum de discussion en ligne, par exemple via l'utilisation de réseaux sociaux.
2. Équilibrer l'offre d'activités de DP entre des contenus stimulant l'intérêt/motivation des infirmières et ceux répondant à des exigences de l'organisation. L'alternance entre ces deux types de contenu pourrait éviter que s'installe une démotivation et un sentiment d'imposition de la part des gestionnaires. De plus, il serait avisé de ne pas limiter le contenu obligatoire à l'apprentissage par ordinateur ou autre activité relevant de l'autoformation, afin de ne pas jeter une perception défavorable sur ces stratégies hautement favorisantes à leur engagement et peu coûteuse pour les organisations.
3. Adapter les modalités de DP aux différents stades de carrière et niveaux de compétences des infirmières afin de mieux répondre à leurs besoins et éviter une démotivation, soit en plafonnant les infirmières de niveau avancé ou en poussant trop rapidement les infirmières plus novices. Pour ce faire, il est conseillé d'introduire des modalités leur permettant une auto-évaluation de leur niveau de compétences et de leurs besoins, valorisant ainsi une

pratique réflexive et un retour sur leurs expériences. Ceci favoriserait également une évolution constante de la pratique et de la qualité des soins offerts aux patients.

Forces et Limites de l'Étude

La période de réalisation de l'étude a coïncidé avec la mise en place par l'OIIQ de sa norme d'heures de FC obligatoires pour le renouvellement annuel du permis de pratique des infirmières. Durant la même période, le CHUSJ a débuté l'implantation de son nouveau modèle de pratique infirmière, chapeautant leur DP (réf. Mélépi). Ces deux changements ont favorisé la réflexion des infirmières en regard de leur engagement envers leur développement professionnel. Le choix d'un centre hospitalier universitaire (CHU) comme milieu d'étude permettait aussi de miser sur un contexte dans lequel les répondants sont très sensibilisés aux enjeux du DP.

Cependant, les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière de deux limites. La première est que toutes les participantes travaillaient sur le quart de jour, la perception des autres quarts de travail n'est donc basée que sur l'expérience passée des participantes. Les chefs d'unité ont mentionné n'avoir reçu aucune manifestation d'intérêt pour l'étude chez des infirmières des quarts de soir et de nuit, pouvant être confrontés à des enjeux particuliers dans leur pratique. La deuxième consiste en l'absence de validation des verbatim par les participantes. De fait, celles-ci ont été invitées à valider le verbatim de leur entretien mais la période de deux à six mois écoulée entre la fin de la cueillette de données et la fin de la transcription des verbatim semble avoir contribué à l'absence de retour à ce sujet.

Conclusion

En dépit des limites susmentionnées, cette étude montre clairement que l'offre d'une variété d'activités de DP selon diverses modalités favorise grandement l'engagement des infirmières envers leur DP, particulièrement lorsqu'elles sont alignées avec leurs besoins personnels et professionnels. La mise en place d'un environnement favorable au DP ainsi que l'établissement de mécanisme permettant une meilleure accessibilité aux activités offertes sont également garantes de leur engagement à y participer, ayant ainsi un impact direct sur leur pratique auprès des patients. La forte demande d'un rehaussement de la qualité des soins et des performances des établissements de santé en termes de résultats cliniques chez les patients font appel à un engagement continu des infirmières et des organisations envers le DP. Les résultats de cette étude fournissent des indications sur les leviers essentiels aux gestionnaires afin de fournir une offre adaptée d'activités de DP afin d'y arriver.

Références

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association, 290*(12), 1617-1623.
- Anderson, E. S., Thorpe, L. N., & Hammick, M. (2011). Interprofessional staff development: Changing attitudes and winning hearts and minds. *J Interprof Care, 25*(1), 11-17. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20795823>
- Andrews, D. A., & Dziegielewska, S. F. (2005). The nurse manager: Job satisfaction, the nursing shortage and retention. *J Nurs Manag, 13*, 286-295.
- Aspey, L. (2010). The art of coaching: Learning from assessment. *Therapy Today, 21*(3), 37.
- Austin Community College. (2010, September 12 2013). Professional Development Overview. Retrieved from <http://www.austincc.edu/hr/profdev/overview.php>
- Baret, C., Dumas, F., Mairesse, C. & Randon, S. 2013. Exploiter une enquête de satisfaction pour identifier les principaux facteurs de fidélisation des personnels. *Revue interdisciplinaire, Management & Humanisme, 4*(8), 124-134.
- Belcourt, M., Wright, P. C., & Saks, A. M. (2000). *Managing performance through training and development* (Vol. 2nd). Scarborough, ON: Nelson.
- Benner, P. (2000). The wisdom of our practice. *The American Journal of Nursing, 100*(10), 99-105.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Inc.
- Billett, S. (2002). Toward a workplace pedagogy: Guidance, participation, and engagement. *Adult Education Quarterly, 53*(1), 27-43.
- Böheim, R., & Booth, A. L. (2004). Trade union presence and employer-provided training in Great Britain. *Relations Industrielles, 43*(3), 520-545.
- Boomer, C. A., & McCormack, B. (2010). Creating the conditions for growth: A collaborative practice development programme for clinical nurse leaders. *J Nurs Manag, 18*(6), 633-644. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20840357>
- Borko, H. (2004). Professional development and teacher learning: Mapping the terrain. *Educational Researcher, 33*(8), 3-15.
- Brissette, F. (2006). *La transition de rôle de l'infirmier gestionnaire au Maroc*. Université de Montréal, Montréal, QC.
- Brocklehurst, P. R. (2010). Personal construct psychology: A theory to help understand professional development, a philosophy to support it. *Primary Dental Care, 17*(4), 179-187.
- Cadmus, E. (2006). Multilevel organizational strategies for the new workforce. *The Journal of Nursing Administration, 36*(6), 298-303.
- Chowhan, J. (2005). *Qui assure la formation: Les industries de haute technologie ou les établissements de haute technologie?* (11-622-MIF). Ottawa, ON: Statistique Canada.
- CHUSJ. (2011). Nos missions. Retrieved from <http://www.chu-sainte-justine.org/Apropos/>

- Clark, K. W., Baker, D., Carpenter, R. M., Lawson, M., Opitz, S., Strider, D., & Burns, S. M. (2009). Professional development: Endless options? *Nursing Management, July 2009*, 33-40.
- Cooke, G. B. (2007). Alternative work schedules and related issues among Atlantic Canadians. *The Workplace Review, 4*(2), 8-15.
- Cooke, G. B., Zeytinoglu, I. U., & Chowhan, J. (2009). Obstacles à l'accès à la formation. *Perspective, Juillet 2009*, 14. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/00903/4168532-fra.html> Retrieved from <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/00903/4168532-fra.html>
- Cooper, E. (2009). Creating a culture of professional development: A milestone pathway tool for registered nurses. *J Contin Educ Nurs, 40*(11), 501-508. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19904863>
- Descôteaux, R. (2010). Je choisis le CHU Sainte-Justine et MÉLÉPI me choisit! *Interbloqs, 32*(9).
- Desrosiers, G. (2008). La pénurie d'infirmières: Des choix à faire de toute urgence. *Le journal, 5*(3). Retrieved from <http://www.oiiq.org/publications/le-journal/archives/janvierfevrier-2008-vol-5-n-3/editorial-de-la-presidente-la-penurie>
- Dionne, L., Lemyre, F., & Savoie-Zajc, L. (2010). Vers une définition englobante de la communauté d'apprentissage (CA) comme dispositif de développement professionnel. *Revue des Sciences de l'Éducation, 36*(1), 25-43.
- Ducharme, F. (2001). *La recherche: Une voie privilégiée du développement du savoir infirmier*. Paper presented at the 1er Congrès international des infirmières et infirmiers de la francophonie, Montréal, QC.
- Ducharme, F. (2006). Le transfert des connaissances et la pratique infirmière fondée sur des résultats probants... sine qua non de la qualité des soins auprès des personnes âgées. *La Gérontoise, 17*(1), 41-48.
- Duffy, J. R., Thompson, D., & Hobbs, T. (2011). Evidence-based leadership: Evaluation of a joint academic-service journal club. *Journal of Nursing Administration, 41*(10), 422-427.
- Fasoli, D. R. (2010). The culture of nursing engagement: A historical perspective. *Nurs Adm Q, 34*(1), 18-29.
- Fidishun, D. (2005). *Andragogy and technology: Integrating adult learning theory as we teach with technology*. Penn State Great Valley School of Graduate Professional Studies, Malvern, PA.
- Finlay, K., & McLaren, S. (2009). Does appraisal enhance learning, improve practice and encourage continuing professional development? A survey of general practitioners' experiences of appraisal. *Quality in Primary Care, 17*(6), 387-395.
- Finnish Institute of Occupational Health. (2006). *Towards a better worklife!* (951-802-686-6). Retrieved from Helsinki, Finland:
- Gardulf, A., Orton, M.-L., Eriksson, L. E., Undén, M., Arnetz, B., Kajermo, K. N., & Nordström, G. (2008). Factors of importance for work satisfaction among nurses in a university hospital in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*, 151-160.
- Gold, J., Rodgers, H., & Smith, V. (2002). The future of the professions: Are they up for it? *Foresight, 4*(2), 46-53.
- Gould, D., Drey, N., & Berridge, E.-J. (2007). Nurses' experiences of continuing professional development. *Nurse Education Today, 27*, 602-609.
- Grayson, M. (2005). Generation X, Y, Zzzz. *Journal of Nursing Administration, 35*(7-8), 326.

- Green, J., Wyllie, A., & Jackson, D. (2014). Electronic portfolios in nursing education: A review of the literature. *Nurse Education in Practice, 14*, 4-8.
- Gustavsson, M. (2009). Facilitating expansive learning in a public sector organization. *Studies in Continuing Education, 31*(3), 245-259.
- Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced Practice Nursing* (4th ed.). St-Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Hedge, J. W., Borman, W. C., & Lammlein, S. E. (2006). *The aging workforce*. Retrieved from Washington, DC:
- Hughes, E. (2005). Nurses perceptions of continuing professional development. *Nursing Standard, 19*(43), 41-49.
- Hurst, M. (2008). *La formation liée au travail*. (75-001-X). Ottawa, ON: Statistique Canada.
- Johnson, J. E., Billingsley, M., Crichlow, T., & Ferrell, E. (2011). Professional development for nurses: mentoring along the u-shaped curve. *Nursing Administration Quarterly, 35*(2), 119-125. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21403485>
- Keller-Unger, J. L. (2008). *Exploring a model of skillful engagement in nursing practice*. The University of Texas Health Science Center at Houston, Houston, TX.
- Knowles, M. S., Holton III, E. F., & Swanson, R. A. (1998). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (5th ed.). Houston: Gulf Publishing Company.
- Laborde, S. A., & Lee, J. A. (2000). Skills needed for promotion in the nursing profession. *Journal of Nursing Administration, 30*(9), 432-439.
- Lannon, S. L. (2007). Leadership skills beyond the bedside: Professional development classes for the staff nurse. *J Contin Educ Nurs, 38*(1), 17-23.
- Larue, C, Dubois, S, Girard, F, Goudreau, J. & Dumont, K. 2013. Le développement continu des compétences de raisonnement clinique et de leadership : Facteurs personnels et facteurs organisationnels. *Recherche en Soins Infirmiers, 1*(112), 76-87.
- Linard, M. (2003). Autoformation, éthique et technologies: Enjeux et paradoxes de l'autonomie. In Hermès/Lavoisier (Ed.), *Autoformation et enseignement supérieur* (pp. 241-263). Paris.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Loiselle, C., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières* (2nd ed.). Saint-Laurent, QC.
- Love, D. (2011). Lifelong learning: Characteristics, skills, and activities for a business college curriculum. *Journal of Education for Business, 86*, 155-162.
- Manley, K., & McCormack, B. (2003). Practice development: Purpose, methodology, facilitation and evaluation. *Nursing in critical care, 8*(1), 22-29.
- Manley, K., McCormack, B., & Wilson, V. (2008). *International practice development in nursing and healthcare*. Oxford: Blackwell publishing.
- Maurer, T. J., Weiss, E. M., & Barbeite, F. G. (2003). A model of involvement in work-related learning and development activity: The effects of individual, situational, motivational, and age variables. *Journal of Applied Psychology, 88*(4), 707-724.

- McConnell, K. J., Delate, T., & Newlon, C. L. (2012). Impact of continuing professional development versus traditional continuing pharmacy education on learning behaviors. *Journal of the American Pharmacists Association, 52*(6), 742-752.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2nd ed.). Paris: De Boeck Université.
- Montin, L. (2014). Effectiveness of self-directed learning methods compared with other learning methods in nursing education related to nursing students' or registered nurses' learning outcomes: A systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports, 12*(2), 1-8.
- Moorley, C., & Chinn, T. (2015). Using social media for continuous professional development. *Journal of Advanced Nursing, 71*(4), 713-717.
- Morgan, S. H., Lahman, E., & Hagstrom, C. (2006). The magnet recognition program: Transforming healthcare through excellence in nursing services. *Journal of Nursing Care Quality, 21*(2), 119-120.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2003). *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative: Pour une transparence et systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives, 26*(1), 110-138.
- Narayanasamy, A., & Narayanasamy, M. (2007). Advancing staff development and progression in nursing. *British Journal of Nursing, 16*(7), 384-388.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinski, K. (2002). Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine, 346*(22), 1715-1722.
- Nesbitt, J. (2012). Journal clubs: A two-site case study of nurses' continuing professional development. *Nurse Education Today*. Retrieved from http://www.sciencedirect.com/science?_
- Newbold, C. (2010). Four stage approach to organisational talent development (part 2). *Industrial and Commercial Training, 42*(7), 379-385.
- Newman, C., Cashin, A., & Downie, A. (2009). An evaluation of nurse engagement in emancipatory practice development: The diary of a critical companion. *Practice Development in Health Care, 8*(2), 77-86.
- OIIAQ. (2011). Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire. Montréal, QC.
- OIIQ. (2010a). Perspectives de l'exercice de la profession infirmière. Westmount: QC.
- OIIQ. (2010b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2009-2010*. Retrieved from Westmount, QC:
- OIIQ. (2011a). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec: Norme professionnelle*. Retrieved from Westmount, QC:
- OIIQ. (2011b). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec: Document d'orientation*. Retrieved from Westmount, QC:
- Organisation des Nations Unies. (2010). *Human development report 2010: Human development: Definitions, critiques, and related concepts*. New York: Oxford University Press.

- Patel, P. C., DeNigris, J., Chabot, J., Panzera, A., Dunn, R., & Conners, S. (2011). Evidence-based practice and a nursing journal club: An equation for a positive patient outcomes and nursing empowerment. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27(5), 227-230.
- Phaneuf, M. (2005). *La qualité et la continuité des soins*. Paper presented at the 8th Symposium of the Coimbra University Hospital "La personne au coeur du processus de soins : qualité et continuité", Coimbra, Portugal.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins and Wolters Kluwer Health.
- Rainbird, H. (2000). Skilling the unskilled: Access to work-based learning and the lifelong learning agenda. *Journal of Education and Work*, 13(2), 183-197.
- Roberts, M. S. (2007). *Applying the andragogical model of adult learning: A case study of the Texas comptroller's fiscal management division*. (Masters of Public Administration), Texas State University.
- Ronsten, B., Andersson, E., & Gustafsson, B. (2005). Confirming Mentorship. *J Nurs Manag*, 13, 312-321.
- Sambrook, S. (2002). Factors influencing learning in work: A comparison of two research projects (European and United Kingdom-based). *European Education Research Journal*, 1(3), 522-537.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23, 334-340.
- Schweitzer, D. J., & Krassa, T. J. (2010). Deterrents to nurses' participation in continuing professional development: An integrative literature review. *J Contin Educ Nurs*, 41(10), 441-449. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20540461>
- Sekerka, L. E., & Chao, J. (2003). Peer coaching as a technique to foster professional development in clinical ambulatory settings. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 23(1), 30-37.
- Shepherd, C. (2011). Does social media have a place in workplace learning? *Strategic Direction*, 27(2), 3-4.
- Smith, B., Reed, P., & Jones, C. (2008). Mode neutral pedagogy. *European Journal of Open, Distance and E-Learning*, 2008/1, 1-5.
- Statistique Canada. (2008). *Apprentissage des adultes et monde du travail*. (81-004-X/5-2). Ottawa, ON: Statistique Canada.
- Steinbrook, R. (2002). Nursing in the crossfire. *The New England Journal of Medicine*, 346(22), 1757-1766.
- Strasser, J., & Gruber, H. (2004). *The role of experience in professional training and development of psychological counsellors*. Retrieved from http://link.springer.com/chapter/10.1007/1-4020-2094-5_2
- Sussman, D. (2002). *Obstacles à la formation liée à l'emploi*. (75-001-XIF/3-3). Ottawa, ON: Statistique Canada.
- Swift, S., & Kelly, C. (2010). Adult learning theory and literacy coaching. *Journal of Cross-Disciplinary Perspectives in Education*, 3(1), 19-26.
- Tashiro, J., Shimpuku, Y., Naruse, K., Matsutani M & M. (2013). Concept analysis of reflection in nursing professional education. *Japan Journal of Nursing Science*, 10, 170-179.

- Thompson, P., Dawe, S., Anlezark, A., & Bowman, K. (2005). *The mature-aged and skill development activities: A systematic review of research*. Adelaide: NCVER.
- Tones, M. J. (2009). *Patterns of engagement in workplace learning amongst employees from social sectors*. Queensland University of Technology, Brisbane, QLD.
- Tones, M. J., Pillay, H., and Kelly, K. (2011). The link between age, career goals, and adaptative development for work-related learning among local government employees. *Journal of Career Assessment, 19(1)*, 92-110.
- Tougas, F., Lagacé, M., De La Sablonnière, R., & Kocum, L. (2004). A new approach to the link between identity and relative deprivation in the perspective of ageism and retirement. *International Journal of Aging and Human Development, 59(1)*, 1-23.
- Trotter, Y. D. (2006). Adult learning theories: Impacting professional development programs. *The Delta Gamma Kappa Bulletin, 72(2)*, 8-13.
- Turcotte, J., Léonard, A., & Montmarquette, C. (2003). *Nouveaux résultats sur les déterminants de la formation dans les emplacements canadiens*. (71-584-MIF). Ottawa, ON: Statistique Canada.
- Twaddell, J., & Johnson, J. (2007). A time for nursing portfolios: A tool for career development. *Advances in Neonatal Care, 7(3)*, 146-150.
- Van der Maren, J. M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2e ed.). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Walsh, K., Lawless, J., Moss, C., & Allbon, C. (2005). The development of an engagement tool for practice development. *Practice Development in Health Care, 4(3)*, 124-130.
- Yamada, S., Durand, M. A., Chen, T.-H., & Maskarinec, G. G. (2007). Interdisciplinary problem-based learning as a method to prepare Micronesia for public health emergencies. *Developing Human Resources in the Pacific, 14(1)*, 93-97.
- Zemke, R., Raines, C., & Filipczak, B. (1999). *Generations at work: Managing the clash of veterans, boomers, Xers, and nexters in your workplace*. New York: AMACOM.

Protocole téléphonique (sélection des participantes)

- Présentation de l'IP : nom, étudiante à la maîtrise en administration des services infirmiers à l'Université de Montréal, sous la direction de Dr Carl-Ardy Dubois;
- Raison de l'appel : recrutement pour participation à une étude dans le cadre de la réalisation du mémoire de maîtrise de l'IP;
- Énonciation du but de l'étude : Décrire la perception des infirmières œuvrant en CHU quant aux facteurs influençant leur engagement à se développer professionnellement;
- Information donnée quant à la participation volontaire et non rémunérée à cette étude, ainsi que de la liberté de refuser ou de se retirer à tout moment, sans conséquence négative ou préjudice;
- Énonciation de la nature de la participation à l'étude : a) entretiens semi-dirigés d'au plus 60 minutes en fonction de l'horaire des participantes, b) révision des verbatim (facultatif) et, c) présentation des résultats (facultatif);
- Confirmation des critères d'inclusion à l'étude : a) détenir un diplôme reconnu en soins infirmiers de niveau collégial ou universitaire, b) être inscrite au tableau de l'OIIQ, c) détenir un poste permanent d'infirmière, infirmière clinicienne ou AIC au programme de chirurgie-traumatologie du CHUSJ, d) avoir terminé sa formation initiale depuis plus de 1 an, e) comprendre et parler aisément le français et, f) désirer participer à l'étude;
- Si acceptation de participer à l'étude : demande de l'adresse courriel afin d'envoyer le formulaire de consentement;
- Réponse aux questions;
- Remerciements.



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants



Université 
de Montréal

**Étude sur les moyens que l'organisation peut mettre en place afin de favoriser
votre développement professionnel!**

Titre de l'étude : L'engagement au développement professionnel d'infirmières œuvrant en centre hospitalier universitaire : une perspective infirmière.

Chercheuse principale : Elizabeth Arpin

Recruteur : Elizabeth Arpin

Devis : Qualitatif descriptif

Objectif de l'étude :

- 1- Identifier les facteurs organisationnels qui favorisent ou contraignent l'engagement au développement professionnel des infirmières.
- 2- Fournir des indications aux gestionnaires concernant les mesures de mise en œuvre de projets de DP qui obtiendront l'engagement des infirmières et contribueront au développement de leurs compétences.
- 3- Soutenir une offre intégrée de stratégies de DP, adaptées à l'infirmière et son contexte spécifique de travail, favorisant ainsi l'amélioration de soins et services sécuritaires et de haute qualité.

Critères d'inclusion :

- 1- Détenir un diplôme reconnu en soins infirmiers de niveau collégial ou universitaire;
- 2- Être inscrite au tableau de l'OIIQ;
- 3- Posséder un poste permanent au sein du secteur de chirurgie-traumatologie en tant qu'infirmière, infirmière clinicienne ou AIC, sur l'un ou l'autre quart de travail;
- 4- Avoir complété leur formation initiale au moins 1 an avant le début des entretiens;
- 5- Comprendre et s'exprimer aisément en langue française;
- 6- Désirer participer à l'étude.

Recrutement : Dans votre service.

Période de recrutement : novembre 2014

Nombre d'infirmières à recruter : entre 8 et 10

Informations :

Elizabeth Arpin, chercheuse principale

Dr Carl-Ardy Dubois, PhD
Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Votre chef d'unité ou cadre-conseil



CHU Sainte-Justine
*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

Formulaire d'information et de consentement

TITRE DE L'ÉTUDE: L'engagement au développement professionnel d'infirmières œuvrant en centre hospitalier universitaire : une étude qualitative descriptive.

MILIEU À L'ÉTUDE: Programme de chirurgie-traumatologie du CHU Sainte-Justine.

INVESTIGATRICE PRINCIPALE (IP): Elizabeth Arpin, BSc
Étudiante à la maîtrise en administration des services infirmiers,
option mémoire

DIRECTEUR DE RECHERCHE: Dr Carl-Ardy Dubois, PhD
Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

I. Introduction

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de mémoire d'Elizabeth Arpin, dirigée par Dr Carl-Ardy Dubois, professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal (UdeM).

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez lire attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire contient les informations relatives au but de l'étude, à ses procédures, avantages, risques et inconvénients, ainsi que les personnes ressources à contacter au besoin.

Le présent formulaire peut contenir des mots ou expressions que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez nécessaires à l'investigatrice principale et au directeur de recherche impliqué dans cette étude afin de clarifier les mots ou expressions incompris.

Une fois le formulaire en main, vous disposerez d'une période de réflexion d'une semaine pour nous donner votre accord et le signer. Vous pourrez le remettre à l'investigatrice principale au début de votre entretien.

II. Description de l'étude

Cette étude a pour but d'identifier les facteurs organisationnels associés à l'engagement d'infirmières œuvrant au sein d'un centre hospitalier universitaire envers leur développement professionnel (DP).

Ce projet de recherche est mené en vue d'obtenir un diplôme de deuxième (2^e) cycle universitaire. Les résultats de cette étude devraient contribuer de façon importante à éclairer la planification stratégique du DP du personnel infirmier. Ils fourniront des indications sur les leviers que les gestionnaires pourront utiliser afin de concevoir et mettre en œuvre des projets de DP qui obtiendront l'engagement des infirmières et contribueront au développement de leurs compétences. Éventuellement, ces résultats pourront soutenir une offre intégrée de stratégies de DP, adaptées à l'infirmière et son contexte spécifique de travail, favorisant ainsi l'amélioration de soins et services sécuritaires et de haute qualité. Les résultats seront recueillis de la façon suivante :

III. Nature de la participation et durée de l'étude

Votre apport consistera à participer à un entretien individuel d'au plus 60 minutes, qui portera sur l'élément suivant :

- Votre perception des facteurs associés à l'organisation qui influencent votre engagement à poursuivre votre DP.

Ces entretiens se dérouleront dans un local au sein de votre service en fonction de vos disponibilités, durant votre temps personnel (temps de pause, avant ou après votre quart

de travail). La collecte de données s'effectuera sur une période d'environ 3 mois, soit de novembre 2014 à février 2015.

Les entretiens seront enregistrés sur bande audio puis retranscrits à des fins d'analyse. Une fois la retranscription de votre entretien complétée, vous recevrez une copie de celle-ci que vous pourrez relire et corriger au besoin. Cette révision n'est pas obligatoire mais fortement suggérée afin de s'assurer que vos propos ont été dûment respectés. Vous aurez un délai de deux (2) semaines afin de valider la retranscription de votre entretien.

Finalement, une présentation des résultats finaux sera organisée dans un local de votre organisation. L'investigatrice principale communiquera avec vous par courriel afin de vous indiquer la date et l'heure de cette présentation. Votre présence n'est pas obligatoire mais vous est offerte à titre de remerciements pour votre participation à l'étude.

IV. Risques et inconvénients

Il est important de noter qu'aucune compensation financière ou autre reliée à votre participation à cette étude ne vous sera remise.

De plus, vous pourriez ressentir un certain inconfort face à certaines questions posées. Par exemple, sentiment de jugement face à votre propre niveau d'engagement envers votre DP, crainte de porter un jugement envers vos collègues de travail ou l'organisation, peur de répercussions suite à certains éléments de vos réponses, etc. À cet effet, sachez que votre identité demeurera parfaitement confidentielle et que vous serez libre de refuser de répondre à une question en tout temps.

Enfin, le temps requis pour l'entretien et la complétion des questionnaires est un inconvénient.

V. Avantages

Il est possible que vous retiriez des bénéfices personnels de votre participation à ce projet de recherche. En effet, l'entretien vous permettra de pousser votre réflexion et d'échanger en toute confidentialité et sans craintes de jugement défavorable à propos de votre engagement envers votre propre DP. Vous pourriez également retirer de la valorisation et de la satisfaction de par votre contribution à l'avancement de la pratique infirmière en ayant une opportunité concrète et anonyme de livrer un message aux gestionnaires du réseau quant aux divers moyens de susciter l'engagement des infirmières envers leur DP.

VI. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est entièrement volontaire et vous êtes libre de refuser d'y participer en tout temps, sans conséquence négative ou préjudice. Vous pouvez également choisir de cesser votre participation à tout moment et ce, sans avoir à donner de raison. Vous avez seulement à en informer l'investigatrice principale ou le directeur de recherche.

L'investigatrice principale et le directeur de recherche responsable du projet peuvent également mettre fin à votre participation si vous ne respectez pas les consignes établies ou si cela n'est plus dans votre intérêt.

En cas de retrait ou d'exclusion, les données recueillies au moment de votre retrait et non encore analysées seront détruites.

VII. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, l'IP recueillera dans un dossier les renseignements vous concernant nécessaires à l'atteinte des objectifs scientifiques.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Vous ne serez identifié que par un numéro auquel seule l'équipe de recherche (IP et directeur de recherche) auront accès. La clef du numéro, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par l'IP.

Les données de recherche seront conservées pendant sept (7) ans suite à la fin de l'étude au CHU Sainte-Justine, sous la responsabilité directe de l'investigatrice principale, puis seront détruites. Par détruites, on entend que les fichiers électroniques et audio seront supprimés et les documents imprimés seront déchiquetés.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que l'IP ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de ces informations, vous pourriez n'avoir accès à certaines d'entre elles qu'une fois votre participation terminée.

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier pourra être consulté par le comité d'approbation de la FSI de l'UdeM ainsi que le CÉR du CHU Sainte-Justine. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques mais il ne sera pas possible de vous identifier.

VIII. Responsabilité

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle.

IX. Communication des résultats

La diffusion des résultats se fera lors d'une présentation qui se tiendra au sein de votre établissement. Entre-temps, vous pourrez communiquer avec l'IP pour vous informer de l'avancement des travaux.

X. Personnes ressources

À tout moment avant, pendant ou après l'étude, vous pouvez communiquer avec l'une des personnes suivantes qui répondront à vos questions :

Elizabeth Arpin, BSc
Disponibilités : lundi au vendredi, de 8h à 16h

Dr Carl-Ardy Dubois, PhD
Disponibilités : lundi au vendredi, de 9h à 17h

Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participante à cette étude, ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749.

XI. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le CÉR du CHU Sainte-Justine a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement ainsi qu'au protocole de recherche.

XII. Consentement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre ma décision. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire me sera remise.

Nom et signature de la participante

Date

Engagement et signature de l'investigatrice principale

Je certifie avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions que la participante avait à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'elle peut se retirer librement et en tout temps.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire et à en remettre une copie signée à la participante.

Nom et signature de l'IP

Date

Questionnaire sociodémographique

Numéro du participant : _____

1. Âge

- 21-30 ans
- 31-40 ans
- 41-50 ans
- 52-60 ans
- 61-70 ans

2. Sexe

- Femme Homme

3. Titre d'emploi (relativement au poste détenu et non à votre niveau de scolarité)

- Infirmière
- Infirmière clinicienne
- Assistante infirmière-chef

4. Quart de travail

- Jour
- Soir
- Nuit

5. Statut d'emploi

- Temps complet (TC)
- TP8
- TP7
- Moins d'un TP7

Depuis combien de temps travaillez-vous au CHU Sainte-Justine?

- Moins de 5 ans
- 5-10 ans
- 10-15 ans
- 15-20 ans
- Plus de 20 ans

Niveau de scolarité

- Diplôme d'études collégiales (DEC)
- Baccalauréat
- Maîtrise
- Autre (spécifiez) : _____

Nombre d'années écoulées depuis la diplomation initiale

- 1-5 ans
- 6-10 ans
- 11-15 ans
- 16-20 ans
- 21-25 ans
- 26-30 ans
- 31-35 ans
- 36-40 ans
- plus de 40 ans

Avez-vous cumulé des heures de formation en lien avec votre profession au cours de la dernière année?

- Oui Non

Avez-vous été rémunérée par votre employeur pour la formation reçue?

- Oui Non

Guide d'entretien

Ouverture (5 minutes)

- Accueillir les participantes.
- Expliquer le déroulement de l'entretien individuel semi-dirigé.
- Expliquer la raison de l'enregistrement audio.
- Signaler aux participantes qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, que toutes les opinions sont intéressantes.
- Rappeler le but de l'étude et que les données recueillies demeurent confidentielles.

L'Entretien (30-45 minutes)

Réchauffement.

- Parlez-moi de votre parcours professionnel en termes d'études, d'expériences, de sentiment de satisfaction, des choix effectués, de la conciliation avec votre vie familiale, etc.
- Ressentez-vous un besoin de vous développer professionnellement? Par exemple, assister à des sessions de formation continue, lire des articles professionnels ou scientifiques, effectuer des séances de simulation, assister à des congrès, etc.

Question Principale.

- Selon vous, dans quelles mesures l'organisation du CHU Sainte-Justine influence-t-elle votre engagement à poursuivre votre développement professionnel?

Aperçu des Sous-Questions Entourant le DP.

- Selon vous, en quoi consiste le développement professionnel?
- Avez-vous des objectifs de DP?
 - Si oui, lesquels?

- Quelle(s) activités ou méthodes de développement professionnel favorise(nt) le plus votre apprentissage?
 - Quelle(s) activités ou méthodes de développement professionnel favorise(nt) le moins votre apprentissage?

Aperçu des Sous-Questions Entourant l'Engagement au DP.

- Quels sont les facteurs (facteurs) qui vous encouragent à participer à des activités de DP (exemples)?
 - Quels sont les facteurs (facteurs) qui vous empêchent de participer à des activités de DP?

Aperçu des Sous-Questions entourant les Facteurs Organisationnels.

- Comment décririez-vous la culture de l'organisation en regard du DP des infirmières? Par culture, il est entendu la place que l'organisation accorde au DP, la promotion qu'elle en fait, les actions prises afin de le favoriser ou le contraindre, etc.
- Comment décririez-vous les activités de DP offertes aux infirmières par l'organisation?
- Qu'est-ce que l'organisation pourrait faire pour soutenir votre engagement à poursuivre votre DP?

Clôture

- Vérifier si les participantes désirent poser une (des) question(s) ou ajouter quelque chose.
- Remercier les participants pour leur contribution à l'étude.

Journal des codes

Démographie

- Âge
- Revenu

Caractéristiques personnelles

- Situation familiale
- Objectifs personnels
- Intérêt/motivation
- Sentiment de responsabilité

Caractéristiques professionnelles

- Ambitions professionnelles
- Perception d'un besoin [de formation]
- Niveau de compétences [acquis ou à acquérir]
- Niveau de scolarité [acquis vs nécessaire]

Emploi

- Charge de travail
- Horaire
- Exigences professionnelles
- Statut d'emploi
- Climat de travail

Structure organisationnelle

- Compétences technologiques
- Type d'organisation

Planification du DP

- Activités de DP [généralité]
- Politique officielle de DP
- Financement partiel ou complet de la formation
- Expertise des formateurs/contenu
- Offre d'activités de formation
- Temps de libération dirigé pour le DP
- Formation dispensée en milieu de travail

Pratiques et valeurs organisationnelles

- Culture organisationnelle
- Interdisciplinarité
- Soutien de l'équipe d'encadrement
- Partage/offre entre collègues [de DP]

Modalités de DP

- Individuelles
 - Capsules de formation
 - Autoformation
 - ✓ Apprentissage par ordinateur
 - ✓ Lecture dirigée
 - ✓ Autoévaluation
 - ✓ Quizz/examen
 - Coaching
 - Clubs de lecture
 - Enseignement
 - Études formelles
 - Rencontre d'évaluation et d'appréciation du rendement

- Collectives
 - Communautés d'apprentissage
 - ✓ Réseautage intra et interdisciplinaire
 - ✓ Congrès/colloques
 - ✓ Conférences
 - ✓ Débats d'idées intra et interdisciplinaire
 - ✓ Symposium des CSI [local]
 - ✓ Foire aux techniques [local]
 - Apprentissage par projet
 - Simulation
 - Apprentissage en action

Compléments de vignettes tirées des verbatim

Soutien de l'équipe d'encadrement :

Quand elle [la directrice des soins infirmiers] est venue nous expliquer tout ça au début, ç'avait l'air du brassage de nuages. Personne comprenait, on était comme toutes, un peu : « C'est quoi qu'elle veut nous dire » ? On avait l'impression que c'était négatif un peu, qu'elle nous disait qu'on n'était pas des bonnes infirmières. Mais en fait, quand tu penses à tous les principes un à un, c'est toutes des choses qu'on fait d'emblée, c'est juste que c'est écrit sur un papier et là, je pense que Sainte-Justine s'en vient dans le modèle (Participant #7).

On a des soutiens cliniques à tous les quarts de travail, et c'est eux qui sont là aussi pour faire la formation aux employés et voir à ce que tout le monde soit bien encadré. Donc ce sont les soutiens cliniques qui montent la formation avec les médecins, avec les cadres conseil, les conseillères. Puis après ça, c'est des gens de notre terrain qui nous donnent la formation, fait que c'est encore plus intéressant et je pense que c'est encore plus crédible (Participant #7).

Temps de libération financé :

[...] je ne veux pas être obligée de prendre ça sur mes journées de congé, je travaille déjà à temps plein, le fait d'être libérée c'est quand même quelque chose qui va être positif (Participant #4).

Des fois quand on en veut, ça va en dehors de nos heures de travail, ou ça coûte de l'argent. Je pense que ça nous limite beaucoup. En tout cas moi ça me limite. Parce que je n'ai pas envie de payer pour quelque chose qui devrait nous être offert (Participant #8).

Je pense que c'est comme ça que ça fonctionne en fait, comme si le gouvernement offre un montant X pour [la formation des infirmières] mais y a tellement d'infirmières qui en profitent pas. [...] Si tout le monde disait : « cette année il faut que vous choisissiez une formation qui dure 4h, et si vous voulez une formation qui dure plus longtemps, alors vous payez la balance », mais je trouve que ça devrait être obligé d'utiliser ce budget-là qui nous est assigné, mais vraiment pour chaque infirmière (Participant #4).

Offre et promotion de DP :

Il y a des trucs hebdomadaires là! À chaque semaine il y a quelques choses auxquelles tu peux assister pour la formation continue, même si c'est pas dans ton domaine, à chaque semaine il y a quelque chose (Participant #1).

C'est sur que l'année dernière, ou il y a deux ans à peu près, on faisait plus de formations. [...] On est en train d'essayer de trouver d'autres solutions mais actuellement, on va à des formations imposées comme les PCA, des choses comme ça, des choses un peu plus universelles dans l'hôpital » (Participant #6).

Modalités de DP :

Nous ici on travaille beaucoup avec les stomo[thérapeute]s et les plaies de pression. Il y a eu un gros article là-dessus. J'ai tout vérifié et après, avec la stomo, on a fait un article dans le journal sur les surfaces thérapeutiques qu'on a ici. J'ai fait des liens, c'est des affaires que j'aime faire ».

J'ai l'opportunité d'assister à plusieurs p'tits trucs de formation, dont le journal club de la main, qui est en fait destiné aux résidents de plastie et d'orthopédie [...] J'y assiste à tous les mois. C'est super stimulant parce que c'est des articles d'un peu partout, qui sont choisis par des médecins, qui sont expliqués par des médecins (Participant #2).

[...] je dois avoir une culture générale un peu partout, mais ce qui prend beaucoup de place c'est mon rôle d'infirmière qui n'est pas spécialisé mais dans une clinique surspécialisée. Il n'y en a pas de formation vraiment pour ça, fait que je trouve qu'il faudrait que je développe mon côté plus infirmière générale, avec toutes les nouvelles technologies, la littérature (Participant # 1).

À mon avis, il faudrait plus mettre des filles de plancher aussi, avec les conseillères [...], si la fille qui te fais la formation, t'as l'impression que c'est ta collègue de plancher, peut-être que le message va mieux passer (Participant #6).

En fait ce que je me dis c'est que tranquillement, de participer à quelque chose comme Mélépi, de participer à ce qu'on me demande, je démontre une ouverture avec ce projet-là, que je considère comme du gros développement. [Mais] pour l'instant j'ai pas d'objectifs précis. Mais j'essaie de m'impliquer de façon positive (Participant #1).

Pour moi c'est pas nécessairement les études en tant que telles. Pour moi le développement professionnel c'est de t'impliquer auprès de ton [unité]. De toujours vouloir justement être à l'affût des formations, vouloir te perfectionner. Là, juste le fait moi que je m'implique dans le département, que j'essaie de changer des choses, pour moi c'est du développement professionnel que je fais en ce moment (Participant #8).

J'ai demandé à ma boss d'avoir des livres parce qu'on faisait dur, on avait le vieux vieux vieux Brunner, on est démodé. Moi j'ai acheté le Wong. [...] j'aimerais ça avoir plus de livres, plus de références (Participant #3)!

Nous on a un journal, le journal de la chirurgie, ça aussi là-dedans des fois, [...] s'il y a eu une formation sur tel sujet, des particularités sur le département ce mois-ci, que les gens se sont beaucoup questionnés aussi, ça se pourrait bien qu'il y ait un article dans le journal là-dessus après. Fait que oui, ça c'est un moyen aussi. Je pense qu'en général les gens le lisent pas mal (Participant #8).

Je t'avouerais que lire un article professionnel ou un résultat de travaux de recherche c'est très lourd, tandis que par contre, mettons la revue de l'Ordre à chaque mois, ça je trouve que les articles sont quand même bien, relativement concis, et c'est bon tu choisis un petit peu dans le lot qu'est-ce qui t'intéresse. [...] des grosses lectures, je trouve ça un peu fastidieux. J'aime mieux écouter quelqu'un [...] me parler d'un sujet (Participant #4).

J'aime bien les formations en ligne, ça j'aime bien ça, et les gens aussi, [...] c'est facile d'accès, t'as pas à te déplacer, tu le fais quand tu veux. [...] des fois il faut un peu de temps, t'as une heure ou deux, bien c'est plate mais tu peux le faire à la maison, aujourd'hui tout le monde a des ordinateurs (Participante # 3).

Je pense ça [apprentissage par ordinateur] irait chercher plus... Surtout les jeunes, on est né avec ça dans les mains là! [...] Il y en a qui vont être un p'tit peu réfractaires, de dire : « My God, moi les ordinateurs... » et ça va les freiner un peu mais elles ont tellement de collègues de tous âges autour d'eux qui peuvent dire : « Heille regarde je vais te le montrer, je vais te le mettre ton vidéo » (Participante #8).

Je pense que d'assister à des congrès, c'est super aidant parce que tu crées des liens. [...] Ça [capsules de formation] permet aussi de connaître les gens et de savoir où sont les experts (Participante #2).

Pour favoriser, peut-être d'être autorisées un peu plus à aller dans d'autres unités. Avoir l'occasion d'échanger avec des filles d'autres unités, parce que c'est comme si chacun était dans son unité. On n'a pas le même fonctionnement dans tout l'hôpital. On pourrait faire une journée d'invitation genre portes ouvertes : « Regardez nous ce qu'on fait, venez voir ». Ce sont des expériences qu'on pourrait partager. [...] À suivre une ou deux infirmières puis « GO, on y va, on vous montre (Participante #6).

Moi je pense qu'il faut à chaque année se remettre en question et dire : « Ok, moi, dans mon année, qu'est-ce que j'ai fait? Où je suis rendue? Qu'est-ce que j'ai besoin pour continuer à m'améliorer, me développer, pour pouvoir aider (Participante #7)?

Mes étudiants me stimulent parce que quand on est en rencontre clinique, si tu sais rien ça fait pitié un peu parce qu' [...] il faut que tu animes ça là. Fait que je trouve que quand tu as de l'information, t'as un peu de jus, ça fait des belles rencontres cliniques. [...] Sauf qu'il faut que j'aille voir qu'est-ce que c'est [diagnostics chez les adultes], parce qu'eux-autres vont en parler, [...] moi je touche pas ça mais faut quand même que je sois au courant un peu (Participante #3)!

C'est [DP] de toujours se garder à jour, d'être capable, de pouvoir transmettre aussi les connaissances, c'est pas juste d'apprendre des choses, mais de pouvoir les mettre en pratique. Je pense que c'est aussi important justement du fait que j'oriente beaucoup aussi. À chaque fois qu'il y a des nouvelles *batches* de CEPI, je suis toujours appelée à former [...]. Pour les étudiants, je pense que c'est important d'autant plus quand tu formes la relève, d'être quand même assez à jour (Participante #4).

J'ai décidé de pas poursuivre mon BAC après, malgré que j'étais dans le programme DEC-BAC, [...] j'ai décidé de pas continuer parce que j'étais tannée. Par contre je suis en train de faire des certificats. [...] en même temps je redéveloppe une certaine aisance à ravoir des cours mais je prends juste un cours par session, j'y vais vraiment à mon rythme (Participante #1).

[...] dans mes ambitions c'est toujours en secret de retourner à l'école pour prendre des cours. Mais pas pour faire une maîtrise. Juste pour prendre quelques cours (Participante #3).

Quand c'est [capsules de formation] du concret, quand c'est sur le plancher, comme exemple: « OK aujourd'hui on a une formation sur le pansement d'*acticoat* les filles »... C'est sur le plancher, c'est dans notre salle, et on a notre conseillère qui est là, avec notre soutien clinique, les filles se pratiquent, elles manipulent le matériel. [...] Donc c'est sûr que, si c'est quelque chose que je peux utiliser, qui va être concret dans mon travail, je pense que ça va être une méthode pour moi qui va être facilitante (Participant #7).

Ça [capsules de formation] c'est difficile. Et j'ai pas beaucoup de trous. J'ai un peu une surcharge de travail en ce moment à la clinique là, il faut qu'il y ait du renfort! [...] C'est un peu le bordel. Mais c'est pas grave. Fait que je trouve ça difficile de me libérer pour aller à des capsules de formation. [...] Parce que des fois y'a des belles capsules de formation qui sont là, qui ne se représentent pas, c'est pas comme : « ça va être telle telle telle date ». Fait que quand tu la manques, bien tu la manques (Participant #2).

Je pense, et je vais parler pour ma tranche d'âge là, faut savoir aller chercher les jeunes, les impliquer. Je pense qu'on est une génération beaucoup que quand ça fait plus notre affaire, on s'en va. Que c'est plus important que : « j'ai travaillé 5 ans ici fait que, faut que je reste ici, parce que là j'ai 5 ans et c'est juste ça que je sais faire », non. J'ai envie de faire d'autres choses, ça ne me convient plus, je m'en vais. C'est beaucoup une génération comme ça fait qu'il va falloir savoir comment aller chercher les jeunes, comment les impliquer. Là moi, on est venu un peu chercher mon champ qui pouvait me motiver, qui pouvait faire : « ok, là je vais m'impliquer auprès de mon équipe, j'ai le goût là » (Participant #8).

Sentiment de responsabilité :

Je pense qu'automatiquement quand tu choisis de faire un métier dans lequel t'es appelée à avoir beaucoup de changements, ça évolue toujours le système de la santé, je pense que ça fait partie de tes obligations, de t'engager. Pour moi être engagée c'est justement d'aller chercher des nouvelles formations, d'aller te mettre à jour. Je trouve qu'on a choisi un métier qu'on se doit de faire ça (Participant #8).

Perspectives professionnelles :

Je pense que si j'avais des intérêts d'aller faire de la gestion, m'en aller cadre, j'aurais pas le choix. Je me dirais : « vas-y parce que tu n'iras pas loin avec ton DEC (Participant #7).