

[Page de garde]

**HEC MONTRÉAL**

**L'identité professionnelle de l'infirmière et la qualité des soins prodigués aux  
résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au  
Québec**

**par  
Marie-Michèle Lépine**

**Sciences de la gestion  
(Option Gestion des ressources humaines)**

*Mémoire présenté en vue de l'obtention  
du grade de maîtrise ès sciences en gestion  
(M. Sc.)*

Août 2018  
© Marie-Michèle Lépine, 2018

# HEC MONTRÉAL

Comité d'éthique de la recherche

## ATTESTATION D'APPROBATION ÉTHIQUE COMPLÉTÉE

La présente atteste que le projet de recherche décrit ci-dessous a fait l'objet des approbations en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains nécessaires selon les exigences de HEC Montréal.

La période de validité du certificat d'approbation éthique émis pour ce projet est maintenant terminée. Si vous devez reprendre contact avec les participants ou reprendre une collecte de données pour ce projet, la certification éthique doit être réactivée préalablement. Vous devez alors prendre contact avec le secrétariat du CER de HEC Montréal.

---

**Projet # :** 2018-2745 - Identité professionnelle de l'infirmière et qualité des soins

**Titre du projet de recherche :** ÉTUDE VISANT À DÉTERMINER L'INFLUENCE DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DE L'INFIRMIÈRE SUR LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS

**Chercheur principal :**  
Marie-Michèle Lepine  
Étudiante M. Sc., HEC Montréal

**Directeur/codirecteurs :**  
Denis Chênevert

**Date d'approbation initiale du projet :** 03 juillet 2017

**Date de fermeture de l'approbation éthique :** 11 juin 2018

---



Maurice Lemelin  
Président du CER de HEC Montréal

## CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

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

---

**Projet # :** 2018-2745

**Titre du projet de recherche :** ÉTUDE VISANT À DÉTERMINER L'INFLUENCE DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DE L'INFIRMIÈRE SUR LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS

**Chercheur principal :**  
Marie-Michèle Lépine,  
Étudiante M. Sc. - HEC Montréal

**Directeur/codirecteurs :**  
Denis Chênevert  
Professeur - HEC Montréal

**Date d'approbation du projet :** 03 juillet 2017

**Date d'entrée en vigueur du certificat :** 03 juillet 2017

**Date d'échéance du certificat :** 01 juillet 2018

---



Maurice Lemelin  
Président du CER de HEC Montréal

## Résumé

La réforme du système de santé et de services sociaux du Québec mise en œuvre en 2015 est dite catastrophique et constitue un véritable fléau qui préoccupe à la fois les gestionnaires, les professionnels de la santé et la population. En effet, les conditions de travail difficiles dans lesquelles travaillent plus particulièrement les infirmières, ajoutées à la pénurie de main-d'œuvre non négligeable, ébranle nécessairement l'identité professionnelle de l'infirmière, c'est-à-dire la perception qu'elle a de son propre rôle et la philosophie qu'elle entretient sur la façon dont elle doit prodiguer les soins infirmiers. Cette conjoncture des plus préoccupantes met d'autant plus en péril la santé physique et psychologique de l'infirmière et contribue, subséquentment, à la précarisation de la qualité des soins et à la déshumanisation des services offerts aux patients. En outre, dans le contexte actuel caractérisé par d'importants bouleversements organisationnels, il s'avère primordial d'identifier les leviers d'action permettant de favoriser le renforcement de l'identité professionnelle de l'infirmière et d'assurer le maintien et voir même l'amélioration de la santé et du bien-être au travail de celle-ci. Dans cette recherche, réalisée spécifiquement en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), nous nous sommes intéressés à la façon dont les valeurs organisationnelles véhiculées par les Centres intégrés de santé et de services sociaux du Québec influencent la compétence professionnelle et le *caring*, les deux concepts clés de la profession infirmière permettant d'assurer la qualité des soins, selon le Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) (Cara et al., 2015a). En ce sens, nous avons identifié des liens à faire - puisque le MHSI-UdeM ne les établit pas - entre ces deux aspects-clés de la pratique infirmière et l'identité professionnelle de l'infirmière, et entre cette même identité et la qualité des soins infirmiers prodigués au niveau clinique et relationnel. Conséquentment, nous avons étudié le rôle médiateur de l'identité professionnelle de l'infirmière dans cette relation ainsi que le rôle modérateur du niveau de détresse psychologique dans la relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la qualité des soins.

Une revue exhaustive de la littérature portant sur l'ensemble des variables de notre modèle de recherche a été réalisée, puis la vérification des hypothèses a été effectuée à partir de données préalablement recueillies par questionnaire auprès d'un échantillon d'infirmières provenant de neuf CHSLD du Québec. Les résultats de notre recherche quantitative ont démontré que les valeurs organisationnelles n'influencent pas la compétence professionnelle et le *caring*. De plus, les résultats obtenus ont permis de confirmer que la compétence professionnelle et le *caring* influencent significativement et positivement l'identité professionnelle de l'infirmière, laquelle influence à son tour, de par son rôle médiateur, la structure « humaine » de la qualité des soins. Les analyses statistiques ont toutefois révélé que l'identité professionnelle n'influence pas les aspects « résultat » et « matériel » de la qualité des soins et par le fait même, ont démontré que le niveau de détresse psychologique ne joue pas un rôle modérateur dans la relation entre l'identité professionnelle et chacune des sous-dimensions de la qualité des soins.

**Mots clés :** valeurs organisationnelles, compétence professionnelle, *caring*, identité professionnelle, qualité, soin clinique, soin relationnel, détresse psychologique

# Table des matières

Résumé.....	iv
Liste des tableaux.....	x
Liste des figures.....	xi
Liste des abréviations.....	xii
Remerciements.....	xiii
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
Contexte de recherche.....	1
Objectif du mémoire et question de recherche.....	5
Contributions potentielles.....	10
Contributions théoriques.....	10
Contributions empiriques.....	11
Contributions managériales.....	12
Structure du mémoire.....	12
<b>Chapitre 1 REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>14</b>
1.1 La qualité des soins infirmiers.....	14
1.1.2 Modèles théoriques.....	15
1.1.2.1 Modèle théorique d’Avedis Donabedian (1966).....	15
1.1.2.2 Modèle théorique de l’ <i>American Nurse Credentialing Center</i> (1990).....	15
1.1.2.3 Modèle théorique de l’ <i>Institute of Medicine</i> (2001).....	15
1.1.2.4 Modèle théorique de Paule Birot, Marie Pierre Dervaux et Martine Pegon (2005).....	16
1.1.2.5 Modèle théorique de l’Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2010).....	16
1.1.2.6 Modèle théorique de Chantal Cara et al. (2015).....	17
1.2 Modèle humaniste des soins infirmiers de l’Université de Montréal.....	17
1.2.1 Définition de la qualité des soins infirmiers.....	20
1.2.2 Mission, philosophie et objectifs.....	20
1.2.3 Concepts centraux.....	21
1.2.4 Concepts clés.....	22
1.2.5 Études empiriques.....	24
1.3 Les valeurs organisationnelles dominantes.....	25
1.4 Niveaux de soins infirmiers.....	29
1.4.1 Postulats.....	30
1.4.2 Études empiriques.....	30
1.5 L’identité professionnelle.....	32
1.5.1 Modèles théoriques.....	32
1.5.2 La théorie de l’identité.....	35

1.5.3 L'identité professionnelle et le comportement .....	41
1.5.4 L'identité professionnelle et la qualité des soins infirmiers .....	45
1.5.5 L'identité professionnelle à titre de variable médiatrice .....	46
1.6 La détresse psychologique .....	48
1.6.1 La théorie de l'identité et le stress .....	48
1.6.2 La détresse psychologique et l'identité professionnelle de l'infirmière .....	50
1.6.3 Études empiriques .....	51
1.6.4 La détresse psychologique de l'infirmière à titre de variable modératrice .....	52
Conclusion .....	55
<b>Chapitre 2 CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>56</b>
2.1 Présentation du cadre conceptuel .....	56
2.2 Hypothèses de recherche .....	58
2.2.1 Les valeurs organisationnelles dominantes .....	58
2.2.2 L'identité professionnelle de l'infirmière à titre de variable médiatrice dans la relation entre le niveau de compétence professionnelle perçu et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique.....	58
2.2.3 L'identité professionnelle de l'infirmière à titre de variable médiatrice dans la relation entre le niveau d'importance perçu accordé au <i>caring</i> et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel.....	59
2.2.4 Le niveau de détresse psychologique de l'infirmière à titre de variable modératrice dans la relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique et relationnel.....	60
<b>Chapitre 3 MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>62</b>
Introduction .....	62
3.1 Devis de recherche quantitatif.....	62
3.1.1 Description du questionnaire.....	63
3.1.2 Instruments de mesure.....	63
3.1.3 Prétest.....	76
3.1.4 Échantillon .....	77
3.1.5 Administration du questionnaire .....	78
3.1.6 Méthodes d'analyses utilisées .....	79
3.2 Devis de recherche qualitatif.....	80
3.2.1 Description de la grille d'observation .....	80
3.2.2 Instruments de mesure.....	81
3.2.3 Échantillon .....	84
3.2.4 Observation sur le terrain .....	85
<b>Chapitre 4 RÉSULTATS.....</b>	<b>86</b>



4.1	Statistiques descriptives .....	86
4.1.1	Profil sociodémographique des répondants .....	86
4.1.2	Représentativité de l'échantillon .....	87
4.1.3	Profil professionnel des répondants .....	88
4.2	Création des variables du modèle.....	91
4.2.1	Création de la variable « Valeurs organisationnelles » (VO).....	91
4.2.2	Création de la variable « Niveau de compétence professionnelle perçu » (NCP).....	94
4.2.3	Création de la variable « Niveau d'importance perçu accordé au <i>caring</i> » (NIPC).....	97
4.2.4	Création de la variable « Identité professionnelle de l'infirmière » (IPI).....	100
4.2.5	Création de la variable « Niveau de détresse psychologique » (NDP).....	103
4.2.6	Création de la variable « Qualité des soins » .....	106
4.2.7	Création de la variable « Qualité des soins-Résultats » (QS-R).....	108
4.2.8	Variable « Qualité des soins-Structure humaine » (QS-SH) .....	108
4.2.9	Variable « Qualité des soins-Structure matérielle » (QS-SM) .....	109
4.3	Analyse de corrélation bivariée.....	110
4.4	Modèle d'équations structurelles.....	113
4.4.1	Suppression des variables de contrôle.....	113
4.4.2	Validation des hypothèses de recherche.....	113
4.4.3	Modèle structurel initial .....	114
4.4.4	Modèle structurel final .....	117
4.4.3	Indices de correspondance du modèle structurel final.....	119
4.4.4	Effet de médiation .....	120
4.5	Synthèse de la validation des hypothèses.....	122
4.6	Observation sur le terrain .....	124
4.6.1	Contact initial .....	124
4.6.2	Écoute.....	124
4.6.3	Communication .....	125
4.6.4	Soutien .....	125
4.6.5	Priorisation des soins.....	126
	<b>Chapitre 5 DISCUSSION .....</b>	<b>129</b>
5.1	Retour sur les résultats attendus .....	129
5.1.1	La relation entre les valeurs organisationnelles dominantes, le niveau de compétence professionnelle perçu et le niveau d'importance perçu accordé au <i>caring</i> .....	129
5.1.2	La relation entre le niveau de compétence professionnelle perçu et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique, médiée par l'identité professionnelle de l'infirmière.....	130
5.1.3	La relation entre le niveau d'importance perçu accordé au <i>caring</i> et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel, médiée par l'identité professionnelle de l'infirmière .....	132

5.1.4 La relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique, modérée par le niveau de détresse psychologique de l'infirmière .....	133
5.1.5 La relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel, modérée par le niveau de détresse psychologique de l'infirmière .....	134
<b>Conclusion.....</b>	<b>139</b>
Limitations théoriques et pratiques .....	139
Avenues de recherche .....	141
<b>Bibliographie .....</b>	<b>143</b>
Annexe 1 .....	i
QUESTIONNAIRE.....	i
Annexe 2 .....	xiv
COMMUNIQUÉ AUX GESTIONNAIRES .....	xiv
Annexe 3 .....	xv
GRILLE D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS DE CARING .....	xv

## Liste des tableaux

Tableau 1.1 - Les valeurs de la profession infirmière .....	6
Tableau 3.1 - Construction du questionnaire .....	73
Tableau 3.2 - Détail de l'échantillon .....	78
Tableau 3.3 - Construction de la grille d'observation .....	83
Tableau 4.1 - Profil sociodémographique des répondants .....	87
Tableau 4.2 - Représentativité de l'échantillon .....	88
Tableau 4.3 Profil professionnel des répondantes .....	89
Tableau 4.3 Profil professionnel des répondantes .....	91
Tableau 4.4 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Valeurs organisationnelles » ..	92
Tableau 4.5 - Analyse factorielle de second ordre réalisée pour la variable « Valeurs organisationnelles dominantes » .....	94
Tableau 4.6 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Niveau de compétence professionnelle perçu » .....	95
Tableau 4.7 – Analyse factorielle de second ordre réalisée pour la variable « Niveau de compétence professionnelle perçu » .....	97
Tableau 4.8 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Niveau d'importance perçu accordé au <i>caring</i> » (NIPC) .....	98
Tableau 4.9 – Analyse factorielle de second ordre réalisée pour la variable « Niveau d'importance perçu accordé au <i>caring</i> » .....	100
Tableau 4.10 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Identité professionnelle de l'infirmière » (IPI) .....	101
Tableau 4.11 – Analyse factorielle de second ordre réalisée pour la variable « Identité professionnelle de l'infirmière » .....	103
Tableau 4.12 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Niveau de détresse psychologique » .....	104
Tableau 4.13 - Analyse factorielle de second ordre réalisée pour la variable « Niveau de détresse psychologique » .....	106
Tableau 4.14 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Qualité des soins » .....	107
Tableau 4.15 - Contribution factorielle (contrainte à un facteur) sur les énoncés retenus de la « Qualité des soins-Résultats » .....	108
Tableau 4.16 - Contribution factorielle (contrainte à un facteur) sur les énoncés retenus de la « Qualité des soins-Structure humaine » .....	109
Tableau 4.17 - Contribution factorielle (contrainte à un facteur) sur les énoncés retenus de la « Qualité des soins-Structure matérielle » .....	109
Tableau 4.18 - Résumé des variables à l'étude .....	110
Tableau 4.19 - Matrice de corrélation de Pearson des variables à l'étude .....	112
Tableau 4.20 - Résultats de l'analyse de régression modératrice à l'égard du niveau de détresse psychologique .....	115
Tableau 4.21 - Degré de significativité de la relation à l'aide de la valeur $p < 0,05^*$ .....	116
Tableau 4.22 - Coefficients de régression standardisés .....	116
Tableau 4.23 - Degré de significativité de la relation à l'aide de la valeur $p < 0,05^*$ .....	117
Tableau 4.24 - Coefficients de régression standardisés .....	118
Tableau 4.25 - Indices de correspondance du modèle structurel final .....	120
Tableau 4.26 - Indices de correspondance du modèle de recherche initial .....	120
Tableau 4.27 - Effets indirects .....	122
Tableau 4.28 - Effets indirects standardisés ( <i>Lower bound</i> ) .....	122
Tableau 4.29 - Effets indirects standardisés ( <i>Upper bound</i> ) .....	122
Tableau 4.30 - Synthèse de la validation des hypothèses .....	123

## Liste des figures

Figure 1. Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (Cara et al., 2015a) .....	19
Figure 2. Valeurs organisationnelles des CIUSSS et CISSS du système de santé du Québec (2018).....	28
Figure 3. La théorie de l'identité : formation, activation et résultat (Bothma et al., 2015) .....	41
Figure 4. La vue du système de contrôle du processus d'identité: le cycle de la signification présentant les points d'interruption possibles en A et B (Burke, 1991).....	54
Figure 5. Modèle conceptuel de recherche.....	57
Figure 7. Modèle structurel final.....	117

## Liste des abréviations

<b>AFE</b>	Analyse factorielle exploratoire
<b>AIC</b>	Assistante infirmière chef
<b>AIIC</b>	Association des infirmières et infirmiers du Canada
<b>ANCC</b>	<i>American Nurse Credentialing Center</i>
<b>CAPSTI</b>	<i>The Caring Attributes, Professional Self and Technological Influences</i>
<b>CAQ</b>	<i>Caring Attribute Questionnaire</i>
<b>CFI</b>	<i>Comparative Fit Index</i>
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>CNPI-Short Scale</b>	<i>Caring Nurse–Patient Interaction Scale</i>
<b>CSQ</b>	Centrale des syndicats du Québec
<b>FIQ</b>	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
<b>FSI-UdeM</b>	Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
<b>FSQ</b>	Fédération de la santé du Québec
<b>GFI</b>	<i>Goodness of Fit Index</i>
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>ICASI</b>	Infirmières cliniciennes assistantes du supérieur immédiat
<b>IDPSQ-14</b>	Indice de détresse psychologique de Santé Québec
<b>IFI</b>	<i>Incremental Fit Index</i>
<b>INESS</b>	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
<b>IOM</b>	<i>Institute of Medicine</i>
<b>IP</b>	Identité professionnelle
<b>MBI-GS</b>	<i>Maslach Burnout Inventory-General Survey</i>
<b>MHSI-CHUM</b>	Modèle humaniste des soins infirmiers de la Faculté des sciences infirmières appliqué au Centre hospitalier de l'Université de Montréal
<b>MHSI-UdeM</b>	Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal
<b>MSSS</b>	Ministère de la santé et des services sociaux
<b>NCPP</b>	Niveau de compétence professionnelle perçu
<b>NDP</b>	Niveau de détresse psychologique
<b>NIPC</b>	Niveau d'importance perçu accordé au <i>caring</i>
<b>OIQ</b>	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>PSCNI</b>	<i>Professional Self-Concept of Nurses Instrument</i>
<b>QS-R</b>	Qualité des soins-Résultats
<b>QS-SH</b>	Qualité des soins-Structure humaine
<b>QS-SM</b>	Qualité des soins-Structure matérielle
<b>RMSEA</b>	<i>Root mean square of approximation</i>
<b>SIDIIEF</b>	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone

## Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de recherche monsieur Denis Chênevert, qui m'a accompagné dans la rédaction de ce mémoire et plus particulièrement, dans les difficultés et qui a su, de par son expérience et sa passion pour le milieu de la santé, apaiser mes inquiétudes et m'épauler dans la recherche de solutions alors que le contexte de recherche choisi, ô combien intéressant, comportait toutefois son lot de défis.

Je tiens également à remercier chaleureusement mes parents, ma sœur et mon amoureux qui m'ont appuyé et encouragé sans relâche en dépit des obstacles, déceptions et questionnements rencontrés. Vous avez été d'une écoute, d'une compréhension et d'un soutien inconditionnel et avez fait de ce parcours une aventure des plus agréables, laquelle m'emplit de fierté que je partage avec vous. Vous avez été une véritable source de réconfort et de motivation, sans quoi cette réussite n'aurait été possible. En ce sens, merci à mes amies et collègues de travail pour vos mots d'encouragement et votre intérêt envers ce mémoire, votre appui incessant m'a véritablement touchée.

En terminant, je tiens à remercier d'une part la direction et les gestionnaires du réseau de la santé du Québec qui ont accueilli ce projet avec ouverture, vous avez été d'une générosité sans fin. D'autre part, je remercie les infirmiers, infirmières, infirmier(ère)s auxiliaires et préposés(e)s aux bénéficiaires que j'ai eu la chance de rencontrer, vous êtes une source d'inspiration inépuisable. Encore une fois merci de l'attention que vous avez portée à ce projet et pour votre participation essentielle.

# Introduction

## Contexte de recherche

En avril 2015, le projet de loi 10 intitulé « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales », mis en œuvre par le ministre de la Santé et des Services sociaux Gaétan Barrette, est entré en vigueur (Centrale des syndicats du Québec (CSQ), 2014). Cette réforme du système public de santé propose de modifier « l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'intégration régionale des services de santé et des services sociaux, la création d'établissements à mission élargie et l'implantation d'une gestion à deux niveaux hiérarchiques » (CSQ, 2014 : 2). Il s'agit donc ultimement d'une fusion administrative qui vise à remplacer les « établissements de santé actuels par des mégastructures couvrant des territoires et des bassins de population immenses » (Brousselle, Contandriopoulos et Breton, 2014 : 1). En effet, la réorganisation du système de santé confie dorénavant à « un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou à un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) la majorité des services de santé et de services sociaux au cœur d'un réseau territorial de services (RTS) » (Gouvernement du Québec, 2015 : 1). Depuis 2015, 1 300 postes de cadres ont été appelés à disparaître dans le cadre de cette réforme, dans l'objectif de générer des économies de plus de 220 millions de dollars par année (Lecomte, 2014). Ainsi, ce changement de culture dans le milieu de la santé vise à « favoriser et à simplifier l'accès aux services pour la population, à contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et à accroître l'efficacité et l'efficience du réseau de la santé et des services sociaux » (CSQ, 2014 : 2). En effet, selon plusieurs auteurs, les projets visant « l'amélioration de la qualité des soins sont souvent mis en œuvre dans un objectif de maîtrise des dépenses », constat qui suscite cependant un certain scepticisme de la part des professionnels de la santé (Hurlimann, 2001 : 26).

Ainsi, les décisions gouvernement du Québec en matière de réorganisation du système de santé et de services sociaux sont peu susceptibles d'atteindre les résultats visés et peuvent potentiellement menacer la performance et la pérennité du réseau (Brousselle et al., 2014). Les connaissances scientifiques démontrent que les fusions à grande échelle ne permettent pas assurément de réaliser un gain d'efficacité et même, peuvent avoir dans certains cas des impacts négatifs sur la santé de la population (Brousselle et al., 2014). Les réformes successives du système de santé et de services sociaux québécois, en dépit des objectifs permettant de justifier de telles transformations, peuvent engendrer de véritables obstacles à la qualité des soins et entraîner une certaine déshumanisation des services, observable tant auprès de la clientèle que des professionnels de la santé (Cara et al., 2016). En effet, les conséquences observées un an après l'entrée en vigueur de la loi 10 sont néfastes ; on observe notamment « plus de bureaucratie, plus de pression pour offrir les soins rapidement, moins de temps consacré aux patients et moins d'autonomie professionnelle », en plus de l'augmentation inquiétante du nombre de congés de maladie au sein du

personnel du réseau de la santé et des services sociaux (Gouvernement du Québec, 2016 : 1). Le constat semble unanime ; « la réforme n'a pas contribué à l'accessibilité ni à l'amélioration de la qualité des soins offerts à la population » et cette réorganisation du système de santé au Québec « va à l'encontre des meilleures pratiques mondiales en termes d'administration de la santé », selon le Dr Simon- Pierre Landry du Regroupement des omnipraticiens pour une médecine engagée (ROME) (Gouvernement du Québec, 2016 : 1). Pour la Fédération de la santé du Québec (FSQ), il y a une corrélation évidente entre la souffrance du personnel soignant et la détérioration des conditions de pratique, conséquence des réformes précédentes, qui contribue à « la déshumanisation des services, à la précarisation et à la dévalorisation du travail dans le réseau public de la santé » (CSQ, 2014 : 12).

Ce constat suscite ainsi une double problématique, soit la précarité de la qualité des soins entraînée par la déshumanisation et simultanément, la dévalorisation du travail des professionnels de la santé et plus spécifiquement des infirmières (CSQ, 2014). Cette situation est observable particulièrement dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du Québec, en raison du fait que le gouvernement estime que les besoins réels des résidents ne sont pas nécessairement reliés à la pratique infirmière (Caron, 2013). L'ex-ministre de la Santé et des Services sociaux, Réjean Hébert, affirme que « ce ne sont pas des coupes [mais plutôt] des modifications de l'offre de services de façon à répondre aux besoins des gens. Le besoin, c'est de lever les patients, de les laver et d'apporter une aide à l'autonomie de la vie quotidienne. Pour ça, il faut plus de préposés et moins d'infirmières » (Caron, 2013 : 1).

Certes, « les préposés aux bénéficiaires jouent un rôle important en répondant aux besoins de base et en accompagnant les résidents dans les activités de la vie quotidienne », mais ils ne peuvent pas pallier le manque d'infirmières étant donné qu'ils ne sont pas autorisés à réaliser les mêmes tâches, dont l'évaluation de l'état de santé, qui est primordiale (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2014 : 5). En effet, les CHSLD accueillent une clientèle âgée, fragilisée et en grande perte d'autonomie, dont les différentes problématiques de santé, de plus en plus complexes, requièrent en moyenne plus de trois heures de soins par jour (OIIQ, 2014). Ces personnes vulnérables présentent notamment des problèmes de santé chroniques, des troubles cognitifs et mentaux, des déficiences physiques et intellectuelles et des maladies dégénératives, nécessitant de grands besoins en soins infirmiers (OIIQ, 2014). Ainsi, pour répondre aux besoins particuliers des résidents, leur condition mentale et physique doit nécessairement être évaluée, ce qui constitue une activité réservée uniquement aux infirmières et aux médecins (OIIQ, 2014). Sans l'évaluation globale de l'état de santé du résident, « aucune directive de soins ne peut être donnée aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires et aucun programme visant le maintien de l'autonomie ne peut être mis en place pour assurer une qualité de vie optimale et prévenir des problèmes [de santé] » (OIIQ, 2014 : 3). L'OIIQ (2014), en parfait accord avec l'approche « Milieu de vie » implantée en 2003 dans les CHSLD du Québec, qui place les résidents au cœur des préoccupations en matière de santé publique, soutient donc que la présence suffisante d'infirmières au sein des équipes de soins et ce, vingt-quatre heures par jour, sept jours par semaine, est fondamentale et est étroitement liée à la qualité des soins infirmiers et conséquemment, à la qualité de vie



des personnes hébergées. Dès lors, « les soins infirmiers devraient être considérés non plus comme un poste budgétaire de dépenses, mais bien comme un facteur d'efficacité à long terme essentiel pour remodeler les systèmes de santé » (Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), 2015 : 22).

En effet, on observe d'abord qu'un nombre insuffisant d'infirmières en CHSLD peut engendrer l'omission de l'évaluation de la condition physique et mentale du résident, dont les conséquences sont la déshydratation, la malnutrition, les chutes, les plaies de pression, le délirium, les infections et l'utilisation des contentions (OIIQ, 2014). Cette activité constitue l'assise de l'exercice infirmier et est essentielle à la détermination des problèmes de santé et des besoins du résident (OIIQ, 2016). De plus, dans les CHSLD où il y a un manque d'infirmières, on observe davantage d'infections urinaires, de pneumonies d'aspiration, d'erreurs de médicaments et d'effets indésirables causés par ceux-ci tels que des chutes et du délirium (Voyer, 2013b). En revanche, dans les CHSLD où les ratios infirmiers sont respectés<sup>1</sup>, on constate une réduction des infections urinaires, des pneumonies et des arrêts cardiaques (OIIQ, 2016). Enfin, on constate qu'une présence infirmière adéquate en CHSLD, en prévenant des problèmes de santé tels que ceux nommés précédemment, permet d'éviter de 45 à 67% des hospitalisations incluant des transferts vers les urgences et contribue par le fait même à réduire significativement le taux de mortalité (Voyer et al., 2016; OIIQ, 2014).

De plus en plus, les employés, les patients et leur famille n'hésitent plus à dénoncer publiquement l'organisation du travail qui a des répercussions humaines importantes (Plante, 2017). Les médias rapportent plusieurs situations préoccupantes selon lesquelles les infirmières arrivent difficilement à délivrer des soins de qualité. En effet, les coupes budgétaires en matière de soins infirmiers sont réelles depuis les dernières années ; en 2013, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal a coupé 30 postes d'infirmières totalisant 2,4 millions de dollars et plusieurs CHSLD ont réduit de façon importante les heures de soins infirmiers prodiguées à l'ensemble des résidents (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), 2014). La députée libérale Marguerite Blais dénonçait, à l'Assemblée nationale, que les ratios infirmières/patients sont inconcevables à certains endroits, soit une infirmière pour 50 patients le jour et une infirmière pour plus de 200 patients la nuit (Caron, 2013). « Une infirmière pour 50 patients, c'est le travail que faisaient six infirmières il y a 10 ans » s'insurgeait Amir Khadir, le député de Québec solidaire (Caron, 2013 : 1). En effet, nous constatons qu'il y a une tendance à réduire le nombre d'infirmières et à même les retirer le soir, la nuit et les fins de semaine, l'absence d'infirmières et par le fait même, la diminution des soins, étant compromettantes pour la santé des résidents (OIIQ, 2014) « La succession de coupures d'heures de soins infirmiers et les nombreuses problématiques liées à l'organisation du travail des professionnelles en soins ont entraîné une surcharge de travail insoutenable », mettant ainsi en péril la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients, soulignait Régine Laurent, présidente de la FIQ (FIQ, 2014 : 1).

---

<sup>1</sup> Au Québec, en CHSLD, ces ratios sont de 1 infirmière pour 25 à 32 résidents le jour, de 1 infirmière pour 50 à 64 résidents le soir et de 1 infirmière pour 75 à 96 résidents la nuit (Voyer, 2013a).

« Je suis écœurée de couvrir pour des infirmières non remplacées et de voir mon personnel se fendre en 15 pour réussir à donner des soins à tout le monde, au meilleur de leurs capacités. Notre cher gouvernement s'assoit sur le fait que nous travaillons avec des humains, que nous ne pouvons pas remettre à plus tard et que nous finissons par nous "arranger". Les patients ne sont pas tous levés, n'ont pas tous leur bain et peuvent attendre plusieurs minutes avant d'avoir du service, comme être amené à la toilette. On sent que ça marche comme une usine. Personne n'a le temps de prendre le temps. On ne parle pas d'animaux ici, mais d'humains. C'est difficile autant pour le personnel que pour les patients ». (Véronique Lafond citée dans Plante, 2017).

« Ce n'est pas normal! Tout le monde est à bout de souffle. Je fais ma part pour aider. Mais si la personne n'a pas de famille? Si elle tombe à terre, elle peut rester là longtemps. Ce n'est pas rassurant de vieillir » (Carole Lussier citée dans Plante, 2017).

La perception de la population québécoise relativement aux conditions de travail des professionnels en soins au Québec abonde en ce sens. En juillet-août 2017, la FIQ a réalisé une étude sur les ratios professionnel(le)s en soins/patients auprès de 1 960 Québécois et les résultats sont éloquentes ; 80% des répondants (n=1 960) estiment que les professionnel(le)s en soins (excluant les médecins) sont surchargés au Québec, 37% des répondants (n=1 543) ont été témoins de situation où les professionnel(le)s en soins (excluant les médecins) semblaient ne pas avoir le temps de faire leur travail correctement, 91% des répondants (n=1 960) estiment qu'une infirmière ou une infirmière auxiliaire absente devrait obligatoirement être remplacée, 72% des répondants (n=1 960) affirment que le gouvernement procède à trop de coupures dans le système de santé et 40% des répondants (n=1 960) indiquent que la situation caractérisant le réseau de la santé au Québec est pire qu'il y a trois ans (FIQ, 2017).

Les choix mis en place par le ministre de la Santé et des Services sociaux ont le potentiel pour déshumaniser les soins et simultanément, contribuer à rendre les conditions de travail des infirmières particulièrement difficiles (Giroux, 2016). « Aucun soignant ne devrait être déchiré entre 20 culottes d'incontinence à changer et 10 autres patients à alimenter. Couper dans ces soins, c'est remettre la cause de ce déchirement directement aux soignants » (Giroux, 2016 : 1). Par ailleurs, en 2015-2016, 210 628 incidents et accidents ont été répertoriés dans les CHSLD du Québec, soit des événements reliés notamment à des erreurs de médication, des chutes et de la malnutrition (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2016). Dans un tel contexte, il est difficile de ne pas associer la décroissance de la qualité des soins aux compressions actuelles, affirme Martin Ménard, avocat (cité dans Plamondon Emond, 2017). Cette situation est préoccupante tant pour les patients que pour les infirmières et il est dorénavant urgent de mettre en place des solutions pour permettre aux professionnelles de dispenser des soins à la hauteur de leurs compétences et en toute sécurité pour les patients (FIQ, 2014).

Alors que l'on constate la déshumanisation des soins prodigués aux patients et que parallèlement, les infirmières sont appelées à travailler dans des conditions difficiles, comment peut-on penser être en mesure de délivrer les mêmes soins avec une telle diminution du nombre d'infirmières ? La réforme de 2015 ainsi instaurée, on constate que celle-ci ne permet pas d'assurer et de favoriser la qualité des soins

délivrés aux personnes hébergées dans les CHSLD. En raison du vieillissement de la population, la situation devrait empirer d'ici les prochaines années, étant donné que le nombre d'individus âgé de 65 ans et plus augmentera de près de 54 % de 2015 à 2031 (Institut de la statistique du Québec, 2015) et le nombre de personnes de 85 ans et plus quadruplera dans les 25 prochaines années (Plamondon Emond, 2017). Le Québec compte actuellement 33 350 lits en CHSLD publics, 6800 en CHSLD privés conventionnés et 3530 en CHSLD privés non conventionnés, alors que 2 850 demandeurs sont toujours en attente (Plamondon Emond, 2017). La situation est de plus en plus critique, compte tenu du nombre grandissant de personnes en perte d'autonomie nécessitant des soins complexes et inévitablement, du manque de lits et de ressources permettant de les accueillir dans nos établissements (Plamondon Emond, 2017). Quant aux infirmières, c'est non seulement le sens de leur travail qui s'en trouve affecté, en raison de l'incapacité à accomplir leur rôle adéquatement, mais c'est également l'importance de leur rôle qui est remise en question. Cette réforme a-t-elle eu un impact négatif sur leur identité professionnelle, et si oui, sont-elles capables ou enclines à prodiguer des soins de même qualité?

## **Objectif du mémoire et question de recherche**

L'objectif de ce mémoire consiste à examiner le lien entre l'identité professionnelle de l'infirmière pratiquant en CHSLD et la qualité des soins qu'elle prodigue aux patients. Fagermoen (1997) définit l'identité professionnelle comme étant la conception qu'a l'infirmière de son rôle, la philosophie qu'elle entretient sur la façon dont elle doit prodiguer les soins infirmiers et ce que c'est que d'être et d'agir comme une infirmière. L'identité professionnelle agit à titre de cadre de référence et guide ainsi l'infirmière dans sa pensée, ses actions et ses interactions avec le patient (Fagermoen, 1997). L'identité professionnelle découle à la fois de l'identité personnelle et de l'identité sociale. D'abord, l'identité personnelle fait référence au paradigme de vie de l'individu, c'est-à-dire à un ensemble de valeurs, de savoirs et d'intérêts qui constitue son bagage personnel et qui témoigne de l'essence et de la constance de son identité dans le temps (Fagerberg et Kihlgren, 2001; Dubar, 2010). L'identité personnelle est donc « ce que je dis que je suis » et fait état de la représentation de soi en tant que personne (Dubar, 2010). Cette identité personnelle vient teinter de manière singulière la conception qu'a l'infirmière de son rôle ; de ce fait, chaque infirmière possède une identité professionnelle qui lui est propre (Dubar, 2010). Quant à elle, l'identité sociale se développe par l'interaction avec les autres infirmières et par l'internalisation des valeurs propres à la profession infirmière, lesquelles sont présentées au tableau 1.1 (Fagermoen, 1997). L'identité sociale est donc « ce qu'on dit que je suis » et fait état de la représentation de soi au sein du groupe d'appartenance (Dubar, 2010). Larouche et Legault (2003) ont su bien traduire, en une seule phrase, ce qu'est l'identité professionnelle, c'est-à-dire « Qui je suis dans le qui nous sommes ». Le « qui je suis » représente l'identité personnelle et le « qui nous sommes », l'identité sociale. L'identité

professionnelle, découlant de l'identité personnelle et de l'identité sociale, se construit donc dans cette « dynamique constante entre la connaissance de soi et les rapports sociaux » (Larouche, 2012 : 34).

**Tableau 1.1 - Les valeurs de la profession infirmière**

VALEURS	DÉFINITIONS
L'INTÉGRITÉ	L'intégrité fait référence à l'honnêteté et à la franchise. Elle transcende toutes les dimensions de l'exercice de la profession. Elle constitue la pierre angulaire des devoirs déontologiques.
LE RESPECT DE LA PERSONNE	Le respect de la personne englobe à la fois l'établissement et le maintien d'une relation de confiance, ainsi que la reconnaissance de son unicité, de son droit à la vie privée et de son autonomie décisionnelle, laquelle s'exprime par son droit de faire des choix et d'être informée.
L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE	L'autonomie professionnelle se traduit par la capacité de prendre des décisions dans l'intérêt du client, en toute objectivité et indépendance, d'en être imputable et d'en rendre compte.
LA COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE	La compétence se réfère à la responsabilité de maintenir et de développer ses connaissances et ses habiletés et de tenir compte des données probantes et des bonnes pratiques. Elle fait aussi appel à la capacité de reconnaître et de respecter ses limites dans l'exercice de la profession.
L'EXCELLENCE DES SOINS	L'excellence des soins est la raison d'être de la profession infirmière et reflète l'importance accordée à la vie humaine. Elle vise le bien-être et la sécurité des personnes de tout âge, à toutes les étapes de leur vie et constituent le but ultime de la profession infirmière.
LA COLLABORATION PROFESSIONNELLE	La collaboration professionnelle reflète l'importance accordée à agir en partenariat avec d'autres professionnels et intervenants, en vue d'assurer et d'optimiser la qualité et la sécurité des soins et services à la clientèle.
L'HUMANITÉ	L'humanité dans les soins se traduit notamment, par la générosité envers l'autre, la tolérance et la solidarité. Elle permet l'empathie et l'attention à l'autre dans son unicité.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2015)

Un modèle théorique peut devenir, lorsque plusieurs membres d'un groupe professionnel en viennent à l'adopter comme cadre de référence, une partie intégrante de l'identité sociale d'un individu membre de ce groupe et venir de ce fait façonner son identité professionnelle. Dans le domaine des soins infirmiers, le Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) (Cara et al., 2015a), basé sur la théorie du *caring* humain de Watson (2002), représente l'archétype d'un idéal de soin (Cara, 2003). Développé en 2011 par Chantal Cara et Francine Girard ainsi que leurs collaborateurs (i.e. Jérôme Gauvin-Lepage, Hélène Lefebvre, Dimitri Létourneau, Marie Alderson, Caroline Larue, Janique Beauchamp, Lisette Gagnon, Manouche Casimir, Marielle Roy, Louise Robinette et Caroline Mathieu), tous étant rattachés à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI-UdeM), le MHSI-UdeM exerce une grande influence sur la pratique infirmière au Québec (FSI-UdeM, 2017b). En dépit du fait que ce modèle, plutôt récent rappelons-le, n'ait pas encore été testé empiriquement, celui-ci connaît une renommée grandissante à l'échelle de la province puisqu'il est le seul à mettre en lumière l'importance de ramener au premier plan l'essence même de la profession infirmière, soit le *caring*, que l'on pourrait traduire par « prendre soin ». Compte tenu de son influence sur la pratique infirmière au Québec, nous avons choisi d'utiliser ce modèle dans le cadre de ce mémoire afin d'examiner s'il existe un lien entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la qualité des soins prodigués aux patients.

Bien que ce modèle postule que la qualité des soins infirmiers est tributaire de la compétence professionnelle et du *caring*, il faut cependant savoir que les auteurs du MHSI-UdeM ne définissent pas ce qu'ils entendent par « soins infirmiers de qualité ». Dans le cadre de ce mémoire, nous nous tournons donc vers l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1982, dans SIDIIEF, 2015) qui définit, de manière complexe, la qualité des soins de cette façon :

« Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin ».

On constate donc que la qualité des soins, de manière générale, s'évalue à trois niveaux, c'est-à-dire au niveau clinique, relationnel et organisationnel. Dans le présent mémoire, nous approfondirons la qualité des soins infirmiers et ce, spécifiquement prodigués au niveau clinique (le soin à visée curative) et au niveau relationnel (le soin à visée relationnelle) (Busilacchi, 2012), puisque le MHSI-UdeM considère la compétence professionnelle et le *caring* comme les deux aspects déterminants de la qualité des soins infirmiers. De plus, nous approfondirons le niveau organisationnel de la qualité des soins en étudiant la variable « valeurs organisationnelles dominantes », un ajout au MHSI-UdeM, lesquelles dirigent les comportements humains et guident les membres de l'organisation dans l'action et donc, influencent la façon dont l'infirmière exerce sa profession et prodigue les soins aux patients (Meglino, Ravlin et Adkins, 1989; Schein, 1985; Rokeach, 1973). Les sciences infirmières et le *caring*, deux champs de recherche à la fois indépendants et indissociables, permettent de concevoir le soin infirmier dans sa globalité et ainsi, d'en apprécier sa qualité (Levy-Malmberg et Hilli, 2014). En accord avec le MHSI-UdeM, la compétence professionnelle de l'infirmière regroupe un ensemble de connaissances, expériences et compétences de diverses natures dont techniques et relationnelles qui se développent par une pratique réflexive et impliquent la mobilisation de ressources et savoirs tels que le savoir, le savoir-faire et le savoir-être (Cara et al., 2016). Le *caring* réfère à « un engagement conscient et renouvelé d'aider et d'accompagner la Personne à être et à devenir ce qu'elle est. Il consiste à développer des liens de réciprocité avec la Personne afin de favoriser sa santé » (Cara, Roy et Thibault et al., 2015a : 4). Le *caring* s'appuie sur des valeurs humanistes telles que la liberté de choix, la dignité humaine, le respect, l'intégrité et la rigueur qui influencent à leur tour les attitudes, lesquelles guident les comportements de l'infirmière (Perry et Cara, 2017; Cara, 2010; Cara, 2004; Duquette et Cara, 2000). Le MHSI-UdeM stipule donc que des soins infirmiers de qualité ne peuvent être délivrés que par des infirmières compétentes et privilégiant une approche de *caring*. Par conséquent, les infirmières qui fondent leur pratique sur ce cadre de référence - et elles sont majoritaires au Québec - tendront à se définir (l'identité sociale ou le « qui nous sommes ») comme étant des infirmières compétentes et pratiquant selon l'approche du *caring*.

Ainsi, nous voyons des liens à faire - puisque le MHSI-UdeM ne les établit pas - entre les deux aspects-clés de la pratique infirmière à prendre en compte, selon ce modèle, pour assurer des soins de qualité, i.e.

la compétence professionnelle et le *caring*, et l'identité professionnelle de la majorité des infirmières qui pratiquent au Québec, et entre cette même identité et la qualité des soins infirmiers prodigués. Selon notre recension des écrits et études empiriques, l'identité professionnelle se poserait en variable médiatrice de la relation entre la compétence professionnelle et le *caring*, d'une part, et la qualité des soins infirmiers pratiqués, d'autre part. Autrement dit, sur le plan théorique, l'influence des deux aspects-clés de la pratique infirmière sur la qualité des soins s'expliquerait par l'identité professionnelle.

Plus précisément, la compétence professionnelle et l'ensemble de valeurs de l'infirmière contribueraient autant à façonner son identité personnelle (« qui je suis ») que son identité sociale (« qui nous sommes »), telle que la théorie de l'identité nous permet de l'affirmer (Olkkonen et Lipponen 2006; Hitlin, 2003; Hogg et Ridgeway 2003; Hogg et Terry 2000; Stryker et Burke, 2000; Tajfel et Turner 1985; Stryker et Serpe, 1982; Tajfel 1981). Cette théorie, retenue dans le cadre de ce mémoire et de laquelle découle à la fois la théorie de l'identité de rôle et la théorie de l'identité sociale, créent chacune une structure cognitive spécifique chez l'infirmière, appelée respectivement le standard d'identité et le prototype d'identité, lesquelles permettent de guider les comportements de celle-ci (Bothma et al., 2015). En effet, le standard et le prototype d'identité constituent un ensemble de normes, d'attitudes, de croyances et de valeurs associées à la fois à l'appartenance au groupe et au rôle social de l'individu, lequel définit et prescrit la façon dont l'individu doit se comporter (Bothma et al., 2015).

La compétence professionnelle et le *caring* véhiculent donc l'acquisition de compétences, connaissances, attitudes et valeurs qui contribuent à construire une structure cognitive chez l'infirmière, permettant ainsi à l'infirmière d'assurer une certaine congruence entre les attentes reliées simultanément au groupe de professionnels en soins infirmiers auquel elle appartient (i.e. standard de qualité en matière de soins infirmiers) et les attentes reliées au rôle distinct qu'elle occupe au sein de ce groupe (i.e. conception de son propre rôle et philosophie de soins à laquelle elle adhère) (Cara et al., 2016; Fagermoen, 1997). Ces aspects clés de la pratique infirmière contribuent donc nécessairement à façonner l'identité professionnelle de l'infirmière, puisqu'ils définissent la façon dont celle-ci doit se comporter dans le cadre de sa profession et agissent ainsi à titre de guide permettant à l'infirmière de déployer le comportement le plus approprié selon la situation rencontrée (Bothma et al., 2015).

Toutefois, l'infirmière qui n'est pas en mesure de respecter ce prototype ou standard d'identité et qui estime délivrer une prestation de soins qui n'est pas en accord avec ses valeurs et sa philosophie de soins, tente alors de contrer cette dissonance en modifiant ses comportements de sorte à répondre adéquatement à la situation rencontrée et rétablir la cohérence avec son identité professionnelle (Stets et Burke, 2000). L'incapacité à rétablir cette cohérence en raison de l'interruption du processus identitaire peut alors générer du stress, lequel se traduit en un état de détresse psychologique, obligeant alors l'infirmière à ajuster les attentes et perceptions reliées à son rôle de sorte à être en mesure d'assurer la qualité des soins qu'elle prodigue (Burke, 1991).

Notre question de recherche est donc la suivante :

Quel est le rôle de l'identité professionnelle de l'infirmière et de sa détresse psychologique dans le lien entre les valeurs organisationnelles, la compétence professionnelle, le *caring* et la qualité des soins prodigués dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec ?

## Contributions potentielles

### Contributions théoriques

Les réductions budgétaires et d'effectifs en soins infirmiers sont réelles et leur impact sur la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients des CHSLD du Québec est indéniable. En effet, cette problématique est au cœur de plusieurs débats actuellement et donc, justifie d'autant plus la pertinence de ce mémoire. Certes, l'identité professionnelle de l'infirmière a été approfondie antérieurement dans plusieurs études empiriques, mais manifestement, aucune recherche n'a considéré spécifiquement l'influence de l'identité professionnelle à titre de variable médiatrice dans la relation entre la compétence professionnelle et le *caring*, d'une part, et la qualité des soins offerts aux patients en CHSLD, d'autre part. Cette étude s'insère donc dans un contexte de bouleversements du réseau de la santé en raison duquel il s'avère particulièrement intéressant de démontrer, en CHSLD, si la compétence professionnelle et le *caring* influencent l'identité professionnelle de l'infirmière et si à son tour, l'identité professionnelle influence la qualité des soins prodigués aux patients. Parallèlement, nous nous interrogeons à savoir si à la lumière de la réforme qui a eu potentiellement un impact négatif sur l'identité professionnelle, l'infirmière subit une détérioration de son bien-être physique et mental et expérimente, actuellement, un état de détresse psychologique au travail, variable modératrice de notre modèle qui nécessite d'être approfondie de sorte à déterminer si celle-ci a un impact sur la qualité des soins prodigués.

D'une part, la modification du modèle théorique existant, soit le Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) (Cara et al., 2015a), nous permet de contribuer sur le plan théorique en intégrant au modèle initial trois variables additionnelles dont les valeurs organisationnelles dominantes, l'identité professionnelle et le bien-être physique et psychologique de l'infirmière.

Le MHSI-UdeM met de l'avant un ensemble de valeurs humanistes, lequel influence les attitudes de l'infirmière et guide ainsi ses comportements (Cara et al., 2015a). Cependant, ces valeurs semblent idéalisées en vertu du contexte de soins actuel et ne sont pas nécessairement en congruence avec les valeurs dominantes véhiculées par les établissements du réseau de la santé québécois, lesquelles ont définitivement un impact important sur la pratique infirmière au quotidien (Meglino et al., 1989; Schein, 1985; Rokeach, 1973). Il s'avère donc d'autant plus pertinent de questionner les infirmières à ce sujet afin de démontrer le lien entre les valeurs transmises à grande échelle par les organisations et la compétence professionnelle et le *caring*, variables qui reflètent réellement la philosophie des soins, les attitudes et comportements déployés par l'infirmière.

L'identité professionnelle de l'infirmière agit à titre de variable médiatrice dans le modèle proposé dans le cadre de ce mémoire et permet d'expliquer, par l'entremise de la théorie de l'identité, la relation entre la compétence professionnelle et le *caring*, d'une part, et la qualité des soins offerts aux patients en CHSLD, d'autre part, un ajout essentiel au MHSI-UdeM, puisque la philosophie humaniste permet à l'infirmière



d'affirmer son identité professionnelle et donc, de prodiguer des soins en concordance avec sa propre conception de la profession infirmière (Cara et O'Reilly, 2008). De plus, nous contribuons au plan théorique en établissant des relations spécifiques entre les variables indépendantes proposées par le modèle initial et la qualité des soins. En effet, la distinction effectuée subséquemment entre le niveau de soin clinique et le niveau de soin relationnel de la définition de la qualité des soins retenue nous permet de relier plus particulièrement la compétence professionnelle à la qualité des soins au niveau clinique et le *caring* à la qualité des soins au niveau relationnel, apport significatif puisque cette distinction est inexistante dans la version originale du MHSI-UdeM.

En dernier lieu, le MHSI-UdeM place au cœur des préoccupations de l'infirmière le résident et donc, le continuum personne, environnement, santé et soin (Cara et al., 2015a), alors que la dévalorisation du travail des infirmières et la pénurie de personnel porte nécessairement à s'interroger non seulement sur le bien-être physique et psychologique des personnes hébergées, mais également sur celui des infirmières, lesquelles sont surchargées et épuisées, ce qui augmente par le fait même de façon considérable le taux d'absentéisme et donc, contribue à réduire la qualité des soins prodigués (Desmarais, 2017). En effet, « le taux d'assurance salaire n'a cessé d'augmenter depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, le 1er avril 2015 » et à certains endroits, le taux d'absentéisme des professionnels de la santé atteint jusqu'à 20%, soit une personne sur cinq (Desmarais, 2017 : 1), ce pourquoi l'ajout de cette variable s'avère, à notre avis, incontournable dans le cadre de cette étude.

### **Contributions empiriques**

Utilisé pour le moment dans le cadre de divers projets de recherche-action, le MHSI-UdeM n'a fait l'objet encore d'aucune publication ; il n'y a donc pas de résultats probants permettant de juger de sa validité. Les évidences recueillies à ce jour nous viennent d'études ayant examiné les liens entre la compétence professionnelle et la qualité des soins en général et entre le *caring* et la qualité des soins en général. Ainsi, notre contribution empirique réside dans le fait que nous évaluons d'une part, l'influence simultanée de ces deux soi-disant aspects clés de la pratique infirmière sur la qualité des soins, et que cette influence est examinée en regard de deux niveaux de soins, soit clinique et relationnel.

Le second apport empirique de notre recherche réside dans le fait qu'au Québec, il s'agit de la première étude portant sur ce sujet complexe à être menée spécifiquement en CHSLD, les données actuelles provenant uniquement de rapports émis par les organismes encadrant les normes et les statistiques de ces établissements. De cette façon, le constat de la situation dans les CHSLD ne pourra être plus qu'actuel et sera le véritable reflet de la problématique approfondie.

## **Contributions managériales**

Dans un contexte où les gestionnaires en poste dans les CHSLD doivent composer avec les décisions du gouvernement, le modèle se trouve à leur proposer une avenue pour, localement, atténuer les impacts négatifs que peut avoir eu la réforme de 2015 sur le bien-être du personnel infirmier et sur celui des patients. Trop souvent malheureusement, en raison de la réduction des effectifs infirmiers et de la surcharge de travail, l'aspect relationnel de la qualité des soins est mis à l'arrière-plan au profit de l'aspect clinique. Ainsi, on mise essentiellement sur la compétence professionnelle et le contrôle de gestion pour assurer la qualité des soins techniques.

Cependant, le MHSI-UdeM avance l'idée selon laquelle la qualité des soins infirmiers repose sur une pratique professionnelle non seulement compétente, mais également empreinte de *caring*. De ce fait, nous contribuons au plan managérial dans la mesure où nous démontrons qu'il existe une relation d'interdépendance entre la qualité des soins au niveau clinique et la qualité des soins au niveau relationnel. Plus particulièrement, la compétence technique ne suffit pas à assurer la qualité du soin ; la relation entre l'infirmière et le patient caractérisée notamment par la confiance et la réciprocité conditionne l'adhésion du patient à la stratégie de soins proposée (Hurlimann, 2001). Donabedian (1988) abonde en ce sens et soutient la perspective selon laquelle le soin relationnel est le véhicule du soin technique et donc, s'avère être un déterminant fondamental dans le succès de ce dernier, aussi bon et efficace soit-il.

De ce fait, en s'appuyant sur la théorie de l'identité (Olkkonen et Lipponen 2006; Hitlin, 2003; Hogg et Ridgeway 2003; Hogg et Terry 2000; Stryker et Burke, 2000; Tajfel et Turner 1985; Stryker et Serpe, 1982; Tajfel 1981), nous cherchons à démontrer si le fait de valoriser simultanément la compétence professionnelle et l'approche du *caring* contribue à favoriser à la fois la qualité du soin au niveau clinique et la qualité du soin au niveau relationnel, permettant ainsi aux gestionnaires en CHSLD de mieux être informés sur la façon d'encourager les comportements adéquats, renforcer l'identité professionnelle des infirmières et améliorer la qualité des soins.

## **Structure du mémoire**

Ce mémoire se décline en cinq chapitres dont le premier consiste en une revue de la littérature nous permettant d'énoncer les assises théoriques de notre question de recherche. En effet, cette première section consiste à approfondir la littérature portant sur la qualité des soins infirmiers offerts à la clientèle en CHSLD et ses déterminants, en regard aux différents modèles explicatifs proposés par les auteurs ayant étudié ce concept. Par le fait même, nous définissons ce qu'est l'identité professionnelle de l'infirmière et dans quelle mesure celle-ci influence la qualité des soins prodigués aux patients.

Le second chapitre présente le cadre conceptuel de notre étude contenant le modèle de recherche élaboré en vertu de la revue de la littérature ainsi que les hypothèses de recherche qui découlent de ce modèle.

Le troisième chapitre s'oriente davantage autour de la méthodologie et expose la stratégie de recherche de laquelle se détaillent les choix méthodologiques effectués au niveau de la collecte de données, de l'échantillonnage, des instruments de mesure et des méthodes d'analyse des résultats.

Le quatrième chapitre présente la démarche d'analyse des données recueillies lors de la collecte auprès de notre échantillon ainsi que les résultats obtenus et le modèle de recherche révisé et finalisé.

Le cinquième chapitre s'articule en une discussion entourant la question de recherche et les hypothèses de notre étude, section du mémoire nous permettant également d'argumenter les résultats obtenus et d'expliquer les contributions théoriques, empiriques et pratiques qui en découlent.

La conclusion permet finalement d'exprimer les limites reliées à notre étude ainsi que les différentes avenues de recherche connexes à notre sujet qu'il pourrait s'avérer intéressant d'approfondir ultérieurement.

# Chapitre 1

## REVUE DE LA LITTÉRATURE

La revue de la littérature subséquente se divise en deux sections majeures, la première portant sur la qualité des soins infirmiers et la seconde, sur l'identité professionnelle de l'infirmière. D'une part, les différents modèles théoriques permettant d'expliquer la qualité des soins infirmiers sont présentés puis, le modèle retenu dans le cadre de ce mémoire est justifié et détaillé. Par la suite, les résultats de plusieurs études empiriques permettant de confirmer les relations postulées par ce modèle vous sont présentés, démontrant ainsi la pertinence de recourir à celui-ci. D'autre part, les différents modèles théoriques permettant d'expliquer la construction de l'identité professionnelle de l'infirmière et ses déterminants sont présentés, de sorte à définir en quoi la qualité des soins infirmiers et l'identité professionnelle de l'infirmière sont interdépendantes et s'influencent mutuellement, tel qu'appuyé par des études empiriques permettant de confirmer ce lien.

### 1.1 La qualité des soins infirmiers

La qualité des soins occupe, dans la régulation des systèmes de santé actuels, une place centrale, caractérisée notamment par le paradoxe opposant les coupures en matière d'effectifs infirmiers et parallèlement, la qualité des soins prodigués aux patients, deux objectifs qui nous apparaissent toutefois être aux antipodes (Racine, 1995). En effet, l'excellence technique, soit la compétence professionnelle et l'exécution des soins, ainsi que l'aspect humain et relationnel, sont au cœur de la pratique infirmière, contrairement aux pouvoirs publics qui privilégient plutôt l'efficacité, la maîtrise des coûts et l'utilisation optimale des ressources (Hurlimann, 2001). En ce sens, il existe de nombreuses définitions de la qualité des soins et ce concept, à la fois complexe et évolutif, peut être envisagé par différentes approches, dont notamment du point de vue du système de santé, du professionnel et du patient (Hurlimann, 2001). Fondamentalement, nous nous interrogeons sur ce qu'est la qualité des soins au Québec et quels en sont ses déterminants, de sorte à définir en quoi les dimensions identifiées influencent l'identité professionnelle de l'infirmière et à son tour, en quoi l'identité professionnelle de l'infirmière influence la qualité des soins prodigués aux patients.

*« La qualité est avant tout un état d'esprit, une démarche permanente où les femmes et les hommes ont une place prépondérante. En préparant l'ensemble des collaborateurs de l'entreprise, en les formant, en les informant et en les motivant, la direction peut relever ce défi collectif »  
(Boudin dans Hurlimann, 2001 : 25).*

## **1.1.2 Modèles théoriques**

### **1.1.2.1 Modèle théorique d'Avedis Donabedian (1966)**

Le premier modèle théorique, incontournable en matière de qualité des soins, est nécessairement celui d'Avedis Donabedian (1966). Cet auteur soutient que les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins (Donabedian, 1980). Cette approche multidimensionnelle constitue un véritable pilier en matière de qualité des soins et décline ce concept en trois axes à la fois distincts et interreliés, soit la structure, le processus et le résultat (Donabedian, 1966). Ainsi, Donabedian (1966) met en relation quatre dimensions de la qualité des soins, soit les soins de nature technique et relationnelle fournis par les professionnels de la santé, les installations et équipements, la contribution du patient dans le processus de soin et les soins reçus par l'ensemble de la population, de sorte à évaluer la qualité des soins dans son ensemble (Busilacchi, 2012; Hurlimann, 2001). La qualité des soins résulte donc de cette triade entre les aspects techniques, organisationnels et relationnels qui s'avèrent interdépendants et dont l'influence mutuelle, à chaque étape du processus, détermine et redéfinit la qualité des soins dans sa totalité, de la relation médecin-soignant jusqu'à la qualité du système au sein de la population (Beaulieu et al., 2012; Hurlimann, 2001).

### **1.1.2.2 Modèle théorique de l'*American Nurse Credentialing Center* (1990)**

Le second modèle, celui du *Magnet Hospital* (« hôpitaux magnétiques »), mis en place par l'*American Nurse Credentialing Center* (ANCC, 1990), s'intéresse plus spécifiquement à la qualité des soins prodigués par les infirmières et met en relief 14 critères d'accréditation qualitatifs ou encore « forces de magnétisme » qui témoignent de la qualité des soins infirmiers et parallèlement, contribuent à attirer et retenir le personnel infirmier (Fréchette, 2010; Reinsvold, 2008). Ces critères regroupent notamment la qualité du leadership en soins infirmiers, le modèle professionnel de soin, la qualité des soins, l'image des soins infirmiers et le développement professionnel et est de plus en plus prisé par les organisations qui visent l'excellence et tentent de se positionner en tant qu'employeur de choix (ANCC, 2017).

### **1.1.2.3 Modèle théorique de l'*Institute of Medicine* (2001)**

De manière générale, l'*Institute of Medicine* (IOM) définit, dans son rapport *Crossing the Quality Chasm*, la qualité des soins tel que le « degré auquel les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles actuelles » (2001 : 44, traduction libre). Dans ce même rapport, l'*Institute of Medicine* établit six visées d'amélioration de la qualité des soins et services offerts aux patients, qui reposent sur

l'équité, l'efficacité, la sécurité, l'accessibilité, l'efficacité et le soin centré sur la personne soignée (IOM, 2001). Ces axes d'amélioration, non pas novateurs, sont cependant considérés comme essentiels dans la littérature sur le sujet et sont repris par plusieurs auteurs, puisque leur valeur pragmatique a été démontrée telle que permettant réellement d'optimiser la qualité des soins (IOM, 2001). On constate ainsi que la qualité des soins comporte à la fois des aspects techniques, organisationnels et relationnels qui s'avèrent interdépendants (INESS, 2012).

Les modèles théoriques les plus influents expliquant la qualité des soins infirmiers délivrés spécifiquement au Québec dont le modèle McGill (Biro, Dervaux et Pegon, 2005), le cadre de référence de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2010) et le Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (Cara et Girard, 2015a) s'appuient tous sur le métaparadigme infirmier qui s'oriente autour des concepts de personne, d'environnement, de soin et de santé qui sont développés en détail dans la section subséquente (Fawcett, 1984).

#### **1.1.2.4 Modèle théorique de Paule Biro, Marie Pierre Dervaux et Martine Pegon (2005)**

Le modèle théorique McGill s'appuie sur les travaux de la docteur Moyra Allen, qui introduit un système à trois dimensions impliquant de manière indissociable le client, sa famille et l'infirmière et met de l'avant l'importance du partenariat entre ces trois entités (Biro et al., 2005). En effet, ce modèle s'inspire de la théorie du *caring* humain de Jean Watson élaborée en 1979 et place la personne soignée et ses proches au cœur de l'intervention infirmière, transformant ainsi le patient et sa famille en de véritables partenaires de soins collaborant activement à la santé (Biro et al., 2005). La qualité des soins infirmiers relève donc particulièrement de la dynamique familiale en regard à son influence positive sur la personne soignée et la santé, faisant état d'une certaine prise de conscience dans la pratique infirmière mettant dorénavant le potentiel, les forces et les atouts de la famille au profit de l'amélioration de la santé du patient (Biro et al., 2005).

#### **1.1.2.5 Modèle théorique de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2010)**

Le cadre de référence de l'OIIQ (2010) reprend à son tour le métaparadigme infirmier et définit l'objectif de la pratique infirmière tel que visant à rendre la personne soignée apte à prendre sa santé en charge, assurer son bien-être et avoir une bonne qualité de vie, à la lumière des capacités qu'elle possède et de la disponibilité des ressources de son environnement. Ainsi, parmi les critères essentiels permettant de juger de la qualité des soins infirmiers, il est requis que l'infirmière possède les connaissances nécessaires à sa pratique professionnelle et soit en mesure de prendre les décisions cliniques appropriées (OIIQ, 2010). Il est également nécessaire que la personne soignée se sente en confiance, en sécurité et soit renseignée quant à sa situation de santé, les soins reçus et son environnement (OIIQ, 2010). Le partenariat infirmière-

client, l'engagement professionnel et le soin centré sur la personne soignée se positionnent donc au cœur des préoccupations de ce modèle (OIIQ, 2010).

#### **1.1.2.6 Modèle théorique de Chantal Cara et al. (2015)**

Le Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (Cara et al., 2015a), malgré sa récurrence relative dans le milieu académique, s'appuie aussi sur le métaparadigme infirmier de Fawcett (1984), mais y ajoute et place au premier plan les concepts clés de compétence professionnelle et de *caring* tels que permettant d'assurer la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients. Ce modèle est d'autant plus distinctif qu'il démontre l'impact de la compétence professionnelle et du *caring* à la fois sur la personne soignée et l'infirmière, le rôle de celle-ci connaissant des bouleversements au sein du système de santé actuel et donc, soulignant par le fait même l'importance de prendre soin des patients, mais également de ceux qui prennent soin (Cara, Gauvin-Lepage, Lefebvre, Létourneau, Alderson, Larue et al., 2016).

Nécessairement, chacun des modèles retenus ci-dessus constitue un cadre théorique essentiel à la compréhension de la qualité des soins délivrés aux patients. D'une part, les modèles théoriques qui proviennent de la littérature américaine placent à l'avant-plan la triade qui rassemble les aspects techniques, relationnels et organisationnels de la qualité des soins et définissent ce concept de manière plus générale (ANCC, 2017; IOM, 2001; Donabedian, 1966). En complémentarité, les modèles théoriques issus de la littérature québécoise définissent la qualité des soins tels que prodigués spécifiquement par les infirmières et démontrent l'impact de la qualité du soin de nature relationnel sur la qualité du soin dans son ensemble (Cara et Girard, 2015; OIIQ, 2010; Birot et al., 2005). Ainsi, le partenariat infirmière-patient, la compétence professionnelle et le soin centré sur la personne soignée sont au cœur de la discipline et reflètent particulièrement bien les normes professionnelles et les valeurs de la pratique infirmière au Québec (Cara et Girard, 2015; OIIQ, 2010; Birot et al., 2005).

### **1.2 Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal**

Le modèle théorique sur lequel nous nous appuyons dans le cadre de ce mémoire est le Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM), développé en 2011 par Chantal Cara et Francine Girard, professeures à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, ainsi que leurs collaborateurs (FSI-UdeM, 2017b). Le modèle, validé et enrichi en collaboration avec plusieurs professeurs, professionnels et étudiants a été adopté par l'Assemblée de Faculté en 2015 et depuis, constitue le fondement des programmes de formation offerts à la faculté, du premier au troisième cycle et exerce une grande influence sur la pratique infirmière au Québec (FSI-UdeM, 2017b; Cara et al., 2015a). Ce modèle met au premier plan l'essence de la profession infirmière caractérisée par une pratique

professionnelle centrée sur la personne et ainsi, fait de l'humanisation des soins un véritable point d'ancrage dans la culture académique (FSI-UdeM, 2017b).

En dépit du fait que ce modèle, plutôt récent, n'ait pas encore été testé empiriquement, celui-ci connaît une renommée grandissante à l'échelle de la province puisqu'il est le seul à mettre en lumière l'importance indéniable du *caring*. Cela dit, un corps de professeurs et de cliniciens travaille actuellement à la précision des concepts, à l'implantation, à la validation et à l'évaluation de ce modèle dans les milieux clinique, académique, de la formation, de la gestion et de la recherche (Cara, Roy, Thibault, Alderson, Beauchamp, Casimir et al., 2015a). Le modèle s'implante graduellement dans certains centres hospitaliers associés à la FSI-UdeM et des projets pilotes prenant place dans différents établissements suscitent respect, engagement, professionnalisme et leadership au sein de la communauté infirmière (FSI-UdeM, 2017b; Cara et al., 2016).

En effet, ce modèle théorique exhaustif en matière de qualité des soins infirmiers s'avère des plus pertinents dans le cadre de ce mémoire compte tenu de la notoriété qu'il revêt au niveau de la formation, de la recherche et de la pratique au sein de la discipline infirmière au Québec (FSI-UdeM, 2017a). Ainsi, le MHSI-UdeM est tout à fait congruent avec le contexte de soins actuel et s'adapte particulièrement bien à la réalité de notre étude.



# Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM

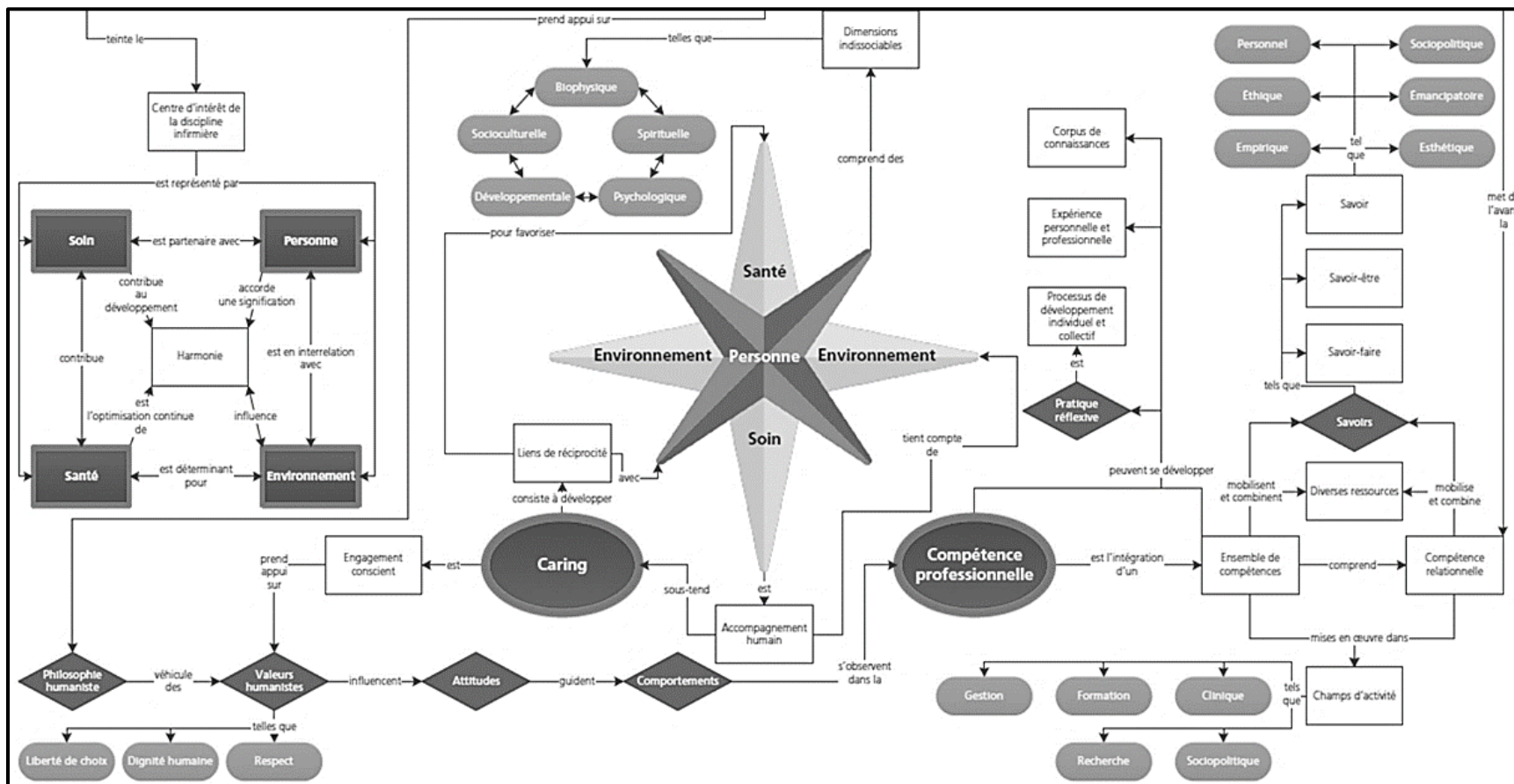


Figure 1. Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (Cara et al., 2015a)

### **1.2.1 Définition de la qualité des soins infirmiers**

Le MHSI-UdeM fait état des déterminants permettant d'expliquer la qualité des soins, sans toutefois définir ce concept et en délimiter les paramètres dans la pratique (Cara et al., 2016). De ce fait, nous avons retenu la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 1982, dans SIDIEF, 2015) qui définit, de manière générale, la qualité des soins ainsi :

« Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

La définition de l'OMS s'avère des plus complètes et témoigne de la complexité de la qualité des soins qui s'évalue à la fois au niveau clinique, relationnel et organisationnel (Busilacchi, 2012). En effet, l'incorporation de ces trois niveaux de soins à la définition permet une vue d'ensemble du concept et met en relief l'importance de relier à la fois la structure, le processus et le résultat de sorte à favoriser l'évaluation totale de la qualité des soins (Donabedian, 1966). Cette définition souligne ainsi toute la difficulté de l'évaluation de ce concept compte tenu du nombre élevé d'acteurs en interrelation, soit les professionnels de la santé et leurs compétences professionnelles, les établissements de soins et leur organisation, les patients et leur propre perception des soins qui leur sont prodigués et le système de santé avec ses limites et contraintes (Thomas, 2006). La définition de l'OMS (1982, dans SIDIEF, 2015) est excessivement répandue dans la littérature portant sur la qualité des soins et bon nombre d'auteurs s'appuient sur celle-ci en raison notamment de la notoriété de cet organisme à l'échelle mondiale et de la complexité de la définition du concept étudié, qui s'avère des plus complète et permet la compréhension de la qualité des soins dans son ensemble (SIDIEF, 2015; Haute autorité de santé (HAS), 2005; Hurlimann, 2001).

### **1.2.2 Mission, philosophie et objectifs**

Le modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal a pour mission d'intégrer à la discipline infirmière la pratique professionnelle humaniste dans le contexte clinique, de formation, de gestion et de recherche, de sorte à assurer le développement de la profession infirmière et l'excellence de la prestation des soins infirmiers (Cara et al., 2015b).

Le MHSI-UdeM a ainsi pour objectif de favoriser une conception novatrice et pragmatique de la discipline infirmière incorporant les meilleures pratiques et résultats de recherche, faisant de la perspective collaborative de relation humaine, du développement et de l'actualisation quotidienne de la compétence professionnelle de l'infirmière, les véritables piliers de ce modèle (Cara et al., 2015b).

### 1.2.3 Concepts centraux

#### *Le métaparadigme infirmier*

Le MHSI-UdeM prend appui sur les concepts centraux de la discipline infirmière soit la personne, la santé, l'environnement et le soin (Cara et al., 2015a). Ce métaparadigme infirmier, notamment mis de l'avant par le modèle McGill (Biro et al., 2005) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2010), constitue un véritable cadre conceptuel à lui seul et définit les assises de la profession infirmière qui se traduisent en un ensemble de croyances et de valeurs, liées à la façon de voir la personne, la santé, l'environnement et le soin (Biro et al., 2005).

#### *La « Personne »*

D'une part, les auteurs du MHSI-UdeM définissent le concept de « Personne » tel qu'un individu, la famille ou la population en interrelation avec son environnement et qui possède des savoirs valides, un potentiel, un pouvoir d'agir et une expérience de santé unique (Cara et al., 2015a). La personne se positionne ainsi au cœur des interventions infirmières et cette conception de l'individu considérant à la fois unicité et complexité s'inspire particulièrement des travaux de Watson portant sur le *caring* (Cara et al., 2016; Watson, 2002).

#### *L'« Environnement »*

Dans le même sens, l'« Environnement » correspond à tous les aspects notamment matériel, culturel, économique, politique et écologique qui entourent la personne et avec lesquels elle interagit de façon continue et dynamique, la qualité de ces relations s'avérant être un déterminant de la santé de l'individu ayant la capacité de favoriser son bien-être (Cara et al., 2016; Cara, Roy, Thibault et al., 2015b; Cara et Lefebvre, 2015; Cara, 2014a; Cara, 2014b; Cara et Gagnon 2014; Cara et Girard, 2013; Cara, 2012; Girard et Cara, 2011).

#### *Le « Soin »*

D'autre part, le « Soin » est défini tel que l'accompagnement de la personne de façon humaine, relationnelle et transformatrice, afin de contribuer à la santé de l'individu et à son bien-être tout en préservant sa dignité humaine (Cara et al., 2016; Cara, Roy, Thibault et al., 2015b; Cara et Lefebvre, 2015; Cara, 2014a; Cara, 2014b; Cara et Gagnon 2014; Cara et Girard, 2013; Cara, 2012; Girard et Cara, 2011; O'Reilly et Cara, 2010; Cara, 2004). La personne est ainsi considérée comme un véritable partenaire de soin et son expérience unique de santé constitue le point de départ d'un continuum de soins adapté à ses besoins réels et individuels (Cara et al., 2016).

### *La « Santé »*

La « Santé » se définit comme étant une expérience unique ayant pour objectif l'optimisation du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie tels que déterminés par la personne (Cara et al., 2016; Cara, Roy, Thibault et al., 2015b; Cara et Lefebvre, 2015; Cara, 2014a; Cara, 2014b; Cara et Gagnon 2014; Cara et Girard, 2013; Cara, 2012; Girard et Cara, 2011). En effet, la santé de l'individu résulte à la fois de son état de santé actuel, de ses aspirations futures et de l'équilibre qu'il entretient avec son environnement (Cara et al., 2016; Cara et Lefebvre 2015; Cara, 2014a; Cara et Gagnon, 2014).

Le centre d'intérêt de la discipline infirmière correspond donc à l'ensemble des relations unissant ces quatre concepts centraux (Cara et al., 2015a). Ainsi, selon le MHSI-UdeM, « l'infirmière accompagne, d'une façon humaine, relationnelle et transformatrice, la Personne, qui en interaction avec le monde qui l'entoure, donne une signification unique à son expérience de santé » (Cara et al., 2015a : 5, Cara, 2014a; Cara, 2010).

#### **1.2.4 Concepts clés**

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous intéressons plus particulièrement aux concepts clés mis de l'avant par le MSHI-UdeM, c'est-à-dire la compétence professionnelle et le *caring* (Cara et al., 2016). En effet, ce modèle oriente la conception de la profession infirmière en un mélange étroit entre connaissances scientifiques et qualités humanistes (Cara et al., 2016). On constate, en regard au vieillissement de la population et à l'augmentation de la complexité des problématiques de santé de la clientèle, que le développement et l'actualisation de la compétence professionnelle en soins infirmiers sont fondamentaux (Cara et al., 2015b). Parallèlement, ce modèle place à l'avant-plan l'essence même de la profession infirmière, c'est-à-dire prendre soin de la personne soignée et établit un véritable cadre de référence en la matière afin de guider les infirmières dans la mise en œuvre de cette approche au sein de leur pratique (Cara et al., 2015a). Le modèle met d'autant plus en lumière l'importance de favoriser, dans le contexte de soins actuel où le rôle de l'infirmière semble questionné, l'épanouissement professionnel de celle-ci, favorisé par une pratique infirmière imprégnée de l'approche du *caring* (Cara et al., 2016; Cara et O'Reilly, 2008).

### *La « Compétence professionnelle »*

La compétence professionnelle correspond à l'intégration d'un ensemble de compétences s'exprimant dans l'action et découlant des connaissances et expériences de l'infirmière (Cara et al., 2015a). Ces compétences que déploie l'infirmière dans les différents champs d'activité de la discipline mobilisent à la fois les savoirs et ressources qu'elle possède (Cara et al., 2015a). L'Association des infirmières et infirmiers du Canada entend par compétence « les connaissances théoriques et pratiques, le jugement et les qualités personnelles spécifiques dont une infirmière a besoin pour pratiquer en toute sécurité et

conformément à l'éthique, dans un rôle et un contexte désignés » (AIIC, 2010a : 2). La compétence professionnelle de l'infirmière, laquelle inclue la compétence relationnelle, se développe notamment par la pratique réflexive, un processus de développement individuel et collectif qui permet la synthétisation et l'enrichissement des compétences acquises (Cara et al., 2015a).

En ce sens, l'AIIC (2015) soutient que le maintien et l'amélioration des compétences et connaissances sont essentiels à une pratique infirmière de qualité et l'apprentissage, à la fois structuré et non structuré, permet à l'infirmière de répondre aux exigences des technologies et systèmes en constante évolution et aux besoins particuliers et complexes de la clientèle vieillissante (AIIC, 2015). Dans cette optique, le Code de déontologie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec soutient que « l'infirmière doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles et doit notamment tenir compte des limites de ses habiletés et connaissances » et « doit exercer sa profession selon les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus. À cette fin, elle doit assurer la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles » (OIIQ, 2015, art. 17-18). Les auteurs du MHSI-UdeM affirment ainsi que la compétence professionnelle a pour objectif d'assurer la sécurité de la personne soignée ainsi que la qualité des soins prodigués (Cara et al., 2015a).

#### *Le « Caring »*

Le second concept clé du MHSI-UdeM, le *caring*, est au cœur de ce modèle théorique et en constitue le fondement, en vertu de l'importance que la FSI-UdeM lui accorde depuis plus de 40 ans (Cara et al., 2016). Le *caring* réfère à « un engagement conscient et renouvelé d'aider et d'accompagner la Personne à être et à devenir ce qu'elle est. Il consiste à développer des liens de réciprocité avec la Personne afin de favoriser sa santé » (Cara et al., 2015b : 4). Le *caring* s'appuie sur six valeurs humanistes dont le respect, la dignité humaine, la croyance au potentiel de développement de la personne, la liberté de choix et d'agir, la rigueur et l'intégrité, lesquelles influencent les attitudes de l'infirmière, guidant à leur tour les comportements de celle-ci (Perry et Cara, 2017; Cara et al., 2016; Cara, 2014a; Cara, 2010; Cara, 2004; Duquette et Cara, 2000). D'après le Code de déontologie de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec « l'infirmière ou l'infirmier doit prendre les moyens nécessaires pour assurer le respect de la dignité, de la liberté et de l'intégrité du client », « doit chercher à établir et maintenir une relation de confiance avec son client » et « doit respecter les valeurs et les convictions personnelles du client » (OIIQ, 2015, art. 3.1, 28 et 30). La pratique infirmière empreinte de *caring* requiert donc notamment une attitude d'ouverture, d'engagement, de proactivité, de créativité et de réciprocité, engendrant des comportements liés à l'accompagnement, l'encouragement, le soutien et la considération de la personne soignée (Cara et al., 2016; Cara et Lefebvre, 2015; Cara, Roy et Thibault, 2015b; Cara, 2014a; Cara, 2004).

Nécessairement, considérant que le *caring* est au cœur des soins infirmiers et en représente son essence, les infirmières doivent faire un effort conscient afin d'appliquer et préserver l'approche humaniste et relationnelle du soin dans leur pratique clinique et ce, tel que prescrit par le Code de déontologie de

l'OIIQ (2015; O'Reilly, 2008; Cara, 2004; Watson, 2002). D'autre part, cette approche, qui représente en somme l'archétype d'un idéal de soin, permet aux infirmières d'« affirmer leur identité professionnelle dans un contexte où les valeurs humanistes sont fréquemment et intensément questionnées et bousculées » (Duquette et Cara, 2000 : 11). Tel que le définissent les auteurs du MHSI-UdeM (Cara et al., 2016) et Cara et O'Reilly (2008), l'infirmière qui pratique selon l'art du *caring* démontre de la compassion à l'égard de la personne soignée et promeut la guérison et la dignité de celle-ci, favorisant ainsi une perception gratifiante de sa pratique professionnelle et contribuant à son accomplissement professionnel.

Le MHSI-UdeM stipule donc que des soins infirmiers de qualité ne peuvent être délivrés que par des infirmières compétentes et privilégiant une approche de *caring* (Cara et al., 2016). En effet, le soin de nature technique et le soin de nature relationnel étant considérés tels qu'inséparables à la qualité du soin dans son ensemble, nécessitent à la fois de l'infirmière qu'elle maîtrise les connaissances, compétences et expérience inhérentes au soin technique et que parallèlement, elle intériorise les valeurs, attitudes et comportements qui relèvent de l'approche du *caring* et donc, du soin relationnel, afin d'être en mesure de prodiguer des soins de qualité (Cara et al., 2016).

### **1.2.5 Études empiriques**

#### *La compétence professionnelle et la qualité des soins infirmiers*

La corrélation entre la compétence professionnelle et la qualité des soins est sans doute l'une des questions où le besoin de recherche est le plus important. En effet, la relation positive entre ces deux concepts semble si évidente que peu d'études révèlent en quoi exactement la compétence professionnelle influence la qualité des soins infirmiers. Cependant, quelques auteurs démontrent que la compétence professionnelle de l'infirmière permet notamment de réduire les erreurs de médication et les taux de chutes (Blegen, Vaughn et Goode, 2001).

L'analyse des résultats de plusieurs études empiriques antérieures réalisée par Axley (2008) nous indique que la compétence professionnelle de l'infirmière est associée à l'application des connaissances et à l'apprentissage continu et donc, résulte en l'atteinte d'un standard élevé de qualité des soins et permet d'assurer la sécurité des patients. À l'inverse, l'absence de compétence professionnelle est associée à l'augmentation d'erreurs médicales, à de mauvais résultats de santé pour les patients et à l'incapacité de prendre des décisions judicieuses (Axley, 2008). En effet, des soins de qualité ne peuvent être délivrés que si les infirmières sont jugées compétentes pour fournir le meilleur niveau de soins possible (Axley, 2008). La compétence professionnelle influence donc directement la qualité des soins infirmiers ainsi que la sécurité des patients (Axley, 2008).

## *Le caring et la qualité des soins infirmiers*

Dans le rapport de l'*Institute of Medicine* « *Health Professions Education: A Bridge to Quality* » (2003), plusieurs études recensées démontrent que le *caring* peut, de façon globale, améliorer l'état de santé de la personne soignée. Plus précisément, le *caring* accroît le fonctionnement et l'autonomie de la personne soignée, favorise la communication avec le soignant, réduit les erreurs professionnelles et favorise l'adhésion du patient au processus de soins (Lorig, Sobel, Ritter, Laurent et Hobbs, 2001; Wagner et al., 2001; Gifford, Laurent, Gonzales, Chesney et Lorig, 1998; Meryn, 1998; Von Korff et al., 1998; Superio-Cabuslay, Ward et Lorig, 1996).

L'étude d'Edvardsson, Watt et Pearce (2016) réalisée auprès de 210 patients révèle une forte corrélation entre le *caring* et la qualité des soins infirmiers et démontre que les comportements associés au *caring* et l'environnement centré sur la personne soignée représentent plus de la moitié de la variance totale de la qualité des soins infirmiers évaluée par les patients. En effet, l'infirmière qui prodigue les meilleurs soins possibles en vertu de ses connaissances et compétences, qui prend le temps de comprendre les besoins particuliers du patient et qui s'avère disponible et à l'écoute est corrélée fortement et positivement à la qualité des soins infirmiers (Edvardsson et al., 2016). Les études de Manary, Boulding, Staelin et Glickman (2013) et de Price et al. (2014) abondent dans le même sens, dans la mesure où le *caring* est corrélé significativement et positivement avec de meilleurs résultats en matière de santé, comme la faible mortalité et les taux de réadmission, l'adhésion à la prévention et au traitement, la sécurité des patients et globalement, la qualité du soin prodigué.

Tel que nous pouvons le constater, plusieurs études nous permettent de confirmer le lien indéniable entre la compétence professionnelle et le *caring* et la qualité des soins infirmiers, appuyant ainsi le MHSI-UdeM à l'effet que ces deux concepts clés sont fondamentaux à la pratique infirmière et en témoignent de sa qualité. Nous remarquons d'autant plus que la compétence professionnelle et le *caring* éveillent des réflexes et comportements distincts et donc, influencent différemment la qualité des soins infirmiers, postulat que nous approfondirons subséquemment.

### **1.3 Les valeurs organisationnelles dominantes**

En regard au MHSI-UdeM (Cara et al., 2015a), nous avons constaté la pertinence d'ajouter une variable à ce modèle, soit les valeurs organisationnelles dominantes, de sorte à mesurer l'impact des valeurs mises de l'avant par l'organisation sur la compétence professionnelle et le *caring*. En effet, cette variable peut être identifiée particulièrement à la dimension « *caring* » du MHSI-UdeM, laquelle véhicule six valeurs humanistes dont le respect, la dignité humaine, croire au potentiel de la Personne, la liberté, l'intégrité de choix et la rigueur, qui influencent les attitudes de l'infirmière et guident ainsi ses comportements (Cara et al., 2011). Cependant, ces valeurs, idéalisées, ne sont pas nécessairement congruentes avec les valeurs

organisationnelles dominantes, qui réellement au quotidien et en vertu du contexte de soins actuel, ont définitivement un impact important sur la pratique infirmière (Meglino et al., 1989; Schein, 1985; Rokeach, 1973).

Nous nous interrogeons à savoir si, dans les CHSLD participant à notre étude, les valeurs véhiculées promeuvent la compétence professionnelle, le *caring* et l'excellence en matière de qualité des soins ou si, au contraire, celles-ci sont mises à l'arrière-plan en raison du contexte de rationnement des ressources, des contraintes économiques et de la surcharge de travail des infirmières, rendant ainsi impossible l'application de ces valeurs en pratique. Dans le même sens, nous tentons de définir si les valeurs organisationnelles sont congruentes avec les valeurs personnelles et professionnelles des infirmières, de sorte à démontrer si les priorités de ces deux parties sont analogues ou plutôt, aux antipodes.

Dans son mémoire, dont l'objectif est de déterminer le processus expliquant le lien entre la perception des valeurs organisationnelles et les comportements de citoyenneté organisationnelle, Néron (2007) s'appuie sur plusieurs auteurs selon lesquels les valeurs permettent de comprendre et diriger les comportements humains déployés en milieu de travail et parallèlement, les valeurs consolident la culture organisationnelle et guident les membres de l'organisation dans l'action (Meglino et al., 1989; Schein, 1985; Rokeach, 1973). Dans le même sens, Judge et Cable (1997) affirment que la perception des valeurs organisationnelles est un prédicteur efficace des comportements déployés par l'employé et par le fait même, confirment que les valeurs prônées par l'organisation, soit celles reliées à la compétence professionnelle et au *caring* dans ce cas-ci, ont nécessairement un impact sur la façon dont l'employé exerce sa profession.

Parallèlement, les valeurs organisationnelles constituent un prédicteur efficace du comportement de l'employé en ce qui a trait à l'absentéisme en cas d'épuisement professionnel. En effet, l'étude de Jourdain et Chênevert (2015) porte sur la façon dont les organisations qui s'efforcent d'atteindre l'excellence peuvent compromettre la santé des employés en diminuant leur propension à prendre un congé de maladie pour soulager leurs symptômes d'épuisement professionnel, ce qui rend précaire la qualité des soins et la sécurité des patients (Aronsson, Gustafsson et Dallner, 2000). Le présentéisme, caractéristique du secteur de la santé au Québec, constitue une véritable culture organisationnelle pour ces entreprises publiques qui opèrent sous le contrôle, la bureaucratie et la rationalisation, faisant en sorte que les employés ressentent de la pression à se présenter au travail en dépit de leurs problématiques de santé, afin d'assurer le bon fonctionnement de l'organisation, soit la qualité des soins délivrés et la satisfaction du patient (Jourdain et Chênevert, 2015).

En effet, « les valeurs organisationnelles représentent les convictions profondes qui orientent l'action d'une organisation; elles sont les principes qui constituent la culture et qui modèlent les attitudes et les comportements. Elles jouent le rôle de ciment organisationnel et de fil conducteur, plus particulièrement dans les entreprises de grande de taille » (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2018 : 1).



De ce fait, nous avons identifié les valeurs organisationnelles dominantes des CIUSSS et des CISSS du système de santé du Québec, de sorte à déterminer les valeurs proéminentes et donc, de valider ou infirmer la congruence entre ces valeurs et celles perçues par les infirmières comme étant véhiculées par la culture organisationnelle du réseau dans lequel elles travaillent. Parmi les vingt-deux CIUSSS et CISSS créés dans le cadre de la réorganisation du réseau de la santé, quinze réseaux affichent clairement les valeurs organisationnelles qu'ils prônent, lesquelles sont présentées à la figure 2.

Nous pouvons ainsi observer que les valeurs organisationnelles dominantes, lesquelles sont reprises simultanément par plusieurs établissements du Québec, sont notamment le respect, la collaboration, l'engagement, la bienveillance, l'humanisme, la qualité des soins et des services ainsi que l'excellence. Nous constatons donc la pertinence d'établir un lien entre ces valeurs et celles préconisées par le MHSI-UdeM, qui priorise à la fois l'humanisme et l'excellence par l'entremise du *caring* et de la compétence professionnelle.

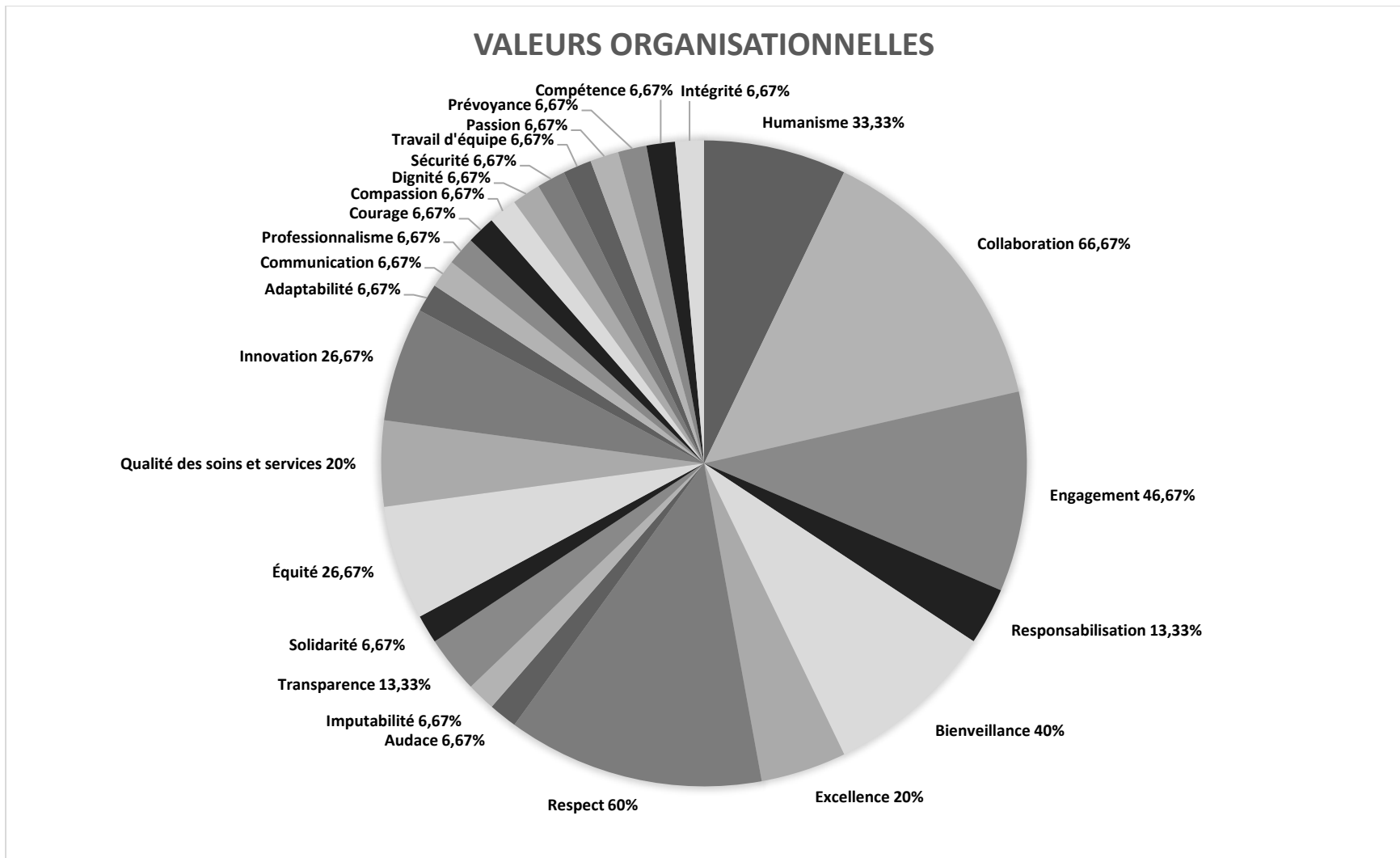


Figure 2. Valeurs organisationnelles des CIUSSS et CISSS du système de santé du Québec (2018)

## 1.4 Niveaux de soins infirmiers

Dans la littérature portant sur le soin infirmier, on constate que ce concept se décline principalement en deux composantes à la fois distinctes et indissociables, soit le soin au niveau clinique et le soin au niveau relationnel (Donabedian, 1988). La double facette du soin oppose donc le soin à visée curative au soin à visée relationnelle, évoquant respectivement le traitement prodigué et l'interaction avec la personne soignée (Busilacchi, 2012).

Donabedian définit le soin technique ou encore clinique, tel que dépendant de « la connaissance et du jugement du professionnel afin de déterminer la stratégie de soins la plus appropriée en vertu des circonstances et des compétences requises à implanter cette stratégie » (1988 : 1743, traduction libre). L'appréciation de la performance technique s'effectue donc en comparaison aux meilleures pratiques actuelles en matière de santé et ainsi, l'efficacité du soin technique est tributaire du niveau d'application des connaissances au moment de prodiguer le soin (Busilacchi, 2012; Cooperberg, Birkmeyer et Litwin, 2009; Donabedian, 1988). Hurlimann (2001) abonde dans le même sens en affirmant que la technicité du soin est liée aux connaissances médicales et aux capacités de jugement du professionnel. Ainsi, l'infirmière dite compétente peut effectivement prodiguer des soins de qualité sans posséder une forte identité sociale, à condition que l'application de ses connaissances et sa capacité de jugement permettent une adéquation des soins au cas identifié (Hurlimann, 2001).

Le soin de nature interpersonnelle ou encore relationnelle repose sur la communication et l'échange d'information entre l'infirmière et la personne soignée, de sorte à favoriser la collaboration active du patient dans le processus de soin (Donabedian, 1988). La qualité du soin relationnel repose donc sur l'efficacité de l'interaction entre l'infirmière et le patient (Campbell, Roland et Buetow, 2000). La confidentialité, la liberté de choix, l'engagement, l'empathie, l'honnêteté et la sensibilité sont autant de valeurs caractérisant la relation interpersonnelle (Donabedian, 1988).

On constate ainsi que la qualité de l'intervention de l'infirmière est tributaire de la complémentarité entre le soin de nature clinique et le soin de nature relationnelle (Radwin, 1995). En effet, les connaissances scientifiques et les compétences techniques ne suffisent plus à assurer la qualité des soins prodigués par les infirmières : les capacités relationnelles de celles-ci sont primordiales puisqu'elles conditionnent l'adhésion future du patient à la stratégie de soins proposée (Hurlimann, 2001). Selon cette perspective, le soin relationnel est le véhicule du soin technique et en est un déterminant fondamental de son succès (Donabedian, 1988).

#### 1.4.1 Postulats

D'une part, l'intérêt d'associer la compétence professionnelle à la qualité des soins au niveau clinique réside dans le fait que l'efficacité du soin clinique est tributaire du niveau d'application des connaissances et des compétences de l'infirmière au moment où le soin est exigé, la technicité du soin étant liée aux connaissances médicales et aux capacités de jugement de celle-ci (Cooperberg et al., 2009; Hurlimann, 2001). De ce fait, la compétence professionnelle a pour objectif d'assurer la qualité du soin technique à proprement dit et permet l'adéquation des soins au cas unique de la personne soignée (Cara et al., 2015a; Hurlimann, 2001). Ainsi, l'infirmière qui est compétente professionnellement est en mesure de répondre aux besoins particuliers de la personne soignée et d'intervenir de façon efficace, rendant ainsi compte de la qualité du soin clinique (Cara et al., 2016).

D'autre part, l'intérêt de relier le *caring* à la qualité des soins au niveau relationnel réside dans le fait que cette approche humaniste questionne les valeurs fondamentales de l'infirmière et façonne la façon dont elle prodigue les soins (Cara et al., 2016). Ainsi, l'infirmière qui pratique en vertu de l'approche du *caring* est prédisposée, psychologiquement et affectivement, à s'engager auprès du patient et à développer une relation de partenariat, favorisant ainsi la santé, le bien-être, la dignité et la guérison de celui-ci (Cara et al., 2015a; Watson, 2002). L'infirmière démontre notamment son intérêt à connaître et à comprendre la personne soignée, à développer une relation de réciprocité et à répondre aux besoins et préoccupations de celle-ci, nous indiquant ainsi que la qualité du soin relationnel s'en trouve améliorée, de par la place centrale qu'occupe dorénavant le patient dans le processus de soin (Cara et al., 2016).

Nous postulons donc que l'infirmière qui adopte une pratique professionnelle compétente est en mesure de prodiguer des soins de qualité particulièrement au niveau clinique, puisqu'il s'agit ici d'appliquer les connaissances nécessaires à la situation rencontrée et de dispenser *le soin* à proprement dit et ce, de façon à répondre efficacement aux besoins de la personne soignée. De plus, nous postulons que l'infirmière qui pratique selon l'approche du *caring* est en mesure de prodiguer des soins de qualité particulièrement au niveau relationnel, puisque cette approche affecte les dispositions affectives et psychologiques de celle-ci, de sorte à influencer *la façon dont elle prodigue le soin* et donc, sa philosophie. Bien que l'on associe les aspects clés du MHSI-UdeM à des niveaux de soins distincts, la compétence professionnelle et le *caring* sont nécessaires à la qualité du soin dans son ensemble.

#### 1.4.2 Études empiriques

La pertinence de relier la compétence professionnelle à la qualité des soins au niveau clinique et le *caring* à la qualité des soins au niveau relationnel est appuyée par plusieurs études empiriques, dont celles d'Irurita (1999) et de Rhodes, Morris et Browder Lazenby (2011), qui examinent simultanément le lien entre la compétence professionnelle, le *caring* et la qualité des soins, de sorte à démontrer en quoi ces

deux concepts influencent de façon distincte la dimension clinique et la dimension relationnelle qui font état de la qualité globale du soin.

L'étude qualitative d'Irurita (1999), réalisée auprès de 23 patients, distingue d'abord le niveau de soin clinique du niveau de soin relationnel, qui correspondent respectivement au *firm-hand care* et au *soft-hand care*. Le *firm-hand care* fait référence à la compétence clinique de l'infirmière et donc, à la technicité du soin uniquement et n'intègre pas les notions de sentiment, de sensibilité et de compassion (Irurita, 1999). Parallèlement, le *soft-hand care*, considéré comme étant central à la qualité des soins, fait référence à tous les comportements (i.e. assurer le bien-être physique et psychologique de la personne soignée, être présent pour le patient, démontrer de l'empathie et de la compassion) qui ne sont pas rattachés à la délivrance du soin de nature technique (Irurita, 1999). Cette étude appuie donc la pertinence de relier la compétence professionnelle à la qualité des soins au niveau clinique et le *caring* à la qualité des soins au niveau relationnel, bien que ces deux aspects clés de la pratique infirmière doivent nécessairement coexister pour assurer la qualité des soins dans son ensemble (Irurita, 1999).

L'étude qualitative de Rhodes et al. (2011), abonde dans le même sens puisque d'une part, la compétence professionnelle fait référence aux connaissances, compétences et attitudes de l'infirmière et favorise la pensée critique, l'adéquation entre l'évaluation de l'état de santé du patient et l'intervention, la prise de décisions réfléchies et l'interaction et la communication avec l'équipe de soins multidisciplinaire (Rhodes et al., 2011). D'autre part, le *caring* est considéré dans cette étude tel que la caractéristique centrale et essentielle à la profession infirmière et fait référence à la découverte, l'espoir, l'humilité et la spiritualité (Rhodes et al., 2011). Ces valeurs sont nécessaires au développement de la relation entre l'infirmière et le patient et favorisent la communication, la valorisation et le respect du patient, aspects fondamentaux dans l'exercice de la pensée critique et la défense des droits de la personne soignée (Rhodes et al., 2011). Tel que nous pouvons le constater, la compétence professionnelle ne considère pas la dimension humaine du soin et fait seulement état de l'aspect technique, alors que le *caring* considère uniquement l'humanisation du soin et n'intègre pas l'aspect clinique. Nécessairement, la compétence professionnelle et le *caring* sont interdépendants et s'influencent mutuellement, ces deux concepts à la fois distincts et indissociables justifiant sur le plan théorique la pertinence de les associer respectivement au soin clinique et au soin relationnel.

## 1.5 L'identité professionnelle

L'identité professionnelle de l'infirmière est une notion qu'il convient de questionner, compte tenu de son impact significatif sur la qualité des soins, tant au niveau clinique qu'au niveau relationnel. Parallèlement, nous nous interrogeons sur le bien-être physique et psychologique de l'infirmière qui, dans un contexte ne lui permettant pas d'exercer sa profession convenablement, peut expérimenter un état de détresse psychologique.

### 1.5.1 Modèles théoriques

Les modèles théoriques les plus influents permettant d'expliquer le processus et les déterminants de l'identité professionnelle, spécifiquement au Québec et en Europe, sont les modèles de Dubar (2010), Larouche et Legault (2003) et Gohier, Anadón, Bouchard, Charbonneau et Chevrier (2001). En effet, ces auteurs constituent de véritables références en la matière et bien qu'élaborés dans différents contextes, leurs cadres théoriques se prêtent particulièrement bien à la compréhension de la construction identitaire chez les infirmières.

#### 1.5.1.1 *Modèle théorique de Claude Dubar (1995)*

Le cadre théorique de l'identité de Dubar (1995), incontournable en matière de construction identitaire, distingue l'identité pour soi de l'identité pour autrui, dualité qui fait dorénavant la renommée de ce modèle. En effet, selon Dubar (2015), l'identité de l'individu comporte une dimension à la fois personnelle et sociale et se construit tant dans le rapport à soi que le rapport aux autres. La dimension personnelle fait référence au « paradigme de vie » de l'individu, c'est-à-dire à un ensemble de valeurs, de savoirs et d'intérêts qui constitue son bagage personnel et qui témoigne de l'essence et de la constance de son identité dans le temps (Dubar, 2010; Fagerberg et Kihlgren, 2001). L'identité personnelle est donc « ce que je dis que je suis » et fait état de la représentation de soi en tant que personne (Dubar, 2010). Cette identité personnelle vient teinter de manière singulière la conception qu'a l'infirmière de son rôle ; de ce fait, chaque infirmière possède une identité professionnelle qui lui est propre et qui constitue sa philosophie de soins (Fagermoen, 1997). Ainsi, le choix de la profession de l'individu reflète la construction personnelle d'une stratégie identitaire qui met en jeu l'image de soi, l'appréciation de ses capacités et la réalisation de ses désirs (Dubar, 2015). Quant à elle, l'identité sociale se développe par l'interaction avec les autres infirmières et par l'internalisation des valeurs professionnelles et standards propres à la profession (Fagermoen, 1997). L'identité sociale est donc « ce qu'on dit que je suis » et fait état de la représentation de soi au sein du groupe d'appartenance (Dubar, 2010).

#### *1.5.1.2 Modèle théorique de Jean-Marc Larouche et Georges A. Legault (2003)*

Le modèle de la construction identitaire de Larouche et Legault (2003) prend appui sur le cadre théorique de Dubar (2010), dont les identités personnelle et sociale sont constitutives de l'identité professionnelle de l'individu. Le cadre théorique de Larouche et Legault (2003) s'avère toutefois distinctif, car ces auteurs considèrent que la déclaration identitaire est en fait une déclaration d'appartenance à un groupe. Le contexte des appartenances est ainsi au cœur de ce modèle et met en relief les processus d'héritage et d'appropriation (Larouche et Legault, 2003). D'une part, l'identité de l'individu se construit en vertu de l'héritage qu'il reçoit de sa famille et de son institution scolaire, première forme d'appartenance dite obligatoire et constitutive de son identité personnelle (Larouche et Legault, 2003). Le processus d'appropriation de ce premier héritage consiste en la confirmation, la transformation ou le rejet des valeurs héritées et donc, l'identité se construit à la lumière de la reconnaissance de cet héritage (Larouche et Legault, 2003). D'autre part, l'individu est appelé à faire partie d'autres groupes, forme d'appartenance dite volontaire, qui se manifeste notamment par le choix de la profession et la confirmation du lien d'emploi (Larouche et Legault, 2003). Ces auteurs introduisent le concept de « crise identitaire » tel qu'une remise en question à l'égard des valeurs et des conceptions héritées, dans la mesure où les différentes formes d'identités peuvent entrer en conflit et exiger de l'individu qu'il choisisse notamment entre l'adhésion à ses valeurs personnelles ou celles de l'organisation pour laquelle il travaille (Larouche et Legault, 2003). L'identité de l'individu se façonne donc conformément à l'appartenance familiale, institutionnelle et sociale et résulte d'un mouvement constant entre l'héritage et l'appropriation, caractérisant ainsi la dynamique de la construction identitaire de laquelle découle l'identité déclarée, revendiquée et reconnue par l'individu (Larouche et Legault, 2003). Selon ces auteurs, le développement de la personnalité est essentiellement social et donc, relève de l'interaction avec les autres individus et des multiples appartenances de nature obligée et volontaire, traduisant ainsi simultanément les concepts d'identité personnelle et sociale par « Qui je suis dans le qui nous sommes » (Larouche et Legault, 2003).

#### *1.5.1.3 Modèle théorique de Christiane Gohier, Marta Anadón, Yvon Bouchard, Benoît Charbonneau et Jacques Chevrier (2001)*

Le modèle de construction de l'identité professionnelle de Gohier et al. (2001) prend également appui sur la conception théorique de Dubar (2010). Or, le modèle de Gohier et al. (2001) se distingue essentiellement de celui de Dubar (2010) et se rapproche de celui de Larouche et Legault (2003) de par la notion de « crise identitaire ». En effet, l'aller et retour constant entre la connaissance de soi et le rapport à l'autre provoque des remises en question qui influencent les choix de l'individu par rapport à sa pratique (Gohier et al., 2001). L'effort de conciliation entre ses connaissances, attitudes, valeurs, habiletés, aspirations et les savoirs, les valeurs et la déontologie de la profession résulte en un compromis qui contribue à la transformation et la redéfinition de l'identité professionnelle (Gohier et al., 2001). Ainsi, on constate que ce modèle met l'emphase sur l'interaction sociale, l'intériorisation des valeurs professionnelles, l'identification et l'appartenance, toutes impliquées dans la construction de l'identité

professionnelle (Larouche, 2012). Ce modèle se distingue également de par son intégration de l'expérience cognitive et affective de l'individu, dimension psychologique importante dans le processus de développement identitaire (Gohier et al., 2001). De plus, ce modèle définit les processus d'identification et d'identisation tels que nécessaires à la construction identitaire, dynamique paradoxale caractérisée par l'effort d'affirmation au sein du groupe et parallèlement, l'affirmation de soi (Gohier et al., 2001). Cet aspect est d'autant plus pertinent à la compréhension de la construction identitaire chez l'infirmière, puisque selon Abdelmalek et Gérard (2001), celle-ci se construit simultanément d'après l'identification au modèle médical et l'identisation aux références paramédicales. Par opposition à l'identification, les infirmières se différencient des tâches reliées aux soins techniques par les soins de nature relationnelle (Abdelmalek et Gérard, 2001). Plus que jamais, le rôle de l'infirmière est questionné et donc, l'identification si bien que l'identisation coexistent dorénavant et contribuent à la construction identitaire.

La théorie de l'identité sociale (Olkkonen et Lipponen 2006; Hitlin, 2003; Hogg et Ridgeway 2003; Hogg et Terry 2000; Tajfel et Turner 1985; Tajfel 1981) et la théorie de l'identité de rôle (Stryker et Burke, 2000; Stryker et Serpe, 1982) constituent les deux modèles théoriques prééminents permettant d'expliquer le processus de construction identitaire (Bothma et al., 2015).

#### *1.5.1.4 Modèle théorique de Olkkonen et Lipponen, 2006; Hitlin, 2003; Hogg et Ridgeway, 2003; Hogg et Terry, 2000; Tajfel et Turner, 1985; Tajfel, 1981 : Théorie de l'identité sociale*

D'après la théorie de l'identité sociale, l'individu possède une identité sociale s'il adhère à un groupe, de nature professionnelle par exemple, dans lequel les membres partagent une perspective commune et se comportent de la même façon (Bothma, Lloyd et Khapova, 2015). En effet, l'appartenance à un groupe est au cœur de cette théorie et donc, fait état du processus de catégorisation sociale de soi, qui consiste en l'adoption des normes, croyances et comportements du groupe et contribue à la dépersonnalisation de l'individu (Bothma et al., 2015). De ce fait, l'individu n'est plus considéré comme unique, mais se définit plutôt en vertu des prototypes du groupe, c'est-à-dire les caractéristiques centrales de l'appartenance à la catégorie que les individus utilisent comme standard pour se comparer (Burke et Stets, 2009). Ces prototypes, multidimensionnels et spécifiques au contexte, prescrivent les attitudes, sentiments et comportements qui caractérisent la façon d'agir du groupe et en font sa distinction (Bothma et al., 2015). De ce fait, la catégorisation sociale de soi transforme la conception qu'à l'individu de lui-même et le processus motivationnel derrière l'adhésion au groupe est nécessairement l'augmentation de l'estime de soi (Burke et Stets, 2009). Ainsi, l'individu accorde une importance significative à son travail s'il se sent valorisé et compétent en tant que membre de l'organisation (Bowling, 2007).



#### *1.5.1.5 Modèle théorique de Stryker et Burke, 2000; Stryker et Serpe, 1982 : Théorie de l'identité de rôle*

La théorie de l'identité de rôle, contrairement à la théorie de l'identité sociale, définit le groupe tel qu'un ensemble d'individus à la fois uniques et interreliés qui voient les choses selon leur propre perspective tout en négociant les termes de l'interaction qui les unit (Stets et Burke, 2000). En effet, la théorie de l'identité sociale met l'emphase sur la signification associée au fait d'être membre d'une catégorie sociale, alors que la théorie de l'identité de rôle, tel que son nom l'indique, est plutôt associée au fait de performer un rôle au sein du groupe (Burke et Stets, 2009). Nécessairement, ces deux théories nous permettent de mieux comprendre la construction identitaire de l'individu, qui s'affirme en tant que personne au sein du groupe de par le rôle qu'il occupe et qui parallèlement, s'affirme en tant que membre du groupe (Stets et Burke, 2000). Ainsi, l'individu est appelé à respecter le standard d'identité ou encore le prototype spécifique à chacun des rôles qu'il occupe et qui, en quelque sorte, guide ses comportements (Bothma et al., 2015). Les valeurs, croyances et normes associées au rôle social de l'individu agissent tel un système de contrôle qui ajuste les comportements de sorte à répondre à la situation en congruence avec le prototype de l'identité relié au rôle (Bothma et al., 2015). L'individu évalue ensuite, par l'activation du processus d'autovérification, s'il se comporte en accord avec les attentes reliées à son rôle et ainsi démontre l'habileté à performer dans différentes situations, plaçant au premier plan l'efficacité de soi telle que la réponse positive reliée à l'identité de rôle (Bothma et al., 2015).

Les différents modèles théoriques présentés nous permettent ainsi de comprendre le développement de l'identité professionnelle de l'infirmière. D'une part, les modèles qui proviennent de la littérature québécoise et européenne nous permettent de distinguer l'identité personnelle de l'identité sociale de l'individu, de saisir le caractère évolutif de ce concept caractérisé par le mouvement constant entre l'héritage et l'appropriation de valeurs et notamment, de comprendre comment l'individu fait des choix par rapport à sa pratique, en fonction des connaissances, attitudes et valeurs qu'il possède et parallèlement, du code de déontologie de sa profession (Dubar, 1995; Larouche et Legault, 2003; Gohier et al., 2001). D'autre part, les modèles théoriques issus de la littérature américaine nous permettent non seulement de concevoir la construction identitaire de l'individu, mais essentiellement, de comprendre dans quelle mesure l'identité influence les comportements et donc, par quel mécanisme l'infirmière en vient à se comporter d'une façon particulière qui lui permet de répondre adéquatement à la situation de soin unique à chaque patient (Oikkonen et Lipponen 2006; Hitlin, 2003; Hogg et Ridgeway 2003; Hogg et Terry 2000; Tajfel et Turner 1985; Tajfel 1981; Stryker et Burke, 2000; Stryker et Serpe, 1982).

#### **1.5.2 La théorie de l'identité**

La théorie de l'identité de rôle (Stryker et Burke, 2000; Stryker et Serpe, 1982) est une théorie de nature microsociologique qui permet d'expliquer les comportements reliés aux différents rôles qu'entretient l'individu, alors que la théorie de l'identité sociale (Oikkonen et Lipponen, 2006; Hitlin, 2003; Hogg et Ridgeway, 2003; Hogg et Terry, 2000; Tajfel et Turner, 1985; Tajfel, 1981) est davantage de nature

psychologique et permet d'expliquer les processus de groupe et les relations entre ces groupes, ces deux théories mettant ainsi en lumière le concept de soi à la fois multidimensionnel et dynamique qui se positionne dans la relation entre les structures sociales et les comportements de l'individu (Hogg, Terry et White, 1995).

En effet, tel que nous permet de constater la recension des modèles théoriques de la construction identitaire de l'individu, l'identité professionnelle a une dimension à la fois personnelle et sociale. Dans le cadre de cette étude, nous nous appuyons sur la théorie de l'identité de laquelle découle la théorie de l'identité sociale et la théorie de l'identité de rôle, lesquelles nous permettent de mieux comprendre de quelle façon l'identité professionnelle de l'infirmière est façonnée et surtout, par quels mécanismes celle-ci influence la qualité des soins infirmiers prodigués à la clientèle en CHSLD.

#### *1.5.2.1 Définition de l'identité professionnelle de l'infirmière*

La théorie de l'identité, soit le modèle théorique retenu dans le cadre de ce mémoire, ne définit pas précisément ce qu'est l'identité professionnelle, notamment en vertu du fait que plusieurs auteurs ont construit cette théorie, sans toutefois parvenir à un consensus quant à la définition la plus représentative de ce concept. De ce fait, nous avons retenu la définition de Dubar et Tripier (2005 : s.d.), selon laquelle l'identité professionnelle est « un phénomène simultanément individuel, social et institutionnel, qui résulte de l'interaction entre les structures psychologiques et les structures sociales de l'individu (processus biographique et relationnel) au cours de sa vie », traduisant ainsi les dimensions à la fois personnelle et sociale de la théorie de l'identité.

#### *1.5.2.2 Théorie de l'identité sociale*

La théorie de l'identité distingue l'identité sociale de l'identité de rôle et ainsi, chacune de ces deux formes identitaires façonne l'identité professionnelle de l'individu et permet d'expliquer les comportements de celui-ci. D'une part, tel que nous l'avons définie ci-haut, l'identité sociale de l'individu se réfère à l'appartenance à un groupe qui partage une perspective semblable, soit les personnes qui exercent la profession infirmière dans ce cas-ci (Bothma et al., 2015). Ainsi, l'adhésion à ce groupe professionnel est issue du processus de catégorisation sociale de soi qui entraîne à son tour le processus de dépersonnalisation, engendré par un processus motivationnel visant le maintien ou l'amélioration de l'estime de soi, variables explicatives de l'identité sociale qui vous sont présentées ci-après (Bothma et al., 2015; Burke et Stets, 2009).

#### Processus de catégorisation sociale de soi

Tajfel (1981 : 251, traduction libre) définit l'identité sociale de l'individu telle que « la partie de l'identité de l'individu qui découle de sa connaissance de son appartenance à un groupe social ainsi que la valeur et la signification émotionnelle attachée à cette appartenance ». Tel que démontré à la figure 3, l'adhésion de

l'individu au groupe professionnel dont les membres exercent la même profession correspond au processus de catégorisation sociale de soi qui se manifeste en une accentuation des similarités entre les membres et soi-même, tant au niveau des attitudes, croyances, valeurs, réactions affectives et comportements (Stets et Burke, 2000). Parallèlement, on constate une accentuation des différences entre l'individu et les personnes issues d'autres groupes professionnels, amenant ainsi l'individu à juger de façon positive le groupe auquel il adhère et au contraire, juger négativement les autres groupes (Stets et Burke, 2000). En adoptant ainsi les normes prescrites, les individus se comportent de la même façon que les membres du groupe auquel ils adhèrent et perçoivent, pensent et ressentent les choses de façon semblable et selon une même perspective (Abrams et Hogg 2004). Selon Burke et Stets (2009), la construction de l'identité sociale de l'individu découle ainsi du processus de catégorisation sociale de soi, que ces auteurs décrivent tels des groupements cognitifs et un agrégat de stimuli identique (Bothma et al., 2015).

#### Prototype d'identité

Ce qui nous permet d'expliquer en quoi l'identité professionnelle de l'infirmière influence la qualité des soins prodigués aux patients découle nécessairement de l'activation de l'identité sociale qui est caractérisée par la notion de « prototype d'identité ». En effet, l'adoption des attitudes, croyances et valeurs provenant du groupe auquel appartient l'individu contribue à créer cognitivement chez ce dernier des prototypes d'identités qui agissent à titre de guide des comportements. Hogg et al., (1995 : 262, traduction libre) définissent le concept de prototype tel qu'« une représentation subjective des attributs définis (par exemple, les croyances, les attitudes, les comportements) d'une catégorie sociale, qui est activement construite à partir d'informations sociales pertinentes dans le contexte interactif immédiat ou [à long terme] ». Les prototypes sont donc déployés en réaction à un événement spécifique et indiquent à l'individu de quelle façon il doit concevoir cette situation et ainsi y répondre (Bothma et al., 2015). De nouveaux prototypes sont formés et les prototypes existants sont modifiés, recréant ainsi un ordre hiérarchique dans l'esprit de l'individu, lequel est prédisposé à utiliser le prototype le plus approprié selon l'événement rencontré (Hogg, 2001). De ce fait, ces prototypes à la fois multidimensionnels et spécifiques au contexte définissent et prescrivent la façon dont l'individu se sent et se comporte, ce qui fait la distinction de ce groupe en particulier (Bothma, 2015).

#### Processus de dépersonnalisation

La catégorisation sociale de soi conduit donc au processus de dépersonnalisation, qui consiste pour l'individu à se considérer comme une personnification du prototype du groupe social plutôt que comme un individu unique (Hogg et al., 1995; Turner, Hogg, Oakes, Reicher et Wetherell, 1987). Ce processus de base sous-tend les phénomènes de groupe et permet ainsi d'expliquer notamment l'ethnocentrisme, l'altruisme, la contagion émotionnelle et l'action collective que l'on retrouve parmi plusieurs membres (Turner et al., 1987).

## Estime de soi

Le fait de partager cette identité sociale collective qui fait en sorte que les membres du groupe se rallient autour d'intérêts communs, pensent et agissent de la même façon, fait nécessairement en sorte que les individus, non plus considérés comme des êtres uniques, voient leurs conceptions personnelles transformées au profit des conceptions partagées par le groupe (Bothma et al., 2015). Cela provoque un changement au niveau de la manière dont les individus se comportent et ce phénomène s'explique par le fait que l'appartenance à un groupe est une importante source d'estime de soi (Burke et Stets, 2009). Bowling (2007 : 3, traduction libre) définit l'estime de soi comme étant « la mesure selon laquelle les travailleurs se croient appréciés et compétents en tant que membres de l'organisation ». L'appartenance au groupe professionnel s'avère donc d'autant plus significative et synonyme d'estime de soi que l'individu reçoit des évaluations positives de sa performance au travail et se sent apprécié par les membres du groupe (Burke et Stets, 2009). Les individus se comportent donc de sorte à favoriser l'évaluation positive du groupe d'appartenance et leur évaluation de soi en tant que membre du groupe, actions qui soutiennent les processus de maintien et d'amélioration de l'estime de soi (Turner et al. 1987).

### *1.5.2.3 Théorie de l'identité de rôle*

La théorie de l'identité de rôle se distingue de la théorie de l'identité sociale de par la signification accordée au fait de performer un rôle plutôt que la signification accordée au fait d'être membre d'une catégorie sociale (Burke et Stets 2009). En effet, le groupe n'est plus considéré comme un ensemble d'individus identiques, mais plutôt comme un ensemble d'individus à la fois uniques et interreliés qui voient les choses selon leur propre perspective tout en négociant les termes de l'interaction qui les unit (Stets et Burke, 2000). La théorie de l'identité de rôle se réfère donc aux différents rôles que possède l'individu dont les comportements s'ajustent constamment en vertu du processus de contrôle de l'identité et du standard d'identité, qui engendrent à leur tour le processus d'autovérification et d'efficacité de soi.

### Processus de contrôle de l'identité

Burke et Tully (1977 : 883, traduction libre) définissent l'identité de rôle telle que « les significations qu'une personne s'attribue à soi comme objet dans une situation sociale ou un rôle social ». Avoir une identité de rôle signifie donc « d'agir pour répondre aux attentes du rôle, coordonner et négocier l'interaction avec les partenaires associés au rôle et manipuler l'environnement pour contrôler les ressources pour lesquelles le rôle a une responsabilité » (Stets et Burke, 2000 : 226, traduction libre). L'identité de rôle résulte également d'un processus de catégorisation de soi et celui-ci se définit tel que la « catégorisation de soi comme occupant d'un rôle et de l'incorporation, en soi, des significations et des attentes associées à ce rôle et à ses performances » (Stets et Burke, 2000 : 227, traduction libre).

L'identité de rôle est perçue tel un système de contrôle, en raison de la boucle de rétroaction qui relie l'activation de l'identité et les comportements qui y sont associés, comportements qui sont constamment ajustés de sorte à assurer que le standard d'identité soit congruent avec la situation sociale (Stets et Harrod, 2004; Burke 1991). Cependant, tout événement ou processus qui entrave la capacité de l'individu à effectuer une évaluation de la situation pour ainsi déployer des comportements qui correspondent au standard d'identité mis en œuvre, cause nécessairement une interruption du processus d'identité, qui peut se traduire par l'augmentation du stress et voir même une crise identitaire, aspect auquel nous nous attarderons subséquemment (Burke, 1991).

#### Standard d'identité

L'identité de rôle possède un standard d'identité, semblable au prototype d'identité défini par l'identité sociale, qui comporte une structure cognitive et agit tel un guide des comportements (Bothma et al., 2015). Le standard d'identité comprend à la fois la signification, les normes, les attentes, les croyances et les valeurs associées à ce rôle social spécifique (Burke et Stets 2009; Johnston et Swanson 2007 ; Stets et Harrod, 2004; Stets et Burke, 2000; 2003; Stryker et Burke, 2000). Le standard d'identité correspond donc à la signification accordée à qui nous sommes dans une situation particulière et pour chacun des rôles que l'individu occupe, il possède un standard d'identité spécifique (Stets et Burke, 2003; Stets et Tsushima, 2001). Les identités de rôles sont organisées selon une échelle d'importance qui détermine la probabilité que l'identité soit déployée dans une situation particulière (Bothma et al., 2015). Plus l'identité est considérée tel qu'étant importante au sein de la hiérarchie, plus celle-ci est liée aux comportements de l'individu (Cassidy et Trew, 2001).

#### Processus d'autovérification

Le processus cognitif central d'autovérification, semblable au processus de dépersonnalisation dans la théorie de l'identité sociale, correspond aux efforts que l'individu déploie afin que les comportements associés à son rôle reflètent les attentes de celui-ci (Bothma et al., 2015). L'individu vérifie donc s'il se comporte en accord avec les normes, croyances et valeurs qui découlent de son rôle selon la boucle de rétroaction présentée ci-haut, qui lui permet d'ajuster continuellement ses comportements de sorte à répondre le mieux possible à la situation (Stets et Harrod, 2004; Burke 1991). En plus de s'autovérifier, l'individu a tendance à rechercher l'évaluation de ses pairs afin de confirmer sa vision de soi et s'assurer que sa perception de sa propre performance correspond à la perception que ses collègues de travail entretiennent (Ibarra, 1999).

#### Efficacité de soi

Ainsi, lorsque l'identité de rôle est activée, le processus motivationnel d'efficacité de soi est enclenché et donc, celui-ci correspond à la performance de l'individu dans l'emploi et à sa capacité à accomplir avec

succès des tâches dans une variété de situations (Bothma et al., 2015; Kirkman et Rosen, 1999). L'individu qui performe bien dans son rôle acquiert un sens du contrôle accru sur son environnement et est donc mieux en mesure de contrôler les ressources mises à sa disposition et de mieux gérer les interactions avec les différents acteurs qui interfèrent dans la performance de son rôle (Gecas et Schwalbe, 1983; Franks et Marolla, 1976;). Cette habileté à performer dans différentes situations place au premier plan l'efficacité de soi telle que la réponse positive reliée à l'identité de rôle.

On constate ainsi que l'identité de rôle et l'identité sociale permettent chacune de construire, de pair, l'identité de l'individu, de laquelle découle plus précisément l'identité professionnelle. L'identité professionnelle de l'individu se développe donc nécessairement par l'identité de nature personnelle et l'identité de nature sociale, tel que l'affirme Dubar (2015), la dimension personnelle étant associée à l'identité de rôle et la dimension sociale, à l'identité sociale. La distinction majeure qui départage ces deux formes d'identités est en fait la perspective à l'égard de la conception de l'individu (Stets et Burke, 2000). En effet, la base de l'identité sociale réside dans l'uniformité de la perception et des actions des membres du groupe d'appartenance, alors que la base de l'identité de rôle réside dans la différence entre la perception et les actions propres à chacun des rôles qu'occupe l'individu et les autres individus du groupe qui occupent des rôles différents (Stets et Burke, 2000). Ainsi, l'individu est toujours et simultanément membre d'un groupe et parallèlement, occupant d'un rôle social spécifique, les identités sociales et de rôle influençant chacune au même moment les perceptions, les attitudes et les comportements de l'individu (Stets et Burke, 2000). En effet, l'individu est à la fois lié organiquement aux identités sociales et mécaniquement aux identités de rôle, l'identité se devant de regrouper ces deux dimensions pour s'avérer complète (Stets et Burke, 2000).

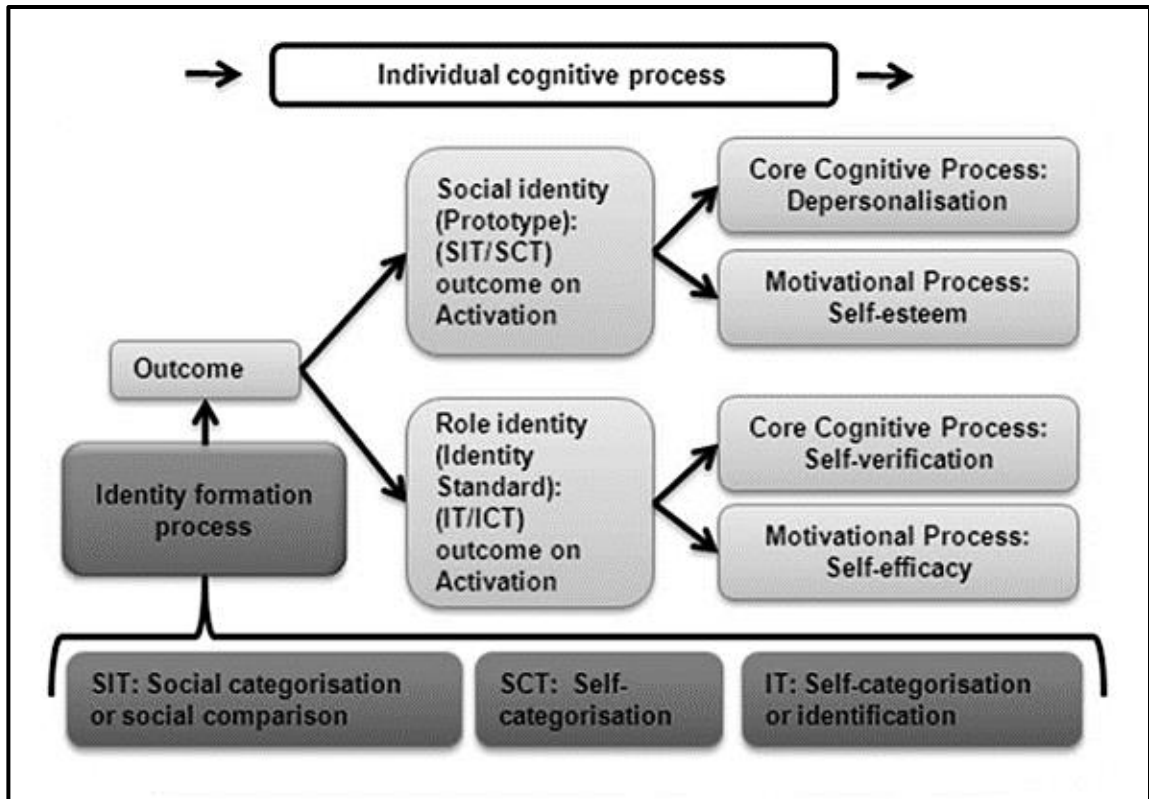


Figure 3. La théorie de l'identité : formation, activation et résultat (Bothma et al., 2015)

### 1.5.3 L'identité professionnelle et le comportement

Tel que l'indique le modèle théorique retenu, l'identité de rôle et l'identité sociale érigent chacune une structure cognitive spécifique chez l'individu, appelée respectivement le standard d'identité et le prototype d'identité, lesquelles permettent de guider les comportements de l'individu (Bothma et al., 2015). En effet, le standard et le prototype d'identité constituent un ensemble de normes, d'attitudes, de croyances et de valeurs associées à la fois à l'appartenance au groupe et au rôle social de l'individu, lequel définit et prescrit la façon dont l'individu doit se comporter (Bothma et al., 2015). L'identité de rôle et l'identité sociale agissent donc à titre de véritable source de motivation à l'action, l'individu étant dès lors considéré comme un agent actif en constante interaction (Foote, 1951 ; Gecas, 1982 ; Heise, 1982).

La façon dont l'individu régule ses comportements s'apparente ainsi au fonctionnement d'un thermostat, analogie qui nous permet de mieux comprendre en quoi l'identité professionnelle de l'infirmière influence les comportements de celle-ci (Burke et Reitzes, 1991). En effet, l'individu utilise son identité de rôle et son identité sociale à titre de thermostat pour s'impliquer, interagir et se comporter de sorte à maintenir une certaine congruence entre son identité professionnelle et les attentes reliées simultanément au prototype d'identité et au standard d'identité découlant du groupe d'appartenance et du rôle social qu'il occupe (Burke et Reitzes, 1991). Le processus de contrôle de l'identité, décrit précédemment, permet

d'établir si effectivement, en raison de la boucle de rétroaction qui relie l'activation de l'identité et les comportements qui y sont associés, l'individu s'engage dans les actions appropriées confirmant ainsi son identité (Burke et Reitzes, 1991). Dans le cas contraire, le manque de congruence entre les comportements et l'identité de l'individu exerce une pression sur celui-ci afin qu'il se comporte de manière à rétablir cet équilibre (Burke et Reitzes, 1991).

Les auteurs du modèle théorique sur lequel nous nous appuyons intègrent la notion d'« engagement » (i.e. *commitment*) à leur réflexion et définissent ce concept tel que faisant référence à la somme des forces et pressions qui influencent les individus à maintenir la congruence entre leur identité et les attentes issues du contexte social (Burke et Reitzes, 1991). L'individu qui possède un niveau élevé d'engagement auprès de son identité va travailler ardemment afin de répondre aux attentes prescrites par le prototype ou le standard d'identité en prenant les décisions adéquates et en déployant les comportements appropriés (Burke et Reitzes, 1991). Selon cette perspective, l'engagement ne lie pas l'individu à des comportements particuliers, mais plutôt à un ensemble stable de significations associé à ses identités, qui lui permet d'assurer la cohérence au niveau de la façon d'agir (Burke et Reitzes, 1991).

On constate donc que l'engagement de l'individu agit à titre de variable médiatrice entre l'identité et les comportements associés à la performance dans l'emploi (Burke et Reitzes, 1991). Particulièrement, les identités de l'individu reliées à son travail, que l'on peut donc qualifier d'identité professionnelle, ont une influence significative sur les comportements de l'employé et ainsi sur la performance subjective de celui-ci dans l'emploi (Amiot, De la Sablonnière, Terry et Smith, 2007). L'identité professionnelle propre à chacun des membres de l'entreprise a donc nécessairement un impact sur la performance globale de l'organisation, puisque celle-ci guide les comportements et donc, s'avère à l'origine de la performance individuelle (Wayne, Randel et Stevens, 2006; Agostino, 2004; Ashforth et Kreiner, 1999; Aryee et Luk, 1996).

#### 1.5.3.1 Les aspects clés du MHSI-UdeM

Selon le Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) (Cara et al., 2015a) retenu dans le cadre de ce mémoire, les infirmières qui fondent leur pratique sur ce cadre de référence - et elles sont majoritaires au Québec - tendront à se définir (l'identité sociale ou le « qui nous sommes ») comme étant des infirmières compétentes et pratiquant selon l'approche du *caring*. Nous considérons donc, à la lumière de la recension des écrits, que l'identité professionnelle de l'infirmière, qui comporte à la fois une dimension personnelle et sociale reliée à l'identité de rôle et à l'identité sociale, est façonnée par la compétence professionnelle et le *caring*.

Ces deux composantes, à la base de la discipline infirmière selon le MHSI-UdeM, constituent l'ensemble de compétences, connaissances, ressources, savoirs et expériences que l'infirmière développe et enrichit tant en milieu académique qu'en milieu clinique et parallèlement, l'engagement vis-à-vis une approche particulière, soit celle du *caring* (Cara et al., 2016). La compétence professionnelle et le *caring* véhiculent



donc l'acquisition de compétences, connaissances, attitudes et valeurs qui contribuent à construire une structure cognitive chez l'infirmière, soit un standard d'identité, qui définit et prescrit la façon dont celle-ci doit se comporter (Cara et al., 2016).

Ce mécanisme permet ainsi d'assurer un certain niveau de congruence entre l'identité professionnelle de l'infirmière et les attentes reliées simultanément au groupe de professionnels en soins infirmiers auquel elle appartient et les attentes reliées au rôle distinct qu'elle occupe au sein de ce groupe, qui fait référence à la conception de son propre rôle et à la philosophie de soins à laquelle elle adhère (Fagermoen, 1997). Ces aspects clés de la pratique infirmière influencent donc nécessairement l'identité professionnelle de l'infirmière, puisqu'ils définissent la façon dont celle-ci doit se comporter dans le cadre de sa profession et agissent ainsi à titre de guide permettant à l'infirmière de déployer le comportement le plus approprié selon la situation rencontrée (Bothma et al., 2015).

### *1.5.3.2 Études empiriques*

Plusieurs études empiriques ont cherché à valider les liens entre l'identité professionnelle et la compétence professionnelle et entre l'identité professionnelle et le *caring*, ou encore ces deux liens de manière simultanée, de sorte à présenter des résultats intéressants permettant de confirmer les relations postulées dans le modèle théorique retenu, soit la théorie de l'identité.

#### Identité professionnelle et compétence professionnelle

L'étude quantitative de Poorgholami, Ramezanli, Jahromi et Jahromi (2016), réalisée auprès de 86 étudiants en soins infirmiers, démontre que l'identité professionnelle de l'étudiant et la performance clinique de celui-ci sont corrélées de façon positive et significative (Poorgholami et al., 2016). Cette relation est expliquée par le fait que l'infirmière qui possède une forte identité professionnelle va nécessairement mieux performer, étant donné que l'identité professionnelle constitue un facteur motivationnel qui influence la performance clinique et donc, résulte en une meilleure compréhension des responsabilités techniques et relationnelles reliées à ce rôle (Poorgholami et al., 2016). Ainsi, l'identité professionnelle de l'étudiant, qui consiste notamment en l'internalisation des valeurs et croyances de la profession, affecte nécessairement les pensées et comportements de celui-ci et donc, la façon dont l'étudiant se conçoit professionnellement est fondamentale, car elle conditionne à la fois sa performance académique et clinique (Behzadi, Jahanmiri, Jokar et Borzooei, 2004).

L'étude quantitative de de Jahanbin, Badiyepyma, Sharif, Ghodsbin et Keshavarzi (2012), réalisée auprès de 60 étudiants au baccalauréat en sciences infirmières, avec pour objectif de déterminer l'effet de l'enseignement du concept de soi professionnel sur la perception de la performance clinique, démontre en effet que le concept de soi professionnelle de l'infirmière, que l'on réfère à l'identité professionnelle, affecte de façon positive et significative la performance clinique de l'étudiant (Jahanbin et al., 2012). L'identité professionnelle positive s'acquiert notamment par l'auto-évaluation positive, le respect de soi,

l'estime de soi et l'acceptation de soi, qui permettent à l'infirmière d'utiliser ses apprentissages et expériences de manière optimale, de contrôler les effets d'un environnement de travail stressant et d'influencer le soin prodigué au patient de façon positive (Hensel et Stoelting- Gettelfinger, 2011; Cowin et Hengstberger-Sims, 2006; Arthur et Thorne, 1998). Ainsi, le fait d'enseigner aux étudiants comment développer leur identité professionnelle peut augmenter à la fois leur performance clinique, favoriser l'adoption d'attitudes positives à l'égard de leurs compétences et contribuer à l'amélioration des compétences théoriques et expérimentales (Jahanbin et al., 2012).

#### Identité professionnelle et caring

L'étude de Woo et Tak (2015), réalisée auprès de 161 étudiants en soins infirmiers révèle que la perception de *caring* a un impact positif significatif sur l'identité professionnelle de l'infirmière. En effet, cette étude démontre que le *caring* constitue un concept à la base des soins infirmiers et essentiellement, l'infirmière qui possède une forte identité professionnelle et qui perçoit positivement la profession est plus susceptible d'intégrer le *caring* à sa pratique professionnelle et ainsi, de délivrer des soins infirmiers de qualité (Woo et Tak, 2015). Plus précisément, la perception de *caring* et la prédisposition à la pensée critique, variable également approfondie dans le cadre de cette étude, permettent d'expliquer 15,7 % de la variance de l'identité professionnelle de l'infirmière (Woo et Tak, 2015). Bien que les connaissances et compétences cliniques soient nécessaires à la pratique infirmière, le *caring* permet une meilleure intégration à la profession et permet d'éviter par le fait même les conflits pouvant être occasionnés par la dissonance entre l'identité professionnelle et le contexte organisationnel (Woo et Tak, 2015).

La méta-analyse de Swanson (1999), qui regroupe près de 130 études empiriques, démontre que le *caring* a effectivement un impact significatif sur l'identité professionnelle de l'infirmière dont les conséquences positives sont le sentiment d'accomplissement, la satisfaction et la gratitude relatives à l'emploi, l'intégrité, l'estime de soi, le respect et surtout, l'amour de la profession infirmière. Cependant, l'infirmière qui ne pratique pas selon l'approche du *caring* est plus susceptible de s'en trouver endurcie, déprimée et épuisée (Swanson, 1999). Dans le même sens, « le *caring* permet aujourd'hui [aux infirmières] d'affirmer [leur] identité professionnelle dans un contexte où les valeurs humanistes sont fréquemment et intensément questionnées et bousculées » (Duquette et Cara, 2000 : 11). Ainsi, l'infirmière qui pratique selon l'approche du *caring* renforce son identité professionnelle puisqu'elle transcende la perception que son travail n'a aucun sens en une perception davantage gratifiante de sa pratique professionnelle et elle s'accomplit professionnellement, ce qui lui permet de prodiguer des soins de qualité (Cara et O'Reilly, 2008).

#### Identité professionnelle, compétence professionnelle et caring

L'étude empirique de nature qualitative de Brignon et Ravestein (2015), réalisée auprès de quatre étudiants en soins infirmiers dans le cadre d'une activité clinique, examine le lien entre la compétence

professionnelle et l'identité professionnelle et parallèlement, le lien entre le *caring* et l'identité professionnelle. En effet, il ressort de cette étude que l'étudiant construit son propre style professionnel ou encore sa philosophie quant à la façon de prodiguer les soins en s'inspirant du style spécifique de ses partenaires de travail (Brignon et Ravestein, 2015). Or, l'étudiant individualise le soin qu'il prodigue, en enrichissant la tâche impersonnelle (i.e. soin technique) par des activités de nature personnelle (i.e. soin relationnel), faisant de celui-ci un soignant compétent et unique en mesure d'offrir des soins de qualité (Brignon et Ravestein, 2015; Donabedian, 1966). La reconstruction du style professionnel, se poursuivant à travers la réflexivité au cours de la formation et de l'exercice professionnels, contribue donc au développement des compétences de l'étudiant et est considérée comme un élément clé de l'identité professionnelle (Brignon et Ravestein, 2015; Dubar, 2000). En ce sens, la transformation du processus identitaire de l'étudiant est issue d'une reconnaissance mutuelle du pair, identifié comme « référent identitaire », dont l'identité professionnelle de l'un est constitutive de celle de l'autre (Cohen-Scali, 1997; Tap, 1988; Erikson, 1972). Cette fusion entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui, telle que décrite par Dubar (2015), appuie ici la conclusion des auteurs de cette étude à l'effet que l'identité collective est déterminante dans le processus de création de l'identité et influence ainsi les soins prodigués par le soignant, mais surtout, la façon dont ces soins sont délivrés (Brignon et Ravestein, 2015; Almudever, Michaëlis, Aeschlimann et Cazals-Ferré, 2012).

#### **1.5.4 L'identité professionnelle et la qualité des soins infirmiers**

Nous remarquons que la compétence professionnelle et le *caring*, par le prototype et le standard d'identité que ces variables érigent chez les infirmières, créent une véritable ligne de conduite que les professionnels doivent respecter dans l'exercice de leur fonction, de sorte à assurer la congruence entre les attentes en matière de qualité des soins infirmiers et l'identité professionnelle associée au groupe d'appartenance et au rôle (Stets et Harrod, 2004; Burke 1991). D'après la théorie de l'identité, l'identité de l'individu définit les comportements que celui-ci doit adopter dans une situation particulière et exige de celui-ci qu'il prenne des décisions éclairées et qu'il pose les actions appropriées afin de se comporter en conformité avec son identité (Burke et Reitzes, 1991). Selon cette perspective, l'identité professionnelle guide les comportements de l'infirmière et donc, influence nécessairement la qualité des soins prodigués aux patients.

En effet, le processus de contrôle de l'identité constitue un véritable mécanisme cognitif qui relie l'activation de l'identité et les comportements qui y sont associés par une boucle de rétroaction, permettant ainsi à l'infirmière de déterminer si elle agit conformément aux attentes en matière de qualité ou si au contraire, elle doit ajuster ses comportements pour y parvenir (Stets et Harrod, 2004; Burke, 1991). Le prototype d'identité véhiculé par le groupe d'appartenance et simultanément, le standard d'identité véhiculé par chacun des rôles qu'occupe l'infirmière, agissent fondamentalement à titre de guide dans l'action et assure à l'infirmière le déploiement du comportement le plus adéquat en regard à la

situation, rendant compte de la qualité du soin et plus globalement, de l'intervention (Stets et Burke, 2003; Stets et Tsushima, 2001).

Dans le cadre de ce mémoire, nous départageons la qualité des soins infirmiers au niveau clinique de la qualité des soins au niveau relationnel et donc, nous constatons que l'identité professionnelle influence simultanément ces deux niveaux de soins. D'une part, tel que défini précédemment, la compétence professionnelle est davantage reliée à la qualité des soins infirmiers au niveau clinique, puisqu'elle regroupe les connaissances, compétences, savoirs, expériences et ressources que possède l'infirmière (Cara et al., 2016). Ce bagage d'informations techniques contribue à créer un prototype d'identité qui s'applique à l'ensemble des infirmières qui exerce cette profession et qui donc, leur permet de délivrer le soin tout en respectant les attentes en matière de qualité, laquelle est définie par la compétence professionnelle et le *caring* dans ce cas-ci (Cara et al., 2016).

D'autre part, le *caring* est davantage relié à la qualité des soins infirmiers au niveau relationnel, puisque cette approche véhicule un standard d'identité qui prône l'adoption de valeurs, attitudes et comportements qui favorise l'humanité de la pratique infirmière (Cara et al., 2015). Ainsi, cette approche encadre plus particulièrement le rôle qu'occupe l'infirmière et non son appartenance au groupe professionnel, parce que celle-ci peut intégrer le *caring* à plusieurs degrés, selon différentes situations et d'après la conception qu'elle a de son rôle et la philosophie de soins qui lui est propre (Fagermoen, 1997). La compétence professionnelle et le *caring* influencent donc l'identité professionnelle de l'infirmière, laquelle influence la qualité des soins tant au niveau clinique que relationnel.

### **1.5.5 L'identité professionnelle à titre de variable médiatrice**

Selon notre recension des écrits et études empiriques, l'identité professionnelle se poserait en variable médiatrice de la relation entre la compétence professionnelle et le *caring*, d'une part, et la qualité des soins infirmiers délivrés, d'autre part. Autrement dit, sur le plan théorique, l'influence des deux aspects-clés de la pratique infirmière sur la qualité des soins s'expliquerait par l'identité professionnelle. En effet, la théorie de l'identité (Olkkonen et Lipponen 2006; Hitlin, 2003; Hogg et Ridgeway 2003; Hogg et Terry 2000; Stryker et Burke, 2000; Tajfel et Turner 1985; Stryker et Serpe, 1982; Tajfel 1981) permet de justifier ce postulat, c'est-à-dire que l'identité professionnelle de l'infirmière est façonnée par les identités de rôle et sociale, qui créent chacune une structure cognitive spécifique chez l'infirmière, appelée respectivement le standard d'identité et le prototype d'identité, lesquelles permettent de guider les comportements de celle-ci (Bothma et al., 2015). En effet, le standard et le prototype d'identité constituent un ensemble de normes, d'attitudes, de croyances et de valeurs associées à la fois à l'appartenance au groupe et au rôle social de l'individu, lequel définit et prescrit la façon dont celui-ci doit se comporter (Bothma et al., 2015).

Les études empiriques présentées préalablement et ayant examiné les liens entre la compétence professionnelle et la qualité des soins en général, et entre le *caring* et la qualité des soins en général,

établissent des relations significatives entre les variables sans que celles-ci ne soient entièrement explicatives l'une de l'autre, suggérant ainsi l'inférence de variables intermédiaires (Edvardsson et al., 2016; Price et al., 2014; Manary et al., 2013; Axley, 2008; Blegen et al., 2001; Lorig et al., 2001; Wagner et al., 2001; Gifford et al., 1998; Meryn, 1998; Von Korff et al., 1998; Superio-Cabuslay et al., 1996). Nous proposons donc d'approfondir le rôle joué par l'identité professionnelle, qui est une variable intermédiaire ayant un statut particulier, celui de variable médiatrice ou explicative de la relation postulée par notre modèle. Plus spécifiquement, nous proposons que l'identité professionnelle ait un effet médiateur sur la relation entre la compétence professionnelle et la qualité des soins au niveau clinique, et que l'identité professionnelle ait un effet médiateur sur la relation entre le *caring* et la qualité des soins au niveau relationnel.

D'une part, l'efficacité du soin clinique est tributaire du niveau d'application des connaissances au moment où le soin est exigé et la technicité du soin est liée aux connaissances médicales et aux capacités de jugement du professionnel (Cooperberg et al., 2009; Hurlimann, 2001). Cela étant dit, l'infirmière dite compétente peut effectivement prodiguer des soins de qualité au niveau clinique sans posséder une forte identité professionnelle, à condition que l'application de ses connaissances et sa capacité de jugement permettent une adéquation des soins au cas identifié (Hurlimann, 2001). Nous considérons donc que l'identité professionnelle de l'infirmière **ne médiatise pas complètement** la relation entre la compétence professionnelle et la qualité des soins au niveau clinique.

Parallèlement, le *caring* incite l'infirmière à questionner ses propres valeurs et la façon dont elle prodigue les soins de sorte à adopter une approche humaniste (Cara et al., 2016). Le changement qui s'opère au niveau des valeurs, de la perception de soi, de la pratique et du sens qu'elle accorde à sa profession la prédispose psychologiquement et affectivement (i.e. et façonne donc son identité professionnelle) à s'engager auprès du patient et à développer une relation de partenariat, favorisant ainsi la santé, le bien-être, la dignité et la guérison de celui-ci (Cara et al., 2015a; Watson, 2002). Nous considérons donc que l'identité professionnelle de l'infirmière **médiatise complètement** la relation entre le *caring* et la qualité des soins au niveau relationnel.

## **1.6 La détresse psychologique**

Le contexte de soins au Québec, opposant les coupures massives d'effectifs infirmiers et parallèlement, l'amélioration de la qualité des soins, est à l'origine d'une crise majeure qui s'opère actuellement dans l'identité professionnelle des infirmières. En effet, l'accumulation de ces bouleversements importants caractérisés par une demande (i.e. vieillissement de la population, complexification des problèmes de santé) qui excède démesurément l'offre de soins et de services (i.e. manque de personnel, surcharge de travail), entrave la capacité de l'infirmière à ajuster ses comportements de sorte à agir conformément à son identité, ce qui entraîne une plus grande vulnérabilité au désordre physique ou psychologique (Thoits, 1991).

### **1.6.1 La théorie de l'identité et le stress**

Selon la théorie de l'identité, de laquelle découle à la fois la théorie de l'identité de rôle et la théorie de l'identité sociale, l'individu se comporte conformément à son identité, façonnée simultanément par son appartenance au groupe professionnel et le rôle qu'il y occupe (Olkkonen et Lipponen, 2006; Hitlin, 2003; Hogg et Ridgeway, 2003; Hogg et Terry, 2000; Stryker et Burke, 2000; Tajfel et Turner, 1985; Stryker et Serpe, 1982; Tajfel, 1981). Ainsi, tel que nous l'avons démontré, la théorie de l'identité sociale et la théorie de l'identité de rôle créent chacun chez l'individu une structure cognitive particulière appelée respectivement le prototype d'identité et le standard d'identité, lesquels constituent un ensemble de normes, d'attitudes, de croyances et de valeurs, qui définit et prescrit la façon dont l'individu doit se comporter (Bothma et al., 2015).

L'individu détermine s'il se comporte en accord avec son identité en procédant à l'autovérification de ses propres comportements (Stets et Burke, 2000). En effet, lorsqu'aucune perturbation ne se produit, l'individu agit de manière cohérente avec les significations contenues dans son prototype ou standard d'identité (Stets et Burke, 2000). En cas de perturbations de la situation de telle sorte que l'individu perçoit les significations individuelles et les attentes d'elles-mêmes comme différentes de son identité, il agit pour contrer cette dissonance en modifiant ses comportements pour répondre adéquatement à la situation rencontrée et rétablir la cohérence (Stets et Burke, 2000).

Or, au niveau individuel, tout événement ou processus qui entrave la capacité de l'individu à effectuer une autovérification de la situation pour ainsi déployer les comportements qui correspondent au prototype ou au standard d'identité cause nécessairement une interruption du processus d'identité, qui se traduit par l'augmentation de la détresse psychologique (Burke, 1991). Au niveau collectif, l'individu peut se trouver en état de détresse si la rétroaction de ses pairs, sous forme d'évaluations réfléchies ou de perceptions du soi suggérées par le comportement des autres, est perçue comme étant incompatible avec son identité (Hogg et al., 1995).

Dès lors que l'identité est activée, une boucle de rétroaction est établie et tel que démontré dans la figure 4, cette boucle contient quatre composantes dont le standard d'identité, l'intrant (i.e. les attentes ou perceptions reliées à sa propre identité), le comparateur et l'extrant (i.e. le comportement qui résulte de la comparaison entre le standard d'identité et l'intrant) (Burke, 1991; Powers, 1973). Selon la théorie de l'identité, l'identité agit à titre de système de contrôle dont le mécanisme de régulation a pour objectif d'assurer la congruence entre le standard d'identité de l'individu et ses comportements, de sorte à réduire la dissonance cognitive et ainsi réduire le risque de détresse psychologique (Burke, 1980; Burke, 1991; Burke et Reitzes, 1991).

Ainsi, le processus identitaire s'apparente à une boucle de rétroaction infinie, en constant réajustement, qui a pour objectif d'assurer la congruence entre le standard d'identité et l'intrant, soit les attentes et perceptions reliées à l'identité construite d'après l'environnement social, qui influencent les extrants et donc, les comportements de l'individu, de sorte que les intrants correspondent au standard d'identité (Burke, 1991). Si toutefois l'incongruence persiste, la détresse augmente en fournissant à la fois un signal d'alarme et une motivation pour remédier au problème de divergence (Burke, 1991). La détresse psychologique, expérimentée à différents niveaux, résulte donc de l'interruption du processus identitaire normal, c'est-à-dire de l'incongruence majeure entre les attentes et perceptions reliées à l'identité et le standard d'identité et donc, de l'incapacité du processus identitaire à rétablir cet équilibre (Burke, 1991). Le modèle de processus identitaire mis le l'avant par Burke (1991), présenté à la figure 4, relie donc la théorie de l'identité et la théorie de l'interruption, de sorte à expliquer la détresse psychologique vécue par l'individu, occasionnée par les quatre conditions d'interruption suivantes.

#### *Le bris de la boucle de rétroaction*

La première est le bris de la boucle de rétroaction du processus identitaire, occasionnée par un événement externe qui interrompt le processus normal qui relie continuellement les intrants et les extrants. La boucle de rétroaction peut se briser de deux façons, soit lorsque les extrants (i.e. comportements) entrent dans l'environnement (point A de la figure 4) et lorsque les intrants (i.e. attentes et perceptions reliées à l'identité) proviennent de l'environnement (point B de la figure 4). Dans le premier cas, le comportement que l'individu déploie dans la situation sociale précise n'influence pas le comportement des autres, mais peut faire en sorte que les pairs ne reconnaissent pas ses efforts ou lui impose une signification indépendamment de son comportement, menant ainsi à des sentiments négatifs tels que la diminution de l'efficacité personnelle, l'aliénation et l'éloignement (Gecas et Schwalbe, 1983; Burke et Tully, 1977; Seligman, 1975; Blauner, 1964).

Dans le deuxième cas, l'environnement influence les intrants de l'individu et donc, influence la perception, parfois incorrecte et erronée, que l'individu a de la situation et ainsi, ne guide pas de façon adéquate ses comportements (Burke, 1991). Ces deux formes d'interruption représentent l'incapacité du

processus identitaire à faire correspondre les intrants et le standard d'identité, plaçant ainsi la personne dans une situation de détresse (Burke, 1991).

#### *L'interférence des identités*

La seconde condition qui produit un état de détresse chez l'individu est l'interférence des identités qu'il possède, c'est-à-dire une connexion possiblement négative entre ses identités de sorte que les intrants augmentent la congruence avec le standard relié à une identité particulière et parallèlement, réduisent la congruence avec le standard d'une autre identité, ce qui crée une interruption (Burke, 1991). Le fait de posséder plusieurs identités à la fois n'augmente pas automatiquement le niveau de détresse, mais certaines combinaisons le peuvent, par exemple une femme qui occupe un emploi, est mariée et a des enfants doit simultanément tenter de remplir ces trois rôles, augmentant ainsi le risque de détresse (Burke, 1991).

#### *L'étanchéité du système de contrôle de l'identité*

L'étanchéité du système de contrôle de l'identité constitue le troisième facteur qui peut déterminer le niveau de détresse de l'individu (Burke, 1991). Un système de contrôle très étanche tente de faire correspondre exactement les intrants et le standard d'identité, ce qui requiert un contrôle et un ajustement fréquent, augmente le risque d'interruption et par le fait même, augmente le niveau de détresse (Burke, 1991).

#### *L'identité épisodique*

Le fait de performer un rôle identitaire de façon épisodique constitue également une quatrième possibilité d'interruption (Burke, 1991). Par exemple, lorsque les athlètes ne participent pas à des compétitions sportives, il y a interruption de leur processus identitaire puisqu'ils ne reçoivent pas de rétroaction et donc, ne peuvent pas modifier leurs intrants pour assurer la congruence avec leur standard d'identité, ce qui peut également engendrer un état de détresse psychologique (Burke, 1991).

En somme, les individus se sentent bien et n'expérimentent pas un état de détresse lorsqu'ils sont en mesure de contrôler les événements et les actions de sorte à maintenir la congruence entre les intrants et le standard d'identité (Burke, 1991). Ainsi, la théorie de l'identité place l'interruption du processus identitaire entre l'événement perturbateur de l'environnement et le sentiment de détresse (Burke, 1991).

### **1.6.2 La détresse psychologique et l'identité professionnelle de l'infirmière**

Le stress occupationnel et donc, relié au travail de l'individu fait référence à une situation selon laquelle les facteurs de l'emploi modifient la condition psychologique et physiologique de l'individu, interrompant ainsi le fonctionnement normal de celui-ci (Richardson et Rothstein, 2008). Expliqué par la théorie de



l'identité comme étant le phénomène de l'interruption du processus identitaire, le stress généré se traduit ainsi en un état de détresse psychologique. Plus précisément, « le stress est une relation entre les conditions extérieures et l'état actuel de la personne et la détresse ou l'anxiété est la réponse interne et subjective à cette relation » (Burke, 1991 : 836, traduction libre).

De ce fait et dans le contexte de soins actuel au Québec, il est démontré que « l'augmentation de la charge de travail [est] le prédicteur le plus fréquent et le plus significatif de stress dans les hôpitaux subissant une compression des effectifs », en plus d'être « un prédicteur significatif de stress et d'épuisement professionnel chez les infirmières » (Greenglass et Burke, 2001 : 104, traduction libre). La recherche démontre d'ailleurs que « la rareté des ressources humaines et autres problématiques organisationnelles constitue pour les infirmières une source de frustration et de désarroi éthique (ou moral) pouvant nuire à la capacité de fournir des soins infirmiers sécuritaires et conformes à l'éthique » (Rodney, Hartric, Doane, Storch et Varcoe, 2006, cités dans AIIC, 2010b : 2). Nous constatons donc que l'infirmière, surchargée et dont le rôle est grandement questionné, tente de se comporter en accord avec son identité professionnelle et d'assurer la congruence entre cette même identité et ses comportements, de sorte à assurer la qualité des soins qu'elle prodigue (Burke, 1991).

Néanmoins et à la lumière des contraintes organisationnelles qui enrayent l'efficacité de son travail, l'infirmière qui possède une très forte identité professionnelle est à risque de ressentir un état de détresse, car elle a de la difficulté, dans le système actuel, à adopter des comportements qui renforcent son identité et donc, qui sont congruents avec ses valeurs et sa philosophie de soins. Le stress occupationnel est donc susceptible d'influencer la qualité des soins délivrés par l'infirmière qui, en état de détresse, en vient à modifier son identité professionnelle, tel que le suggère la théorie de l'identité lorsque l'individu n'arrive pas à maintenir une cohérence entre son identité et ses comportements, par exemple en ajustant ses intrants, c'est-à-dire les attentes et perceptions reliées à son rôle. Cela peut notamment se traduire par l'adoption d'une nouvelle philosophie qui préconise les soins de base offerts au plus grand nombre, dans l'optique de pallier la surcharge de travail et ce, au détriment de la philosophie de soins humaniste et de l'excellence des soins. Dans le cas présent, les intrants (i.e. attentes et perceptions reliées à l'identité) proviennent de l'environnement, situation qui fait référence au bris de la boucle de rétroaction et qui donc, influence la perception, parfois incorrecte et erronée, que l'individu a de la situation et ainsi, ne guide pas de façon adéquate ses comportements (Burke, 1991).

### **1.6.3 Études empiriques**

#### *La détresse psychologique et l'identité professionnelle de l'infirmière*

Selon Camirand et Nanhou (2008) et Deschênes (1999), la détresse psychologique est définie comme « le résultat d'un ensemble de symptômes d'ordre affectif ressentis par les individus et qui, lorsqu'ils se présentent avec persistance, peuvent donner lieu aux syndromes de dépression ou d'anxiété ». En effet, le

contexte de soins actuel a définitivement un impact sur la détresse psychologique vécue par les infirmières, compte tenu de la déception, de l'incertitude, de la culpabilité et du désarroi qu'elles ressentent lorsqu'elles réalisent qu'elles ne sont pas les infirmières qu'elles souhaitent être (AIIC, 2003; Kelly, 1998). Notamment, les infirmières ressentent de « l'épuisement émotionnel, un sentiment d'abandon de leur organisation ainsi qu'un manque de respect et d'appartenance » (Kelly, 1998 : 360, traduction libre), en regard à la dévalorisation de leur rôle qu'elles subissent actuellement, engendrant inévitablement des conséquences négatives sur leur pratique professionnelle.

Dans le même sens, l'intégrité des infirmières est compromise et donc, la difficulté qu'éprouvent celles-ci à maintenir la cohérence entre leurs croyances, valeurs et leurs actions engendrent un état de détresse psychologique, lequel altère considérablement leur identité professionnelle et influence la qualité des soins délivrés (Webster et Baylis, 2000). Ainsi, le contexte de soin actuel incite les infirmières à abandonner leurs principes et à agir uniquement pour des raisons pragmatiques fondées sur la peur et la préservation de soi, étant donné qu'elles ne sont pas en mesure de se comporter en accord avec leur identité d'après les contraintes que leur impose le système de santé (Webster et Baylis, 2000). En effet, les facteurs comme « les pénuries et les compressions de personnel et le manque de soutien accordé à la profession infirmière peuvent avoir un effet négatif sur le milieu de pratique et réduire considérablement la satisfaction au travail du personnel infirmier » (Storch et al., 2009; Aiken, Clarke, Sloane, Lake et Cheney, 2008, cité dans AIIC, 2010b : 2).

De plus, les infirmières sont particulièrement prédisposées à expérimenter un état de détresse psychologique, puisqu'elles travaillent directement avec la clientèle et donc, lorsque le système de santé échoue à offrir des conditions de vie et une qualité des soins adéquate aux patients en CHSLD, c'est l'infirmière qui, au chevet du patient, récolte les résultats de cet échec et éprouve par conséquent, de la détresse psychologique en raison de l'incapacité à accomplir son rôle correctement (Peter et Liaschenko, 2004).

Le stress occupationnel a effectivement des incidences sur l'identité professionnelle de l'infirmière, mais également sur la santé mentale et physique de cette dernière, se traduisant notamment par des problèmes de santé, dont des migraines, des douleurs musculaires, du dos et des articulations, l'hypertension, le syndrome du côlon irritable et les maladies du système immunitaire et endocrinien (Chandola, Brunner et Marmot, 2006; De Gaudemaris, 2001; Mönnikes et al., 2001; Wilson, 2001). Au niveau psychologique, le stress occupationnel est corrélé avec des problèmes de santé tels que l'anxiété, la faible estime de soi, la dépression et le sentiment d'insuffisance (Stathopoulou, Karanikola, Panagiotopoulou et Papathanassoglou, 2011; Mealer, Shelton, Rothbaum et Moss, 2007; Collins et Long, 2006).

#### **1.6.4 La détresse psychologique de l'infirmière à titre de variable modératrice**

L'étude de Sarafis et al. (2016), réalisée en Grèce auprès de 246 infirmières, examine la relation entre le stress occupationnel de l'infirmière, les comportements de *caring* et la qualité de vie de l'infirmière. Il

résulte de cette étude que le stress engendre la détérioration de la condition physique et mentale de l'infirmière, ce qui affecte négativement l'adoption de bonnes pratiques de soins et de comportements de *caring* (Sarafis et al., 2016). Le stress relié à l'emploi influence de façon significative la qualité de vie de l'infirmière et simultanément, la qualité des soins qu'elle prodigue aux patients, puisque le stress occupationnel est associé à une diminution de la compassion envers les patients et également à un risque élevé d'erreurs, le stress influençant à la fois de façon négative la compétence professionnelle de l'infirmière et le *caring* (Laschinger et Leiter, 2006; Morgan, Semchuk, Stewart et D-Arcy, 2002; Harris, 2001)

Les études sur le sujet sont donc unanimes, le stress occupationnel entraîne inévitablement des conséquences négatives sur le bien-être physique et psychologique des infirmières, réduisant ainsi leur performance au travail et leur satisfaction relative à l'emploi, tout en favorisant l'adoption d'attitudes négatives qui donc, ont un impact négatif sur la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients (Yu et al., 2014; Begat, Ellefsen et Severinsson, 2005; Visser, Smets, Oort et Haes, 2003). Nous proposons donc dans les hypothèses au chapitre subséquent que le niveau de détresse psychologique de l'infirmière agit à titre de **variable modératrice** dans la relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique et relationnel.

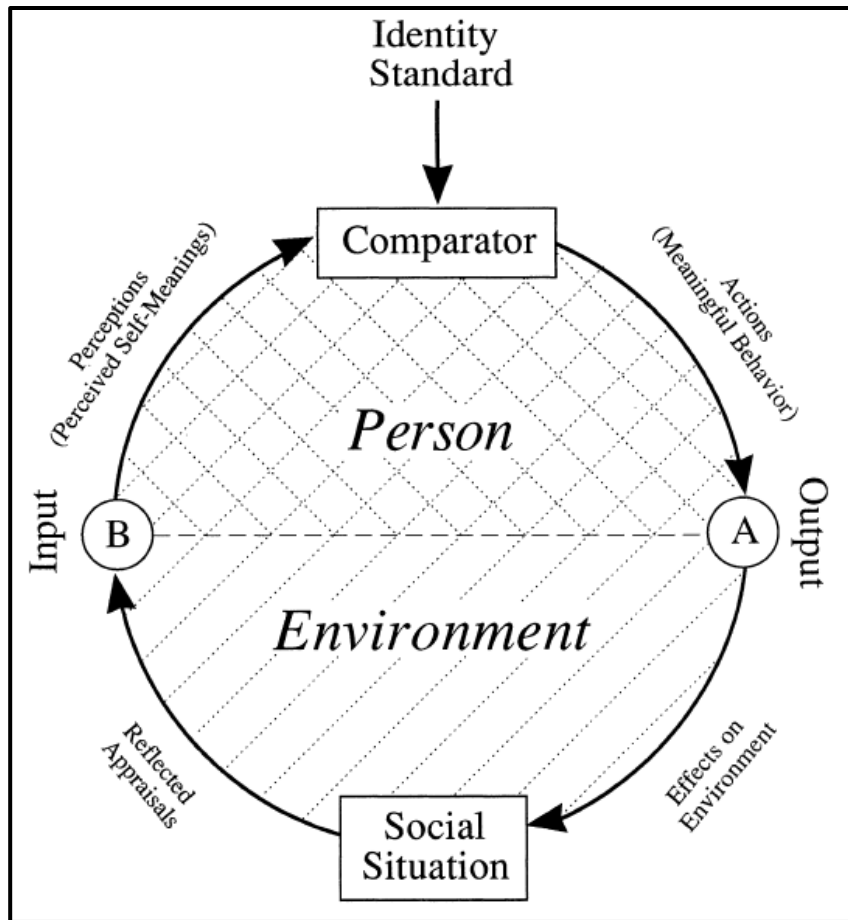


Figure 4. La vue du système de contrôle du processus d'identité: le cycle de la signification présentant les points d'interruption possibles en A et B (Burke, 1991)

## Conclusion

Ce mémoire s'intéresse particulièrement à l'identité professionnelle de l'infirmière et à l'impact du processus identitaire sur la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients en CHSLD. D'une part, la compétence professionnelle et le *caring*, concepts clés du MHSI-UdeM, auxquels s'ajoutent les valeurs organisationnelles dominantes, permettent à l'infirmière, par les structures cognitives qu'ils construisent, tel que suggéré par la théorie de l'identité, d'entretenir une philosophie de soins compétente et humaniste et ainsi, d'adopter des comportements adéquats. L'identité professionnelle de l'infirmière permet donc d'assurer la qualité des soins prodigués aux patients par les normes, croyances et valeurs qui prescrivent la façon de se comporter et qui donc, influencent simultanément la qualité des soins au niveau clinique et relationnel. D'autre part, l'infirmière qui éprouve de la difficulté à adopter des comportements qui renforcent son identité et donc, qui sont congruents avec ses valeurs et sa philosophie de soins, est à risque de se trouver dans un état de détresse psychologique, susceptible d'influencer à son tour la qualité des soins prodigués aux patients.

Dans un contexte où l'identité professionnelle de l'infirmière est fortement questionnée, ce mémoire a pour objectif de démontrer aux gestionnaires du système de santé québécois la nécessité pour l'infirmière d'adopter une pratique professionnelle tout autant compétente qu'empreinte de *caring*, par l'influence positive de la coexistence de ces deux concepts sur l'identité professionnelle et le bien-être physique et psychologique de l'infirmière qui par conséquent, influencent positivement la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients en CHSLD.

## **Chapitre 2**

### **CADRE CONCEPTUEL**

Le chapitre portant sur le cadre conceptuel de notre étude a pour objectif la présentation du modèle de recherche que nous avons élaboré à la lumière de la recension des écrits. Au terme de cette précédente étape, nous avons relié les valeurs organisationnelles dominantes, la compétence professionnelle, le *caring*, l'identité professionnelle de l'infirmière, le niveau de détresse psychologique de celle-ci ainsi que la qualité des soins infirmiers prodigués au niveau clinique et au niveau relationnel. Le cadre conceptuel de notre étude est donc présenté subséquemment, suivi d'une description de chacune des variables composant ce modèle. Dans un dernier temps, les hypothèses de recherche vous sont présentées reflètent à la fois la contribution théorique et empirique qui justifie la pertinence de notre recherche.

#### **2.1 Présentation du cadre conceptuel**

Le modèle conceptuel que nous avons élaboré permet donc de répondre à la question de recherche de cette étude, soit :

Quel est le rôle de l'identité professionnelle de l'infirmière et de sa détresse psychologique dans le lien entre les valeurs organisationnelles, la compétence professionnelle, le *caring* et la qualité des soins prodigués dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec

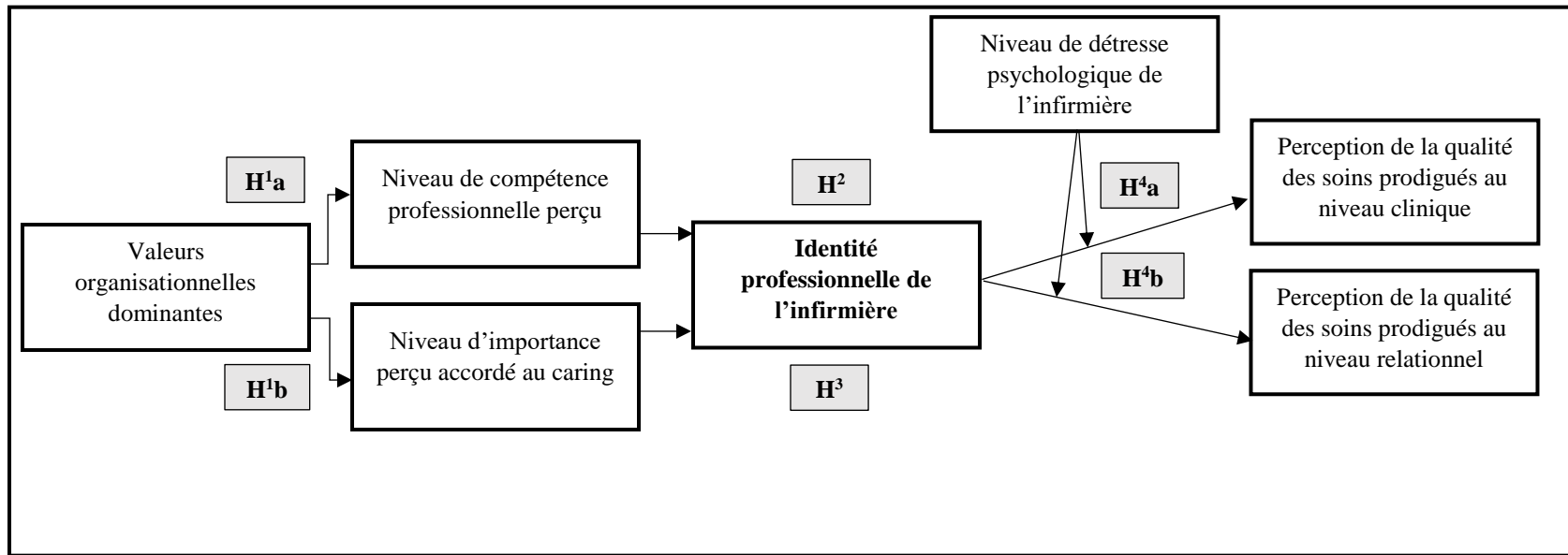


Figure 5. Modèle conceptuel de recherche

## 2.2 Hypothèses de recherche

### 2.2.1 Les valeurs organisationnelles dominantes

Tel que le démontre la recension des écrits, les valeurs organisationnelles dominantes promues par l'entreprise constituent un facteur explicatif ainsi qu'un prédicteur efficace du comportement des employés (Judge et Cable, 1997; Meglino et al., 1989; Schein, 1985; Rokeach, 1973). En effet, les valeurs mises de l'avant par l'organisation guident les employés dans l'action et encadrent l'exercice de la profession (Meglino et al., 1989; Schein, 1985; Rokeach, 1973). Dans le cadre de ce mémoire, nous nous appuyons particulièrement sur les valeurs organisationnelles dominantes des CIUSSS et des CISSS du système de santé québécois, qui prônent fondamentalement le respect, la collaboration, l'engagement, la bienveillance, l'humanisme, la qualité des soins et services ainsi que l'excellence, lesquelles se rattachent à la fois à la compétence professionnelle et au *caring*, tel que le suggère le MHSI-UdeM (Cara et al., 2016). De ce fait, nous émettons les hypothèses suivantes, voulant que les valeurs organisationnelles dominantes influencent la façon dont les employés se comportent et donc, le niveau de compétence professionnelle perçu et le niveau d'importance perçu accordé au *caring*.

H<sup>1a</sup> : Les valeurs organisationnelles dominantes sont liées positivement au niveau de compétence professionnelle perçu

H<sup>1b</sup> : Les valeurs organisationnelles dominantes sont liées positivement au niveau d'importance perçu accordé au *caring*

### 2.2.2 L'identité professionnelle de l'infirmière à titre de variable médiatrice dans la relation entre le niveau de compétence professionnelle perçu et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique

Tel que proposé dans la revue de la littérature, l'identité professionnelle se pose en tant que variable médiatrice dans la relation entre le niveau de compétence professionnelle perçu et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique étant donné que le niveau de compétence professionnelle perçu influence dans un premier temps l'identité professionnelle de l'infirmière, tel que permet de l'expliquer la théorie de l'identité. En effet, la compétence professionnelle, c'est-à-dire les connaissances, compétences, savoirs, expériences et ressources que possède l'infirmière, constitue une structure cognitive appelée prototype ou standard d'identité, qui prescrit la façon dont l'infirmière doit se comporter dans le cadre de son emploi (Cara et al., 2016). Ainsi, le prototype ou le standard d'identité développé chez les infirmières crée une véritable ligne de conduite que les professionnels doivent respecter dans l'exercice de leur fonction, de sorte à assurer la congruence entre les attentes en matière de qualité des soins infirmiers et l'identité professionnelle associée au groupe d'appartenance et au rôle (Stets et Harrod, 2004; Burke 1991).



Le niveau de compétence professionnelle perçue, façonnant ainsi l'identité professionnelle de l'infirmière en guidant la façon dont celle-ci doit se comporter, fait en sorte que l'identité professionnelle influence à son tour la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique particulièrement. En effet, les études empiriques démontrent que l'identité professionnelle de l'infirmière est corrélée de façon positive et significative avec la performance clinique, puisque la façon dont celle-ci se conçoit professionnellement est fondamentale et permet une meilleure compréhension des responsabilités techniques et relationnelles reliées au rôle (Poorgholami et al., 2016). Plus précisément, l'infirmière dont l'identité professionnelle s'avère positive et congruente avec le prototype ou standard d'identité utilise ses apprentissages et expériences de manière optimale, contrôle les effets d'un environnement de travail stressant, influence le soin prodigué au patient de façon positive, favorise l'adoption d'attitudes positives à l'égard de ses compétences, contribue à l'amélioration de ses compétences théoriques et expérimentales et donc, performe mieux au niveau de la délivrance du soin de nature clinique (Jahanbin et al., 2012; Hensel et Stoelting- Gettelfinger, 2011; Cowin et Hengstberger-Sims, 2006; Arthur et Thorne, 1998). La perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique, favorisée par l'identité professionnelle cohérente et positive de l'infirmière, se traduit notamment en l'atteinte d'un standard élevé de qualité des soins, la sécurité des patients, la réduction des erreurs de médication et des taux de chutes et la prise de décisions adéquates (Axley, 2008; Blegen et al., 2001). Nous proposons donc l'hypothèse suivante :

$H^2$ : L'identité professionnelle de l'infirmière médiatise le lien positif entre le niveau de compétence professionnelle et la qualité des soins prodigués au niveau clinique
---

### **2.2.3 L'identité professionnelle de l'infirmière à titre de variable médiatrice dans la relation entre le niveau d'importance perçue accordé au *caring* et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel**

L'identité professionnelle se pose également en tant que variable médiatrice dans la relation entre le niveau d'importance perçue accordé au *caring* et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel, tel que permet de l'expliquer la théorie de l'identité. Au même titre que le niveau de compétence professionnelle perçue, le niveau d'importance perçue accordé au *caring* véhicule un prototype ou standard d'identité qui prône l'adoption de valeurs, d'attitudes et de comportements qui favorisent l'humanité de la pratique infirmière (Cara et al., 2015). Ainsi, le *caring* est davantage relié à la qualité des soins infirmiers au niveau relationnel, puisque cette approche encadre plus particulièrement le rôle qu'occupe l'infirmière et non son appartenance au groupe professionnel, celle-ci adoptant ainsi une philosophie de soins qui lui est propre (Fagermoen, 1997).

Le *caring* façonne donc l'identité professionnelle de l'infirmière, puisqu'il questionne ses propres valeurs et érige une structure cognitive particulière, laquelle prédispose psychologiquement et affectivement l'infirmière à s'engager auprès du patient et à développer une relation de partenariat, favorisant ainsi la santé, le bien-être, la dignité et la guérison de celui-ci (Cara et al., 2015a; Watson, 2002). L'adoption de

l'approche du *caring* influence l'identité professionnelle de l'infirmière dans la mesure où celle-ci transcende la perception que son travail n'a aucun sens en une perception plus gratifiante de sa pratique professionnelle, s'accomplit professionnellement, est satisfaite de son emploi, préserve son intégrité, son estime de soi et se respecte, ce qui lui permet de prodiguer des soins de qualité particulièrement au niveau relationnel (Cara et O'Reilly, 2008; Swanson, 1999). La perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel, favorisée par l'identité professionnelle cohérente et positive de l'infirmière, se reflète notamment dans l'amélioration de l'état de santé de la personne soignée, dans l'accroissement du fonctionnement et de l'autonomie du patient, dans la communication, dans la réduction des erreurs professionnelles et dans l'adhésion du patient au processus de soin (IOM, 2003; Lorig et al., 2001; Wagner et al., 2001; Gifford et al., 1998; Meryn, 1998; Von Korff et al., 1998; Superio-Cabuslay et al., 1996). Nous proposons donc l'hypothèse suivante :

H <sup>3</sup> : L'identité professionnelle de l'infirmière médiatise le lien positif entre le niveau d'importance perçue accordé au <i>caring</i> et la qualité des soins prodigués au niveau relationnel
--

#### **2.2.4 Le niveau de détresse psychologique de l'infirmière à titre de variable modératrice dans la relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique et relationnel**

Telle que nous permet de l'expliquer la théorie de l'identité, l'individu se comporte de sorte à assurer la congruence entre le standard d'identité, soit les normes, attitudes croyances et valeurs déterminées notamment par la compétence professionnelle et le *caring*, et son identité professionnelle (Bothma et al., 2015). L'individu détermine alors, en procédant à l'autovérification de ses propres comportements, si ceux-ci correspondent au standard d'identité (Stets et Burke, 2000). Or, si l'individu est incapable de procéder à cette autovérification ou encore, qu'il perçoit une incompatibilité avec son identité professionnelle, il y a interruption du processus identitaire et donc, il en résulte un état de détresse psychologique, engendré par l'incongruence majeure entre les attentes et perceptions reliées au standard d'identité et parallèlement, à l'identité professionnelle et donc, de l'incapacité du processus identitaire à rétablir cet équilibre (Burke, 1991). De ce fait, l'infirmière qui possède une identité professionnelle positive et cohérente demeure à risque de ressentir un état de détresse psychologique, car elle a de la difficulté, dans le système de santé actuel, à adopter des comportements qui renforcent son identité et donc, qui sont congruents avec ses valeurs personnelles et professionnelles et sa philosophie de soins.

Les études empiriques suggèrent en effet que l'identité professionnelle de l'infirmière est liée négativement au niveau de détresse psychologique, étant donné que l'infirmière, qui n'est pas en mesure d'assurer la congruence entre les valeurs, normes et attitudes prescrites et ses actions, expérimente un état de détresse psychologique (Webster et Baylis, 2000; Kelly, 1998). En effet, l'infirmière dont l'identité professionnelle n'est pas conforme au standard d'identité ressent de la déception, de l'incertitude, de la culpabilité et du désarroi, de même que de l'épuisement émotionnel, un sentiment d'abandon ainsi qu'un

manque de respect et d'appartenance à la profession, lesquels prédisposent celle-ci à ressentir un état de détresse psychologique (AIIC, 2003; Kelly, 1998).

L'infirmière, dont l'identité professionnelle n'est pas cohérente avec les valeurs et la philosophie de soins fondamentale de celle-ci, expérimente un état de détresse psychologique et voit sa condition physique et psychologique se détériorer, ce qui affecte négativement l'adoption de bonnes pratiques de soins et de comportements de *caring* (Sarafis et al., 2016). Le stress relié à l'emploi influence de façon significative la qualité de vie de l'infirmière et simultanément, la qualité des soins qu'elle prodigue aux patients, puisque celui-ci est associé à une diminution de la compassion envers le patient et également à un risque élevé d'erreurs (Laschinger et Leiter, 2006; Morgan et al., 2002; Harris, 2001). Ainsi, le niveau de détresse psychologique vécue par l'infirmière réduit sa performance et sa satisfaction relative à l'emploi et favorise l'adoption d'attitudes négatives, lesquels ont un impact négatif sur la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients, tant au niveau clinique qu'au niveau relationnel (Yu et al., 2014; Begat et al., 2005; Visser et al., 2003). De ce fait, nous proposons les hypothèses suivantes :

H<sup>4a</sup> : La détresse psychologique de l'infirmière modère négativement le lien entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la qualité des soins au niveau clinique de telle façon que ce lien est moins positif lorsque la détresse psychologique est élevée.

H<sup>4b</sup> : La détresse psychologique de l'infirmière modère négativement le lien entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la qualité des soins au niveau relationnel de telle façon que ce lien est moins positif lorsque la détresse psychologique est élevée.

## **Chapitre 3**

# **MÉTHODOLOGIE**

### **Introduction**

Ce chapitre porte sur la méthode de recherche utilisée dans le cadre de ce mémoire. D'une part, nous justifions l'utilisation d'un devis quantitatif, soit le sondage par questionnaire puis, nous détaillons chacun des instruments de mesure retenus à l'élaboration de ce devis ainsi que les modifications que nous avons apportées, lesquelles sont récapitulées dans le tableau 3.1. D'autre part, nous expliquons la procédure priorisée pour le recrutement de l'échantillon et détaillons de quelle façon cet échantillon est réparti dans chacun des centres d'hébergement ciblé. Par la suite, nous indiquons les modalités liées à l'administration du sondage par questionnaire et le chapitre se termine par la section portant sur la méthode d'analyse de données, laquelle fait état des méthodes d'analyse utilisées permettant notamment de valider les construits à l'étude et de déterminer les corrélations entre les variables.

### **3.1 Devis de recherche quantitatif**

Les modèles théoriques et les études empiriques recensés dans le cadre de la revue de la littérature, dont les données proviennent majoritairement de méthodes de recherche quantitatives, mesurent indépendamment l'une de l'autre les différentes variables de notre étude. En effet, les études empiriques sur lesquelles nous nous appuyons relient notamment la compétence professionnelle, le *caring* et la qualité des soins infirmiers (Edvardsson et al., 2016; Brignon et Ravestein, 2015; Woo et Tak, 2015; Price et al., 2014; Manary et al., 2013; Axley, 2008; IOM, 2003; Blegen et al., 2001), l'identité professionnelle et la qualité des soins infirmiers ( Poorgholami et al., 2016; Jahanbin et al., 2012; Behzadi, Jahanmiri, Jokar et Borzooei, 2004; Swanson, 1999) et la détresse psychologique et la qualité des soins infirmiers (Sarafis et al., 2016; Yu et al., 2014; Laschinger et Leiter, 2006; Begat et al., 2005; Visser et al., 2003; Morgan et al., 2002; Harris, 2001). Or, aucune étude empirique n'examine simultanément les relations entre ces variables et donc, la complexité de notre modèle conceptuel justifie l'utilisation d'un devis quantitatif. Dans le cas de notre étude, nous préconisons le sondage par questionnaire, utilisé par la plupart des études empiriques en référence, dont l'uniformité des questions favorise la fiabilité, permet de collecter des données spécifiques auprès d'un grand nombre d'individus et facilite par le fait même, l'établissement de relations statistiques entre les variables (Busilacchi, 2012).

### **3.1.1 Description du questionnaire**

Le questionnaire utilisé dans le cadre de cette étude, présenté à l'annexe 1, a été entièrement construit, en fusionnant certaines sections et questions pertinentes d'outils de mesure existants, issus de la littérature nord-américaine. Ces outils de mesure retenus, à l'origine de langue anglaise, ont été traduits en français par un professionnel en traduction puis la version française obtenue a été retraduite en anglais afin d'assurer l'uniformité des deux versions du questionnaire. De ce fait, la version francophone et la version anglophone de ce questionnaire étaient disponibles et 97,5 % des répondants ont complété la version française alors que 2,5 % des répondants ont complété la version anglaise. De plus, le questionnaire a été réalisé en un seul temps, afin que les données recueillies soient tout à fait représentatives et rendent compte du portrait actuel de la problématique étudiée. Au niveau de la composition du questionnaire, celui-ci contient uniquement des questions fermées, c'est-à-dire des questions pour chacune desquelles la réponse consiste soit en un choix à cocher ou en une échelle de chiffre à encercler, permettant ainsi d'éviter l'ambiguïté et parallèlement, de faciliter l'analyse des données. Or, la dernière question est de nature ouverte et a été ajoutée à la version initiale du questionnaire de sorte à répondre à la demande de la haute direction de l'organisation participant à cette étude, laquelle souhaitait permettre aux répondants de s'exprimer librement sur les difficultés rencontrées dans le cadre de leur travail et par le fait même, sur les pistes de réflexion et de solution pertinentes permettant de pallier, du moins en partie, aux problématiques ainsi soulevées.

### **3.1.2 Instruments de mesure**

Les variables étudiées dans le cadre de ce mémoire étant à la fois complexes et issues de divers champs d'études, dont les soins infirmiers, l'identité professionnelle et le bien-être physique et psychologique, celles-ci ont été mesurées à l'aide de différents instruments de mesure, compte tenu de l'inexistence d'un seul et même instrument mesurant l'ensemble de ces variables. Pour chacune des sections du questionnaire, les instruments de mesure utilisés vous sont présentés de même que des exemples d'énoncés et les modifications que nous avons apportées, dont vous retrouvez le récapitulatif au tableau 3.1. Pour chacun des instruments de mesure utilisés, la version originale des énoncés a été conservée. Or, plusieurs modifications mineures ont été apportées aux instructions indiquant la façon de répondre à ces énoncés et parallèlement, nous avons modifié quelques modalités de réponse de sorte à préconiser notamment l'échelle de Likert à cinq points.

#### *Section 1 : Profil des répondants*

Le profil du répondant au questionnaire est incontournable afin de dresser d'une part, le portrait sociodémographique et professionnel de la personne interrogée et d'autre part, de corrélérer ces caractéristiques avec les différentes variables du modèle. Cette première section du questionnaire contient

donc 16 énoncés, dont cinq énoncés portant sur la démographie du répondant et onze énoncés portant sur le profil professionnel de celui-ci. Pour cette section, un seul et même instrument a été utilisé, c'est-à-dire le questionnaire Belimage (Darras et al., 2001-2003), lequel a été élaboré dans le cadre d'une étude portant sur le concept de soi professionnel des infirmières et infirmiers, à laquelle 9 941 infirmiers(ères) et 22 hôpitaux belges (privés et publics) ont participé. La version originale des 16 énoncés a été conservée et seulement le choix de réponse des questions 5, 6 et 7 du présent questionnaire a été légèrement modifié.

La question 5 du présent questionnaire, soit « Quel(s) diplôme(s) avez-vous obtenu(s) ? », contenait originellement les cinq choix de réponses suivants : [Infirmière graduée; Accoucheuse; Infirmière brevetée; Diplôme infirmier étranger; Autre], lesquels ont été remplacés par les choix de réponse suivants : [Diplôme d'études collégiales; Diplôme d'études universitaires; Diplôme d'études à l'étranger], de sorte à catégoriser les infirmières selon leur niveau d'étude et non leur spécialité, façon de faire qui s'apparente davantage aux études empiriques menées en Amérique du Nord.

Le choix de réponse associé à la question 6 du présent questionnaire, soit « Quel est votre temps de travail actuel? » contenait deux alternatives, c'est-à-dire : [Temps plein; Temps partiel, soit .....%], lesquelles ont été conservées, à l'exception du pourcentage associé au choix de réponse [Temps partiel], de sorte à créer deux catégories distinctes et ainsi éviter l'ambiguïté.

La question 7 du présent questionnaire, soit « Quelle est la proportion de jours, de soirs et de nuits que vous effectuez généralement ? (Le % de service de jour + le % de service de soir + le % de service de nuit = 100%) », contenait originellement et seulement [le % de service de jour + le % de service de nuit = 100%], à laquelle nous avons ajouté [le % de service de soir], étant donné qu'il existe, dans les CHSLD participants, trois quarts de travail, c'est-à-dire de jour, de soir et de nuit, comme dans la majorité des établissements de santé du Québec. De ce fait, nous avons également modifié le choix de réponse à la question [Service de jour : \_\_\_\_\_ %; Service de nuit : \_\_\_\_\_ %] en y ajoutant le choix [Service de soir : \_\_\_\_\_ %].

## *Section 2 : Valeurs organisationnelles*

La version française des énoncés portant sur les valeurs organisationnelles, provenant à la fois de McDonald et Gandz (1991) (énoncés 17 à 28 du questionnaire) et de Kristof (1996) (énoncés 29 à 31 du questionnaire), ont été reprises intégralement et seulement les choix de réponses associés à chacun de ces énoncés ont été modifiés, instruments utilisés également par Jourdain et Chênevert (2015) dans leur étude réalisée auprès d'employés du système de santé au Canada. En effet, pour les questions 17 à 31 du présent questionnaire, pour lesquels le choix de réponse était constitué au départ d'une échelle de mesure à sept points dont les choix étaient [Très en désaccord; En désaccord; Plutôt en désaccord; Plus ou moins en accord; Plutôt en accord; En accord; Très en accord], a été modifié pour une échelle de mesure à cinq points dont le choix de réponse est [Très en désaccord; Plutôt en désaccord; Incertaine; Plutôt en accord; Très en accord]. Nous avons donc retenu ici une échelle de Likert à cinq points bidirectionnelle, ordinale,

symétrique, dont le support est mixte (i.e. le support numérique est enrichi par un support sémantique qualifiant les gradations de l'échelle) et pour laquelle il existe un point de neutralité. Par le fait même, nous avons modifié légèrement les instructions en demandant au répondant d'encrer un choix de réponse de 1 à 5, plutôt qu'un choix de réponse de 1 à 7. Voici des exemples d'énoncés retenus faisant référence aux valeurs organisationnelles dominantes de l'entreprise et parallèlement, à la congruence entre les valeurs personnelles de l'individu et celles de l'organisation :

- |   |
|---|
| 25. L'amélioration de la qualité des services offerts est une préoccupation constante pour mon organisation                               |
| 27. Le respect des personnes (courtoisie, considération, justice, franchise, tolérance) est une valeur fondamentale pour mon organisation |
| 29. Mes valeurs personnelles rejoignent parfaitement les valeurs qui sont importantes pour mon organisation                               |

### *Section 3 : Compétence professionnelle*

Les énoncés portant sur la compétence professionnelle de l'infirmière, soit les énoncés 32 à 61, proviennent d'un seul et même instrument, soit le questionnaire Belimage (Darras et al., 2001-2003), dont nous avons conservé l'intégralité des énoncés et avons seulement modifié les instructions et les choix de réponse. Pour les énoncés 32 à 35, nous avons remplacé l'instruction « Pour pouvoir exercer votre métier d'infirmière avec compétence, quelle importance accordez-vous aux éléments suivants ? » par « Veuillez indiquer dans quelle mesure vous considérez qu'il s'agit d'éléments pas du tout importants ou extrêmement importants, en encrant un choix de réponse de 1 à 5 ». De plus, au niveau du choix de réponse, le questionnaire Belimage proposait originellement une échelle à support sémantique à quatre modalités avec des cases à noircir associées aux choix [Peu important; Important; Très important; Prioritaire]. De sorte à préserver une certaine cohérence dans l'ensemble de notre questionnaire, nous avons remplacé l'échelle de mesure sémantique à quatre points par une échelle de Likert à cinq points, bidirectionnelle, ordinale, symétrique, à support mixte et pour laquelle il existe un point de neutralité, contrairement à l'échelle précédente, dont les choix de réponse sont [Pas du tout important; Peu important; Légèrement important; Très important; Extrêmement important]. Voici des exemples d'énoncés retenus faisant référence à l'importance de ces éléments dans la pratique quotidienne infirmière :

- |   |
|---|
| 32. Le savoir (les connaissances théoriques)  |
| 35. Le savoir-être (attitudes, comportements) |

Pour les énoncés 36 à 60, nous avons modifié l'instruction originale, laquelle était « Les questions suivantes ont trait à un certain nombre d'aptitudes et/ou de comportements d'infirmières. Dans la colonne de gauche, nous vous demandons d'indiquer à quel point vous vous sentez compétente dans l'exercice de certaines aptitudes et à l'égard de certaines attitudes. Dans la colonne de droite, nous vous demandons d'indiquer dans quelle mesure vous trouvez qu'une infirmière doit maîtriser les aptitudes et les attitudes dont il a été question », en supprimant la première phrase et en ajoutant, pour chacune des deux échelles de mesure, l'action à exécuter, soit « en encerclant un choix de réponse de 1 à 5 ». De plus, comme ces énoncés comportent simultanément deux échelles de mesure, l'une portant sur le niveau de compétence de l'infirmière et l'autre, sur l'importance accordée à certaines aptitudes, nous avons procédé à quelques modifications de sorte à assurer la cohérence du questionnaire. L'échelle de mesure associée au niveau de compétence de l'infirmière, originellement à support sémantique à cinq modalités avec des cases à noircir associées aux choix [Incompétente; Plutôt incompétente; Plutôt compétente; Compétente; Très compétente], a seulement été modifiée en une échelle de Likert à support mixte, à laquelle nous avons seulement ajouté des chiffres qui correspondent à chacune de ces modalités. L'échelle de mesure portant sur l'importance accordée à certaines aptitudes, originellement à support sémantique à quatre modalités avec des cases à noircir associées aux choix [Peu important; Important; Très important; Prioritaire], a été remplacée par une échelle de Likert à cinq points, à support mixte et pour laquelle chacun des choix suivants est associé à un chiffre [Pas du tout important; Peu important; Légèrement important; Très important; Extrêmement important]. Voici des exemples d'énoncés retenus faisant référence au niveau de compétence professionnelle perçu ainsi qu'à l'importance accordée à certaines attitudes et aptitudes :

- |  |
|--|
| <p>37. Aptitudes à dispenser des soins thérapeutiques et diagnostiques (préparation des médicaments, soins des plaies, aspiration, perfusion, prise de sang, etc.)</p> <p>42. Transfert de connaissances (utiliser les expériences antérieures pour résoudre un problème actuel)</p> <p>58. Relation professionnelle avec le patient (écoute empathique, aborder des questions éthiques, etc.)</p> |
|--|

En dernier lieu, l'énoncé 61, provenant toujours du questionnaire Belimage, a été conservé en intégralité et avons seulement ajouté l'instruction supplémentaire suivante « Veuillez indiquer dans quelle mesure vous considérez que vous êtes compétente, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5 », par souci de cohérence, et avons également remplacé l'échelle de mesure à support sémantique à cinq modalités avec des cases à noircir associées aux choix [Incompétente; Plutôt incompétente; Plutôt compétente; Compétente; Très compétente], par une échelle de Likert à cinq points et donc à support mixte, à laquelle nous avons seulement ajouté des chiffres qui correspondent à chacune de ces modalités. Voici donc l'énoncé en question :



61. Globalement, pour faire face à ce que l'on vous demande aujourd'hui dans votre travail vous sentez-vous :

#### Section 4 : *Caring*

Les énoncés portant sur le *caring* proviennent du *Caring Attribute Questionnaire* (CAQ), qui fait partie intégrante de l'instrument de mesure *The Caring Attributes, Professional Self and Technological Influences* (CAPSTI) élaboré par Arthur et al. (1999). Cet instrument a été utilisé dans le cadre d'une étude d'envergure internationale réalisée auprès d'un échantillon considérable d'infirmiers(ères) de onze pays différents (n=1957) et dont le coefficient alpha de Cronbach est de  $a=0,88$ , témoignant ainsi de la cohérence interne et de la fiabilité de cet outil de mesure (Arthur et al., 1999). De cet instrument, également utilisé dans une étude menée auprès de 560 infirmiers(ères) en Corée, nous avons retenu 36 énoncés sur un total de 60 énoncés, tel qu'effectué dans l'étude empirique de Noh, Arthur et Sohng (2002). En effet, les facteurs 3 et 4 de cet instrument n'ont pas été pris en considération par manque de pertinence. Les énoncés découlant des facteurs 1, 2 et 5 ont donc été repris dans leur forme intégrale et l'échelle de mesure originale a été conservée, soit une échelle de Likert à cinq points, bidirectionnelle, ordinale, symétrique, dont le support est mixte et pour laquelle il existe un point de neutralité, dont les modalités sont [Très en désaccord; Plutôt en désaccord; Incertaine; Plutôt en accord; Très en accord]. Nous avons également inscrit l'instruction suivante « Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes en désaccord ou en accord avec les énoncés suivants, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5 », laquelle était inexistante dans la version originale du CAQ et pour chacun des facteurs retenus, nous avons ajouté une phrase telle que « Je considère que je prends soin (i.e. care) lorsque je/j'... », « Qu'est-ce que « prendre soin » (i.e. *caring*) signifie pour vous en tant qu'infirmière? » et « Dans quelle mesure chaque item décrit-il une infirmière qui pratique le *caring*? », lesquelles étaient également inexistantes dans la version originale du CAQ. Le *Caring Attribute Questionnaire* (CAQ), à l'origine de langue anglaise, a été traduit en français par un professionnel en traduction puis, la version française obtenue a été retraduite en anglais afin d'assurer l'uniformité des deux versions du questionnaire. Voici des exemples d'énoncés retenus faisant référence notamment aux comportements associés au *caring*, à la signification accordée au *caring* et au profil de l'infirmière pratiquant l'art du *caring* :

64. Permet au patient d'exprimer ses sentiments

84. Le *caring* est la caractéristique centrale des soins infirmiers

91. Être une infirmière qui pratique le *caring* consiste à prendre soin d'une autre personne et de l'aider à grandir

### *Section 5 : Identité professionnelle de l'infirmière*

La section 5, portant sur l'identité professionnelle de l'infirmière, comporte 40 énoncés, lesquels proviennent de deux instruments de mesure distincts, soit du *Professional Self-Concept of Nurses Instrument* (PSCNI) élaboré par David Arthur en 1992 et du questionnaire Belimage (Darras et al., 2001-2003). Le PSCNI, utilisé à maintes reprises dans la littérature, notamment dans le cadre d'une étude auprès d'infirmier(ère)s australien(ne)s (n=170) et d'une étude auprès d'infirmier(ère)s coréen(ne)s (n=800), constitue un outil fiable et cohérent dans le cadre de cette recherche (items reflétant la pratique professionnelle :  $\alpha=0,85$ , items reflétant la satisfaction :  $\alpha=0,82$ , items reflétant la communication :  $\alpha=0,59$ ) (Darras et al., 2001-2003). Les énoncés 98 à 124 du présent questionnaire proviennent donc du PSCNI et découlent de la pratique professionnelle, de la satisfaction relative à l'emploi et des habiletés de communication de l'infirmière, énoncés dont le contenu original a été conservé. Or, nous avons remplacé l'échelle de Likert à quatre points dont les choix étaient [En désaccord; Plutôt en désaccord; Plutôt en accord; En accord], par une échelle de Likert à cinq points qui comporte un point de neutralité dont les choix sont [Très en désaccord; Plutôt en désaccord; Incertaine; Plutôt en accord; Très en accord]. Le *Professional Self-Concept of Nurses Instrument* (PSCNI), à l'origine de langue anglaise, a été traduit en français par un professionnel en traduction puis, la version française obtenue a été retraduite en anglais afin d'assurer l'uniformité des deux versions du questionnaire. Voici des exemples d'énoncés retenus faisant référence au concept de soi professionnel de l'infirmière, lesquels sont à la fois négatifs et positifs :

99. La compétence est la capacité démontrée d'appliquer avec succès les connaissances et les compétences dans l'exécution de tâches complexes. Je suis une infirmière compétente
104. Dans l'ensemble, je suis satisfaite de mon approche créative dans mon travail en tant qu'infirmière
124. Je ne crois pas être particulièrement empathique

Les énoncés 125 à 137, lesquels proviennent du questionnaire Belimage, ont été conservés en intégralité, tant au niveau du contenu que du choix de réponse et aucune modification n'a été apportée.

### *Section 6 : Perception de la qualité des soins infirmiers aux niveaux clinique et relationnel*

La section 6, laquelle porte sur la Perception de la qualité des soins infirmiers aux niveaux clinique et relationnel, comporte 36 énoncés, qui proviennent de plusieurs instruments de mesure dont le questionnaire Belimage (Darras et al., 2001-2003), les énoncés 138 à 153, pour lesquels nous avons préservé le contenu original, proviennent du questionnaire Belimage (Darras et al., 2001-2003). Par souci de cohérence, nous avons remplacé la présentation initiale des énoncés, soit « Le contexte de travail ne permet pas toujours de dispenser les soins tel qu'on souhaiterait. Les questions suivantes ont trait à votre pratique quotidienne des soins », par « Veuillez indiquer la fréquence à laquelle vous êtes en mesure de

réaliser les tâches suivantes durant une journée de travail, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5 ». De plus, au niveau du choix de réponse, le questionnaire Belimage proposait originellement une échelle à support sémantique à quatre modalités avec des cases à noircir associées aux choix [Jamais; Parfois; Souvent; Toujours]. Nous avons donc remplacé cette échelle de mesure par une échelle de Likert à cinq points, bidirectionnelle, ordinale, symétrique, à support mixte, dont les choix de réponse sont [Jamais; Rarement; Quelques fois; Souvent; La plupart du temps]. Voici des exemples d'énoncés retenus faisant référence à la pratique quotidienne des soins infirmiers :

- 147. Consacrer du temps à établir une relation personnelle avec le patient
- 150. Adapter mes soins aux contraintes économiques de l'hôpital
- 152. Adapter mes soins en fonction des nouvelles connaissances

Les énoncés 154 à 162 proviennent de l'instrument de mesure de Peltier, Boyt et Schibrowsky (1998) ainsi que du questionnaire de Shortell et al. (1995), lesquels sont repris dans le mémoire de Busilacchi (2012). L'instrument de mesure de Peltier et al. (1998), développé dans le cadre d'une étude réalisée auprès d'un échantillon de 435 patients, comporte (qualité du service médical :  $\alpha=0,92$ , qualité du service infirmier :  $\alpha=0,93$ , qualité de service par rapport aux concurrents :  $\alpha=0,94$ , qualité des installations et des opérations :  $\alpha=0,86$ , qualité du service de soutien du personnel :  $\alpha=0,85$ ). De ce fait, nous avons conservé le contenu original des énoncés, le choix de réponse et l'instruction de cette section, à laquelle nous avons seulement ajouté « en encerclant un choix de réponse de 1 à 5 », conformément à l'utilisation de Busilacchi (2012). Ces instruments de mesure, à l'origine de langue anglaise, ont été traduits en français par un professionnel en traduction puis la version française obtenue a été retraduite en anglais afin d'assurer l'uniformité des deux versions du questionnaire, tel qu'exécuté par Busilacchi (2012). Voici des exemples d'énoncés retenus faisant toujours référence à la pratique quotidienne des soins infirmiers :

Shortell et al. (1995) :

- 154. Je dispose du temps nécessaire pour prodiguer des soins de qualité
- 157. L'établissement s'assure que nous disposons des équipements et du matériel nécessaire afin que nous puissions rencontrer les standards de qualité exigés

Peltier, Boyt et Schibrowsky (1998) :

- 160. J'ai un accès approprié aux ressources professionnelles de l'établissement afin de réaliser adéquatement mon travail (ex. : physiothérapeutes, techniciens...)
- 161. Il est facile de communiquer avec les médecins de l'établissement afin de réaliser adéquatement mon travail

Les énoncés 163 à 166 concernent la fréquence d'occurrence d'événements indésirables et proviennent de l'instrument de mesure de Aiken et Patrician (2000) (instrument total :  $\alpha=0,96$  et alphas de sous-échelle agrégés de 0,84 à 0,91), repris également dans le mémoire de Busilacchi (2012), duquel nous avons retenu le contenu original des énoncés et l'instruction, à laquelle nous avons seulement ajouté « en encerclant un choix de réponse de 1 à 5 ». Or, nous avons remplacé l'échelle de Likert à quatre points utilisés par Busilacchi (2012) par une échelle de Likert à cinq points et donc, avons remplacé le choix de réponse [Jamais; Rarement; Occasionnellement; Fréquemment] par [Jamais; Rarement; Quelques fois; Souvent; La plupart du temps], de sorte à préserver la cohérence du questionnaire dans lequel nous priorisons une échelle de Likert à cinq points pour chacun des énoncés. Cet instrument de mesure, à l'origine de langue anglaise, a été traduit en français par un professionnel en traduction puis, la version française obtenue a été retraduite en anglais afin d'assurer l'uniformité des deux versions du questionnaire, tel qu'exécuté par Busilacchi (2012). Voici des exemples d'énoncés retenus faisant toujours référence à l'occurrence d'événements indésirables :

- |  |
|--|
| 163. Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance d'erreurs dans l'administration des médicaments aux patients |
| 164. Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance d'infections nosocomiales                                    |

Les énoncés 167 et 172 proviennent du questionnaire Belimage (Darras et al., 2001-2003) dont nous avons modifié légèrement le contenu des énoncés en remplaçant « Comment pourriez-vous décrire » par « Dans quelle mesure estimez-vous ». De plus, nous avons modifié le choix de réponse en remplaçant l'échelle de mesure à support sémantique à quatre modalités avec des cases à noircir associées aux choix [Mauvaise; Acceptable; Bonne; Excellente], par une échelle de Likert à cinq points, à support mixte et pour laquelle chacun des choix suivants est associé à un chiffre [Médiocre; Acceptable; Moyenne; Très bonne; Excellente]. Voici un exemple d'énoncé retenu quant à la qualité des soins perçue :

- |   |
|---|
| 167. Dans quelle mesure estimez-vous la qualité des soins que vous avez donnés durant votre dernière journée de travail ? |
|---|

En dernier lieu, les énoncés 168 à 171 ainsi que 173 proviennent du mémoire de Busilacchi (2012), duquel nous avons retenu le contenu intégral des énoncés et avons seulement ajouté à la fin de l'instruction « en encerclant un choix de réponse de 1 à 5 ». De plus, nous avons remplacé l'échelle de Likert à quatre points dont les choix de réponse étaient [Mauvaise; Moyenne; Bonne; Excellente], par une échelle de Likert à cinq points dont les choix de réponse sont [Médiocre; Acceptable; Moyenne; Très bonne; Excellente]. Voici des exemples d'énoncés retenus quant à la qualité des soins perçue :

168. Dans quelle mesure estimez-vous la qualité des soins infirmiers du quart de travail précédent le vôtre ?
170. Dans quelle mesure estimez-vous la qualité du travail d'équipe entre les infirmières et les médecins ?
173. De manière générale, dans quelle mesure estimez-vous la qualité des soins infirmiers qui sont prodigués dans votre établissement ?

#### *Section 7 : Bien-être individuel*

Les énoncés 174 à 204 portent sur le bien-être individuel de l'infirmière et relèvent simultanément de deux instruments de mesure, soit du *Maslach Burnout Inventory-General Survey* (MBI-GS) (Schaufeli, Leiter, Maslach et Jackson, 1996), utilisé notamment dans le cadre d'une étude portant sur un échantillon de 9 055 employés du secteur de l'industrie forestière en Finlande, en Suisse et aux Pays-Bas ( $\alpha=0,70$ ) et de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ-14), utilisé dans le cadre de plusieurs enquêtes menées par Santé Québec ( $\alpha=0,71$ ) (Institut de la statistique du Québec, 2012 ; Deschesnes, 1998). En effet, les énoncés 174 à 190 ont été retenus de l'instrument Schaufeli et al. (1996), lequel comporte originellement 22 énoncés, duquel nous avons enlevé les questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21, liées au sentiment de réalisation de l'outil de Maslach afin d'éviter la redondance. Des 14 énoncés restants, nous avons modifié le temps de verbe, soit avons remplacé les énoncés au présent par des énoncés au passé, étant donné que l'on questionne l'individu sur la façon dont il s'est senti au cours des douze derniers mois. L'échelle de Likert à quatre points utilisée par (Schaufeli et al., 1996) contenant les choix de réponse [Jamais; Quelques fois par année; Quelques fois par mois; Quelques fois par semaine] a été remplacée par une échelle de Likert à 5 points, à laquelle nous avons ajouté le choix de réponse [Toujours], de sorte à préserver la cohérence de l'ensemble de notre questionnaire. Voici des exemples d'énoncés retenus quant à l'impact du travail sur la santé de l'infirmière :

174. Je me suis sentie émotionnellement vidée par mon travail
177. J'ai senti que je m'occupais de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets

Les énoncés 190 à 204 relèvent de l'Indice de l'IDPSQ-14, la version française du Psychiatric Symptom Index (PSI) de Ilfeld (1976). Tel qu'utilisé lors des enquêtes générales de Santé Québec réalisées en 1987, 1992-1993 et 1998 et lors d'enquêtes régionales, cet outil de 14 questions mesure la fréquence des symptômes liés à la dépression, à l'anxiété, à l'irritabilité et aux troubles cognitifs (Institut de la statistique du Québec, 2012). Nous avons conservé le contenu original des énoncés, mais avons remplacé la forme interrogative des questions par la forme affirmative. De plus, nous avons remplacé l'échelle de Likert à quatre points contenant les choix de réponse [Jamais; De temps en temps; Assez souvent; Très souvent] par une échelle de Likert à cinq points contenant les choix de réponse [Jamais; Rarement; Quelques fois;

Souvent; La plupart du temps]. Voici des exemples d'énoncés retenus quant à l'indice de détresse psychologique de l'infirmière :

192. Je me suis sentie tendue, stressée ou sous pression

194. Je me suis laissé emporter ou je me suis fâchée contre quelqu'un ou quelque chose

**Tableau 3.1 - Construction du questionnaire**

<b>QUESTIONNAIRE ACTUEL (NO QUESTION)</b>	<b>INSTRUMENT DE MESURE</b>	<b>NO QUESTION</b>	<b>MODIFICATIONS APPORTÉES À L'INSTRUMENT DE MESURE INITIAL</b>
<b>SECTION 1 : PROFIL DE LA RÉPONDANTE</b>			
1	Belimage	1	Aucune
2	Belimage	2	Aucune
3	Belimage	3	Aucune
4	Belimage	4	Aucune
5	Belimage	5	Modification du choix de réponse
6	Belimage	9	Suppression du pourcentage relié au choix de réponse « temps partiel »
7	Belimage	10	Ajout du service de soir dans la question et le choix de réponse
8	Belimage	11	Aucune
9	Belimage	12	Aucune
10	Belimage	14	Aucune
11	Belimage	17	Aucune
12	Belimage	18	Aucune
13	Belimage	19	Aucune
14	Belimage	20	Aucune
15	Belimage	21	Aucune
16	Belimage	22	Aucune
<b>SECTION 2 : VALEURS ORGANISATIONNELLES</b>			
17-28	McDonald et Gandz (1991)	7-18	Modification de l'échelle de mesure : échelle à 5 points et non à 7 points.
29-31	Kristof (1996)	19-21	Modification de l'échelle de mesure : échelle à 5 points et non à 7 points.
<b>SECTION 3 : COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE</b>			
32-35	Belimage	25	Indications supplémentaires ajoutées à l'instruction initiale. Dans le choix de réponse, les cases à cocher sont remplacées par une échelle de Likert à 5 points.
36-60	Belimage	27	Indications supplémentaires ajoutées à la question initiale. Dans le choix de réponse, les cases à cocher sont remplacées par deux échelles de Likert à 5 points.
61	Belimage	28	Dans le choix de réponse, les cases à cocher sont remplacées par une échelle de Likert à 5 points.
<b>SECTION 4 : CARING</b>			
62-83	<i>Caring Attribute Questionnaire</i> (CAQ)	Facteur 1	Aucune Les facteurs 3 et 4 n'ont pas été pris en considération par manque de pertinence (items négatifs et perspective pédagogique) Traduction valide

84-90	<i>Caring Attribute Questionnaire (CAQ)</i>	Facteur 2 et 5	Aucune Traduction valide
91-97	<i>Caring Attribute Questionnaire (CAQ)</i>	Facteur 2 et 5	Aucune Traduction valide
<b>SECTION 5 : IDENTITÉ PROFESSIONNELLE</b>			
98-124	<i>Professional Self-Concept of Nurses Instrument (PSCNI)</i>		Aucune Traduction validée
125-134	Belimage	41	Aucune
135	Belimage	42	Aucune
136	Belimage	43	Aucune
137	Belimage	44	Aucune
<b>SECTION 6 : PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS AUX NIVEAUX CLINIQUE ET RELATIONNEL</b>			
138-153	Belimage	32	Informations supplémentaires ajoutées à la question initiale. Dans le choix de réponse, les cases à cocher sont remplacées par une échelle de Likert à 5 points.
154-162	Peltier et al. (1998) et Shortell et al. (1995)	169-177	Le terme « hôpital » dans la question 157 est remplacé par le terme « établissement ».
163-166	Aiken et Patrician (2000)	178-181	Échelle de Likert à 5 points.
167	Belimage	33	Modification de la formulation de l'énoncé. Les cases à cocher sont remplacées par une échelle de Likert à 5 points.
168-171, 173	Busilacchi, Josée (2012)	182-186	Le terme « hôpital » dans la question 169 est remplacé par « établissement ». Échelle de Likert à 5 points.
172	Belimage	34	Modification de la formulation de l'énoncé. Les cases à cocher sont remplacées par une échelle de Likert à 5 points.
<b>SECTION 7 : BIEN-ÊTRE INDIVIDUEL</b>			
174-190	Schaufeli, Leiter, Maslach, Jackson (1996) <i>Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)</i>	1, 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 20, 22	Suppression des questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (questions liées au sentiment de réalisation de l'outil de Maslach) afin d'éviter la redondance. Temps de verbe modifié ex : je me sens=je me suis sentie étant donné qu'on demande : au cours des 12 derniers mois. Échelle de Likert à 4 points remplacée par une échelle de Likert à 5 points.



191-204

Indice de  
détresse  
psychologique  
de Santé Québec  
(IDPSQ-14).  
Version  
française du  
Psychiatric  
Symptom Index  
(PSI) (Ilfeld,  
1976).

1-14

Modification de la forme de la question : forme affirmative plutôt qu'interrogative. Échelle de Likert à 4 points modifiée en une échelle de Likert à 5 points.

### 3.1.3 Prétest

En réponse à la demande du comité d'éthique de la recherche de l'organisation ciblée, lequel exigeait que nous précisions les méthodes mathématiques et analyses statistiques utilisées pour valider le questionnaire, nous avons d'une part présenté les coefficients alpha de Cronbach pour chacun des instruments utilisés et avons, d'autre part, procédé à un prétest du questionnaire, afin de confirmer la convenance et la pertinence des questions et par le fait même, assurer la compréhension des participants.

Le prétest a été effectué spécifiquement auprès de deux *infirmières cliniciennes assistantes du supérieur immédiat* (ICASI) et d'une *assistante infirmière chef* (AIC) travaillant dans trois des neuf centres d'hébergement participants. Les infirmières détenant ces titres d'emploi particuliers ont été invitées à participer à ce prétest en raison du fait qu'elles occupent une fonction distincte de celle de leurs collègues infirmières et ont la responsabilité « de créer un environnement sécuritaire, d'assurer le suivi de la qualité, de faire preuve d'exemplarité dans la tenue de [leur] rôle, de coordonner les soins de l'unité, de gérer le personnel, les soins et l'environnement, d'incarner les responsabilités inhérentes à [leur] fonction et, enfin, de promouvoir la satisfaction du patient » (Eggenberger, 2012; Homer, 2013; Royal College of Nursing, 2009), leur permettant ainsi de bien comprendre la problématique étudiée, de témoigner de la pertinence de ce questionnaire et de soulever des recommandations constructives.

De ce fait, les trois infirmières ont chacune été sollicitées par leur chef d'unité respectif afin de participer à cette étude, sur une base volontaire et à l'extérieur des heures de travail, et ont complété la version française du « prétest » du questionnaire original, lequel comporte une question supplémentaire demandant aux infirmières : « *Dans le cadre de ce prétest pour lequel vous avez été identifié(e) à titre d'infirmier(ère) clinicien(ne) assistante du supérieur immédiat (ICASI)/infirmière assistant(e)-chef (AIC), quels sont les points positifs et négatifs que vous relevez de ce questionnaire et quels sont vos recommandations et commentaires constructifs qui nous permettront d'améliorer cette première version du questionnaire* » ? Ce prétest a permis d'apporter des modifications nécessaires afin d'améliorer notamment la compréhension des questions 14, 15 et 23.

En effet, les questions 14 et 15, soit respectivement, « *Combien de lits d'hospitalisation y a-t-il dans votre unité ?* » et « *Combien de patients hospitalisés y avait-il dans votre unité lors de votre dernière journée de travail ?* » ont nécessité une modification mineure puisqu'en centre d'hébergement et de soins de longue durée, il y a une distinction évidente entre les patients dits « hébergés » et les patients dits « hospitalisés ». Les patients hébergés sont physiquement présents en centre d'hébergement alors que les patients hospitalisés sont transférés à l'hôpital pour recevoir des soins spécifiques. Pour éviter toute forme de confusion, nous avons modifié ces deux questions et avons remplacé les termes « hospitalisation/hospitalisé » par les termes « hébergement/hébergé », à la fois dans la version française et dans la version anglaise du questionnaire.

Les infirmières ayant participé au prétest ont questionné, à l'égard de la section 2 portant sur les valeurs organisationnelles, la notion d'« organisation » et plus précisément, ont demandé si ce terme réfère uniquement à l'employeur ou s'il inclut les salariés également. De ce fait, nous avons retenu la définition de Robins, Judge et Tran (2014), soit : « Une entreprise — vue comme une organisation — est alors un moyen structuré, constituant une unité de coordination, ayant des frontières identifiables, fonctionnant en continu, en vue d'atteindre un ensemble d'objectifs partagés par l'ensemble de ses membres (salariés, dirigeants, actionnaires, etc.) ». Nous avons indiqué, au début de la section 2 du questionnaire, que « le terme « organisation » réfère ici à la notion d'entreprise et donc, au CISSS ou CIUSSS pour lequel vous travaillez, lequel inclus à la fois les gestionnaires et les salariés ». Cette modification a été apportée à la fois à la version française et à la version anglaise du questionnaire, pour assurer la compréhension des participants.

Le consentement au pairage de données, requis à la toute fin du questionnaire, semblait comporter une certaine ambiguïté et pour assurer que les participants au questionnaire répondent « oui » ou « non » au fait de consentir au pairage de données et non à l'occurrence d'une absence de maladie de courte ou de longue durée au cours de la dernière année, nous avons modifié légèrement la disposition des indications, à la fois dans la version française et dans la version anglaise du questionnaire.

### **3.1.4 Échantillon**

D'une part, étant donné que nous approfondissons la problématique reliée à l'identité professionnelle des infirmières en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), nous avons ciblé neuf CHSLD offrant chacun des soins et services équivalents, afin d'interroger les infirmières qui y travaillent. Suite à l'obtention de l'approbation du comité d'éthique de l'organisation participant à notre étude, conditionnelle à l'autorisation du Comité d'éthique de la recherche d'HEC Montréal, nous avons fait parvenir aux gestionnaires de ces centres d'hébergement un communiqué explicatif du projet (annexe 2) ainsi que la demande d'autorisation d'effectuer une recherche dans leur organisation.

D'autre part, une fois la demande approuvée, nous avons sélectionné, à l'aide d'un logiciel de gestion des ressources humaines et informationnelles du réseau public de la santé, les infirmières détentrices d'un diplôme d'études collégiales, d'un baccalauréat en sciences infirmières ou d'une maîtrise, travaillant dans ces neuf centres d'hébergement et ayant à la fois des statuts de travail à temps complet, temps partiel et occasionnel. Il est à noter cependant que les infirmières absentes du travail au moment de la collecte de données pour cause de maladie ou d'accident du travail n'ont pas été interrogées. Respectivement, nous avons sollicité 84 infirmiers et infirmières répartis dans les centres d'hébergement ciblés, tel que présenté au tableau 3.2. À l'aide du même logiciel, nous avons établi une liste tout à fait confidentielle de l'information relative à ces 84 infirmières contenant leur nom, leur poste, leur quart de travail ainsi que l'établissement pour lequel elle travaille, de sorte à faciliter la collecte de données une fois sur le terrain.

**Tableau 3.2 - Détail de l'échantillon**

<b>CHSLD CIBLÉS</b>	<b>NOMBRE DE RÉPONDANTS SOLLICITÉS</b>	<b>NOMBRE DE RÉPONDANTS AYANT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE</b>	<b>TAUX DE RÉPONSE</b>
CHSLD A	6	3	50 %
CHSLD B	4	3	75
CHSLD C	15	6	40 %
CHSLD D	13	2	15,38 %
CHSLD E	10	6	60 %
CHSLD F	6	5	83,33 %
CHSLD G	8	5	62,5 %
CHSLD H	4	1	25 %
CHSLD I	7	4	57,14 %
ÉQUIPE VOLANTE	10	4	40 %
INCONNU	1	1	-
<b>TOTAL</b>	<b>84</b>	<b>40</b>	<b>47,62 %</b>

Des 84 infirmières sollicitées pour cette étude, 40 ont retourné le questionnaire, ce qui représente un taux de réponse satisfaisant de 47,62 % pour une enquête par sondage (Busilacchi, 2012; Fowler, 2008). De ce nombre, aucun questionnaire n'a été exclu pour cause de données manquantes.

### **3.1.5 Administration du questionnaire**

Le questionnaire, autoadministré, a été distribué en personne par la chercheuse-étudiante à la tête de ce projet et qui donc pour chacun des centres d'hébergement et de soins de longue durée identifiés, s'est présenté aux infirmières préalablement ciblées, a exposé la problématique étudiée et les a cordialement invités à participer à cette étude, sur une base volontaire et anonyme. De ce fait, chacune des infirmières désirant participer à l'étude s'est vu remettre une version papier du questionnaire ainsi qu'une enveloppe de courrier contenant les coordonnées professionnelles de l'étudiante au sein de l'organisation, de sorte à faciliter l'acheminement du questionnaire une fois complété et ainsi préserver la confidentialité du processus. Les infirmières ont été informées qu'elles avaient un temps accordé de deux (2) semaines pour remplir le questionnaire et qu'une fois complété, elles devaient l'insérer dans l'enveloppe de retour et l'acheminer par courrier interne à la chercheuse-étudiante. De plus, les infirmières ont été informées des modalités du questionnaire, notamment à l'effet que celui-ci doit être complété à l'extérieur des heures de travail, tel qu'exigé par le comité d'éthique de la recherche d'HEC Montréal.

Une fois le délai de réponse écoulé, nous avons constaté que le taux de réponse était relativement faible, soit de 21,43 %. De sorte à assurer un suivi auprès des infirmier(ères) sollicité(e)s dans le cadre de cette étude, la chercheuse étudiante a appelé personnellement chacun des répondants potentiels n'ayant pas rempli le questionnaire, en réitérant l'invitation à participer à ce projet de recherche. Afin de faciliter l'accessibilité du questionnaire et ainsi favoriser un taux de réponse élevé à l'intérieur d'un délai de deux (2) semaines supplémentaires, les personnes identifiées ont reçu par courriel le questionnaire et le

formulaire d'information et de consentement, dont la version « formulaire » protégée par un mot de passe permettait ainsi de remplir le questionnaire directement à l'ordinateur et de le retourner par courriel à la chercheuse-étudiante. Or, le questionnaire et le formulaire d'information et de consentement pouvaient également être imprimés, remplis et retournés par courrier interne à la chercheuse étudiante. Cette méthode a donc permis d'augmenter le taux de réponse de 21,43 % à 47,62 %, soit une augmentation de plus du double du taux de réponse initial.

### **3.1.6 Méthodes d'analyses utilisées**

D'une part, à l'aide du logiciel SPSS, afin de valider les construits à l'étude, l'analyse factorielle de type exploratoire utilisant une rotation orthogonale de type Varimax avec normalisation Kaiser a été utilisée, en complémentarité avec la mesure de l'alpha de Cronbach, réalisée afin de déterminer la cohérence interne des items retenus. Par la suite, une matrice de corrélation de Pearson a été utilisée pour évaluer simultanément la covariance des variables à l'étude, cette analyse bivariée permettant ainsi de démontrer les liens significatifs entre les différents construits de notre modèle.

D'autre part, des modèles d'équations structurelles, permettant de modéliser les relations complexes entre les variables étudiées, ont été réalisés de sorte à expérimenter la réaction du modèle conceptuel de recherche dans son ensemble puis la réaction des différents modèles alternatifs, dont la création et le retrait de liens significatifs ont favorisé l'obtention du modèle optimal démontrant la maximisation des résultats. L'analyse des coefficients de régression standardisés, du pourcentage de variance expliquée pour chaque variable ainsi que des indices de congruence du modèle tel que le *Goodness of Fit Index* (GFI), le *Incremental Fit Index* (IFI), le *Comparative Fit Index* (CFI) et le *Root mean square of approximation* (RMSEA) ajoutent ainsi une compréhension pertinente au modèle et en somme, permettent la confirmation ou la réfutation des hypothèses de départ.

De sorte à tester les hypothèses d'après lesquelles le niveau de détresse psychologique agit à titre de variable modératrice dans la relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la qualité des soins prodigués aux patients, nous avons utilisé l'analyse de régression linéaire et avons procédé à la centration et la réduction des variables « niveau de détresse psychologique » et « identité professionnelle », afin de pouvoir comparer plus aisément les variations résultant de cette interaction.

## 3.2 Devis de recherche qualitatif

Le concept du *caring* étant fondamental au modèle théorique sur lequel nous nous appuyons, nous avons soulevé la nécessité d'approfondir ce phénomène par l'entremise d'une observation scientifique sur le terrain, devis de recherche qualitatif nous permettant donc essentiellement de constater l'occurrence de comportements précis découlant du *caring* (Cara et al., 2011). En effet, nous avons constaté, à la suite de la compilation des données provenant des questionnaires, que les répondants et répondantes ne disposent pas nécessairement du temps nécessaire pour prodiguer des soins de qualité et estiment que les ratios infirmier(ère)s/patients, parfois non optimaux, accentuent cette problématique, ce qui explique également le faible taux de réponse obtenu. De ce fait, les soins de nature clinique et technique peuvent naturellement être priorités, au détriment des soins de nature relationnelle, alors qu'ils sont tout aussi primordiaux, ce qui justifie l'observation de comportements précis relevant du *caring* afin de démontrer si les infirmier(ère)s pratiquent effectivement et en dépit du contexte de soins actuel, l'art du *caring* (Donabedian, 1988).

### 3.2.1 Description de la grille d'observation

Bien qu'il existe autant de définitions de l'observation en situation qu'il y a d'auteurs pour en traiter, cette méthode renvoie de manière générale à « la sélection, la provocation, l'enregistrement et le codage de l'ensemble des comportements et des environnements qui s'appliquent aux organismes *in situ* et qui conviennent à des objectifs empiriques » (Gauthier, 1990 : 520, dans Dépelteau, 2011). De manière générale, il nous est possible de distinguer huit types d'observations qui combinent à la fois la participation ou l'extériorisation du chercheur vis-à-vis le phénomène étudié, l'utilisation d'une démarche scientifique inductive ou hypothético-déductive et la dissimulation ou la déclaration de la présence du chercheur-observateur (Dépelteau, 2011). En vertu du phénomène étudié et des préférences épistémologiques de la chercheuse, l'observation réalisée dans le cadre de cette recherche s'avère d'abord de nature *non participante* puisque la position empirico-naturaliste préconisée par la chercheuse a pour objectif premier d'expliquer le plus objectivement possible les faits et événements observés (Martineau, 2004). L'observation directe et silencieuse donc, réfère dans notre cas à une démarche hypothético-déductive, c'est-à-dire que l'observation est orientée vers la récolte de données qui permettront de corroborer ou de réfuter les hypothèses de recherche (Dépelteau, 2011). Bien que la présence connue de l'observateur contribue naturellement à modifier le comportement de l'individu étudié, nous avons opté pour l'observation ouverte et non dissimulée et pour des raisons éthiques, avons exigé l'autorisation écrite des participants à ce processus (Dépelteau, 2011).

La grille d'observation contient d'une part des notes de nature pragmatique et stratégique qui décrivent le terrain tel que le nom des personnes observées ainsi que la date et l'heure des rencontres (Martineau,

2004). D'autre part, les comportements précis à observer caractérisent la grille d'observation dite systémique, c'est-à-dire qui découle du cadre d'analyse de l'étude et est construite en regard à la recension des écrits sur le sujet (Martineau, 2004). La grille d'observation comporte ainsi trente comportements spécifiques à observer et vis-à-vis chacun de ces comportements, la chercheuse est appelée à indiquer si oui ou non il y a eu occurrence du comportement ciblé, rendant ainsi inutile la prise de notes supplémentaires. Conformément à la littérature, ces comportements sont répartis en cinq sous-catégories distinctes nommées respectivement contact initial, écoute, communication, soutien et priorisation des soins.

### 3.2.2 Instruments de mesure

La démarche hypothético-déductive exige que la chercheuse effectue une observation rigoureuse et objective des faits observés afin de corroborer ou réfuter les conjectures théoriques (Dépelteau, 2011). De ce fait, des indicateurs spécifiques ont été identifiés, relevant particulièrement de l'interaction entre l'infirmière et le patient, permettant ainsi de constater si, en dépit du contexte organisationnel actuel et du fait que les infirmières reconnaissent avec brio dans le questionnaire les comportements associés au *caring*, celles-ci appliquent effectivement ces mêmes comportements dans leur pratique de soins quotidienne.

Les indicateurs pertinents à l'observation, au nombre de trente, proviennent presque en totalité de l'instrument de mesure élaboré et validé par Forbes (2004) dans le cadre d'un mémoire réalisé en sciences infirmières, lequel est appuyé par quatre instruments de mesure supplémentaires permettant de témoigner de la crédibilité de cet outil. Parmi les trente-huit indicateurs d'interactions patients/infirmières composant la grille d'observation de Forbes (2004) et relevant à la fois de l'aspect humain du soin, de la relation thérapeutique et de l'activité clinique, nous avons retenu vingt-six de ces indicateurs et avons ajouté quatre indicateurs congruents proposés et appuyés par les outils de mesure complémentaires. En effet, les énoncés 2, 26 et 27 proviennent directement du Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) (Cara et al., 2015a), alors que l'énoncé 4 est un apport à notre avis incontournable puisque le fait de demander à quelqu'un comment il va réfère aux attitudes préconisées par le MHSI-UdeM telles qu'être attentif, se préoccuper et être intéressé à connaître et à comprendre l'autre.

En appui à ce modèle et celui de Forbes (2004), la grille d'observation a été construite également à l'aide des instruments de mesure reconnus dans la littérature tels que le *Caring Attribute Questionnaire* (CAQ) (Arthur et al., 1999), le MHSI-UdeM (Cara et al., 2015a; Roy, 2013; Cossette, 2006), le Modèle humaniste des soins infirmiers de la Faculté des sciences infirmières appliqué au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (MHSI-CHUM) (Roy, 2013) inspiré des cinq comportements de *caring* de Dingman (1999) ainsi que le *Caring Nurse–Patient Interaction Scale* (CNPI-Short Scale) de Cossette, Côté, Pépin, Ricard et D'Aouts (2006) inspiré des dix facteurs caratifs de Watson (1979). La grille

d'observation figure donc à l'annexe 3 et le tableau 3.3 présente le récapitulatif de la façon dont la grille d'observation a été construite.



**Tableau 3.3 - Construction de la grille d'observation**

	INDICATEURS D'INTERACTIONS PATIENT/INFIRMIÈRE (FORBES, 2004)	INSTRUMENT DE MESURE COMPLÉMENTAIRE	ÉNONCÉ	
CONTACT INITIAL	1	Salue le patient (i.e. bonjour, bonsoir)	Aucun	
	2	Appelle le patient par le nom qu'il préfère*	MHSI-UdeM MHSI-CHUM	L'appeler respectueusement par le nom qu'elle préfère Appeler la personne par le nom qu'elle préfère
	3	Se présente en se nommant (nom) et en indiquant son titre d'emploi (infirmière)	MHSI-UdeM MHSI-CHUM	Se présenter à la Personne Expliquer son rôle Se présenter à la personne-famille et expliquer son rôle
	4	Demande au patient comment il se sent*	Aucun	
	5	Informe le patient sur l'objet de sa présence auprès de lui	Aucun	
	6	Se place face au patient	Aucun	
	7	Regarde le patient	Aucun	
	8	Sourit	CAQ	Aide à rendre les expériences plus agréables
ÉCOUTE	9	Effectue un toucher de réconfort (non verbal)	CAQ MHSI-UdeM MHSI-CHUM	Touche le patient quand le confort est nécessaire S'assurer de l'ouverture avant d'utiliser le toucher de façon appropriée Utiliser le toucher de façon appropriée
	10	Laisse la parole à l'autre	CAQ	Écoute le patient
	11	Coupe la parole ( <i>néгатif</i> )	Aucun	
	12	Invite à poursuivre la conversation	Aucun	
	13	Reformule ce que dit ou exprime le patient (reflet)	Aucun	
COMMUNICATION	14	Parle avec un débit verbal rapide	CAQ	Parle au patient Communique avec le patient
	15	Parle d'une voix posée	Aucun	
	16	Hausse le ton en s'adressant au patient ( <i>néгатif</i> )	Aucun	
	17	Donne de l'information sans que le patient lui ait posé une question	CAQ	Donne aux patients les explications relatives à ses soins
	18	Répond à une question/interrogation exprimée par le patient	Aucun	
	19	Invite le patient à lui faire des demandes selon ses besoins	CAQ	Permet au patient d'exprimer ses sentiments
	20	Évite de répondre à une question ( <i>néгатif</i> )	Aucun	
RECONNAISSANCE	21	Reconnait/légitimise l'expérience vécue	MHSI-UdeM	Reconnaitre comme valides ses expériences et ses savoirs
	22	Minimise/banalise l'expérience vécue ( <i>néгатif</i> )	Aucun	
	23	Exprime un reproche ( <i>néгатif</i> )	CNPI-Short Scale	Do not have an attitude of disapproval
	24	Souligne les efforts et les forces du patient	MHSI-UdeM CNPI-Short Scale	Reconnaitre et souligner les efforts Emphasize their efforts
	25	L'inclut dans la prise de décision	CAQ MHSI-UdeM	Permet au patient d'exprimer ses sentiments L'inclure dans la prise de décision

PRIORISATION DES SOINS	26	S'intéresse à son projet de vie*	MHSI-UdeM CNPI-Short Scale	Énoncé initial Consider them as complete individuals, show that I am interested in more than their health problem Help them to explore what is important in their lives
	27	L'encourage à garder espoir*	MHSI-UdeM CAQ CNPI-Short Scale	Énoncé initial Encourage le patient Encourage them to be hopeful, when it is appropriate
	28	Identifie l'ordre de priorité des soins à donner avec le client	MHSI-UdeM  MHSI-CHUM	S'attarder à discuter des priorités de soins et des résultats visés avec la Personne Prendre au moins 5 minutes toutes les 8 heures au chevet de la personne pour discuter des priorités de soins et des résultats visés
	29	Aide le client à identifier ses priorités	CAQ MHSI-CHUM  CNPI-Short Scale	Aide le patient à clarifier sa pensée Prendre au moins 5 minutes toutes les 8 heures au chevet de la personne pour discuter des priorités de soins et des résultats visés Help them to clarify which things they would like significant persons to bring them
	30	Explore avec le patient les différentes alternatives possibles qui s'offrent à lui pour répondre à ses besoins	MHSI-UdeM  MHSI-CHUM  CNPI-Short Scale	S'attarder à discuter des priorités de soins et des résultats visés avec la Personne Planifier des soins et des services cohérents avec notre philosophie Help them to recognize the means to efficiently resolve their problems

\*Énoncés ajoutés à l'instrument de mesure de Forbes (2004)

CAQ : Caring Attribute Questionnaire

CNPI-Short Scale : Caring Nurse–Patient Interaction Scale

MHSI-CHUM : Modèle humaniste des soins infirmiers de la Faculté des sciences infirmières appliqué au Centre hospitalier de l'Université de Montréal

MHSI-UdeM : Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal

### 3.2.3 Échantillon

La méthode de l'observation favorise le choix d'un échantillon exemplaire plutôt que représentatif et donc, il convient de recourir à un échantillon typique duquel il est possible d'observer un cas exemplaire ou un idéal type de la situation étudiée (Dépelteau, 2011). De ce fait, il a été convenu, en accord avec le comité éthique de l'organisation ciblée, que l'échantillon serait composé de quatre infirmières ayant complété le questionnaire et provenant de deux CHSLD distincts. Les CHSLD retenus dans le cadre du processus d'observation ont été choisis relativement à la réceptivité des chefs d'unités et infirmières à participer à ce projet et à l'accessibilité au terrain dans un délai restreint. Les infirmières ont été ciblées par les chefs d'unités, lesquels ont sollicité la collaboration volontaire de celles-ci.

### **3.2.4 Observation sur le terrain**

Les cas retenus pour l'observation doivent être exemplaires, faire preuve d'une certaine étanchéité et avoir une existence relativement autonome et récurrente dans le temps, de sorte que le phénomène étudié puisse être observé à plusieurs reprises (Dépelteau, 2011). Dans le présent cas, l'observation sur le terrain consiste donc à accompagner l'infirmière dans la chambre de la personne soignée et à compléter la grille d'observation en indiquant si oui ou non les comportements requis ont été déployés et ce, lors d'une intervention de soins régulière ou encore de routine et en évitant l'analyse des cas isolés ou atypiques. Ainsi, il a été convenu que chacune des quatre infirmières serait évaluée lors de trois interventions réalisées auprès de différents patients, totalisant ainsi l'observation de douze interventions.

## **Chapitre 4**

# **RÉSULTATS**

Le quatrième chapitre de cette étude présente d'une part les caractéristiques de l'échantillon retenu tant au niveau sociodémographique que professionnel et un comparatif avec l'effectif infirmier du Québec (OIIQ, 2016-2017) est effectué afin de démontrer la représentativité de l'échantillon. D'autre part, les résultats des tests statistiques, réalisés à l'aide du logiciel SPSS, sont présentés. Les analyses factorielles auxquelles nous avons procédé justifient la création des variables reliées aux cibles de notre modèle conceptuel de recherche et finalement, diverses analyses de régression exécutées permettent la confirmation ou la réfutation des hypothèses de recherches émises au départ.

### **4.1 Statistiques descriptives**

#### **4.1.1 Profil sociodémographique des répondants**

Notre étude porte sur un échantillon de quarante (40) infirmiers et infirmières travaillant dans neuf CHSLD du Québec, dont les caractéristiques sociodémographiques sont présentées au tableau 4.1. Nous constatons d'une part que l'échantillon est composé majoritairement de femmes (85 %) et que la moyenne d'âge des répondantes est de 43 ans. D'autre part, nous remarquons que l'échantillon est caractérisé à 60% par l'état civil « marié(e) ou cohabitant(e) » et que presque autant d'infirmières ont obtenu un diplôme d'études collégiales (52,5 %) qu'un diplôme d'études universitaires (45 %). Une seule répondante n'a pas complété le profil démographique du questionnaire, mais sa participation a été conservée étant donné que chacune des sections subséquentes du questionnaire a été complétée.

**Tableau 4.1 - Profil sociodémographique des répondants**

CARACTÉRISTIQUES SOCIOLOGIQUES	CATÉGORIE	NOMBRE	POURCENTAGE
SEXE	▪ Homme	5	12,5 %
	▪ Femme	34	85 %
	▪ Données manquantes	1	-
ÂGE	▪ < 20 ans	0	-
	▪ 21 à 25 ans	2	5 %
	▪ 26 à 30 ans	4	10 %
	▪ 31 à 35 ans	2	5 %
	▪ 36 à 40 ans	4	10 %
	▪ 41 à 45 ans	6	15 %
	▪ 46 à 50 ans	11	27,5 %
	▪ > 50 ans	8	20 %
	▪ Données manquantes	3	-
	▪ <i>Moyenne d'âge</i>	<i>43 ans</i>	-
ÉTAT CIVIL	▪ Célibataire	7	17,5 %
	▪ Marié(e) ou cohabitant(e)	24	60 %
	▪ Divorcé(e) ou séparé(e)	6	15 %
	▪ Veuf / veuve	2	5 %
	▪ Données manquantes	1	-
ENFANTS VIVANT SOUS LE MÊME TOIT	▪ Oui	22	55 %
	▪ Non	17	42,5 %
	▪ Données manquantes	1	-
DIPLÔME OBTENU	▪ Diplôme d'études collégiales	21	52,5 %
	▪ Diplôme d'études universitaires	18	45 %
	▪ Diplôme d'études à l'étranger	0	-
	▪ Données manquantes	1	-

#### 4.1.2 Représentativité de l'échantillon

Selon le portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2016-2017 présenté par l'OIIQ, nous constatons au 31 mars 2017 que l'effectif infirmier au Québec est de 70 038 membres. De ces membres, la proportion d'hommes (12,5 % versus 11 %) et de femmes (85 % versus 89 %) exerçant la profession infirmière est relativement semblable à celle de notre échantillon, tout comme la moyenne d'âge des répondantes (43 ans versus 41,6 ans). Le plus haut niveau d'études obtenu présente un léger écart, mais demeure relativement représentatif (diplôme d'études collégiales 52,5 % versus 49,9 % et diplôme d'études universitaires 45% versus 38,1 %). Or, le temps de travail de notre échantillon est pratiquement contraire à celui de l'ensemble des membres du Québec, bien que l'on enregistre une baisse significative du taux d'emploi à temps complet, particulièrement en ce qui a trait aux infirmières de la relève (OIIQ, 2016-2017). Effectivement, au 31 mars 2017, seulement 19 % des infirmières et infirmiers de la relève déclaraient occuper un emploi à temps complet versus 47 % en 2012 et 2013 (OIIQ, 2016-2017). Parallèlement, le taux d'emploi occasionnel de la relève est passé de 9 % à 23 % au cours des deux dernières années, ce qui peut expliquer en partie l'incohérence des données relatives au temps de travail entre notre échantillon et l'ensemble des membres (OIIQ, 2016-2017). En regard à ces statistiques, nous pouvons en somme affirmer que notre échantillon est représentatif de la population mère, bien que naturellement, celui-ci comporte une marge d'erreur appelée erreur d'échantillonnage (Dépelteau, 2011).

**Tableau 4.2 - Représentativité de l'échantillon**

		ÉCHANTILLON	ENSEMBLE DES MEMBRES DE L'OIIQ
<b>SEXE</b>	▪ Homme	12,5 %	11 %
	▪ Femme	85 %	89 %
<b>ÂGE</b>	▪ Moyenne	43 ans	41,6 ans
<b>DIPLÔME OBTENU (PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES)</b>	▪ Diplôme d'études collégiales	52,5 %	49,9 %
	▪ Diplôme d'études universitaires	45 %	38,1 %
<b>TEMPS DE TRAVAIL</b>	▪ Temps complet	27,5 %	58,4 %
	▪ Temps partiel	67,5 %	33,2 %

#### 4.1.3 Profil professionnel des répondants

Afin que l'échantillon retenu soit représentatif de la réalité professionnelle des répondantes, nous avons sondé à la fois des infirmières travaillant à temps complet (27,5 %) et à temps partiel (67,5 %), travaillant à la fois sur les quarts de jour, de soir et de nuit et ayant acquis une expérience de travail relativement significative. En effet, seulement 7,5 % de l'échantillon travaille en soins infirmiers depuis moins de deux (2) ans, alors que 35 % de l'échantillon pratique cette profession depuis plus de vingt (20) ans. En référence à la journée de travail la plus récente au moment de remplir le questionnaire, les répondantes ont recensé en moyenne soixante-quatorze (74) patients présents sur leur unité de travail et elles estiment avoir soigné en moyenne trente (30) patients. Le profil professionnel des infirmières vous est présenté ci-après, au tableau 4.3.

**Tableau 4.3 Profil professionnel des répondantes**

<b>CARACTÉRISTIQUES PROFESSIONNELLES</b>	<b>CATÉGORIE</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
<b>TEMPS DE TRAVAIL</b>	▪ Temps plein	11	27,5 %
	▪ Temps partiel	27	67,5 %
	▪ Données manquantes	2	-
<b>QUART DE TRAVAIL DE JOUR (%)</b>	▪ < 25 %	2	5 %
	▪ 26 à 50 %	3	7,5 %
	▪ 51 à 75 %	4	10 %
	▪ 76 à 100 %	14	35 %
<b>QUART DE TRAVAIL DE SOIR (%)</b>	▪ < 25 %	7	17,5 %
	▪ 26 à 50 %	4	10 %
	▪ 51 à 75 %	1	2,5 %
	▪ 76 à 100 %	9	22,5 %
<b>QUART DE TRAVAIL DE NUIT (%)</b>	▪ < 25 %	4	10 %
	▪ 26 à 50 %	1	2,5 %
	▪ 51 à 75 %	1	2,5 %
	▪ 76 à 100 %	7	17,5 %
	▪ Données manquantes	1	-
<b>NOMBRE D'HEURES SUPPLÉMENTAIRES AU COURS DU DERNIER MOIS</b>	▪ < 10 heures	14	35 %
	▪ 11 à 20 heures	5	12,5 %
	▪ 21 à 30 heures	5	12,5 %
	▪ 31 à 40 heures	1	2,5 %
	▪ 41 à 50 heures	1	2,5 %
	▪ > 50 heures	3	7,5 %
	▪ Données manquantes	11	-
	▪ <i>Moyenne du nombre d'heures</i>	<i>22 heures</i>	-
<b>TEMPS DE TRAVAIL AU SEIN DU SERVICE ACTUEL</b>	▪ < 2 ans	16	40 %
	▪ 3 à 5 ans	13	32,5 %
	▪ 6 à 10 ans	5	12,5 %
	▪ 11 à 15 ans	2	5 %
	▪ 16 à 20 ans	2	5 %
	▪ > 20 ans	0	-
	▪ Données manquantes	2	-
<b>NOMBRE D'ANNÉES DE TRAVAIL EFFECTIVES DEPUIS LA GRADUATION</b>	▪ < 2 ans	3	7,5 %
	▪ 3 à 5 ans	5	12,5 %
	▪ 6 à 10 ans	5	12,5 %
	▪ 11 à 15 ans	6	15 %
	▪ 16 à 20 ans	5	12,5 %
	▪ > 20 ans	14	35 %
	▪ Données manquantes	2	-
<b>NOMBRE DE LITS D'HÉBERGEMENT DANS L'UNITÉ DE TRAVAIL</b>	▪ < 50 lits	11	27,5 %
	▪ 51 à 100 lits	22	55 %
	▪ 100 à 150 lits	3	7,5 %
	▪ 150 à 200 lits	2	5 %
	▪ > 200 lits	1	2,5 %
	▪ Données manquantes	1	-
	▪ <i>Moyenne du nombre de lits</i>	<i>78 lits</i>	-
<b>NOMBRE DE PATIENTS HÉBERGÉS DANS L'UNITÉ DE TRAVAIL AU COURS DE LA DERNIÈRE JOURNÉE DE TRAVAIL</b>	▪ < 50 patients	13	32,5 %
	▪ 51 à 100 patients	21	52,5 %
	▪ 100 à 150 patients	2	5 %
	▪ 150 à 200 patients	2	5 %
	▪ > 200 patients	1	2,5 %
	▪ Données manquantes	1	-
	▪ <i>Moyenne du nombre de patients</i>	<i>74 patients</i>	-

**NOMBRE DE PATIENTS SOIGNÉS LORS  
DE LA DERNIÈRE JOURNÉE DE TRAVAIL**

▪ < 25 patients	23	57,5 %
▪ 26 à 50 patients	8	20 %
▪ 51 à 100 patients	4	10 %
▪ > 100 patients	2	5 %
▪ Données manquantes	3	-
<i>Moyenne du nombre de patients</i>	<i>30 patients</i>	-



## **4.2 Création des variables du modèle**

La création des variables présentées ci-après, reliées chacune à une cible de notre modèle conceptuel de recherche, s'est effectuée d'après plusieurs critères. D'une part, l'analyse factorielle exploratoire (AFE) utilisant une rotation orthogonale de type Varimax avec normalisation Kaiser et considérant tous les facteurs ayant une valeur propre supérieure à un, a été réalisée pour chacune des variables créées. La solution orthogonale s'avère préférable dans le cas présent puisque l'on tente de déterminer la contribution unique de chacun des facteurs identifiés et ainsi la variance de la variable représentant son apport propre (Durant, 2003). D'autre part, seuls les items ayant obtenu un seuil de saturation supérieur à 0,40 lors de l'analyse factorielle ont été retenus dans la création des variables, tel que recommandé par Hair, Anderson, Tatham et Black (1998) et un seuil minimal de 0,70 de l'alpha de *Cronbach*, permettant de mesurer la cohérence interne des items, a été considéré (George et Mallery, 2011; Leech, Barrett et Morgan, 2011).

### **4.2.1 Création de la variable « Valeurs organisationnelles » (VO)**

Une AFE, utilisant une rotation orthogonale de type Varimax avec normalisation Kaiser et considérant tous les facteurs ayant une valeur propre supérieure à un, a été réalisée pour chacune des sous-dimensions nous permettant de déterminer quelles sont les valeurs organisationnelles dominantes du point de vue des infirmières interrogées lors de la collecte de données. La littérature propose un modèle à trois sous-dimensions et donc, pour obtenir un modèle conforme à celui de McDonald et Gandz (1991), le meilleur résultat est obtenu lorsque l'on force l'extraction à trois facteurs et que l'on exclut toute observation incomplète plutôt que de remplacer les valeurs manquantes par la moyenne, manipulations possibles dans le cadre de l'utilisation du logiciel SPSS. L'analyse factorielle incluant les énoncés 17 à 28 vous est présentée au tableau 4.4.

**Tableau 4.4 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Valeurs organisationnelles »**

<b>Énoncés</b>	<b>F 1</b>	<b>F 2</b>	<b>F 3</b>	
25.- L'amélioration de la qualité des services offerts est une préoccupation constante pour mon organisation	,84			
17.- La qualité des services offerts est une priorité pour mon organisation	,78			
21.- Mon organisation consacre beaucoup d'efforts à améliorer l'efficacité de son fonctionnement	,76			
20.- Il est très important pour mon organisation de maintenir une réputation de qualité	,63			
27.- Le respect des personnes (courtoisie, considération, justice, franchise, tolérance) est une valeur fondamentale pour mon organisation		,80		
22.- La coopération entre les employés est grandement valorisée par mon organisation		,78		
19.- Mon organisation encourage fortement ses employés à faire preuve d'initiative		,65		
26.- Mon organisation met beaucoup l'accent sur le respect des règles et procédures		,59		
23.- Mon organisation encourage fortement les employés qui ont des points de vue différents à s'exprimer ouvertement		,43		
18.- Mon organisation est très préoccupée par la recherche de moyens d'économiser les ressources			,78	
24.- Mon organisation reconnaît ouvertement à ses employés leur droit à l'erreur			,69	
28.- Mon organisation apprécie grandement la créativité chez ses employés			,64	
	<b>Valeur propre</b>	4,43	1,79	1,23
	<b>% Variance</b>	36,92	14,91	10,25
	<b>% Variance cumulée</b>	36,92	51,83	62,09

L'analyse factorielle indique la présence de trois valeurs propres et donc, de trois sous-dimensions regroupant les énoncés reliés aux valeurs organisationnelles dominantes (Facteur 1=4,43; Facteur 2=1,79; Facteur 3=1,23). La variance expliquée de ce modèle est de l'ordre de 62,09 %. Conformément à l'instrument de mesure initial, les énoncés sont regroupés en trois facteurs distincts portant à la fois sur les valeurs de qualité, efficacité et humanisme, alors que dans le modèle conceptuel de recherche initial, seules deux dimensions de la qualité des soins ont été retenues. Cela fait donc en sorte que les valeurs de qualité et d'efficacité se trouvent à être reliées au niveau clinique de la qualité du soin, alors que les valeurs humanistes sont plutôt reliées au niveau relationnel de la qualité du soin, tel que le suggère la littérature sur le sujet.

Le premier facteur regroupe les énoncés reliés à la valeur « Qualité », à l'exception de l'item 21 qui s'apparente davantage à la valeur « Efficacité » et qui donc, devrait plutôt se retrouver dans le facteur 3. Les seuils de saturation des quatre items correspondant à ce facteur varient entre 0,63 et 0,84 et affichent une valeur propre de 4,43. Le deuxième facteur regroupe presque tous les énoncés découlant de la valeur « Humanisme », à l'exception des items 24 et 28, qui se retrouvent dans le facteur 3 alors qu'ils devraient figurer dans le facteur 2, au même titre que l'item 26 qui figure dans le deuxième facteur alors qu'il devrait plutôt appartenir au troisième facteur. Les seuils de saturation des cinq items correspondant au facteur 2 varient entre 0,43 et 0,80 et affichent une valeur propre de 1,79. Finalement, le facteur 3, qui devrait regrouper uniquement les énoncés 18, 21 et 26, contient uniquement l'item 18, les énoncés 24 et 28 appartenant à la valeur « Humanisme ». Veuillez noter par ailleurs que l'énoncé 18 a été recodé puisqu'il présentait une valeur négative. Les seuils de saturation des trois items correspondant à ce facteur varient entre 0,64 et 0,78 et affichent une valeur propre de 1,23.

Dans l'objectif d'obtenir un modèle de recherche final contenant approximativement le même nombre de variables que le modèle de recherche initial, nous avons regroupé les facteurs distincts d'un même construit en une seule variable, démarche permettant par le fait même de faciliter l'analyse statistique vu le faible taux de réponse. De ce fait, nous avons réalisé une analyse factorielle de second ordre afin de nous assurer que « les dimensions estimées par les facteurs de premier ordre définissent bien un construit plus large et plus abstrait estimé par le facteur de second ordre » (Gardès, 2018 : 12), soit les valeurs organisationnelles dans ce cas-ci. L'analyse factorielle de second ordre permet donc d'apprécier la capacité de la variable « valeurs organisationnelles » à représenter selon différents degrés les trois variables latentes soit les valeurs reliées à la qualité, les valeurs reliées à l'efficacité et les valeurs reliées à l'humanisme (Gardès, 2018).

Ainsi, l'analyse factorielle de second ordre justifie effectivement le regroupement des trois variables latentes en une seule et même variable, soit les valeurs organisationnelles, comme démontré au tableau 4.5 présenté ci-après.

**Tableau 4.5 - Analyse factorielle de second ordre réalisée pour la variable « Valeurs organisationnelles dominantes »**

<b>Facteurs</b>	<b>Valeur propre</b>	<b>% de la variance</b>	<b>% de la variance cumulée</b>
1	1,80	60,06	60,06
2	0,77	25,73	85,80
3	0,43	14,20	100,00

Les tests de cohérence interne ont donc été effectués avec les énoncés associés à chacun des facteurs ayant au moins trois énoncés et donc, tous les facteurs ont été conservés. Pour la variable « Valeurs organisationnelles dominantes » regroupant ainsi trois facteurs distincts, un indice a été créé en réalisant la moyenne des énoncés contenus dans ces facteurs, résultant en un alpha de *Cronbach* de 0,84, ce qui est considéré satisfaisant (Le Corff, Yergeau, Beaudin et Dorceus, 2017), avec une moyenne de 3,40 et un écart-type de 0,539.

#### **4.2.2 Création de la variable « Niveau de compétence professionnelle perçu » (NCPP)**

Une analyse factorielle exploratoire a été réalisée pour chacune des sous-dimensions nous permettant de déterminer le niveau de compétence professionnelle perçu en regard aux aptitudes énumérées. La littérature ayant morcelé d'emblée le niveau de compétence professionnelle perçu et l'importance accordée aux aptitudes en deux variables distinctes, nous avons plutôt décidé de retenir uniquement la variable reliée au niveau de compétence professionnelle perçu, tel que stipulé dans le modèle conceptuel de recherche. Le modèle clair et correctement interprétable de sept facteurs qui résulte de cette analyse vous est présenté au tableau 4.6.

**Tableau 4.6 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Niveau de compétence professionnelle perçue »**

<b>Énoncés</b>	<b>F 1</b>	<b>F 2</b>	<b>F 3</b>	<b>F 4</b>	<b>F 5</b>	<b>F 6</b>	<b>F 7</b>	
45.1- Organiser les soins pour les patients qui me sont confiés	,85							
37.1- Aptitudes à dispenser des soins thérapeutiques et diagnostiques (préparation des médicaments, soins des plaies, aspiration, perfusion, prise de sang, etc.)	,71							
43.1- Créativité (développer des alternatives)	,71							
42.1- Transfert de connaissances (utiliser les expériences antérieures pour résoudre un [...])	,63							
41.1- Démarche systématique en soins infirmiers (observer, interpréter, planifier, évaluer)	,60							
44.1- Flexibilité (s'adapter à un contexte spécifique)	,48							
47.1- Organiser le travail en fonction de la collaboration avec les autres professionnels de la santé	,47							
50.1- Communiquer avec la famille		,90						
52.1- Communiquer avec les médecins		,73						
51.1- Communiquer avec les collègues infirmières		,70						
49.1- Communiquer avec le patient		,64						
48.1- Aptitudes administratives (téléphone, formulaire de demande d'examen, commande de médicaments, formulaires administratifs, etc.)			,89					
59.1- Attitude critique (face aux procédures et décisions au sein de l'hôpital, aux décisions médicales, aux questions du patient / de la famille, etc.)			,66					
54.1- Reformuler (traduire les explications du médecin au patient et à sa famille et vice-versa)				,65				
55.1- Éduquer / informer (information, avis, enseignement, etc., au patient et à sa famille.)				,64				
60.1- Attitude scientifique (se tenir informée et appliquer les résultats de recherche dans la pratique)				,59				
38.1- Rapport écrit (dossier du patient, document de transfert, etc.)				,55				
40.1- Aptitudes techniques propres aux différents appareillages (utiliser les moniteurs, les pompes)				,50				
56.1- Assumer la responsabilité des soins					,82			
57.1- Sollicitude (se soucier de, se préoccuper de)					,75			
58.1- Relation professionnelle avec le patient (écoute empathique, aborder des questions éthiques)					,67			
46.1- Déléguer des soins (aux étudiants et aides-infirmières)						,71		
53.1- Communiquer avec les partenaires paramédicaux						,64		
39.1- Aptitudes logistiques (rangement du matériel, utilité, etc.)							,85	
36.1- Aptitudes à dispenser les soins de base (hygiène, alimentation, mobilisation, etc.)							,72	
	<b>Valeur propre</b>	6,99	2,82	2,47	1,88	1,49	1,25	1,10
	<b>% Variance</b>	27,94	11,29	9,86	7,52	5,94	5,01	4,41
	<b>% Variance cumulée</b>	27,94	39,23	49,09	56,61	62,55	67,56	71,97

L'analyse factorielle indique la présence de sept valeurs propres et donc, de sept sous-dimensions regroupant les énoncés reliés aux mêmes aptitudes (Facteur 1=6,99; Facteur 2=2,82; Facteur 3=2,47; Facteur 4=1,88; Facteur 5=1,49; Facteur 6=1,25; Facteur 7=1,10). La variance expliquée de ce modèle est de l'ordre de 71,97 %. D'une part, les auteurs de l'instrument de mesure Belimage (Darras et al., 2001-2003), duquel est tirée en intégralité cette section du questionnaire, ont retiré intentionnellement les items concernant les aptitudes logistiques et administratives. Or, nous avons choisi de conserver ces items pour avoir une vue complète du phénomène étudié, ce qui nous permet d'observer un modèle à sept facteurs et non à six facteurs, tel que le suggère la littérature. Bien que l'énoncé 47.1 ait un poids factoriel significatif sur les facteurs 1 (0,47) et 3 (0,45), nous l'avons tout de même conservé dans le facteur 1 étant donné que son retrait n'améliore pas la cohérence interne du facteur ( $\alpha=0,82$  versus  $\alpha=0,81$ ).

Le premier facteur regroupe majoritairement les énoncés reliés aux aptitudes intellectuelles et cognitives, conformément à l'analyse factorielle réalisée avec l'instrument de mesure initial, bien que l'énoncé 37.1 appartienne théoriquement parlant aux aptitudes instrumentales et techniques, alors que les énoncés 45.1 et 47.1 appartiennent aux aptitudes organisationnelles, limite de cette étude reliée en partie au nombre de répondants restreint. Les seuils de saturation des sept items correspondant à ce facteur varient entre 0,47 et 0,85 et affichent une valeur propre de 6,99. Le deuxième facteur regroupe les énoncés découlant des aptitudes sociales et communicatives, tel que résultant de l'analyse factorielle réalisée afin de valider l'instrument de mesure original (Darras et al., 2001-2003). Les seuils de saturation des quatre items correspondant à ce facteur varient entre 0,64 et 0,90 et affichent une valeur propre de 2,82.

Le troisième facteur regroupe les énoncés 48.1 et 59.1 qui respectivement, appartiennent aux aptitudes organisationnelles et aux aptitudes reliées aux comportements et attitudes. L'énoncé 48.1 ne fait pas partie de l'analyse factorielle de l'outil Belimage puisqu'il s'agit d'un item d'ordre administratif, alors que l'énoncé 59.1 a été reclassifié en une sous-catégorie appelée « Attitude critique et scientifique », laquelle comporterait également théoriquement parlant l'énoncé 60.1. Cependant, comme ce facteur est composé uniquement de deux items, il ne constitue pas le seuil minimal de trois énoncés pour la construction d'une échelle et on ne peut réaliser un test de cohérence interne, ce pour quoi il est exclu de cette variable.

Le quatrième facteur regroupe des énoncés découlant simultanément de plusieurs aptitudes et on constate que ces énoncés, bien que regroupés différemment dans le cadre de l'analyse factorielle de l'instrument de mesure initial (Darras et al., 2001-2003), ont en commun l'aspect informationnel du soin et traitent à la fois de la façon dont les explications sont véhiculées, consignées par écrit et appliquées à la pratique. Ce regroupement s'avère extrêmement intéressant puisque bien qu'à première vue il semble relier des énoncés disparates, un lien logique existe bel et bien entre ces aptitudes. Les seuils de saturation des cinq items correspondant à ce facteur varient entre 0,50 et 0,65 et affichent une valeur propre de 1,88.

Le cinquième facteur incarne l'attitude de *caring* à proprement dit et ces trois composantes sont regroupées exactement de cette façon dans l'analyse du questionnaire Belimage (Darras et al., 2001-2003). Les seuils

de saturation des trois items correspondant à ce facteur varient entre 0,67 et 0,82 et affichent une valeur propre de 1,49.

Au même titre que pour la variable « Valeurs organisationnelles dominantes », une analyse factorielle de second ordre a été réalisée pour la variable « Niveau de compétence professionnelle perçu », justifiant ainsi le regroupement des facteurs 1, 2, 4 et 5 en une seule variable. Les tests de cohérence interne ont été effectués avec les énoncés associés à chacun des facteurs ayant au moins trois énoncés et donc, les facteurs 3, 6 et 7 ont été exclus. Pour la variable « Niveau de compétence professionnelle perçu » regroupant ainsi les facteurs 1, 2, 4 et 5, un indice a été créé en réalisant la moyenne des énoncés contenus dans ces facteurs, résultant en un alpha de *Cronbach* de 0,86, ce qui est considéré satisfaisant (Le Corff et al., 2017), avec une moyenne de 4,23 et un écart-type de 0,329.

**Tableau 4.7 – Analyse factorielle de second ordre réalisée pour la variable « Niveau de compétence professionnelle perçu »**

<b>Facteurs</b>	<b>Valeur propre</b>	<b>% de la variance</b>	<b>% de la variance cumulée</b>
1	2,03	50,85	50,85
2	0,91	22,78	73,63
4	0,67	16,83	90,46
5	0,38	9,54	100,00

#### **4.2.3 Création de la variable « Niveau d'importance perçu accordé au *caring* » (NIPC)**

Une AFE, utilisant une rotation orthogonale de type Varimax avec normalisation Kaiser et considérant tous les facteurs ayant une valeur propre supérieure à un, a été réalisée pour les énoncés 62 à 97, regroupés en trois sous-dimensions distinctes, tel que proposé dans la littérature, nous permettant ainsi de déterminer le niveau d'importance perçu qu'accorde l'infirmière au *caring* dans le cadre de sa pratique au quotidien. Après avoir analysé indépendamment les sous-dimensions et les avoir amalgamées pour voir de quelle façon se comportait la variable ainsi que les facteurs qui en découlaient, l'analyse de tous les énoncés simultanément s'est avérée des plus pertinente, avec une extraction suggérée de trois facteurs, conformément à la façon dont est utilisé l'instrument de mesure initial. En accord avec Hair et al. (1998), les énoncés 63, 67, 84, 85 et 86 n'ont pas été retenus, puisqu'ils présentaient un seuil de saturation inférieur à 0,40. De ce fait, une seconde analyse factorielle excluant ces cinq items a été effectuée et donc, la distribution des 31 énoncés restants vous est présentée au tableau 4.8.

**Tableau 4.8 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Niveau d'importance perçu accordé au *caring* » (NIPC)**

<b>Énoncés</b>	<b>F 1</b>	<b>F 2</b>	<b>F 3</b>	
83.- Collabore avec les collègues pour assurer la continuité des soins	,90			
81.- Porte attention au patient quand il parle	,90			
68.- Communique avec le patient	,89			
75.- Tiens les proches informés de la situation, tel que convenu avec le patient	,89			
73.- Donne aux patients les explications relatives à ses soins	,88			
70.- Aide le patient à clarifier sa pensée	,88			
78.- Crée un sentiment de confiance	,88			
69.- Encourage le patient	,86			
74.- Éduque le patient sur certains aspects du soin de soi	,83			
77.- Sais quoi faire en cas d'urgence	,79			
76.- Préviens les problèmes et les dangers anticipés de se produire	,78			
71.- Traite de façon confidentielle les informations du patient	,78			
72.- Aide le patient dans ses activités quotidiennes	,77			
82.- Documente les soins donnés au patient	,73			
79.- Parle pour le patient, quand il est perçu que quelque chose de nuisible pourrait lui être fait	,70			
66.- Aide à rendre les expériences plus agréables	,67			
64.- Permet au patient d'exprimer ses sentiments	,52			
65.- Parle au patient	,47			
80.- Parle au nom du patient, par rapport à ses soins	,46			
94.- Une relation de confiance entre une infirmière et un patient est celle qui repose sur la vérité et le respect		,78		
93.- Une infirmière compétente est quelqu'un qui a du respect pour soi, la profession et les patients		,78		
95.- Une infirmière qui pratique le <i>caring</i> est moralement consciente de la relation et du statut de ses actions sur les autres		,77		
96.- Une infirmière engagée est prête à effectuer des heures supplémentaires sans être rémunérée		,63		
92.- Être une infirmière qui pratique le <i>caring</i> consiste à faire de son mieux pour rendre quelqu'un à l'aise dans son environnement		,52		
88.- Les infirmières qui pratiquent le <i>caring</i> sont motivées par un sentiment ou une émotion leur permettant de fournir les soins [...]		,48		
90.- Une infirmière ne peut pas « trop » prendre soin			,69	
87.- Le <i>caring</i> est le fait d'agir, ce n'est pas seulement un sentiment			,62	
91.- Être une infirmière qui pratique le <i>caring</i> consiste à prendre soin d'une autre personne et de l'aider à grandir			,60	
89.- Prendre soin est une vertu centrale en soins infirmiers et se concentre sur l'infirmière en tant qu'agent moral			,60	
62.- Écoute le patient			,51	
97.- L'expression humaine de la compassion est une composante nécessaire du <i>caring</i> dans un environnement caractérisé par le [...]			,46	
	<b>Valeur propre</b>	12,76	3,76	2,50
	<b>% Variance</b>	41,15	12,12	8,07
	<b>% Variance cumulée</b>	41,15	53,27	61,34



L'analyse factorielle indique la présence de trois valeurs propres et donc, de trois sous-dimensions regroupant les 31 énoncés retenus (Facteur 1=12,76; Facteur 2=3,76; Facteur 3=2,50). La variance expliquée de ce modèle est de l'ordre de 61,34 %. L'instrument de mesure utilisé, comportant initialement 60 items, a été retenu dans le cadre de cette étude et parmi les 36 énoncés conservés dans la construction du questionnaire, 31 des items répondant aux critères statistiques ont été distribués en trois facteurs distincts. Conformément au cadre théorique, ces trois dimensions sont les comportements associés au *caring*, la signification accordée au *caring* et le profil de l'infirmière pratiquant l'art du *caring*.

Les énoncés 62 à 83 relèvent des comportements associés au *caring* permettant de répondre à la question « Je considère que je prends soin (i.e. *care*) lorsque je ... » et il nous est permis de constater dans le tableau 4.6 que le facteur 1 regroupe 19 des 20 énoncés associés aux comportements et répondant au seuil de saturation minimal, à l'exception de l'énoncé 62 qui figure au facteur 3. Les seuils de saturation des dix-neuf items correspondant à ce facteur varient entre 0,46 et 0,90 et affichent une valeur propre de 12,76.

Le facteur 2 regroupe cinq des sept énoncés relatifs au profil de l'infirmière pratiquant l'art du *caring*, les énoncés 91 et 97 figurant au facteur 3. Ces énoncés sont reliés plus particulièrement à la perspective pratique du *caring* et permettent de répondre à la question « Dans quelle mesure chaque item décrit-il une infirmière qui pratique le *caring* ? ». Nous constatons cependant que l'énoncé 88 qui figure dans ce facteur appartient plutôt à la perspective théorique du *caring* et donc, devrait plutôt être constitutif du facteur 3. Les seuils de saturation des cinq items correspondant à ce facteur varient entre 0,48 et 0,78 et affichent une valeur propre de 3,76.

Ainsi, le facteur 3 est composé des items appartenant à la perspective théorique, à l'exception des énoncés 62, 91 et 97, qui auraient dû appartenir respectivement au facteur 1 et au facteur 2. Les seuils de saturation des six items correspondant à ce facteur varient entre 0,46 et 0,69 et affichent une valeur propre de 2,50.

Une analyse factorielle de second ordre a été réalisée, permettant donc de regrouper les trois facteurs distincts obtenus en une seule et même variable. Les tests de cohérence interne ont été effectués avec les énoncés associés à chacun des facteurs ayant au moins trois énoncés et donc, tous les facteurs ont été inclus. Pour la variable « Niveau d'importance perçu accordé au *caring* » regroupant ainsi les facteurs 1, 2 et 3, un indice moyen a été créé de sorte que cette variable soit composée des 31 items retenus. De ce fait, le regroupement de ces items résulte en un alpha de *Cronbach* de 0,92, ce qui est excellent (Le Corff et al., 2017), avec une moyenne de 4,29 et un écart-type de 0,442.

**Tableau 4.9 – Analyse factorielle de second ordre réalisée pour la variable « Niveau d’importance perçu accordé au caring »**

<b>Facteurs</b>	<b>Valeur propre</b>	<b>% de la variance</b>	<b>% de la variance cumulée</b>
1	1,47	49,07	49,07
2	0,97	32,31	81,38
3	0,56	18,62	100,00

#### **4.2.4 Création de la variable « Identité professionnelle de l’infirmière » (IPI)**

Une AFE, utilisant une rotation orthogonale de type Varimax avec normalisation Kaiser et considérant tous les facteurs ayant une valeur propre supérieure à un, a été réalisée pour les énoncés 98 à 124, regroupés en cinq sous-dimensions, tel que proposé dans la littérature portant sur le concept de soi professionnel et ainsi suggéré lors de l’extraction des données. En accord avec Hair et al. (1998), tous les énoncés ont été retenus, puisqu’ils présentaient un seuil de saturation supérieur à 0,40. Cependant, les énoncés 114, 115, 116, 121, 122, 123 et 124 ont été recodés, car ils présentaient une valeur négative et donc, l’analyse factorielle effectuée subséquemment pour cette variable vous est présentée au tableau 4.10.

**Tableau 4.10 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Identité professionnelle de l'infirmière » (IPI)**

<b>Énoncés</b>	<b>F 1</b>	<b>F 2</b>	<b>F 3</b>	<b>F 4</b>	<b>F 5</b>	
113.- Lorsque je suis au travail et que la situation le requière, je suis en mesure de penser à des alternatives	,86					
111.- Mon approche flexible fait ressortir le meilleur de mes patients	,77					
107.- Je crois que la flexibilité est l'un de mes attributs	,70					
112.- La flexibilité aide à résoudre les problèmes en soins infirmiers	,67					
101.- Lorsque je suis confrontée à des problèmes de soins infirmiers, ma créativité m'aide à résoudre [...]	,66					
106.- Quand je suis en charge, les gens travaillent efficacement	,63					
105.- Je suis fière de mes compétences en tant qu'infirmière	,63					
103.- Je suis rapide à saisir l'essentiel des problèmes en soins infirmiers, de voir des solutions alternatives et de choisir la solution la plus appropriée	,46					
108.- Je suis habituellement aussi compétente que mes autres collègues	,45					
100.- Je suis un leader compétent		,82				
98.- La prise de décision est l'un de mes attributs		,67				
110.- La plupart de mes collègues semblent prêts à travailler avec moi en tant que leader		,67				
99.- La compétence est la capacité démontrée d'appliquer avec succès les connaissances et les compétences dans l'exécution de tâches complexes. Je suis une infirmière compétente		,60				
104.- Dans l'ensemble, je suis satisfaite de mon approche créative dans mon travail en tant qu'infirmière		,56				
118.- Être infirmière constitue une carrière enrichissante		,52				
124.- Je ne crois pas être particulièrement empathique			,80			
121.- Je me sens plus à l'aise de ne pas me rapprocher émotionnellement des gens avec qui je travaille			,72			
119.- Je suis généralement impatiente d'aller au travail			,69			
102.- La compétence est l'un de mes attributs			,63			
122.- Je préfère une barrière entre moi et mes patients			,49			
115.- Les soins infirmiers sont moins satisfaisants que je ne le pensais				,73		
117.- Je pense que je continuerai à travailler en soins infirmiers pendant la majeure partie de ma vie professionnelle				,66		
114.- Je regrette d'avoir fait carrière en soins infirmiers				,63		
116.- Je me sens piégée en tant qu'infirmière				,51		
120.- Le travail en tant qu'infirmière correspond généralement à ce que je m'attendais avant que je ne commence					,68	
123.- Je pense qu'il est important de partager des émotions avec les patients					,65	
109.- Je préfère ne pas avoir la responsabilité du leadership					,51	
	<b>Valeur propre</b>	7,98	2,96	2,08	1,88	1,69
	<b>% Variance</b>	29,55	10,94	7,72	6,96	6,27
	<b>% Variance cumulée</b>	29,55	40,49	48,21	55,17	61,44

L'analyse factorielle indique la présence de cinq valeurs propres et donc, de cinq sous-dimensions regroupant les 27 énoncés retenus (Facteur 1=7,98; Facteur 2=2,96; Facteur 3=2,08; Facteur 4=1,88; Facteur 5=1,69). La variance expliquée de ce modèle est de l'ordre de 61,44 %. Conformément au cadre théorique de Arthur (1995), les cinq sous-dimensions qui sous-tendent le modèle relatif au concept de soi professionnel de l'infirmière sont reliées au leadership, à la flexibilité, à la compétence, à la satisfaction et à la communication.

Le facteur 1 comporte neuf énoncés dont cinq sont communs au facteur relié à la flexibilité. L'énoncé 104 est toutefois manquant, alors que l'énoncé 106 appartient au facteur Leadership et les énoncés 103, 105 et 108 appartiennent au facteur Compétence. Les seuils de saturation des items correspondant à ce facteur varient entre 0,45 et 0,86 et affichent une valeur propre de 7,98. Le facteur 2 contient trois énoncés propres à la dimension Leadership ainsi que les énoncés 99, 104 et 118, appartenant respectivement à la dimension Compétence, Flexibilité et Satisfaction. Les seuils de saturation des items correspondant à ce facteur varient entre 0,52 et 0,82 et affichent une valeur propre de 2,96. Le facteur 3 relié à la dimension Communication s'avère davantage concluant, puisque l'analyse factorielle a regroupé trois des quatre énoncés découlant de cette dimension. En effet, l'énoncé 123 est manquant, alors que les énoncés 102 et 119 devraient théoriquement appartenir respectivement aux dimensions Compétence et Satisfaction. Les seuils de saturation des items correspondant à ce facteur varient entre 0,49 et 0,80 et affichent une valeur propre de 2,08. Le facteur 4 contient les items reliés à la dimension Satisfaction, bien que les énoncés 118, 119 et 120 soient manquants. Les seuils de saturation des items correspondant à ce facteur varient entre 0,51 et 0,73 et affichent une valeur propre de 1,88. En bref, le facteur 5 regroupe uniquement trois énoncés, soit 109, 120 et 123, lesquels appartiennent théoriquement et respectivement aux dimensions Leadership, Satisfaction et Communication. Les seuils de saturation des items correspondant à ce facteur varient entre 0,51 et 0,68 et affichent une valeur propre de 1,69.

L'incohérence entre les résultats de cette présente étude et ceux présentés dans la littérature découle nécessairement de la taille restreinte de notre échantillon. Une analyse factorielle de second ordre a été réalisée, permettant donc de regrouper les cinq facteurs distincts obtenus en une seule et même variable. Les tests de cohérence interne ont été effectués avec les énoncés associés à chacun des facteurs ayant au moins trois énoncés et donc, tous les facteurs ont été inclus. Pour la variable « Identité professionnelle de l'infirmière », un indice moyen a été créé de sorte que cette variable soit constituée des 27 items de l'instrument. De ce fait, le regroupement de ces items résulte en un alpha de *Cronbach* de 0,82, ce qui est satisfaisant (Le Corff et al., 2017), avec une moyenne de 3,83 et un écart-type de 0,315.

**Tableau 4.11 – Analyse factorielle de second ordre réalisée pour la variable « Identité professionnelle de l’infirmière »**

<b>Facteurs</b>	<b>Valeur propre</b>	<b>% de la variance</b>	<b>% de la variance cumulée</b>
1	2,17	43,44	43,44
2	0,99	19,89	63,32
3	0,83	16,62	79,95
4	0,55	11,09	91,03
5	0,45	8,97	100,00

#### **4.2.5 Création de la variable « Niveau de détresse psychologique » (NDP)**

Au même titre que les variables précédentes, une analyse factorielle de type exploratoire a été effectuée, utilisant une rotation orthogonale de type Varimax avec normalisation Kaiser et considérant tous les facteurs ayant une valeur propre supérieure à un, nous renseignant ainsi sur la santé psychologique des infirmières ayant participé à cette étude. Les résultats vous sont présentés au tableau 4.12.

**Tableau 4.12 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Niveau de détresse psychologique »**

<b>Énoncés</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>	<b>Facteur 3</b>	<b>Facteur 4</b>	
202.- Je me suis sentie désespérée en pensant à l'avenir	,84				
201.- Je me suis sentie découragée	,80				
199.- Je me suis sentie ennuyée ou peu intéressée par les choses	,77				
200.- J'ai pleuré facilement ou je me suis sentie sur le point de pleurer	,77				
196.- Je me suis sentie négative envers les autres	,69				
197.- Je me suis fâchée pour des choses sans importance	,57				
195.- Je me suis sentie facilement contrariée ou irritée	,50				
204.- J'ai eu des difficultés à me souvenir des choses		,87			
203.- J'ai eu des blancs de mémoire		,85			
193.- J'ai ressenti des peurs ou des craintes			,69		
194.- Je me suis laissé emporter ou je me suis fâchée contre quelqu'un ou quelque chose			,60		
198.- Je me suis sentie seule			,48		
192.- Je me suis sentie tendue, stressée ou sous pression				,84	
191.- Je me suis sentie agitée ou nerveuse intérieurement				,71	
	<b>Valeur propre</b>	6,13	1,56	1,35	1,07
	<b>% Variance</b>	43,82	11,15	9,61	7,64
	<b>% Variance cumulée</b>	43,82	54,97	64,59	72,22

L'analyse factorielle indique la présence de quatre valeurs propres et donc, de quatre sous dimensions regroupant les énoncés reliés aux différents aspects de la détresse psychologique (Facteur 1=6,13; Facteur 2=1,56; Facteur 3=1,35; Facteur 4=1,07). La variance expliquée de ce modèle est de l'ordre de 72,22 %. Les quatorze énoncés tirés de l'indice de détresse psychologique de Santé Québec, utilisé dans le cadre d'études générales et régionales ont été conservés en intégralité et il est possible d'observer un modèle à quatre facteurs, tel que suggéré dans la littérature. En effet, cet instrument permet de mesurer à la fois à la fréquence des symptômes liés à la dépression, à l'anxiété, à l'irritabilité et aux troubles cognitifs (Institut de la statistique du Québec, 2012). Bien que l'énoncé 195 ait un poids factoriel significatif sur les facteurs 1 (0,50) et 3 (0,49), nous l'avons tout de même conservé dans le facteur 1 étant donné que son retrait n'améliore pas la cohérence interne du facteur ( $\alpha=0,91$  versus  $\alpha=0,90$ ).

Le premier facteur regroupe les énoncés reliés à la dépression, bien que les énoncés 197 et 195 s'apparentent davantage à la dimension qui sous-tend l'irritabilité. Les seuils de saturation des sept items correspondant à ce facteur varient entre 0,50 et 0,84 et affichent une valeur propre de 6,13. Le deuxième facteur contient les deux seuls énoncés reliés aux troubles cognitifs et plus particulièrement à la perte de mémoire. Les seuils de saturation des deux items correspondant à ce facteur sont de 0,87 et 0,85 et affichent une valeur propre de 1,56. Le troisième facteur regroupe les énoncés reliés à l'irritabilité et les seuils de saturation des trois items correspondant à ce facteur varient de 0,48 à 0,69 et affichent une valeur propre de 1,35, alors que les deux items composant le facteur 4 et étant reliés à l'anxiété présentent des seuils de saturation de 0,84 et 0,71, avec une valeur propre de 1,07.

Bien que l'instrument de mesure initial souligne les quatre dimensions sous-jacentes à la détresse psychologique, celui-ci est utilisé comme un seul et même outil, soulignant ainsi la pertinence de créer un indice moyen permettant de regrouper chacun de ces facteurs, démarche appuyée par l'analyse factorielle de second ordre dont les résultats apparaissent au tableau 4.13. Les tests de cohérence interne ont été effectués avec les énoncés associés à chacun des facteurs ayant au moins trois énoncés et donc, les facteurs 2 et 4 ont été exclus. Pour la variable « Niveau de détresse psychologique » regroupant ainsi les facteurs 1 et 3, un indice a été créé en réalisant la moyenne des énoncés contenus dans ces facteurs, résultant en un alpha de *Cronbach* de 0,89, ce qui est considéré comme étant presque excellent (Le Corff et al., 2017), avec une moyenne de 2,21 et un écart-type de 0,640.

**Tableau 4.13 - Analyse factorielle de second ordre réalisée pour la variable « Niveau de détresse psychologique »**

<b>Facteurs</b>	<b>Valeur propre</b>	<b>% de la variance</b>	<b>% de la variance cumulée</b>
1	1,65	82,54	82,54
3	0,35	17,46	100,00

#### **4.2.6 Création de la variable « Qualité des soins »**

Une AFE, utilisant une rotation orthogonale de type Varimax avec normalisation Kaiser et considérant tous les facteurs ayant une valeur propre supérieure à un, a été réalisée afin de déterminer la perception de l'échantillon quant à la qualité des soins infirmiers prodigués à la fois au niveau clinique et relationnel. La stratégie de l'AFE préconisée dans ce cas-ci permet de discerner les deux sous-dimensions de la qualité des soins que nous approfondissons dans le cadre de cette étude et donc, vous pouvez remarquer subséquemment que les deux sous-dimensions de la qualité des soins ont donné lieu à la validation de deux variables à proprement dit, soit « Qualité des soins-Résultats » et « Qualité des soins-Structure humaine » ainsi que « Qualité des soins-Structure matérielle » lesquelles nécessitent d'être différenciées vu leur lien respectif avec la compétence professionnelle et le *caring* dont nous tentons de faire la démonstration (Cara et al., 2011). Le troisième niveau de soin, selon l'OMS (1982, dans SIDIIEF, 2015), est le niveau organisationnel, lequel est plus particulièrement lié à la variable « valeurs organisationnelles dominantes » présentée précédemment (OMS, 1982, dans SIDIIEF, 2015). Les résultats de l'analyse factorielle sont présentés au tableau 4.14.



**Tableau 4.14 - Contribution factorielle de tous les énoncés de la variable « Qualité des soins »**

<b>Énoncés</b>	<b>Facteur 1</b>	<b>Facteur 2</b>	<b>Facteur 3</b>	<b>Facteur 4</b>	
165- Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance de plaintes de la part des patients ou de leur famille	,88				
164- Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance d'infections nosocomiales	,74				
163- Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance d'erreurs dans l'administration des médicaments aux patients	,72				
166- Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance que des infirmières ont subi des abus verbaux	,70				
162- Il est facile de communiquer avec les autres infirmières de mon unité		,71			
160- J'ai un accès approprié aux ressources professionnelles de l'établissement afin de réaliser adéquatement mon travail (ex. : physiothérapeutes, techniciens, etc.)		,69			
161- Il est facile de communiquer avec les médecins de l'établissement afin de réaliser adéquatement mon travail		,63			
156- Ma formation me prépare adéquatement pour me permettre de donner des soins de qualité		,62			
159- Les familles et patients témoignent leur satisfaction à l'égard de la qualité des soins prodigués		,57			
154- Je dispose du temps nécessaire pour prodiguer des soins de qualité			,89		
155- Il y a assez d'infirmières pour que je puisse prodiguer des soins de qualité			,74		
157- L'établissement s'assure que nous disposons des équipements et du matériel nécessaire afin que nous puissions rencontrer les standards de qualité exigés			,60		
158- Mon supérieur immédiat soutient les infirmières dans la réalisation de leur travail				,85	
	<b>Valeur propre</b>	3,78	2,19	1,37	1,19
	<b>% Variance</b>	29,08	16,84	10,54	9,11
	<b>% Variance cumulée</b>	29,08	45,92	56,45	65,57

#### 4.2.7 Création de la variable « Qualité des soins-Résultats » (QS-R)

Au terme de cette analyse factorielle, nous constatons la présence de quatre valeurs propres et donc, de quatre sous dimensions de la qualité des soins (Facteur 1=3,78; Facteur 2=2,19; Facteur 3=1,37; Facteur 4=1,19), dont la variance expliquée de ce modèle est de 65,57%. Le premier facteur regroupe respectivement en accord au poids factoriel les énoncés 165, 164, 163 et 166, caractérisant l'occurrence d'événements indésirables et faisant référence à la dimension « résultat » du paradigme de la qualité des soins de Donabedian (199). Donc, le résultat correspond à l'effet du soin sur l'état de santé du patient, soit la conséquence provoquée par l'interaction entre le bénéficiaire et le système de santé, laquelle est tributaire des apprentissages, connaissances et comportements de l'infirmière, témoignant ainsi de l'aspect clinique de ce premier construit (McCusker et al., 2004; Donabedian, 2003; Campbell et al., 2000; Flood et al., 1994). Les seuils de saturation des quatre items correspondant à ce facteur varient entre 0,70 et 0,88 et affichent une valeur propre de 3,78. L'ensemble de ces quatre énoncés résulte en un alpha de Cronbach de 0,79 ainsi qu'en une moyenne de 2,83 et un écart-type de 0,874.

**Tableau 4.15 - Contribution factorielle (contrainte à un facteur) sur les énoncés retenus de la « Qualité des soins-Résultats »**

<b>Énoncés</b>	<b>Facteur 1</b>
165- Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance de plaintes de la part des patients ou de leur famille	,88
164- Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance d'infections nosocomiales	,74
163- Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance d'erreurs dans l'administration des médicaments aux patients	,72
166- Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance que des infirmières ont subi des abus verbaux	,70
	<b>Valeur propre</b> 3,78
	<b>% Variance</b> 29,08

#### 4.2.8 Variable « Qualité des soins-Structure humaine » (QS-SH)

Le second facteur, lequel regroupe les énoncés 162, 160, 161, 156 et 159, fait référence à la « structure » du soin du cadre théorique de Donabedian (1966), qui s'intéresse aux conditions dans lesquelles le soin est prodigué, conformément aux ressources humaines et matérielles mises à la disposition de l'établissement de soin (Donabedian, 2003). Dans le cas de ce facteur et en accord avec l'analyse des résultats du mémoire de Busilacchi (2012), ces énoncés sont reliés spécifiquement à la structure du soin de nature relationnelle, impliquant plus particulièrement les interactions humaines entre les professionnels, le patient et sa famille. De ce fait, toujours conformément à l'analyse de Busilacchi (2012), les énoncés 157 et 158 devraient contribuer à ce deuxième facteur, alors qu'ils appartiennent plutôt respectivement au troisième et quatrième facteur du modèle proposé. Les seuils de saturation des cinq items correspondant à ce second facteur varient entre 0,57 et 0,71 et affichent une valeur propre de

2,19. L'ensemble de ces cinq énoncés résulte en un alpha de Cronbach de 0,71 ainsi qu'en une moyenne de 3,83 et un écart-type de ,579.

**Tableau 4.16 - Contribution factorielle (contrainte à un facteur) sur les énoncés retenus de la « Qualité des soins-Structure humaine »**

<b>Énoncés</b>	<b>Facteur 2</b>
162- Il est facile de communiquer avec les autres infirmières de mon unité	,71
160- J'ai un accès approprié aux ressources professionnelles de l'établissement afin de réaliser adéquatement mon travail (ex. : physiothérapeutes, techniciens, etc.)	,69
161- Il est facile de communiquer avec les médecins de l'établissement afin de réaliser adéquatement mon travail	,63
156- Ma formation me prépare adéquatement pour me permettre de donner des soins de qualité	,62
159- Les familles et patients témoignent leur satisfaction à l'égard de la qualité des soins prodigués	,57
	<b>Valeur propre</b> 2,19
	<b>% Variance</b> 16,84

#### 4.2.9 Variable « Qualité des soins-Structure matérielle » (QS-SM)

Les énoncés 154 et 155 sont regroupés dans l'analyse factorielle de Busilacchi (2012), auxquels s'ajoute l'énoncé 157 qui complète la composition du troisième facteur de notre modèle, le quatrième facteur (énoncé 158) étant d'emblée exclu puisque nous ne pouvons construire une échelle à partir d'un seul item et ainsi réaliser un test de cohérence interne. Cette troisième composante donc, fait également référence à la « structure » du paradigme de Donabedian (1966), mais met plus particulièrement en relief les ressources matérielles contribuant à la qualité du soin tel que le temps disponible, le nombre d'infirmières ainsi que l'équipement et le matériel, ayant nécessairement un impact sur la façon dont le soin est délivré. Les seuils de saturation des trois items correspondant au troisième facteur varient entre 0,60 et 0,89 et affichent une valeur propre de 1,37. L'ensemble de ces trois énoncés résulte en un alpha de Cronbach de 0,75 ainsi qu'en une moyenne de 2,58 et un écart-type de ,854.

**Tableau 4.17 - Contribution factorielle (contrainte à un facteur) sur les énoncés retenus de la « Qualité des soins-Structure matérielle »**

<b>Énoncés</b>	<b>Facteur 3</b>
154- Je dispose du temps nécessaire pour prodiguer des soins de qualité	,89
155- Il y a assez d'infirmières pour que je puisse prodiguer des soins de qualité	,74
157- L'établissement s'assure que nous disposons des équipements et du matériel nécessaire afin que nous puissions rencontrer les standards de qualité exigés	,60
	<b>Valeur propre</b> 1,37
	<b>% Variance</b> 10,54

Les tests de cohérence interne ont été effectués avec les énoncés associés à chacun des facteurs ayant au moins trois énoncés. Pour la variable « Qualité des soins-Résultats », l'alpha de Cronbach est de 0,79, ce qui est considéré acceptable (Le Corff et al., 2017), alors que les variables « Qualité des soins-Structure

humaine » et « Qualité des soins-Structure matérielle » affichent respectivement un alpha de *Cronbach* de 0,71 et de 0,75, ce qui est tout aussi acceptable dans le cadre d'une analyse factorielle exploratoire.

Nous pouvons donc constater que tel qu'attendu, les infirmières interrogées ont différencié le niveau « Structurel » du niveau « Résultat » et ont de plus effectué la distinction entre l'aspect humain et l'aspect matériel du soin relationnel. Conformément au cadre théorique de Donabedian (1966), la qualité des soins résulte nécessairement de la dyade entre la dimension technique et relationnelle du soin et en accord avec le modèle proposé par Cara et al. (2011) qui sous-tend cette étude, ces deux dimensions, bien qu'interdépendantes, méritent d'être dissociées puisque la littérature sur le sujet reconnaît la qualité du soin telle que découlant principalement de ces deux composantes. De ce fait, nous avons jugé pertinent de dissocier les trois facteurs latents découlant de la variable « Qualité des soins », soit les facteurs reliés aux résultats, à la structure matérielle et à la structure humaine du soin afin de permettre une compréhension davantage spécifique du lien entre l'identité professionnelle et la qualité des soins, modéré par le niveau de détresse psychologique.

### 4.3 Analyse de corrélation bivariée

**Tableau 4.18 - Résumé des variables à l'étude**

Variables		N	Moyenne	Écart-type	Min	Max
<i>Variables de contrôle</i>						
Sexe		39	1,87	,339	1,00	2,00
Âge		37	2,76	1,04	1,00	5,00
Diplôme obtenu		39	1,46	,505	1,00	2,00
<i>Variables indépendantes</i>						
Valeurs organisationnelles	VO	40	3,40	,539	2,42	4,50
Niveau de compétence professionnel perçu	NCPP	40	4,23	,329	3,68	5,00
Niveau d'importance perçu accordé au caring	NIPC	40	4,29	,442	2,32	4,94
Identité professionnelle	IP	40	3,83	,315	3,21	4,43
Niveau de détresse psychologique	NDP	40	2,21	,640	1,00	3,43
<i>Variables dépendantes</i>						
Qualité des soins-Résultats	QS-R	40	2,83	,874	1,50	5,00
Qualité des soins-Structure humaine	QS-SH	40	3,83	,579	2,20	4,80
Qualité des soins-Structure matérielle	QS-SM	40	2,58	,854	1,00	4,33

Nous constatons que seules les variables de contrôle comportent des données manquantes, contrairement aux variables indépendantes et dépendantes, tous les items retenus dans la création des variables comportant moins de 5 % de données inconnues, à l'exception de la variable « Âge » (Schafer, 1997; Allison, 2001). Nous pouvons également observer que pour l'ensemble des variables indépendantes, la moyenne se situe autour de 3,59 et l'écart-type autour de 0,453 alors que pour l'ensemble des variables

dépendantes, la moyenne se situe davantage autour de 3,08 et l'écart-type autour de 0,769. Nécessairement, comme les énoncés du questionnaire correspondent tous à un choix de réponse constitué d'une échelle de Likert à cinq points, le biais de tendance centrale, qui résulte en une propension des personnes interrogées à éviter les réponses extrêmes, peut justifier une telle moyenne (Boulan, 2015).

#### 4.3.1 Covariance des variables à l'étude

Une matrice de corrélation de type Pearson a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS afin d'évaluer dans quelle mesure les variables sont significativement liées entre elles (voir tableau 4.13). D'une part, des corrélations de Pearson ont été réalisées entre les trois variables sociodémographiques et l'ensemble des variables, démontrant ainsi que le sexe est significativement et positivement corrélé avec le niveau d'importance perçue accordé au *caring* ( $r=0,31$ ;  $p\leq 0,05$ ) et que le diplôme obtenu est significativement et négativement corrélé avec le niveau de détresse psychologique ( $r=-0,30$ ;  $p\leq 0,05$ ). La même démarche a été accomplie pour évaluer l'existence de corrélation entre les variables sociodémographiques et les variables dépendantes relatives à la qualité des soins, ne démontrant par le fait même aucune corrélation significative, à l'exception de la corrélation négative caractérisant l'âge et l'aspect « résultats » de la qualité des soins ( $r=-,37$ ;  $p\leq 0,05$ ).

Nous pouvons cependant observer quelques liens intéressants entre les variables indépendantes et les variables dépendantes, tels qu'une corrélation significative et positive entre l'identité professionnelle de l'infirmière et le niveau de compétence professionnelle perçue ( $r=0,39$ ;  $p\leq 0,01$ ) et entre l'identité professionnelle ainsi que le niveau d'importance perçue accordé au *caring* ( $r=0,38$ ;  $p\leq 0,01$ ), conformément à notre modèle conceptuel de recherche. Parallèlement, nous pouvons remarquer que le niveau de détresse psychologique est significativement et négativement lié au niveau de compétence professionnelle perçue ( $r=-0,31$ ;  $p\leq 0,05$ ) ainsi qu'à l'identité professionnelle de l'infirmière ( $r=-0,29$ ;  $p\leq 0,05$ ), tel qu'attendu d'après les hypothèses émises au départ.

Au niveau de la qualité des soins, nous constatons que la qualité des soins reliée plus particulièrement à l'aspect « résultats » est significativement et négativement corrélée avec les valeurs organisationnelles dominantes ( $r=-0,27$ ;  $p\leq 0,05$ ) ainsi qu'avec le niveau de compétence professionnelle perçue ( $r=-0,31$ ;  $p\leq 0,05$ ). La qualité des soins au niveau relationnel, subdivisée en deux sous-dimensions dont la structure humaine et la structure matérielle, présente des résultats différents de ceux reliés aux résultats découlant de la qualité des soins davantage de nature clinique, dans la mesure où la variable « Qualité des soins-Structure humaine » est liée significativement et positivement aux valeurs organisationnelles dominantes ( $r=0,33$ ;  $p\leq 0,05$ ) et à l'identité professionnelle de l'infirmière ( $r=0,36$ ;  $p\leq 0,05$ ), alors qu'elle est liée significativement et négativement à la variable « Qualité des soins-Résultats » ( $r=-0,29$ ;  $p\leq 0,05$ ). En terminant, la variable « Qualité des soins-Structure matérielle » est significativement et positivement liée à la variable « Qualité des soins-Structure humaine » ( $r=0,44$ ;  $p\leq 0,01$ ), tel que démontré dans la littérature sur le sujet.

**Tableau 4.19 - Matrice de corrélation de Pearson des variables à l'étude**

Variables	M	ÉT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>1. Sexe</b>	1,87	,339	(-)										
<b>2. Âge</b>	2,76	1,04	-,25	(-)									
<b>3. Diplôme</b>	1,46	,505	,05	-,24	(-)								
<b>4. VO</b>	3,40	,539	-,03	,19	-,04	(,84)							
<b>5. NCPP</b>	4,23	,329	-,03	,11	,18	,08	(,86)						
<b>6. NIPC</b>	4,29	,442	,31*	,15	,07	,09	,22	(,92)					
<b>7. IP</b>	3,83	,315	,17	,003	,23	,08	,39**	,38**	(,82)				
<b>8. NDP</b>	2,21	,640	,11	,001	-,30*	-,097	-,31*	-,001	-,29*	(,89)			
<b>9. QS-R</b>	2,83	,874	-,25	-,37*	-,09	-,27*	-,31*	-,24	-,06	,25	(,79)		
<b>10. QS-SH</b>	3,83	,579	,03	,16	-,13	,33*	,17	,20	,36*	-,05	-,29*	(,71)	
<b>11. QS-SM</b>	2,58	,854	,02	,09	,17	,17	-,05	-,08	,18	-,13	-,24	,44**	(,75)

Note :

Les coefficients de cohérence interne sont indiqués sur la diagonale.

\*\*p≤0,01; \*p≤0,05

Légende :

M : Moyenne

ÉT : Écart-type

IP : Identité professionnelle

NCPP : Niveau de compétence professionnel perçu

NDP : Niveau de détresse psychologique

NIPC : Niveau d'importance perçu accordé au caring

QS-SH : Qualité des soins-Structure humaine

QS-SM : Qualité des soins-Structure matérielle

QS-R : Qualité des soins-Résultats

VO : Valeurs organisationnelles

## **4.4 Modèle d'équations structurelles**

### **4.4.1 Suppression des variables de contrôle**

Les modèles d'équations structurelles ont été réalisés à l'aide du logiciel AMOS et seules les variables indépendantes et dépendantes ont été insérées dans notre modèle, étant donné que l'analyse de corrélation bivariée effectuée précédemment a démontré peu de liens significatifs entre les trois variables de contrôle retenues et l'ensemble des variables à l'étude. Pour des raisons de parcimonie et étant donné que l'introduction des variables de contrôle ne permet pas d'accroître la qualité de notre modèle, il a été décidé de les exclure. De plus, étant donné le faible échantillon, nous avons opté pour une approche dite *Path Analysis* en utilisant la moyenne des items pour représenter chacune des variables plutôt que d'estimer chacun des paramètres.

### **4.4.2 Validation des hypothèses de recherche**

D'une part, le modèle conceptuel de recherche initial a été testé dans son ensemble, de sorte à observer les interactions supposées entre les variables. D'autre part, plusieurs modèles alternatifs, en comparaison avec notre modèle de départ, ont été testés et d'emblée, nous avons exclu la variable « niveau de détresse psychologique », laquelle se pose en tant que variable modératrice et donc, a plutôt été analysée à l'aide de la régression modératrice. Les multiples étapes, réalisées de façon séquentielle, résultent en la manipulation des différentes variables, jusqu'à l'obtention de la version du modèle la plus pertinente, soit celle permettant d'optimiser les résultats.

#### 4.4.3 Modèle structurel initial

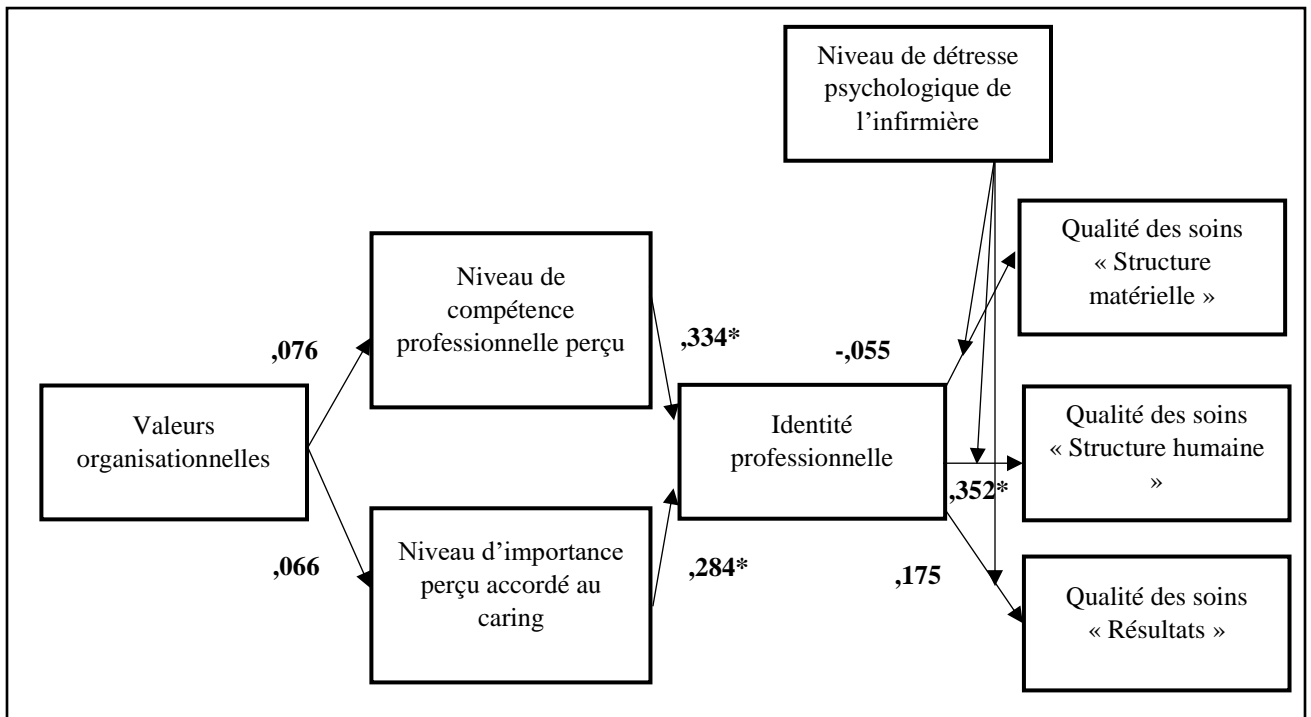


Figure 6. Modèle structurel initial\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Le modèle structurel initial présenté à la figure 6 reprend le modèle conceptuel de recherche de cette étude en intégralité, à l'exception de la variable « Niveau de détresse psychologique » de l'infirmière qui n'a pas été retenue en raison de l'incapacité à démontrer son effet modérateur sur la relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et chacune des sous-dimensions de la qualité des soins, tel qu'expliqué ci-après.

##### 4.4.3.1 Effet de modération

Tel qu'énoncé précédemment, la variable « niveau de détresse psychologique », en raison de son effet modérateur estimé, a été analysée à l'aide de la régression linéaire, nous permettant ainsi de démontrer s'il existe une relation, modérée par le niveau de détresse psychologique, entre l'identité professionnelle de l'infirmière et chacune des sous-dimensions de la qualité des soins. De sorte à ajouter une compréhension supplémentaire au modèle, nous avons mesuré l'interaction entre ces variables en procédant d'abord à la centration et à la réduction des variables « identité professionnelle » et « niveau de détresse psychologique ». En effet, à l'aide du logiciel SPSS, nous avons modifié les variables existantes en soustrayant leur moyenne puis en divisant le résultat par l'écart-type, obtenant ainsi et ce, conformément aux règles encadrant la variable centrée réduite, une espérance nulle, une variance égale à 1 et un écart type égal à 1. Tel que nous pouvons le constater dans le tableau 4.20 présenté ci-après, l'interaction entre les variables n'est pas significative pour aucune des mesures de la qualité des soins. De ce fait, nous remarquons



qu'aucune des valeurs reliées à la significativité et donc représentant la valeur « p » dans ces modèles n'est inférieure à 0,05. Ainsi, le niveau de détresse psychologique ne modère pas la relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la qualité des soins, la modulation n'étant pas un enjeu dans ce modèle.

**Tableau 4.20 - Résultats de l'analyse de régression modératrice à l'égard du niveau de détresse psychologique**

	Coefficients standardisés Beta	Sig.	Sig. F Change
<b>Variable Qualité des soins-Résultats (QS-R)</b>			
Modèle 1			
(Constant)		3,46	
NDP	2,53	,137	
IP	0,17	,921	
Modèle 2			
(Constant)		,279	
NDP	,315	,083	
IP	-,025	,884	
IPXDétresse	,185	,307	,307
<b>Variable Qualité des soins-Structure humaine (QS-SH)</b>			
Modèle 1			
(Constant)		,397	
NDP	,057	,724	
IP	,375	,025	
Modèle 2			
(Constant)		,393	
NDP	,068	,694	
IP	,367	,034	
IPXDétresse	,034	,845	,845
<b>Variable Qualité des soins-Structure matérielle (QS-SM)</b>			
Modèle 1			
(Constant)		,529	
NDP	-,086	,613	
IP	,153	,369	
Modèle 2			
(Constant)		4,33	
NDP	-,019	,915	
IP	,108	,535	
IPXDétresse	,199	,277	,277

IP : Identité professionnelle

IPXDétresse : Identité professionnelle en relation avec le niveau de détresse psychologique

NDP : Niveau de détresse psychologique

De plus, il est possible d'observer une seconde distinction entre ce modèle-ci et le modèle conceptuel de recherche, c'est-à-dire la déclinaison de la variable « Qualité des soins » en trois sous-variables latentes reprenant les dimensions du paradigme de Donabedian (1966), soit les aspects « Résultats », « Structure matérielle » et « Structure humaine » de la qualité des soins. En effet, tel que mentionné précédemment et en accord avec la littérature sur le sujet, la dimension « Résultats » serait davantage reliée au niveau clinique de la qualité des soins alors que les dimensions « Structure matérielle » et « Structure humaine » seraient plus particulièrement reliées au niveau relationnel de la qualité des soins. Or, les résultats du modèle théorique ne sont pas conformes aux données collectées et par conséquent, le modèle final qui correspond le mieux aux données exclut deux des dimensions de la qualité des soins, soit la dimension « Résultats » et la dimension « Structure matérielle », tel qu'en témoigne les résultats des analyses statistiques présentés aux tableaux 4.21 et 4.22. De plus, les indices de correspondance de ce modèle présenté au tableau 4.26 abondent dans le même sens et démontrent que ce modèle présente des indices de congruence largement en dessous des indices de congruence caractérisant le modèle structurel final. Veuillez noter par ailleurs que chacun de ces indices est détaillé au plan théorique au point 4.4.3.

**Tableau 4.21 - Degré de significativité de la relation à l'aide de la valeur p < 0,05\***

			<b>Estimate</b>	<b>S.E.</b>	<b>C.R.</b>	<b>P</b>
NCPP_1	<---	VO_1	,046	,098	,476	,634
NIPC_1	<---	VO_1	,054	,131	,414	,679
IP_1	<---	NCPP_1	,314	,135	2,325	<b>,020*</b>
IP_1	<---	NIPC_1	,198	,101	1,975	<b>,048*</b>
QSSH_1	<---	IP_1	,658	,280	2,348	<b>,019*</b>
QSR_1	<---	IP_1	-,157	,452	-,346	,729
QSSM_1	<---	IP_1	,482	,436	1,107	,268

IP : Identité professionnelle  
 NCPP : Niveau de compétence professionnel perçu  
 NIPC : Niveau d'importance perçu accordé au caring  
 QS-SH : Qualité des soins-Structure humaine  
 QS-SM : Qualité des soins-Structure matérielle  
 QS-R : Qualité des soins-Résultats  
 VO : Valeurs organisationnelles

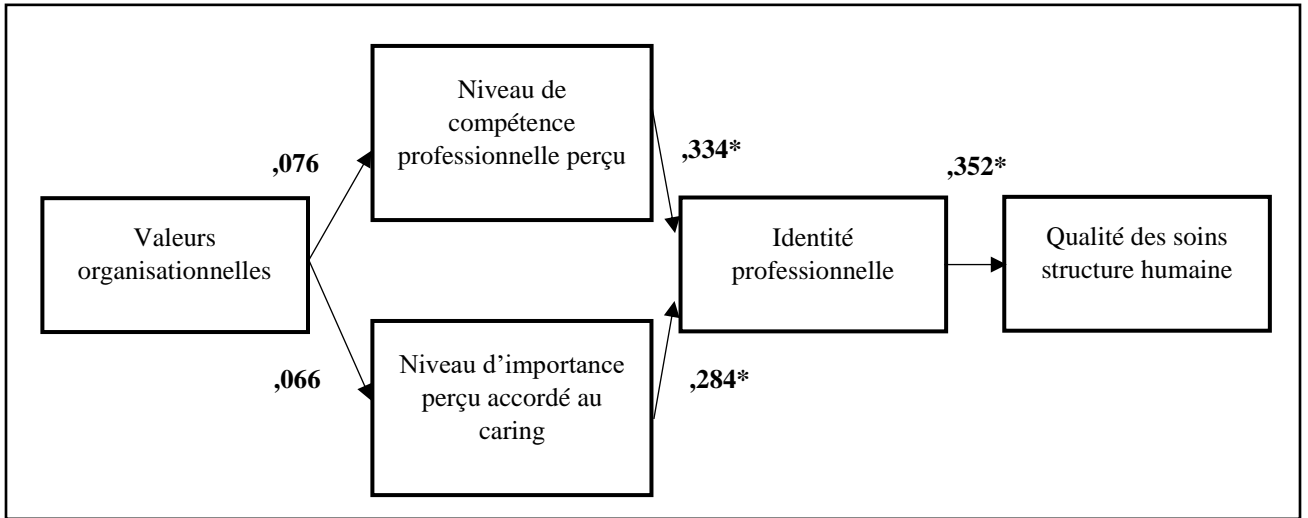
**Tableau 4.22 - Coefficients de régression standardisés**

			<b>Estimate</b>
NCPP_1	<---	VO_1	,076
NIPC_1	<---	VO_1	,066
IP_1	<---	NCPP_1	<b>,334*</b>
IP_1	<---	NIPC_1	<b>,284*</b>
QSSH_1	<---	IP_1	<b>,352*</b>
QSR_1	<---	IP_1	-,055
QSSM_1	<---	IP_1	,175

\* p < 0,05

IP : Identité professionnelle  
 NCPP : Niveau de compétence professionnel perçu  
 NIPC : Niveau d'importance perçu accordé au caring  
 QS-SH : Qualité des soins-Structure humaine  
 QS-SM : Qualité des soins-Structure matérielle  
 QS-R : Qualité des soins-Résultats  
 VO : Valeurs organisationnelles

#### 4.4.4 Modèle structurel final



**Figure 7. Modèle structurel final**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

Tel que présenté au tableau 4.20 et conformément à notre modèle conceptuel de recherche, les coefficients de régression standardisés indiquent que les valeurs organisationnelles (VO) n'influencent pas le niveau de compétence professionnelle perçue (NCP) (0,076) et le niveau d'importance perçue accordé au *caring* (NIPC) (0,066). De plus, nous constatons que le niveau de compétence professionnelle perçue et le niveau d'importance perçue accordé au *caring* influencent significativement et positivement l'identité professionnelle (IP) (0,334 et 0,284) de l'infirmière, laquelle influence à son tour la structure humaine de la qualité des soins (QSSH) (0,352), tels qu'en témoigne les résultats des analyses statistiques suivants :

**Tableau 4.23 - Degré de significativité de la relation à l'aide de la valeur  $p < 0,05$ \***

			Estimate	S.E.	C.R.	P
NCPP_1	<---	VO_1	,046	,098	,476	,634
NIPC_1	<---	VO_1	,054	,131	,414	,679
IP_1	<---	NCPP_1	,314	,135	2,325	<b>,020*</b>
IP_1	<---	NIPC_1	,198	,101	1,975	<b>,048*</b>
QSSH_1	<---	IP_1	,658	,280	2,348	<b>,019*</b>

IP : Identité professionnelle  
 NCP : Niveau de compétence professionnel perçue  
 NIPC : Niveau d'importance perçue accordé au caring  
 QS-SH : Qualité des soins-Structure humaine  
 VO : Valeurs organisationnelles

**Tableau 4.24 - Coefficients de régression standardisés**

		<b>Estimation</b>
N CPP_1	← VO_1	,076
N IPC_1	← VO_1	,066
IP_1	← N CPP_1	<b>,334*</b>
IP_1	← N IPC_1	<b>,284*</b>
QSSH_1	← IP_1	<b>,352*</b>

\* p < 0,05

IP : Identité professionnelle

N CPP : Niveau de compétence professionnel perçu

N IPC : Niveau d'importance perçu accordé au *caring*

QS-SH : Qualité des soins-Structure humaine

VO : Valeurs organisationnelles

Le modèle structurel final présenté ci-dessus nous permet de constater plusieurs liens intéressants entre les variables retenues, lesquels permettent à la fois de confirmer et de réfuter les hypothèses de départ. En effet, nous remarquons d'abord que les valeurs organisationnelles dominantes n'influencent pas le niveau de compétence professionnelle perçu ( $\beta=,076$ ) et le niveau d'importance perçu accordé au *caring* ( $\beta=,066$ ), ne nous permettant donc pas de confirmer les hypothèses H1a et H1b. Cependant, nous constatons que tel qu'anticipé, le niveau de compétence professionnelle perçu ( $\beta=,334$ ;  $p < 0,05$ ) et le niveau d'importance perçu accordé au *caring* ( $\beta=,284$ ;  $p < 0,05$ ) influencent de façon positive et significative l'identité professionnelle de l'infirmière, nous permettant ainsi de confirmer respectivement en partie les hypothèses H2 et H3. Il a été stipulé au départ, selon l'hypothèse 2, que le niveau de compétence professionnelle perçu est lié positivement et indirectement à la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique, par l'intermédiaire de l'identité professionnelle de l'infirmière, alors que l'effet de médiation de l'identité professionnelle, tel que démontré subséquent, s'avère plutôt significatif dans la relation entre le niveau de compétence professionnel perçu et la structure humaine de la qualité des soins. N'étant pas en mesure de confirmer en totalité l'hypothèse 2, nous pouvons toutefois confirmer l'hypothèse 3, selon laquelle le niveau d'importance perçu accordé au *caring* est lié positivement et indirectement à la perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel, par l'intermédiaire de l'identité professionnelle de l'infirmière.

Nous avons émis au départ les hypothèses selon lesquelles le niveau de détresse psychologique de l'infirmière modèrerait le lien entre son identité professionnelle et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique (H4a) ainsi que la qualité des soins prodigués au niveau relationnel (H4b). Cependant, nous avons testé, à l'aide de l'analyse de régression, l'effet de modération de la variable « niveau de détresse psychologique » et avons constaté que pour chacune des mesures de la qualité des soins (i.e. résultats, structure matérielle et structure humaine), l'interaction n'est pas significative et donc, que la modération n'est pas un enjeu dans ce modèle, nous obligeant ainsi à réfuter les hypothèses 4a et 4b. Nous observons cependant un lien positif et significatif entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la structure humaine de la qualité des soins ( $\beta=,352$ ;  $p < 0,05$ ), nous indiquant qu'en dépit de la

démonstration de l'effet médiateur de l'identité professionnelle dans la relation entre le niveau de compétence professionnelle perçue/le niveau d'importance perçue accordé au *caring* et la qualité des soins, il existe une relation directe plus particulièrement entre l'identité professionnelle et la structure humaine de la qualité des soins, laquelle sera approfondie dans le chapitre 5.

Nous pouvons constater par ailleurs que le pourcentage de variance expliquée pour chacune des variables est peu élevé, mais qu'en somme, il nous permet de confirmer la relation entre les variables retenues dans ce modèle. En effet, ce modèle permet d'expliquer 0,6 % de la variable « niveau de compétence professionnelle perçue », 0,4 % de la variable « niveau d'importance perçue accordé au *caring* », 19,3 % de la variable « identité professionnelle » de l'infirmière et 12,4 % de la variable « qualité des soins-structure humaine ».

#### **4.4.3 Indices de correspondance du modèle structurel final**

L'analyse factorielle confirmatoire, réalisée à l'aide du logiciel AMOS 24, permet de déterminer la qualité de correspondance du modèle structurel optimal. Les résultats obtenus au tableau 4.16 proviennent de quatre indices de correspondance appelés respectivement le *Goodness of Fit Index* (GFI), le *Incremental Fit Index* (IFI), le *Comparative Fit Index* (CFI) et le *Root mean square of approximation* (RMSEA), lesquels ajoutent une compréhension pertinente au modèle.

D'une part, le GFI, une alternative du test de chi-carré, a pour objectif de tester et de calculer la proportion de la variance qui est prise en compte par la covariance estimée de la population et il est recommandé qu'il soit situé au-delà de 0,90, seuil qui est respecté dans le cas de notre modèle (Hooper, Coughlan et Mullen, 2008).

Le IFI, calculé en utilisant les ratios du chi-carré du modèle ainsi que le chi-carré du modèle nul en tenant compte de leur degré de liberté, varie entre 0 et 1,0, la valeur devant être située au-delà de 0,90 afin d'être considérée acceptable, règle respectée dans le cas de notre modèle (Newsom, 2017).

Le CFI, un indice de nature incrémentale, permet de mesurer la diminution relative du manque d'ajustement et suppose que toutes les variables latentes sont non corrélées, comparant ainsi la matrice de covariance de l'échantillon avec ce modèle nul (Hooper et al., 2008; Roussel, Durrieu, Campoy et El Akremi, 2002). Conformément à la valeur attendue de cet indice qui se situe dans l'intervalle entre 0,0 et 1,0 et qui doit idéalement être plus grande ou égale à 0,90, nous observons que la valeur de l'indice résultant de notre analyse en est très près, ce qui indique un degré acceptable de correspondance (Hooper et al., 2008).

Le RMSEA « représente la différence moyenne, par degré de liberté, attendue dans la population globale et non dans l'échantillon. Indépendant de la taille de l'échantillon et de la complexité, il détient un intervalle de confiance associé (90%) » (Roussel et al., 2002 : 64). Cet indice absolu, considéré comme « l'un des indices les plus informatifs » (Diamantopoulos et Siguaw, 2000 : 85) en raison de sa sensibilité

au nombre de paramètres estimés dans le modèle, doit nécessairement être situé dans un intervalle de 0,05 à 0,10 (Hooper et al., 2008). Un indice situé en dessous de 0,08 fait référence à un degré de congruence considéré acceptable, duquel est très près le résultat obtenu dans le cadre de notre analyse (MacCallum, Browne et Sugawara, 1996).

**Tableau 4.25 - Indices de correspondance du modèle structurel final**

	<b>GFI</b>	<b>IFI</b>	<b>CFI</b>	<b>RMSEA</b>
<b>Modèle structurel final</b>	,942	,922	,889	,082

CFI : Comparative Fit Index

GFI : Goodness of Fit Index

IFI : Incremental Fit Index

RMSEA : Root mean square of approximation

À titre de validation, les indices de correspondance du modèle de recherche initial vous sont présentés au tableau 4.26. En effet, la valeur de l'indice GFI, IFI et CFI doit être située au-delà de 0,90 afin d'être considérée acceptable alors que dans ce cas-ci, ces indices sont largement en dessous du seuil acceptable, excepté l'indice GFI qui indique un degré de correspondance somme toute non négligeable. En ce qui à trait à l'indice RMSEA, celui doit nécessairement être situé dans un intervalle de 0,05 à 0,10, indiquant donc qu'un indice RMSEA considérablement au-dessus du seuil maximal ne fait pas référence à un degré de congruence acceptable.

**Tableau 4.26 - Indices de correspondance du modèle de recherche initial**

	<b>GFI</b>	<b>IFI</b>	<b>CFI</b>	<b>RMSEA</b>
<b>Modèle structurel initial</b>	,823	,526	,396	,168

CFI : Comparative Fit Index

GFI : Goodness of Fit Index

IFI : Incremental Fit Index

RMSEA : Root mean square of approximation

#### **4.4.4 Effet de médiation**

L'identité professionnelle de l'infirmière, considérée dans notre modèle conceptuel de recherche comme étant une variable médiatrice d'une part entre le niveau de compétence professionnel perçu (NCPP) et la qualité des soins infirmiers de nature clinique et d'autre part, entre le niveau d'importance perçu accordé au *caring* (NIPC) et la qualité des soins infirmiers de nature relationnelle, s'est avérée être effectivement une variable intermédiaire, mais plutôt dans la relation entre NCPP/NIPC et la structure humaine de la qualité des soins (QS-SH). Toujours à l'aide du logiciel AMOS, nous avons mesuré l'effet indirect de l'identité professionnelle et pour que celui-ci soit considéré significatif, les valeurs de NCPP et de NIPC en lien avec QS-SH devaient nécessairement être comprises dans l'intervalle entre la borne inférieure (Lower bound) et la borne supérieure (Upper bound) et que la valeur zéro ne soit pas comprise dans cet

intervalle. Tel que démontré dans les tableaux 4.27, 4.28 et 4.29, l'effet indirect de l'identité professionnelle entre NCPP et QS-SH correspond à 0,207, valeur de ce fait incluse entre 0,010 et 0,292, alors que l'effet indirect de l'identité professionnelle entre NIPC et QS-SH correspond à 0,131, valeur également incluse entre 0,011 et 0,251, nous permettant ainsi de confirmer le lien indirect significatif résidant dans ces relations entre les variables étudiées.

**Tableau 4.27 - Effets indirects**

	<b>VO_1</b>	<b>NCPP_1</b>	<b>NIPC_1</b>	<b>IP_1</b>
NCPP_1	,000	,000	,000	,000
NIPC_1	,000	,000	,000	,000
IP_1	,025	,000	,000	,000
QSSH_1	,017	<b>,207</b>	<b>,131</b>	,000

IP : Identité professionnelle  
 NCPP : Niveau de compétence professionnel perçu  
 NIPC : Niveau d'importance perçu accordé au caring  
 QS-SH : Qualité des soins-Structure humaine

**Tableau 4.28 – Effets indirects standardisés (Lower bound)**

	<b>VO_1</b>	<b>NCPP_1</b>	<b>NIPC_1</b>	<b>IP_1</b>
NCPP_1	,000	,000	,000	,000
NIPC_1	,000	,000	,000	,000
IP_1	-,095	,000	,000	,000
QSSH_1	-,028	<b>,010</b>	<b>,011</b>	,000

IP : Identité professionnelle  
 NCPP : Niveau de compétence professionnel perçu  
 NIPC : Niveau d'importance perçu accordé au caring  
 QS-SH : Qualité des soins-Structure humaine

**Tableau 4.29 – Effets indirects standardisés (Upper bound)**

	<b>VO_1</b>	<b>NCPP_1</b>	<b>NIPC_1</b>	<b>IP_1</b>
NCPP_1	,000	,000	,000	,000
NIPC_1	,000	,000	,000	,000
IP_1	,188	,000	,000	,000
QSSH_1	,092	<b>,292</b>	<b>,251</b>	,000

IP : Identité professionnelle  
 NCPP : Niveau de compétence professionnel perçu  
 NIPC : Niveau d'importance perçu accordé au caring  
 QS-SH : Qualité des soins-Structure humaine

## 4.5 Synthèse de la validation des hypothèses

La vérification de chacune des relations postulées dans notre modèle en guise d'hypothèses de recherche, ayant été testée à l'aide du modèle d'équations structurelles, de la régression linéaire et des bornes inférieures et supérieures permettant de déterminer l'effet de médiation d'une variable, vous est présentée au tableau 4.30, lequel résume les décisions retenues à l'égard de chacune des hypothèses de recherche, en fonction des résultats obtenus à travers les différentes analyses effectuées. Ainsi, le chapitre subséquent permet de faire un retour sur les hypothèses de recherche émises au départ, en comparaison avec le modèle final, en regard à la théorie sur le sujet et plus particulièrement au vu du contexte dans lequel s'enracine ce mémoire.



**Tableau 4.30 - Synthèse de la validation des hypothèses**

<b>Hypothèses</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>Significativité</b>	<b>Décision</b>
Hypothèse (H1a) : <b>Les valeurs organisationnelles dominantes</b> sont liées positivement au niveau de compétence professionnelle perçu	0,076	0,634	Infirmée
Hypothèse (H1b) : <b>Les valeurs organisationnelles dominantes</b> sont liées positivement au niveau d'importance perçu accordé au <i>caring</i>	0,066	0,679	Infirmée
Hypothèse (H2) : <b>Le niveau de compétence professionnelle perçu</b> est lié positivement et indirectement à la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique, par l'intermédiaire de l'identité professionnelle de l'infirmière	0,334*	0,020	<b>Partiellement confirmée</b>
Hypothèse (H3) : <b>Le niveau d'importance perçu accordé au <i>caring</i></b> est lié positivement et indirectement à la perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel, par l'intermédiaire de l'identité professionnelle de l'infirmière	0,284*	0,048	<b>Confirmée</b>
Hypothèse (H4a) : <b>L'identité professionnelle de l'infirmière</b> est liée négativement et indirectement à la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique, par l'intermédiaire du niveau de détresse psychologique de l'infirmière.	0,185	0,307	Infirmée
Hypothèse (H4b) : <b>L'identité professionnelle de l'infirmière</b> est liée négativement et indirectement à la perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel, par l'intermédiaire du niveau de détresse psychologique de l'infirmière.	QS-SH : 0,034 QS-SM : 0,199	QS-SH : 0,845 QS-SM : 0,277	Infirmée

## 4.6 Observation sur le terrain

Tel que démontré par les analyses statiques et en appui à la revue de la littérature, le niveau d'importance perçu accordé au *caring* est lié positivement et indirectement à la perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel, par l'intermédiaire de l'identité professionnelle de l'infirmière. L'observation sur le terrain avait donc pour objectif de déterminer si, en dépit des conditions de travail difficiles et de la précarisation des soins, les infirmières demeurent en mesure de prodiguer des soins empreints d'humanisme, considérant les bienfaits physiques et psychologiques que peut avoir le *caring* à la fois sur les infirmières elles-mêmes et les personnes soignées. La grille d'observation présentée au point 4.6.6 illustre donc les comportements de *caring* déployés ainsi que les comportements non manifestés dans le cadre du soin au patient.

### 4.6.1 Contact initial

D'une part, nous constatons que les comportements associés au contact initial avec le patient sont déployés avec soin par les infirmières qui lors de chacune des observations réalisées, saluent le patient chaleureusement en l'appelant par le prénom ou nom qu'il préfère et demande à ce dernier comment il se sent. L'infirmière, qui dans la plupart des cas ne nomme pas son nom, indique toutefois son titre d'emploi et informe le patient de la raison de sa présence auprès de lui. Dans tous les cas observés, nous remarquons que l'infirmière se place d'emblée face au patient, le regarde et sourit, de sorte à établir le contact visuel et permettre un échange de qualité avec le patient. Lors de chacune des interventions, l'infirmière effectue un toucher de réconfort, lequel s'avère d'une importance significative en raison des bénéfices physiologiques et psychologiques qu'il procure à la personne soignée (Saint-Pierre et Vinit, 2006). En effet, au niveau physiologique, le toucher de réconfort peu fréquent, de courte durée, de faible intensité et visant des parties du corps peu innervées (bras, jambes, cage thoracique ou dos) contribuent notamment à la diminution du rythme cardiaque (Fakouri et Jones, 1987), à la diminution du cortisol, de l'adrénaline et de la noradrénaline et à l'augmentation des cellules du système immunitaire (Cho, 1999). Au niveau psychologique, plusieurs études démontrent que le toucher de réconfort est considéré par le patient comme étant une marque positive de sollicitude, d'acceptation et d'empathie à son égard et contribue à l'accroissement de l'échange verbal entre le patient et l'infirmière ainsi qu'à la diminution de l'anxiété (Cho et Moon, 2001; Hollinger, 1986; McCorkle, 1974).

### 4.6.2 Écoute

Lors de l'observation de ce volet, certes, nous reconnaissons l'écoute active des infirmières qui laissent naturellement la parole au patient, reformulent ce que celui-ci exprime afin de démontrer leur degré de compréhension et invitent ce dernier à poursuivre la conversation en posant des questions sur son état

physique et psychologique, mais également en faisant référence notamment aux conditions météorologiques, au repas qui était servi au déjeuner, aux loisirs proposés durant la journée et donc, aux activités constitutives du milieu de vie dans lequel évolue la personne soignée. En aucun cas, l'infirmière n'a coupé la parole à un patient et au contraire, a entretenu la conversation.

#### **4.6.3 Communication**

Au niveau de l'aspect communicationnel du soin, nous constatons que les infirmières observées parlent lentement et d'une voix posée, afin d'assurer la compréhension du patient, sans hausser le ton ni démontrer une attitude impatiente, bien que celles-ci doivent parfois répéter plusieurs fois afin que la personne soignée comprenne bien l'étendue de leurs propos. D'emblée, en expliquant la raison de leur visite et le soin qui sera administré ainsi qu'en identifiant chacune des étapes et chacun des gestes effectués en temps réel, les infirmières transmettent l'information nécessaire au patient sans que celui-ci ait posé une question. Dans le cas toutefois où le patient a émis une interrogation, l'infirmière s'est fait un plaisir de lui répondre et par le fait même, l'a invité à lui faire des demandes selon ses besoins, de sorte à maximiser son confort et son bien-être.

#### **4.6.4 Soutien**

Le volet « soutien » au patient constitue nécessairement l'aspect du soin relationnel le moins déployé dans la pratique quotidienne en raison du contexte de soin actuel caractérisé par les coupes budgétaires, l'inefficacité des ratios infirmières/patients et la surcharge de travail administrative, qui ne permet pas à l'infirmière de prodiguer des soins de qualité en réponse aux besoins de la clientèle, tel qu'indiqué par plusieurs répondantes du questionnaire. En effet, les infirmières ne possèdent pas le temps et les ressources nécessaires pour s'intéresser au projet de vie de la personne soignée et discuter avec elle de son expérience de vie, accompagnement primordial selon le MHSI-CHUM qui s'adressant aux infirmières, affirme « qu'en partant de la signification que la personne donne à son expérience de santé ou en partant de sa priorité, vous ne pourrez jamais vous tromper » (Roy, 2013). À cet égard, les infirmières interrogées estiment ne pas être en mesure de rencontrer les standards d'excellence en ce qui a trait aux soins de nature relationnelle, étant par le fait même en contradiction avec leur identité professionnelle. Toutefois, nous constatons que lors des interventions observées, les infirmières soulignent dans presque tous les cas les efforts et les forces du patient, en félicitant notamment la personne soignée pour son amélioration et sa collaboration dans le processus de soins. De plus, l'infirmière inclut le patient dans la prise de décision en demandant de façon récurrente s'il comprend le soin prodigué, si la façon de faire lui convient et s'il est confortable.

#### **4.6.5 Priorisation des soins**

Au niveau de la priorisation des soins, l'infirmière identifie l'ordre de priorité des soins à donner avec le patient puisque pour chacune des étapes du soin, elle transmet les explications nécessaires au patient et lui demande son accord pour procéder aux manœuvres prescrites, s'assurant ainsi en tout temps du confort et du respect de la personne soignée. De plus, l'infirmière explore avec le patient les différentes alternatives possibles qui s'offrent à lui pour répondre à ses besoins, en lui posant des questions précises permettant ainsi d'apporter les modifications nécessaires pour optimiser le confort de la personne soignée, tel qu'ajuster sa position dans le lit, l'aider à se relever s'il souhaite marcher, insérer des oreillers sous ses jambes pour réduire la pression au niveau du dos et ce, en s'assurant à chaque manœuvre que le patient s'en trouve satisfait. Or, tel que recommandé par le MHSI-CHUM (Roy, 2013), l'infirmière doit prendre au moins cinq minutes toutes les huit heures au chevet de la personne soignée pour discuter des priorités de soins et des résultats visés et clarifier sa pensée, alors que cette étape est souvent omise ou restreinte par les infirmières en raison de la surcharge de travail démontré notamment dans l'étude de Voyer et al. (2016).

#### 4.6.6 Grille d'observation-Résultats

		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
		O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
CONTACT INITIAL	1	Indicateurs d'interactions patient/infirmière																							
	1	Salue le patient (i.e. bonjour, bonsoir)																							
	2	Appelle le patient par le nom qu'il préfère																							
	3	Se présente en se nommant (nom) et en indiquant son titre d'emploi (infirmière)																							
	4	Demande au patient comment il se sent																							
	5	Informe le patient sur l'objet de sa présence auprès de lui																							
	6	Se place face au patient																							
	7	Regarde le patient																							
	8	Sourit																							
ÉCOUTE	9	Effectue un toucher de réconfort (non verbal)																							
	10	Laisse la parole à l'autre																							
	11	Coupe la parole ( <i>néгатif</i> )																							
	12	Invite à poursuivre la conversation																							
COMMUNICATION	13	Reformule ce que dit ou exprime le patient (reflet)																							
	14	Parle avec un débit verbal rapide																							
	15	Parle d'une voix posée																							
	16	Hausse le ton en s'adressant au patient ( <i>néгатif</i> )																							
	17	Donne de l'information sans que le patient lui ait posé une question																							
	18	Répond à une question/interrogation exprimée par le patient																							

	19	Invite le patient à lui faire des demandes selon ses besoins	•					•	•		•		N/A		•			•	•		•	•		
	20	Évite de répondre à une question ( <i>négatif</i> )		•		•		•		•		•		•		•		•		•		•		
SOUTIEN	21	Reconnait/légitimise l'expérience vécue	•			•		•		•		•		•		•		•		•		•		
	22	Minimise/banalise l'expérience vécue ( <i>négatif</i> )		•		•		•		•		•		•		•		•		•		•		
	23	Exprime un reproche ( <i>négatif</i> )		•		•		•		•		•		•		•		•		•		•		
	24	Souligne les efforts et les forces du patient	•			•		•	•		•	•		•		•		•		•		•		
	25	L'inclut dans la prise de décision	•		•		•		•		•		•		•		•		•		•		•	
	26	S'intéresse à son projet de vie	•			•		•		•	•			•		•		•		•		•		•
	27	L'encourage à garder espoir		•		•		•	•		•			•		•		•		•		•		•
PRIORISATION DES SOINS	28	Identifie l'ordre de priorité des soins à donner avec le client	•		•		•		•		•		•		•		•		•		•		•	
	29	Aide le client à identifier ses priorités		•		•		•		•		•		•		•		•		•		•	•	
	30	Explore avec le patient les différentes alternatives possibles qui s'offrent à lui pour répondre à ses besoins	•			•	•		•			•	•		•	•		•		•		•	•	

N/A : Non applicable

## Chapitre 5

### DISCUSSION

Ce dernier chapitre permet de procéder à l'interprétation des résultats obtenus, en regard à la réalisation des analyses statistiques effectuées. Les paragraphes subséquents constituent ainsi une discussion mettant en rapport les résultats découlant du modèle final et les hypothèses de recherche postulées initialement, appuyées par des explications théoriques et empiriques permettant de justifier ces hypothèses, qu'elles soient confirmées ou infirmées.

#### 5.1 Retour sur les résultats attendus

La question de recherche de ce mémoire étant : «*Quel est le rôle de l'identité professionnelle de l'infirmière et de sa détresse psychologique dans le lien entre les valeurs organisationnelles, la compétence professionnelle, le caring et la qualité des soins prodigués dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée au Québec ?* » a permis d'identifier les trois objectifs de recherche suivants soit 1) déterminer le niveau d'influence des valeurs organisationnelles dominantes sur le comportement de l'infirmière (i.e. niveau de compétence professionnelle perçu et niveau d'importance perçu accordé au *caring*), 2) déterminer le rôle de l'identité professionnelle de l'infirmière dans la relation entre le niveau de compétence professionnelle perçu et niveau d'importance perçu accordé au *caring* et la qualité des soins de nature clinique et relationnelle et 3) évaluer de quelle façon le niveau de détresse psychologique de l'infirmière intervient dans la relation entre l'identité professionnelle et la qualité des soins.

##### 5.1.1 La relation entre les valeurs organisationnelles dominantes, le niveau de compétence professionnelle perçu et le niveau d'importance perçu accordé au *caring*

Certes, plusieurs variables influencent nécessairement la façon dont l'employé se comporte au sein de l'organisation, mais la culture organisationnelle, de laquelle découlent les valeurs véhiculées par l'entreprise, constitue un facteur explicatif important de la façon dont l'individu se comporte au travail. En effet, les valeurs organisationnelles sont un prédicteur efficace du comportement de l'employé puisqu'elles guident ce dernier dans l'action et encadrent l'exercice de sa profession (Meglino et al., 1989; Schein, 1985; Rokeach, 1973). Or, les résultats obtenus dans le cadre de ce mémoire n'abondent pas en ce sens, dans la mesure où les valeurs organisationnelles dominantes n'influencent pas de façon significative le niveau de compétence professionnelle perçu et le niveau d'importance perçu accordé au *caring*, composantes essentielles qui sous-tendent la façon dont se comporte l'infirmière. En désaccord avec les études réalisées sur le sujet, les résultats provenant des analyses statistiques démontrent plutôt qu'en dépit des valeurs mises de l'avant par les CISSS et CIUSSS du Québec telles que le respect, la collaboration,

l'engagement, la bienveillance, l'humanisme, la qualité des soins et des services ainsi que l'excellence, les infirmières ne peuvent effectuer leur travail conformément à ces valeurs en raison du contexte organisationnel actuel. En effet, la réfutation des hypothèses H1a et H1b nous porte à croire que les valeurs prédominantes ne sont qu'en fait idéalisées, puisque les coupes budgétaires, la réduction massive des effectifs, le manque de soutien organisationnel, la surcharge de travail, l'augmentation du nombre de patients, l'instabilité des équipes de travail et le non-respect des ratios infirmières/patients de base, entre autres, ne permettent pas aux travailleurs du réseau de la santé de délivrer des soins de qualité, de faire preuve d'humanisme et d'atteindre les standards d'excellence (Naud, Laberge et Durand, 2018). De ce fait, les commentaires émis par les infirmières interrogées dans le cadre de cette étude vont dans le même sens, celles-ci soulevant notamment le manque de soutien, de reconnaissance et de flexibilité des gestionnaires, les ratios non optimaux et la quantité de travail démesurée, ayant nécessairement un impact sur le climat de travail et l'engagement des professionnels, se traduisant par la démobilisation des équipes de travail, le découragement et l'épuisement professionnel, devant l'incapacité à prodiguer des soins de qualité. En effet, plusieurs infirmiers et infirmières se disent victimes de chantage, puisque les gestionnaires les incitent à se présenter au travail et parfois même les obligent à faire des heures supplémentaires, leur faisant ressentir de la culpabilité s'ils refusent puisqu'il est alors perçu que les employés placent délibérément leur équipe de travail dans l'embarras (Archambault, 2017). Le présentéisme permet de répondre à des enjeux et objectifs à court terme, mais exerce plutôt une pression accrue sur les employés qui éprouvent ou développeront des symptômes d'épuisement professionnel (Jourdain et Chênevert, 2015). « Malgré les nombreuses dénonciations et demandes constamment rapportées aux gestionnaires des CISSS et CIUSSS, les professionnelles en soins sont systématiquement ignorées et force est de constater que la réalité des professionnelles en soins est celle d'un système gangrené par la violence organisationnelle » (Naud et al., 2018). Au contraire, les organisations qui véhiculent des valeurs telles que la flexibilité, l'humanité et l'innovation poursuivent plutôt un objectif à long terme, soit celui de développer le plein potentiel de leurs employés et de l'entreprise, puisque le présentéisme constitue un choix qui pourrait mener à des comportements organisationnels contreproductifs et nuire à la pérennité du réseau de la santé québécois.

### **5.1.2 La relation entre le niveau de compétence professionnelle perçu et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique, médiée par l'identité professionnelle de l'infirmière**

L'hypothèse H2 s'avère partiellement confirmée, dans la mesure où l'identité professionnelle de l'infirmière agit effectivement à titre de variable médiatrice dans la relation entre le niveau de compétence professionnelle perçu et la perception de la qualité des soins, à l'exception du fait qu'il s'agit dans ce cas-ci de la structure humaine de la qualité des soins et non de la structure liée aux résultats, contrairement au postulat de départ. En effet, nous pouvons affirmer que le niveau de compétence professionnelle perçu influence de façon positive et significative l'identité professionnelle de l'infirmière puisque tel que démontré dans la revue de la littérature, les compétences, connaissances, ressources, savoirs et



expériences que possède l'infirmière façonnent la façon dont celle-ci se comporte dans l'exercice de ses fonctions, mais également la façon dont celle-ci conçoit son propre rôle. Conformément à la théorie de l'identité, ce bagage technique acquis par l'infirmière constitue une structure cognitive, soit le prototype d'identité, qui prescrit la façon dont l'infirmière doit se comporter dans le cadre de son emploi et qui donc, façonne l'identité professionnelle de l'infirmière et subséquemment, influence la perception de la qualité des soins prodigués au patient. En effet, les études empiriques démontrent que l'identité professionnelle de l'infirmière est corrélée de façon positive et significative avec la performance clinique, puisque la façon dont celle-ci se conçoit professionnellement résulte en une meilleure compréhension des responsabilités techniques et relationnelles reliées au rôle (Poorgholami et al., 2016). Plus précisément, l'infirmière dont l'identité professionnelle s'avère positive et congruente avec le prototype d'identité utilise ses apprentissages et expériences de manière optimale, favorise l'adoption d'attitudes positives à l'égard de ses compétences, contribue à l'amélioration de ses compétences théoriques et expérimentales et donc, performe mieux au niveau de la délivrance du soin de nature clinique (Jahanbin et al., 2012; Hensel et Stoelting- Gettelfinger, 2011; Cowin et Hengstberger-Sims, 2006; Arthur et Thorne, 1998). Cela se traduit notamment en l'atteinte d'un standard élevé de qualité des soins, la sécurité des patients, la réduction des erreurs de médication et des taux de chutes et la prise de décisions adéquates (Axley, 2008; Blegen et al., 2001).

Dans ce cas-ci, nous pouvons affirmer que l'identité professionnelle a effectivement un rôle médiateur dans la relation entre le niveau de compétence professionnelle perçu et plus particulièrement la structure *humaine* de la qualité des soins, alors que notre postulat de départ reliait plutôt le niveau de compétence professionnelle perçu et la structure « *Résultat* » de la qualité des soins. Cette disparité empirique s'explique toutefois par le fait que l'infirmière dite compétente peut prodiguer des soins de qualité au niveau clinique sans posséder une forte identité professionnelle, à condition que l'application de ses connaissances et sa capacité de jugement permettent une adéquation des soins au cas identifié (Hurlimann, 2001), ce pour quoi nous avons préalablement déterminé que l'identité professionnelle de l'infirmière ne médiatise pas complètement la relation entre le niveau de compétence professionnelle perçu et la qualité des soins au niveau clinique. En ce sens, la relation entre le niveau de compétence professionnelle perçu et la structure humaine de la qualité des soins, médiée par l'identité professionnelle, s'explique spécifiquement par le fait que la compétence professionnelle dont le corpus de connaissances, l'expérience, les savoirs et l'ensemble de compétences que possèdent l'infirmière, inclue également et plus particulièrement la compétence de nature relationnelle (Cara et al., 2016). En effet, la compétence relationnelle découle de la compétence professionnelle qui permet à la fois à l'infirmière de délivrer des soins techniques efficaces tout en faisant preuve d'humanisme

### **5.1.3 La relation entre le niveau d'importance perçu accordé au *caring* et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel, médiée par l'identité professionnelle de l'infirmière**

L'hypothèse H3 s'avère confirmée puisqu'il existe effectivement une relation positive et significative entre le niveau d'importance perçu accordé au *caring* et la qualité des soins prodigués au niveau relationnel, médiée complètement par l'identité professionnelle de l'infirmière. Tel que postulé, le niveau d'importance perçu accordé au *caring* influence l'identité professionnelle de l'infirmière puisqu'au même titre que le niveau de compétence professionnelle perçu, le niveau d'importance perçu accordé au *caring* véhicule un prototype d'identité qui prône l'adoption de valeurs, d'attitudes et de comportements qui favorisent l'humanité de la pratique infirmière (Cara et al., 2015). Le *caring* façonne donc l'identité professionnelle de l'infirmière, qui la prédispose psychologiquement et affectivement à s'engager auprès du patient et à développer une relation de partenariat, favorisant ainsi la santé, le bien-être, la dignité et la guérison de celui-ci (Cara et al., 2015a; Watson, 2002). L'infirmière dont l'identité professionnelle est congruente et positive avec le niveau d'importance perçu qu'elle accorde au *caring*, est davantage en mesure de délivrer des soins de qualité au niveau relationnel, c'est-à-dire au niveau de la structure humaine du soin, ce qui résulte nécessairement en l'amélioration de l'état de santé de la personne soignée. Notamment, cela se reflète dans l'accroissement du fonctionnement et de l'autonomie de la personne soignée, dans la communication, dans la réduction des erreurs professionnelles et dans l'adhésion du patient au processus de soin (IOM, 2003; Lorig et al., 2001; Wagner et al., 2001; Gifford et al., 1998; Meryn, 1998; Von Korff et al., 1998; Superio-Cabuslay et al., 1996).

Parallèlement, l'adoption de l'approche du *caring* influence de façon positive l'identité professionnelle de l'infirmière, puisque celle-ci transcende la perception que son travail n'a aucun sens et la transforme en une perception davantage gratifiante de sa pratique professionnelle, s'accomplit professionnellement, est satisfaite de son emploi, préserve son intégrité, son estime de soi et se respecte, ce qui lui permet de prodiguer des soins de qualité particulièrement au niveau relationnel (Cara et O'Reilly, 2008; Swanson, 1999). Ces postulats théoriques, appuyés par les résultats statistiques de notre étude empirique, mettent en lumière l'importance pour les gestionnaires de favoriser et d'intégrer à la pratique infirmière le *caring*, puisque la philosophie humaniste comporte des bienfaits non négligeables sur la santé du patient, mais également sur la santé de l'infirmière. Tel que permettent de le constater les commentaires des infirmières, recueillis dans le cadre de la collecte de données quantitative, le *caring* est mis à l'arrière-plan en raison du contexte de soins actuel, les professionnels de la santé constatent la déshumanisation des soins et ont le sentiment de ne pas pouvoir donner au patient ce dont il a besoin en raison des contraintes organisationnelles.

#### **5.1.4 La relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique, modérée par le niveau de détresse psychologique de l'infirmière**

La théorie de l'identité stipule que l'identité professionnelle de l'infirmière constitue un système de contrôle dont le mécanisme de régulation permet d'assurer la congruence entre le prototype d'identité de l'individu et ses comportements et par le fait même, permet de rétablir, en cas de dissonance, la cohérence entre les attentes et les comportements. Un état de détresse psychologique, expérimenté à différents niveaux, apparaît donc lorsqu'il y a interruption du processus identitaire normal, c'est-à-dire lorsqu'il y a incongruence majeure entre les attentes et perceptions reliées au prototype d'identité et les comportements déployés et donc, qu'il y a incapacité du processus identitaire à rétablir cet équilibre. De ce fait, en nous appuyant sur la littérature, nous avons positionné le niveau de détresse psychologique de l'infirmière dans notre modèle conceptuel de recherche comme étant une variable contextuelle qui joue un rôle modérateur dans la relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique. Notre hypothèse s'est avérée être infirmée puisque les analyses effectuées ont démontré qu'il n'existait aucune interaction significative entre les variables étudiées. L'effet de modulation a donc été exclu de notre modèle conceptuel de recherche final, d'après lequel l'identité professionnelle de l'infirmière influence plutôt de façon positive et significative la qualité des soins directement. Ce constat s'avère toutefois être en contradiction avec les études théoriques et empiriques sur le sujet, qui soutiennent notamment que la rareté des ressources humaines et les multiples problématiques organisationnelles qui caractérisent le contexte de soins actuel au Québec pourraient potentiellement avoir un effet nuisible sur la capacité des infirmières à délivrer des soins de qualité, conformes et éthiques. En dépit du fait que les infirmières interrogées signifient particulièrement l'augmentation du stress au travail, le climat de travail négatif, le découragement unanime de l'équipe de travail et l'épuisement professionnel, cette situation n'est pas observable statistiquement. Les infirmières interrogées soulignent d'autant plus que la façon dont elles sont contraintes d'effectuer leur travail est en contradiction avec leur identité professionnelle, puisqu'elles ne sont pas en mesure de prodiguer des soins répondant aux standards de qualité, ce qui contribue au développement d'un état de détresse psychologique. En effet, la situation actuelle est extrêmement préoccupante, comme en témoigne cet extrait :

« Il y a des infirmières qui sont en train de nous appeler en nous disant : ‘je vais m'autodénoncer ; je ne suis pas capable de suivre mes obligations professionnelles et je trouve la situation tellement grave et je ne sais plus où aller ; alors je vais m'autodénoncer’. On n'a jamais vu un mouvement comme celui-là ici ». (Lucie Tremblay, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, citée dans Lévesque, 2018)

Dans le cas de notre étude, dont l'échantillon restreint constitue une contrainte importante, il nous est impossible d'affirmer que le niveau de détresse psychologique de l'infirmière modère la relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la perception de la qualité des soins prodigués particulièrement au niveau clinique, alors que la littérature est unanime sur le sujet. En effet, l'infirmière qui n'est pas en mesure de se comporter en accord avec son identité professionnelle et qui donc, expérimente un état de

détresse psychologique, car elle se sent obligée de compromettre les valeurs professionnelles et les standards de la pratique, voit les soins qu'elle offre aux patients se détériorer (i.e. risque d'erreur élevé relié à l'administration des médicaments, à la négligence dans la prévention des infections, etc.).

### **5.1.5 La relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau relationnel, modérée par le niveau de détresse psychologique de l'infirmière**

Au même titre que la relation entre l'identité professionnelle de l'infirmière et la perception de la qualité des soins prodigués au niveau clinique, modérée par le niveau de détresse psychologique de l'infirmière, le niveau relationnel du soin ne fait pas exception. En effet, l'hypothèse H4b est réfutée, étant donné que nous n'avons pas été en mesure de démontrer statistiquement l'effet modérateur du niveau de détresse psychologique de l'infirmière. Cependant, les études empiriques suggèrent que l'identité professionnelle de l'infirmière est liée négativement au niveau de détresse psychologique, étant donné que l'infirmière, qui n'est pas en mesure d'assurer la congruence entre les valeurs, normes et attitudes prescrites et ses actions, expérimente un état de détresse psychologique (Webster et Baylis, 2000; Kelly, 1998). L'infirmière dont l'identité professionnelle n'est pas conforme au prototype d'identité, ressent de la déception, de l'incertitude, de la culpabilité et du désarroi, de même que de l'épuisement émotionnel, un sentiment d'abandon ainsi qu'un manque de respect et d'appartenance à la profession, lesquels prédisposent celle-ci à ressentir un état de détresse psychologique (AIIC, 2003; Kelly, 1998). Cet état dans lequel se retrouve l'infirmière ne lui permet définitivement pas de délivrer des soins de qualité particulièrement au niveau relationnel, puisque sa condition physique et psychologique s'en trouve affectée, ce qui est associé à une diminution de la compassion envers le patient et également à un risque élevé d'erreurs, ayant pour effet de réduire la performance et la satisfaction relative à l'emploi de l'infirmière et de favoriser l'adoption d'attitudes négatives, lesquels ont un impact négatif sur la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients, tant au niveau clinique qu'au niveau relationnel (Yu et al., 2014; Laschinger et Leiter, 2006; Begat et al., 2005; Visser et al., 2003; Morgan et al., 2002; Harris, 2001). Certes, le nombre restreint de répondants a un impact sur les résultats statistiques obtenus, étant donné que la situation actuelle du réseau de la santé québécois abonde plutôt dans le même sens que les études théoriques et empiriques réalisées sur le sujet. En effet, « les travailleurs de la santé rapportent plus de stress quotidien et montrent plus de signes de détresse psychologique que la population en général » (Desmeules, 2018). La détresse psychologique vécue par les professionnels du réseau de la santé constitue un enjeu préoccupant, alors que l'on observe que le nombre d'employés en arrêt de maladie pour des problèmes psychologiques est en forte croissance depuis quelques années, constat attribuable à la réforme Barrette qui selon plusieurs, contribue à rendre malades les travailleurs de ce milieu (Archambault, 2017).

## Implications théoriques et pratiques

Les différentes réformes du système de santé public du Québec se succèdent depuis plusieurs années, non pas sans bouleverser et transformer profondément la façon dont les soins et services sont délivrés à la population, rendant la compréhension de la conjoncture de cet écosystème des plus complexe. De ce fait, plusieurs auteurs ont nécessairement étudié la gestion du changement dont les causes, conséquences et stratégies permettant d'optimiser le succès d'une transformation organisationnelle d'envergure, mais très peu de recherches empiriques toutefois ont approfondi les retentissements découlant de tels changements, ce qui constitue une implication théorique non négligeable de ce mémoire. En effet, une retombée significative de notre recherche réside dans le fait que l'on contribue à l'avancement des connaissances en ce qui a trait aux répercussions découlant de l'implantation d'une réforme majeure au sein d'une organisation publique, permettant aux gestionnaires, spécifiquement en CHSLD qui doivent composer avec les décisions du gouvernement, de localement atténuer les impacts négatifs que peut avoir eu la réforme de 2015 sur le bien-être du personnel infirmier et sur celui des patients. En outre, nous avons démontré que l'identité professionnelle a un rôle médiateur entre la perception du niveau de compétence professionnelle et de l'importance accordée au *caring* et la qualité des soins prodigués, justifiant ainsi l'importance pour les gestionnaires de continuer à contribuer au renforcement de cette identité, soit cette perception que l'infirmière a de son rôle professionnel, en favorisant notamment le soutien organisationnel et la reconnaissance par l'entremise de divers mécanismes à la fois existants ou pouvant être potentiellement implantés, variables fortement corrélées à la rétention du personnel (Dufour, 2012). Ce constat s'avère donc des plus pertinents, dans un contexte où l'intention de quitter atteint 30% selon un sondage réalisé auprès de 653 infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes, dont l'exaspération se fait particulièrement sentir chez les infirmières en CHSLD, faisant ainsi de la mobilisation du personnel une priorité pour le réseau (Cormier, 2018). Bien que nous n'ayons pas réussi à démontrer par l'entremise des analyses statistiques que le niveau de détresse psychologique de l'infirmière influence la qualité des soins prodigués aux patients, plusieurs études sont unanimes sur le sujet et justifient d'autant plus l'importance significative qu'accordent actuellement les gestionnaires à la santé mentale et physique des professionnels de la santé et ce, en s'adressant de façon proactive à cette problématique, le taux d'absentéisme atteignant 20% à certains endroits, alors qu'on ne peut se permettre d'aggraver la pénurie de main-d'œuvre observable (Desmarais, 2017).

Une seconde retombée théorique réside dans le fait que la réforme de 2015, à laquelle s'ajoute le projet de loi 10, est abordée dans la littérature notamment d'un point de vue purement politique, mettant à l'avant-plan les décisions gouvernementales mises en œuvre, alors que les professionnels de la santé, au cœur de la problématique multidimensionnelle en milieu de travail, ne sont pas consultés par rapport aux solutions implantées. De ce fait, la majorité des recherches scientifiques et empiriques ont recours à une perspective unique et la plupart du temps, particulièrement en contexte de transformation, il s'agit de la perspective de

l'agent de changement qui s'avère habituellement être un gestionnaire (Cinite, Duxbury et Higgins, 2009). Ce projet de recherche se distingue donc du point de vue théorique puisque l'on considère la perspective des personnes véritablement affectées par un changement d'envergure, c'est-à-dire les employés sur lesquels les mesures décrétées par l'instance gouvernementale ont un impact majeur.

Dans le même sens, les infirmiers et infirmières du système de santé québécois, dont plusieurs ont reçu une formation universitaire ou complémentaire reposant sur le Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (Cara et al., 2015a), peuvent voir dans ce mémoire un apport théorique non négligeable quant à l'application de ce modèle en pratique et plus particulièrement, en lien avec l'identité professionnelle de l'individu. Cette variable, ajoutée au modèle initial qui connaît actuellement une implantation davantage empirique dans différents milieux professionnels, offre une compréhension supplémentaire à ce modèle théorique et met d'autant plus en lumière les liens à effectuer entre la compétence professionnelle et le *caring*, d'une part, et le rôle à proprement dit de l'infirmière, d'autre part.

En dernier lieu, une troisième retombée théorique réside dans le fait que ce mémoire s'inscrit dans un contexte de recherche des plus actuels, en constante transformation et connaissant des bouleversements fondamentaux précurseurs de l'avenir des soins et services de santé prodigués au Québec. Il est dorénavant reconnu que dans les pays industrialisés, le meilleur moyen de faire face aux enjeux économiques et démographiques existants réside dans l'amélioration de l'efficacité des services publics, y compris ceux de la santé (Rivera Leon, Simmonds et Roman, 2013). Ainsi, il est essentiel qu'il y ait davantage de recherches portant sur les différentes sphères de la gestion du changement dans les organisations publiques et particulièrement, sur les conséquences découlant notamment de démarches massives de restructuration au sein d'un système extrêmement complexe qu'est celui de la santé (Oreg et Berson, 2011).

Au niveau des implications pratiques de ce mémoire, nous constatons qu'un enjeu majeur de cet environnement en perpétuel changement réside dans la capacité des gestionnaires à renforcer l'identité professionnelle des infirmiers et infirmières, en mettant en œuvre des mécanismes permettant d'améliorer à la fois le niveau de compétence professionnelle perçue et le niveau d'importance accordé au *caring* dans la pratique infirmière quotidienne, lesquels ont un impact positif et significatif sur l'identité professionnelle. D'une part, le niveau de compétence professionnelle perçue réside dans l'évaluation que fait l'infirmière de sa propre pratique, c'est-à-dire de l'intégration d'un ensemble de compétences acquises, découlant des connaissances, expériences et savoirs qui s'expriment dans l'action (Cara et al., 2016). Or, le contexte de soins actuel ne permet pas aux infirmières de maximiser leur compétence professionnelle, en raison notamment de la surcharge de travail considérable à laquelle elles font face et qui ne leur permet pas d'atteindre les standards de qualité exigés, ce qui est en contradiction avec leur identité professionnelle et a nécessairement un impact sur la qualité des soins délivrés. Cette surcharge de travail importante résulte en particulier de deux éléments fondamentaux, soit de la proportion du quart de

travail consacré à l'expertise de l'infirmière et des ratios infirmières/patients non optimaux. En effet, seulement 54% du quart de travail de l'infirmière est consacré à des activités qui nécessitent un niveau d'expertise infirmière, alors que 46% est consacré entre autres à « des soins techniques qui peuvent être donnés par une infirmière auxiliaire, des soins d'assistance qui peuvent être exécutés par un préposé aux bénéficiaires, ou encore des tâches d'entretien ménager, des activités administratives ou fonctionnelles » (Voyer et al., 2016). Dans le même sens, pour assurer 100% de la qualité des soins délivrés aux patients, il serait alors nécessaire de doubler le nombre d'infirmières sans toutefois augmenter le nombre de patients. Selon plusieurs études, l'utilisation optimale de l'expertise de l'infirmière a un effet positif notoire sur la clientèle, mais à l'inverse, la sous-utilisation des connaissances et des compétences des infirmières a des répercussions importantes sur la satisfaction au travail, de même que sur le recrutement et la rétention des infirmières, ce qui contribue à influencer négativement l'identité professionnelle (Bellerose, 2018). De ce fait, le contexte actuel caractérisé par une pénurie d'infirmières dans le réseau de la santé et simultanément, par une pénurie très significative de soins infirmiers dans les CHSLD (Voyer et al., 2016), exige que les gestionnaires réagissent rapidement à cette problématique majeure. Une première implication pratique réside donc dans le fait que les résultats de notre recherche se trouvent à démontrer de prime abord que la compétence professionnelle de l'infirmière doit nécessairement être utilisée à son plein potentiel, de sorte à renforcer l'identité professionnelle de l'infirmière et simultanément, d'augmenter la satisfaction au travail, la qualité des soins prodigués, la qualité de vie des infirmières et des résidents, tout en contribuant à la réduction de la surcharge de travail, de l'épuisement professionnel et de l'absentéisme. En mars 2018, trois ententes ont été signées entre le syndicat et le gouvernement afin d'ultimement, réduire les heures supplémentaires et les heures supplémentaires obligatoires qui reflètent la surcharge de travail énumérée, tout en favorisant l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre et la stabilisation des équipes de travail (Syndicat des professionnels en soins des Laurentides, 2018). En effet, ces trois ententes, orientées autour de la pré-cédure des employés à temps partiel, de la procédure accélérée d'affichage de postes et du rehaussement des postes à temps partiel constituent une avancée importante.

Une seconde implication pratique réside dans le fait que notre étude permet de démontrer que le niveau d'importance perçue accordé au *caring* influence significativement l'identité professionnelle de l'infirmière et subséquemment, la qualité des soins délivrée particulièrement au niveau humain et relationnel, ce qui met à l'avant-plan l'importance pour les gestionnaires de promouvoir la philosophie de soins humaniste, particulièrement dans un contexte de ressources limitées. En effet, le *caring* doit teinter les différentes dimensions de la gestion, dont les aspects économiques, politiques et légaux, ainsi que la mission et la culture de l'organisation, de sorte que les gestionnaires parviennent à créer un environnement de travail favorisant la philosophie de *caring* et contribuant à l'amélioration de la qualité des soins prodigués, conciliant à la fois les contraintes économiques et une pratique de gestion humaniste (Cara et al., 2016). Certes, la situation actuelle que l'on observe dans les CHSLD, caractérisée par la déshumanisation des soins, ne permet pas à l'infirmière de joindre le *caring* à sa pratique professionnelle quotidienne, du moins

pas autant qu'elle le souhaiterait, ce qui peut nécessairement rendre cette infirmière endurcie, déprimée et épuisée (Swanson, 1999). Or, l'infirmière qui pratique selon l'approche du *caring* renforce son identité professionnelle, dont les conséquences positives sont le sentiment d'accomplissement, la satisfaction et la gratitude relatives à l'emploi, l'intégrité, l'estime de soi, le respect et surtout, l'amour de la profession infirmière, ce qui est primordial de préserver dans une telle conjoncture afin d'assurer notamment la qualité des soins et services et surtout, la rétention et la satisfaction du personnel (Swanson, 1999).



## Conclusion

Notre recherche avait pour but de démontrer si, plus particulièrement en centres d'hébergement et de soins de longue durée, la compétence professionnelle et le *caring* influencent l'identité professionnelle de l'infirmière et si à son tour, l'identité professionnelle influence la qualité des soins prodigués aux patients. Parallèlement, notre objectif était de déterminer si, à la lumière de la réforme qui a eu potentiellement un impact négatif sur l'identité professionnelle, l'infirmière subit une détérioration de son bien-être physique et mental et expérimente, actuellement, un état de détresse psychologique au travail, qui pourrait influencer la qualité des soins prodigués. Parmi les principaux constats découlant des analyses statistiques réalisées, l'effet médiateur de l'identité professionnelle de l'infirmière dans la relation entre d'une part, la compétence professionnelle et le *caring* et d'autre part, la qualité des soins, s'est avéré confirmé. Cependant, le rôle modérateur du niveau de détresse psychologique de l'infirmière dans la relation entre l'identité professionnelle et la qualité des soins a été réfuté. Dans ce dernier chapitre, nous abordons donc les limitations de notre recherche, les implications théoriques et pratiques qui en découlent ainsi que quelques avenues de recherche pertinentes.

### Limitations théoriques et pratiques

D'une part, nous constatons qu'une première limite de notre étude réside dans le fait que l'identité professionnelle de l'infirmière a été spécifiquement abordée sous l'angle de la compétence professionnelle et du *caring*, chacun contribuant à façonner l'identité professionnelle, bien que ce concept puisse être influencé par différents aspects, tant personnels que sociaux. En effet, étant donné que nous nous sommes appuyés sur les fondements à l'origine du Modèle humaniste des soins infirmiers de l'Université de Montréal (Cara et al., 2015a), dans l'objectif d'ajouter une compréhension supplémentaire, théorique et pratique, à ce modèle, nous avons par le fait même limiter les déterminants de l'identité professionnelle de l'infirmière, qui a un impact non négligeable sur la qualité des soins prodigués. De ce fait, la conception qu'a l'infirmière de son propre rôle, découlant de l'ensemble de valeurs individuelles, de savoirs et d'intérêts qui constitue son bagage personnel ainsi que la façon dont elle internalise les valeurs de la profession en fonction des interactions qu'elle entretient avec les multiples acteurs de l'organisation, contribuent à construire une identité professionnelle extrêmement complexe, dont nous n'aurions pas été en mesure de cerner et d'approfondir les différentes caractéristiques. Cela représente nécessairement une limitation théorique de cette étude, tout en constituant simultanément un apport théorique significatif à un modèle de recherche québécois implanté dans les organisations publiques du système de santé et sous-tendant plusieurs programmes universitaires en sciences infirmières.

Une seconde limitation théorique s'apparente au fait qu'en raison de la complexité de notre modèle conceptuel de recherche, nous avons été dans l'obligation d'utiliser un instrument de mesure comportant plusieurs outils, valides et fidèles lorsqu'utilisés distinctement, mais dont nous ne connaissons pas la validité lorsqu'ils sont utilisés conjointement. Cependant, ces différents outils, utilisés dans plusieurs études empiriques menées par des chercheurs québécois, dont Jourdain et Chênevert (2015) et Busilacchi (2012), notamment, reflètent la réalité du système de santé au Québec et permettent une compréhension globale du phénomène étudié. En plus de la collecte de données de nature quantitative, une collecte de données de nature qualitative a permis de confirmer et de réfuter certains résultats obtenus lors des analyses statistiques. Or, l'instrument de mesure utilisé dans le cadre du volet « observation » qualitatif de notre étude est également la résultante de plusieurs outils, dont on ne peut démontrer la validité une fois qu'ils sont réunis.

Dans le même sens, une troisième limitation théorique résulte du fait que les répondants ont participé à notre étude sur une base volontaire et donc, il est possible de croire que l'échantillon retenu n'est pas représentatif de la population puisque les participants n'ont pas été ciblés par le hasard. La transformation qui s'opère actuellement dans le système de santé québécois, caractérisée notamment par le militantisme des droits acquis, l'opposition et la dénonciation des conditions de travail dans les médias, nous considérons que les personnes ayant des opinions moins favorables pourraient avoir été tentées de participer en plus grand nombre à cette étude, considérant l'impact potentiel pouvant avoir une collecte de données réalisée directement sur le terrain, en partenariat avec les gestionnaires et les employés, rassemblés pour faire valoir leur point de vue et défendre leur profession. Nous ne pouvons toutefois pas affirmer ces propos avec certitude, mais demeurons conscients de cet enjeu en raison du contexte de soin particulier.

D'autre part, les limitations de recherche d'ordre empirique nécessitent d'être abordées. La limitation empirique majeure de ce mémoire réside assurément dans le nombre restreint de répondants au questionnaire. En raison du contexte inquiétant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée du Québec caractérisé notamment par une surcharge de travail importante, le manque de personnel, l'augmentation du nombre de patients, le manque de matériel, l'instabilité des équipes de travail, la complexité des soins et les heures supplémentaires obligatoires (Naud et al., 2018), nous avons convenu que cette problématique se devait d'être étudiée et ce, avec circonspection. En effet, nous avons jugé d'un premier abord que la conjoncture actuelle requérait que l'on explore cet enjeu avec discernement et surtout, avec humanisme, ce pourquoi nous avons tenu à rencontrer les infirmières et à les solliciter en personne à participer à notre recherche. Certes, le nombre de questionnaires distribués et proportionnellement complétés s'est avéré en déca de nos attentes, mais les contraintes de temps et de déplacements, nommément, ne nous permettaient pas d'élargir suffisamment notre échantillon. Nous considérons que l'envoi électronique des questionnaires aurait permis de rejoindre un plus grand nombre d'infirmiers et infirmières, mais le contact humain était incontournable vu la précarité de la situation, afin d'assurer un taux de réponse minimal.

En somme, les résultats des analyses statistiques permettent de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de départ préalablement émises, en dépit du nombre de répondants restreint. Cependant, une limite empirique de ce projet de recherche que nous devons souligner est le faible pourcentage de variance expliquée de certaines analyses factorielles de second ordre, le standard étant de 50%. Cela s'avère toutefois peu compréhensible, étant donné que les différents items retenus ont déjà fait l'objet d'une analyse factorielle de premier ordre les identifiant à des facteurs distincts. Or, les résultats les plus faibles atteignent tout de même près de 50%, ce qui ne constitue pas un écart suffisant permettant de justifier la nécessité de recourir à une analyse supplémentaire. Dans le même sens, nous devons également mentionner qu'en dépit du fait que nous ayons recueilli par l'entremise de notre étude quantitative des données provenant de neuf CHSLD distincts, ceux-ci proviennent d'une seule et même organisation, soit d'un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Québec. Dans ce cas, nous ne pouvons exclure la possibilité que les résultats obtenus soient teintés par certaines caractéristiques organisationnelles qui sont propres à ce regroupement d'établissements (Hill, Seo, Kang et Taylor, 2012), ce qui limite la portée des résultats obtenus (Beaufort, 2016). De plus, une limitation empirique probable pourrait résider dans le fait que les données ont été récoltées à l'aide d'une méthode unique de collecte de données, soit le questionnaire, mais nous avons ajouté un volet qualitatif à notre étude en procédant à l'élaboration d'une grille d'observation. Cet instrument de mesure additionnel a permis de déterminer si à la lumière des comportements des participants ciblés, liés particulièrement au *caring*, il y avait congruence ou dissension en comparaison aux réponses et commentaires obtenus à l'aide du devis quantitatif. Or, nous devons tout de même soulever une certaine préoccupation concernant les biais qui peuvent résulter d'une observation directe et non participante, notamment en ce qui a trait à l'objectivité de l'observateur, biais que nous avons toutefois tenté d'atténuer le plus possible (Dépelteau, 2011). Cette méthode mixte toutefois, qui concilie à la fois la méthode quantitative et la méthode qualitative, permet l'intégration de plusieurs perspectives et « constitue un atout pour étudier les interventions et programmes complexes, multidisciplinaires notamment dans le domaine de la santé et plus particulièrement en santé publique » (O'Cathain, 2009 dans Guével et Pommier, 2012 : 24).

## **Avenues de recherche**

Plusieurs avenues de recherche potentielles peuvent être explorées, à la fois en continuité de ce mémoire ou parallèlement, en abordant des problématiques complémentaires à celles étudiées. En effet, nous proposons d'abord qu'une recherche semblable à la nôtre soit effectuée avec un plus grand échantillon de répondants provenant de plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec, de sorte à favoriser la généralisation des résultats obtenus. En ce sens, une collecte de données informatisée permettrait de rejoindre un nombre considérablement élevé de répondants et ce, à l'échelle de la province, sans toutefois engendrer de déplacement. Cette façon de procéder permettrait donc de

répondre à un double objectif, soit à la fois de généraliser les résultats, tout en ciblant des particularités propres à certaines régions, donnant lieu à des avenues de recherche subséquentes dont le but serait d'identifier les conditions et facteurs d'échec ou de succès des différentes micro-organisations du système de santé qui implantent des changements d'envergure au sein de leurs équipes de travail. Ce contexte de transformation donne lieu à une autre avenue de recherche pertinente qui consisterait à approfondir, contrairement à l'identité professionnelle qui est propre à l'infirmière, la mobilisation du personnel dans son ensemble, de sorte à déterminer l'impact d'une réforme ou d'une réorganisation massive sur l'engagement, la motivation et le comportement de l'employé. La mobilisation faisant incontestablement partie des facteurs de réussite d'une entreprise, il serait intéressant d'étudier, en continuité de cette étude, les éléments qui contribuent plus spécifiquement à la démobilitation du personnel et de cibler les stratégies pouvant être mises en œuvre pour accroître le positivisme et le sentiment d'appartenance, notamment, en situation d'innovation et de refonte des procédures et processus existants. Par exemple, un sondage sur la mobilisation du personnel du système de santé québécois réalisé préalablement à l'automne 2017 dans plusieurs établissements de santé pourrait servir d'assise à un projet de recherche futur. En outre, il serait pertinent d'étudier les interactions entre les différents acteurs du réseau de la santé qui prennent place à l'intérieur d'une telle conjoncture ainsi que le climat de travail qui en résulte, afin de déterminer l'influence d'une restructuration sur la qualité des rapports entre les parties et conséquemment, sur la qualité des soins prodigués aux résidents.

En terminant, il serait particulièrement à propos de tester un modèle tel que celui élaboré dans le cadre de ce mémoire d'après l'approche systémique, c'est-à-dire en plaçant en interrelation les multiples variables de sorte à déterminer de quelle façon elles s'influencent mutuellement et ce, dans différents contextes. Cela permettrait notamment, par exemple, de comprendre comment la qualité des soins influence la formulation des valeurs organisationnelles, relation abordée inversement dans cette présente recherche. En effet, il serait possible de vérifier la perspective systémique de notre modèle de recherche en proposant une conception davantage longitudinale de cette étude, permettant d'observer de façon récurrente dans le temps les phénomènes examinés ainsi que l'échantillon d'individus identifié, dans l'objectif de constater l'évolution temporelle et la conversion des relations existantes, découlant dans ce cas-ci d'une profonde transformation qu'est la réforme du système de santé québécois.

## Bibliographie

Abdelmalek, A. A. et Gérard, J.-L. (2001). Sciences humaines et soins. Manuel à l'usage des professions de santé. 2e édition, Paris, 388 p.

Abrams, Dominic et Hogg, Michael A. (2004). « Meta-theory: Lessons from social identity research » [version électronique], *Personality and Social Psychology Review*, vol. 8, no 2, p. 98-106.

Agostino, J. (2004). « Workplace identity » [thèse non publiée, Unpublished thesis Doctor of Business Administration], Hawthorn : Swinburne University of Technology.

Aiken, Linda H., Clarke, Sean P., Sloane, Douglas M., Lake, Eileen T. et Cheney, Timothy (2008). « Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes » [version électronique], *Journal of Nursing Administration*, vol. 38, no.5, p. 223-229.

Aiken, Linda H. et Patrician, Patricia A. (2000). « Measuring organizational traits of hospitals: The revised Nursing Work Index », *Nursing Research*, vol. 49, no 3, p. 146-153.

Allison, Paul D. (2001). *Missing Data*. Thousand Oaks, Sage Publications, Quantitative Applications in the Social Sciences, 93 p.

Almudever, Brigitte., Michaëlis, Nicolas., Aeschlimann, Marie-Pierre et Cazals-Ferré, Marie-Pierre (2012). « Le pouvoir d'agir à l'épreuve de la souffrance au travail : émotions, recherche et construction de sens » [version électronique], *Psychologie du Travail et des Organisations*, vol. 18, no. 1, p. 81-95.

Amiot, Catherine E., De la Sablonnière, Roxane., Terry, Deborah J. et Smith, Joanne R. (2007). « Integration of social identities in the self: Toward a cognitive-developmental model » [version électronique], *Personality and Social Psychology Review*, vol. 11, no 4, p. 364-388.

Archambault, Éloïse (2017, 11 juillet). « Le nombre de congés de maladie pour santé mentale a explosé », *Journal de Montréal*, section Actualité Santé. Récupéré de <http://www.journaldemontreal.com/2017/07/11/le-nombre-de-conges-de-maladie-pour-sante-mentale-a-explose>

Aronsson, Gunnar., Gustafsson, Klas et Dallner, M. (2000). « Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism » [version électronique], *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 54, no. 7, p. 502-509.

Arthur, David (1995). « Measurement of the professional self-concept of nurses: developing a measurement instrument » [version électronique], *Nurse Education Today*, vol. 15, p. 328-325.

Arthur, David (1992). « Measuring the professional self-concept of nurses: a critical review » [version électronique], *Journal of Advanced Nursing*, vol. 17, p. 712-719.

Arthur, D., Pang, S., Wong, T., Alexander, M.F., Drury, J., Eastwood, H., Johansson, I., Jooste, K., Naude, M., Noh, C.H., O'Brien, A., Sohng, K.Y., Stevenson, G.R., Sy-Sinda, M.T., Thorne, S., Van der Wal, D. et Xiao, S. (1999). « Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of Registered Nurses in eleven countries » [version électronique], *International Journal of Nursing Studies*, vol. 36, p. 387-396.

- Arthur, David et Thorne, Sally (1998). « Professional self-concept of nurses: a comparative study of four strata of nursing students in a Canadian university » [version électronique], *Nurse Education Today*, vol. 18, no 5, p. 380-388.
- Aryee, Samuel et Luk, Vivianne (1996). « Work and Nonwork Influences on the Career Satisfaction of Dual-Earner Couples » [version électronique], *Journal of Vocational Behavior*, vol. 49, no 1, p. 38-52.
- Ashforth, Blake E. et Kreiner, Glen E. (1999). « "How Can You Do It?": Dirty Work and the Challenge of Constructing a Positive Identity » [version électronique], *The Academy of Management Review*, vol. 24, no 3, p. 413-434
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2015). Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada [version électronique], Cadre de pratique, Ottawa, 44 p. Récupéré de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/cadre-de-pratique-des-infirmieres-et-infirmiers-au-canada.pdf?la=fr>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2010a). Prise de décision et pratique infirmière éclairée par des preuves [version électronique], Énoncé de position, Ottawa, 6 p. Récupéré de [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps113\\_evidence\\_informed\\_2010\\_f.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps113_evidence_informed_2010_f.pdf?la=fr)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2010b). « Éthique, relations et milieux de pratique de qualité » [version électronique], Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers autorisés, 16 p. Récupéré de [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics\\_in\\_practice\\_jan\\_2010\\_f.pdf?la=fr](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_in_practice_jan_2010_f.pdf?la=fr)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2003). « Ethical distress in health care environments » [version électronique], *Ethics in Practice for Registered Nurses*, 8 p. Récupéré de [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ethics\\_pract\\_ethical\\_distress\\_oct\\_2003\\_e.pdf?la=en](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/ethics_pract_ethical_distress_oct_2003_e.pdf?la=en)
- Axley, Lawrette (2008). « Competency: A Concept Analysis » [version électronique], *Nursing Forum*, vol. 43, no. 4, p. 214-222.
- Beaufort, Catherine (2016). *Analyse des déterminants relationnels, organisationnels et liés à la tâche des comportements de retrait des employés d'un CSSS : le rôle de l'adhésion aux changements et de l'épuisement professionnel*, [mémoire de maîtrise], Montréal, HEC Montréal, 158 p.
- Beaulieu, Marie-Dominique., Pomey, Marie--Pascale., Côté, Brigitte., Del Grande, Claudio., Ghorbel, Monia., Hua, Phuong et Tremblay, Éric (2012). « Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne » [version électronique], Rapport, Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESS), ETMIS : vol. 8, no 12, 103 p. Récupéré de [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/ETMIS2012\\_Vol8\\_No12.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/ETMIS2012_Vol8_No12.pdf)
- Begat, Ingrid., Ellefsen, Bodil. et Severinsson, Elisabeth (2005). « Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being—A Norwegian study [version électronique], *Journal of Nursing Management*, vol. 13, no. 3, p. 221-230.
- Behzadi S, Jahanmiri S, Jokar B, Borzooei M. (2004). *The relationship between student's self-concept and their perception of family cohesion and power*, Shiraz.
- Bellerose, Patrick (2018, 8 février). « Les infirmières submergées par d'autres tâches », *Journal de Québec*, section Actualité Santé. Récupéré de <http://www.journaldequebec.com/2018/02/08/les-infirmieres-submergees-par-dautres-taches>

Biro, Paule., Dervaux, Marie Pierre et Pegon, Martin (2005). « Le modèle de McGill » [version électronique], *Association de recherche en soins infirmiers* (ARSI), vol. 1, no 80, p. 28-38.

Blauner, Robert (1964). *Alienation and Freedom: The Factory Worker and His Industry*, Chicago, University of Chicago Press, 222 p.

Blegen, Mary A., Vaughn, Thomas E. et Goode, Colleen (2001). « Nurse experience and education: effect on quality of care » [version électronique], *Journal of Nursing Administration*, vol. 31, no 1, p. 33-39.

Bothma, F. Chris., Lloyd, Sandra et Khapova, Svetlana (2015). « Work Identity: Clarifying the Concept » [version électronique], dans Jansen, Paul G.W. et Roodt, Gert., *Conceptualising and Measuring Work Identity*, Afrique du Sud: South-African Perspectives and Findings, p. 23-51.

Boulan, Henri (2015). *Le questionnaire d'enquête; Les clés d'une étude marketing ou d'opinion réussie*, Paris, Dunod. Fonctions de l'entreprise. Récupéré de <https://books.google.ca/books?id=6nSiCgAAQBAJ&pg=PA58&lpg=PA58&dq=effet+tendance+centrale+questionnaire&source=bl&ots=rcqcV3kIZK&sig=j0dlu9Z4sx1yJkzh79Zbh92X8o&hl=fr&sa=X&ved=0aahUKEwjYkfbSIPbZAhU6oMKHTkRDWIQ6AEIVDAF#v=onepage&q=effet%20tendance%20centrale%20questionnaire&f=false>

Bowling, Nathan A. (2007). « Is the job satisfaction–job performance relationship spurious? A meta analytic examination » [version électronique], *Journal of Vocational Behavior*, vol. 71, no 2, p. 167-185.

Brignon, Béatrice et Ravestein, Jean (2015). « Apports et limites de la clinique de l'activité au développement de l'identité professionnelle des étudiants infirmiers » [version électronique], *Le travail humain*, vol. 78, no 3, p. 257-283.

Brousselle, Astrid., Contandriopoulos, Damien et Breton, Mylaine (2014, 13 novembre). « Opinion réforme du système de santé : nous sommes inquiets » [version électronique], *La Presse*, section Débats. Récupéré de [http://plus.lapresse.ca/screens/3f3fb951-c3dc-41ce-8b0a-305b64d1da92%7C\\_0.html](http://plus.lapresse.ca/screens/3f3fb951-c3dc-41ce-8b0a-305b64d1da92%7C_0.html)

Burke, Peter J. (1991). « Identity processes and social stress », [version électronique], *American Sociological Review*, vol. 56, no 6, p. 836–849.

Burke, Peter J. (1980). « The Self: Measurement Requirements from an Interactionist Perspective » [version électronique], *Social Psychology Quarterly*, vol. 43, no. 1, p. 18-29.

Burke, Peter J. et Stets, Jan E. (2009). *Identity Theory* [version électronique], New York: Oxford University Press, 249 p. Récupéré de [https://www.amazon.com/Identity-Theory-Peter-J-Burke/dp/0195388283#reader\\_0195388283](https://www.amazon.com/Identity-Theory-Peter-J-Burke/dp/0195388283#reader_0195388283)

Burke, Peter J. et Reitzes, Donald C. (1991) « An Identity Theory Approach to Commitment » [version électronique], *Social Psychology Quarterly*, vol. 54, no 3, p. 239-251.

Burke, Peter J. et Tully, Judy C. (1977). « The measurement of role identity » [version électronique], *Social Forces*, vol. 55, no 4, p. 881-897.

Busilacchi, Josée (2012). « *L'influence des attentes et du vécu relationnel sur la qualité des soins infirmiers en début d'emploi* », [mémoire], Montréal, HEC Montréal, 215 p.

Camirand, Hélène et Nanhou, Virginie (2008). « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 », *Zoom Santé*. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Institut de la statistique du Québec, septembre, 4 p. Récupéré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-200809.pdf>

Campbell, Stephen M., Roland, Martin O. et Buetow Stephen A. (2000). « Defining quality of care » [version électronique], *Social Science and Medecine*, vol. 51, no 11, p. 1611-1625.

Cara, Chantal., Gauvin-Lepage, Jérôme., Lefebvre, Hélène., Létourneau, Dimitri., Alderson, Marie., Larue, Caroline., Beauchamp, Janique., Gagnon, Lisette., Casimir, Manouche., Girard, Francine., Roy, Marielle., Robinette, Louise et Mathieu, Caroline (2016). « Le modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM : perspective novatrice et pragmatique » [version électronique], *Recherche en soins infirmiers*, vol. 2, no. 125, p. 20-31.

Cara, Chantal et Lefebvre, Hélène (2015). « Pratique clinique: démarche et modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM », Belgique: Université Libre de Bruxelles.

Cara, Chantal., Roy, Marielle., Thibault, Lucie., Alderson, Marie., Beauchamp, Janique., Casimir Manouche., et al. (2015a) « Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM, Synopsis du Modèle pour son opérationnalisation », [En ligne]. Montréal, Québec : Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Récupéré de [http://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele\\_humaniste.pdf](http://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele_humaniste.pdf)

Cara, Chantal., Roy, Marielle., Thibault, Lucie., Alderson, Marie., Beauchamp, Janique., Casimir, Manouche., et al. (2015b). « Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM : Dépliant », [En ligne]. Montréal, Québec : Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Récupéré de [https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Depliant-Modele\\_humaniste.pdf](https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Depliant-Modele_humaniste.pdf)

Cara, Chantal et Gagnon, Lisette (2014). « Atelier de formation #2: le Modèle humaniste des soins UdeM en pratique ». Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Cara, Chantal (2014a). « Atelier de formation #1: pratique clinique, démarche et Modèle humaniste des soins UdeM ». Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Cara, Chantal (2014b). « L'école de pensée du caring comme pilier à la conception d'un programme de formation initiale en soins infirmiers: un exemple québécois », communication présentée au Colloque multidisciplinaire de l'Institut et Haute École de la Santé La Source, Lausanne, Suisse, le 17 juin 2014.

Cara, Chantal et Girard, Francine (2013). « The humanist model of nursing care: a driving force for nursing education », communication présentée au 34e International Association for Human Caring Conference, Lac Buena Vista, Floride, mai 2013.

Cara, Chantal (2012). « An example of a humanistic caring program », communication présentée au Watson's Inaugural Caring Science Summer Institute & World Caring Conference, Boulder, Colorado, juillet 2012.

Cara, Chantal (2010). « Explorer les fondements théoriques du caring dans la pratique infirmière », dans Poulin, Sylvain., Brassard, Yvon., Lemire, Carole., Dallaire, Clémence., Potter, Patricia A., Perry, Anne Griffin et Le May, Sylvie., *Soins infirmiers - Fondements généraux*, Montréal, Québec: Chenelière Éducation, 3<sup>e</sup> édition, p. 84-99.

Cara, Chantal et O'Reilly, Louise (2008). « S'approprier la théorie du human caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique » [version électronique], *Recherche en soins infirmiers*, no 95, p. 37-45.

Cara, Chantal (2004). « Le caring en 2004: Le vivre dans sa pratique au quotidien », Conférence d'ouverture, communication présentée au 26e colloque de l'International Association for Human Caring, Montréal, juin 2004.

Cara, Chantal (2003). « A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory » [version électronique], *International Journal of Human Caring*, vol. 7, no 3, p. 51-61. Récupéré de <https://pdfs.semanticscholar.org/1eac/3d84e2725b5d5aa113589f1d209d0a8ca7b3.pdf>



Caron, Régys (2013, 26 septembre). « Moins d'infirmières dans la CHSLD » [version électronique], *TVA Nouvelles*, section Actualités. Récupéré de <http://www.tvanouvelles.ca/2013/09/26/moins-dinfirmieres-dans-les-chsld>

Cassidy, Clare et Trew, Karen (2001). « Assessing identity change: A longitudinal study of the transition from school to college » [version électronique], *Group Processes and Intergroup Relations*, vol. 4, no 1, p. 49-60.

Centrale des syndicats du Québec (2014). « *Projet de loi no 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* », Conseil général; proposition A1415-CG-013, Montréal, 21 p. Récupéré de <https://seecb.files.wordpress.com/2014/10/a1415-cg-013-projet-de-loi-no-10.pdf>

Chandola, Tarani., Brunner, Eric et Marmot, Michael G. (2006). « Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study » [version électronique], *BMJ*, vol. 4, no. 332, p. 521-525.

Cho, Kyung Sook (1999). « The effects of hand massage programme on anxiety and immune function in clients with cataract surgery under local anaesthesia » [version électronique], *Journal of Korean Academy of Nursing*, vol. 29, no. 1, p. 97-106.

Cho, Kang Su et Moon Jeong Sok (2001). « The effect of handholding on anxiety in cataract surgery patients under local anaesthesia » [version électronique], *Journal of Advanced Nursing*, vol 35, no. 3, p. 407-415.

Cinite, Inta., Duxbury, Linda E. et Higgins, Chris (2009). « Measurement of Perceived Organizational Readiness for Change in the Public Sector » [version électronique], *British Journal of Management*, vol. 20, no. 2, p. 265-277.

Cohen-Scali, Valérie (1997). « La socialisation professionnelle des publics des formations en alternance » [version électronique], *Pour*, no. 154, p. 37-49.

Collins, Sean et Long, A. (2003). « Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers-a literature review » [version électronique], *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 10, no. 4, p. 417-424.

Cooperberg, Matthew R., Birkmeyer, John D. et Litwin, Mark S. (2009). « Defining high quality of care » [version électronique], *urologic oncology: seminars and original investigation*, vol. 27, no 4, p. 411-416.

Cormier, François (2018, 28 février). « 30 % des infirmières et professionnels en soins songent à quitter leur emploi », *Journal de Montréal*, section Actualité Santé. Récupéré de <http://www.journaldemontreal.com/2018/02/28/30--des-infirmieres-et-professionnels-en-soins-songent-a-quitter-leur-emploi-1>

Cossette, Sylvie (2006). *Guide d'utilisation : Échelles d'interaction infirmière-patients*. Montréal : Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 31 p. Récupéré de [http://www.academia.edu/6662747/Caring\\_Nurse\\_Patient\\_Interaction\\_Scale\\_-\\_Echelle\\_dinteractions\\_patient-infirmi%C3%A8re\\_French\\_Version\\_-\\_Version\\_francaise\\_](http://www.academia.edu/6662747/Caring_Nurse_Patient_Interaction_Scale_-_Echelle_dinteractions_patient-infirmi%C3%A8re_French_Version_-_Version_francaise_)

Cossette, Sylvie., Côté, Jose K., Pépin, Jacinthe., Ricard, Nicole., D'Aoust, Louis-Xavier (2006). « A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective: refinement of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale) », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 55, no. 2, p. 198-214.

Cowin, Leanne S. et Hengstberger-Sims, Cecily (2006). « New graduate nurse self-concept and retention: A longitudinal survey » [version électronique], *International Journal of Nursing Studies*, vol. 43, no 1, p. 59-70.

Darras, Elisabeth., Dierckx de Casterlé, Bernadette., Milisen, Koen., Braes, Tom., Denhaerynck, Kris., Dierckx, Katrien., Siebens, Kaat., Dubois, Yannick et Leonard, Sophie (2001-2003). « La profession infirmière en crise ? Une recherche sur le concept de soi professionnel des infirmiers », Projet réalisé à la demande du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, 100 p.

De Gaudemaris, Regis., Levant, Aude., Ehlinger, Virginie., Hérin, Fabrice., Lepage, Benoît., Soulat, Jean-Marc., Sobaszek, Annie., Kelly-Irving, Michelle et Lang, Thierry (2011). « Blood pressure and working conditions in hospital nurses and nursing assistants. The ORSOSA study » [version électronique], *Archives of Cardiovascular Disease*, vol. 104, no. 2, p. 97-103.

Dépelteau, François (2011). *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, Québec, Les presses de l'Université Laval, De Boeck Université, 417 p.

Deschesnes, Marthe (1998). « Étude de la validité et de la fidélité de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ-14) chez une population adolescente », *Psychologie canadienne*, vol. 39, no 4, p. 288-298.

Desmarais, Amélie (2017, 15 janvier). « Taux d'absentéisme en hausse au CIUSSS : 1 personne sur 5 en congé », *Radio-Canada*, section Santé. Récupéré de <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1010994/personne-hopital-absent-ciuss-mauricie-maladie-maternite>

Desmeules, Judith (2018, 14 mai). « Les travailleurs de la santé vivent plus de stress quotidien », *Journal La Tribune*, section Actualités. Récupéré de <https://www.latribune.ca/actualites/les-travailleurs-de-la-sante-vivent-plus-de-stress-quotidien-030fc52917d1b40d8a82980c32bd83c0>

Diamantopoulos, Adamantios et Siguaw, Judy A. (2000). *Introducing LISREL : A Guide for the Uninitiated*, Londres, Sage Publications, 167 p.

Donabedian, Avedis (1988). « The quality of care: how can it be assessed? » [version électronique], *Journal of the American Medical Association*, vol. 260, no 12, p. 1743-1748.

Donabedian, Avedis (1980). « The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment », *Health Administration Press*, vol. 1, 163 p.

Donabedian, Avedis (1966). « Evaluating the quality of medical care » [version électronique], *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 44, no 3, p. 166-203.

Dubar, Claude (2015). *La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles*, 5e édition, Paris, Armand Colin, Collection U. Sociologie, 251 p.

Dubar, Claude (2010). *La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles*, 4e édition, Paris, Armand Colin, Collection U. Sociologie, 256 p.

Dubar, Claude (2000). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. 3<sup>e</sup> édition, Paris : Armand Colin, U Sociologie, 256 p.

Dubar, Claude (1995). *La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles*, 2e édition, Paris, Armand Colin, Collection U. Sociologie, 276 p.

Dubar, Claude et Tripier, Pierre (2005). *Sociologie des professions*. 2<sup>e</sup> édition, Paris: Armand Colin, U Sociologie, 2005, 256 p.

- Dufour, Marie-Pier (2012). *Conception, mesure et effet prédictif de la reconnaissance et du soutien organisationnel en fonction de l'appartenance générationnelle*, [thèse de doctorat], Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 216 p.
- Duquette, A., & Cara, Chantal (2000). « Le caring et la santé de l'infirmière » [version électronique], *L'infirmière Canadienne*, vol. 1, no 2, p. 10-11.
- Durant, Claire (2003). *L'analyse factorielle et l'analyse de fidélité : notes de cours et exemples*, cours d'introduction à l'analyse factorielle [rapport écrit], Université de Montréal.
- Edvardsson, David., Watt, Elizabeth et Pearce, Frances (2016). « Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality » [version électronique], *Journal of Advanced Nursing*, vol. 73, no 1, p. 217–227.
- Eggenberger, Terry (2012). « Exploring the charge nurse role: holding the frontline » [version électronique], *Journal of Nursing Administration*, vol. 42, no. 11, p. 502-506.
- Erikson, Erik H. (1972). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*, Champs essais-Psychologie et psychanalyse, Paris : Flammarion, 352 p.
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2017a). Présentation et mission, Université de Montréal. Récupéré le 01 avril 2017 de <http://fsi.umontreal.ca/faculte/portrait-de-la-faculte/presentation-et-mission/>
- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (2017b). Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM, Université de Montréal. Récupéré le 01 avril 2017 de <http://fsi.umontreal.ca/faculte/portrait-de-la-faculte/modele-humaniste-des-soins-infirmiers-udem/>
- Fagerberg, Ingegerd et Kihlgren, Mona (2001). « Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation » [version électronique], *Journal of Advanced Nursing*, vol. 34, no 1, p. 137-145.
- Fagermoen, May Solveig (1997). « Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice » [version électronique], *Journal of Advanced Nursing*, vol. 25, p. 434-441.
- Fakouri, Carolyn et Jones, Philip Edward (1987). « Relaxation Rx: slow stroke back rub. » [version électronique], *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 13, no. 2, p. 32-35.
- Fawcett, Jacqueline (1984). « The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements for Theory Development », *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 16, no 3, p. 84-87.
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) (2017). *Étude sur les ratios professionnel(le)s en soins/patients*, projet no 15098-009, Montréal, Léger; Recherche-Stratégie-Conseil, 43 p. Récupéré de [http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2017/10/Rapport\\_FIQ\\_15098-009\\_-\\_Octobre\\_2017.pdf?download=1](http://www.fiqsante.qc.ca/wp-content/uploads/2017/10/Rapport_FIQ_15098-009_-_Octobre_2017.pdf?download=1)
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (2014, 30 avril). « Coupures de postes de professionnelles en soins et organisation du travail déficiente – Les soins aux personnes en CHSLD sont mis en péril » [version électronique], *FIQ*. Récupéré de <http://ancien.fiqsante.qc.ca/fr/contents/communiques/coupures-de-postes-de-professionnelles-en-soins-et-organisation-du-travail-deficiente-les-soins-aux-personnes-en-chsld-sont-mis-en-peril.html>
- Foote, Nelson N. (1951). « Identification as the Basis for a Theory of Motivation » [version électronique], *American Sociological Review*, vol. 26, no 1, p. 14-21.

Forbes, Catherine (2005). « *Élaboration et validation d'une grille d'observation des interactions patient / infirmière* », [mémoire], Montréal, Université de Montréal, 185 p.

Franks, David D. et Marolla, Joseph (1976). « Efficacious Action and Social Approval as Interacting Dimensions of Self-Esteem: A Tentative Formulation Through Construct Validation » [version électronique], *Sociometry*, vol. 39, no 4, p. 324-341.

Fréchette, Julie (2010). « Étude des facteurs d'attraction organisationnelle chez les finissantes en soins infirmiers », [mémoire], Montréal, HEC Montréal, 135 p.

Gardès, Nathalie (2018). « Développement et validation d'une échelle de mesure de la compétence relationnelle du dirigeant et analyse de son impact sur l'accompagnement financier » [version électronique], *Revue Finance Contrôle Stratégie*, vol. 21, no. 1, p. 1-32.

Gauthier, Benoit (sous la direction de) (1990). « Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données, Montréal, Presses de l'Université du Québec », dans Dépelteau, François (2011). *La démarche d'une recherche en sciences humaines*, Québec, Les presses de l'Université Laval, p. 337.

Gecas, Viktor (1982). « The Self-Concept » [version électronique], *Annual Review of Sociology*, vol. 8, p. 1-32.

Gecas, Viktor et Schwalbe, Michael L. (1983). « Beyond the Looking-Glass Self: Social Structure and Efficacy-Based Self-Esteem » [version électronique], *Social Psychology Quarterly*, vol. 46, no 2, p. 77-88.

George, Darren et Mallery, Paul (2011). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 18.0 update*, Boston, Allyn and Bacon, 386 p.

Gifford, Allen., Laurent, Diana., Gonzales, Virginia M., Chesney, Margaret A. et Lorig, Kate R. (1998). « Pilot randomized trial of education to improve self-management skills of men with symptomatic HIV/AIDS » [version électronique], *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, vol. 18, no. 2, p. 136-144.

Girard, Francine et Cara, Chantal (2011). « Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM », Montréal, Québec: Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Giroux, Yan (2016, 15 juin). « Opinion : coupes en santé le potentiel de déshumaniser les soins » [version électronique], *La Presse*, section Débats, Récupéré de [http://plus.lapresse.ca/screens/61bad524-a41f-4959-b68a-bc8fd770ead1%7C\\_0.html](http://plus.lapresse.ca/screens/61bad524-a41f-4959-b68a-bc8fd770ead1%7C_0.html)

Gohier, Christiane., Anadón, Marta., Bouchard, Yvon., Charbonneau, Benoît et Chevrier, Jacques (2001). « La construction identitaire de l'enseignant sur le plan professionnel : un processus dynamique et interactif » [version électronique], *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 27, n 1, p. 3-32.

Gouvernement du Québec (2018). *Le CISSS*, Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Récupéré le 5 janvier 2018 de <https://www.cisss-bsl.gouv.qc.ca/cisss/a-propos-de-nous/le-cisss>

Gouvernement du Québec (2018). *Mission*, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Récupéré le 5 janvier 2018 de <http://www.santesaglac.com/ciuss/mission>

Gouvernement du Québec (2018). *Mission, vision valeurs*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. Récupéré le 5 janvier 2018 de <http://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/propos-de-nous/portrait-du-ciuss-de-la-capitale-nationale/mission-vision-valeurs>

Gouvernement du Québec (2018). *Mission, vision valeurs*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Récupéré le 5 janvier 2018 de <http://ciusssmcq.ca/a-propos-de-nous/le-ciusss-mcq/mission-vision-valeurs>

Gouvernement du Québec (2018). *Fondements; valeurs, principes et stratégie*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Récupéré le 5 janvier 2018 de <https://www.santeestrie.qc.ca/a-propos/fondements/>

Gouvernement du Québec (2018). *Nos fondements organisationnels*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Récupéré le 5 janvier 2018 de <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/a-propos/portrait/nos-fondements-organisationnels/>

Gouvernement du Québec (2018). *Mission et valeurs*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Récupéré le 5 janvier 2018 de <https://ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/mission-et-valeurs/>

Gouvernement du Québec (2018). *Mission et valeurs*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Récupéré le 5 janvier 2018 de <http://ciusss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/le-ciusss/mission-valeurs-et-code-d-ethique/mission-et-valeurs/>

Gouvernement du Québec (2018). *Mission, vision et valeurs*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Récupéré le 5 janvier 2018 de <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/le-ciusss/mission-vision-et-valeurs/>

Gouvernement du Québec (2018). *Mission*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Récupéré le 5 janvier 2018 de <http://ciusss-nordmtl.gouv.qc.ca/votre-ciusss/mission/>

Gouvernement du Québec (2018). *Mission, vision, valeurs*. Centre intégré de santé et services sociaux de l'Outaouais. Récupéré le 5 janvier 2018 de <https://cisss-outaouais.gouv.qc.ca/mon-cisss/mission-vision-valeurs/>

Gouvernement du Québec (2018). *La mission*, Centre intégré de santé et services sociaux de la Gaspésie. Récupéré le 5 janvier 2018 de <http://www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/le-cisss/la-mission.html>

Gouvernement du Québec (2018). *Mission, vision, valeurs*. Centre intégré de santé et services sociaux de Chaudière-Appalaches. Récupéré le 5 janvier 2018 de <http://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/le-cisss-de-chaudiere-appalaches/mission-vision-valeurs/>

Gouvernement du Québec (2018). *Présentation du CISSS de Laval*. Centre intégré de santé et services sociaux de Laval. Récupéré le 5 janvier 2018 de <http://www.lavalensante.com/cisss-de-laval/>

Gouvernement du Québec (2018). *Mission, vision, valeurs*. Centre intégré de santé et services sociaux des Laurentides. Récupéré le 5 janvier 2018 de [http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/cisss/notre\\_etablissement/mission\\_vision\\_valeurs.html](http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/cisss/notre_etablissement/mission_vision_valeurs.html)

Gouvernement du Québec (2016). *La loi 10 un an plus tard - Le système de santé est plus malade qu'il y a un an et c'est Gaëtan Barrette qui en est responsable!*, Portail Québec; Fil d'information, Montréal, Récupéré de <http://www.fil-information.gouv.qc.ca/Pages/Article.aspx?idArticle=2404036145>

Gouvernement du Québec (2015). *Réorganisation du réseau*. Santé et services sociaux du Québec. Récupéré de <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/reorganisation/>

Greenglass, Esther R. et Burke, Ronald, J. (2001). « Stress and effects of hospital restructuring in nurses » [version électronique], Canadian Journal of Nursing Research, vol. 33, no. 2, p. 93-108.

- Guével, Marie-Renée et Pommier, Jeanine (2012). « Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration » [version électronique], *Santé Publique*, vol. 24, no. 1, p. 23-38.
- Hair, Joseph F., Anderson, Rolph E., Tatham, Ronald L. et Black, William C. (1998). *Multivariate data analysis with readings*, 4e édition, Upper Saddle River, Prentice-Hall.
- Harris, Nia (2001). « Management of work-related stress in nursing » [version électronique], *Nursing Standard*, vol. 16, no. 10, p. 47-52.
- Haute autorité de santé (2005). « L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé », Guide EPP, Saint-Denis La Plaine, 56 p. Récupéré de [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide\\_epp\\_juin\\_2005.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_epp_juin_2005.pdf)
- Heise, David R. (1982). « Understanding Events: Affect and the Construction of Social Action » [version électronique], *American Journal of Sociology*, vol. 88, no 3, p. 597-599.
- Hensel, Desiree et Stoelting-Gettelfinger, Wendy (2011). « Changes in stress and nurse self-concept among baccalaureate nursing students » [version électronique], *Journal of nursing education*, vol. 50, no 5, p. 290-293.
- Hill, N. Sharon., Seo, Myeong-Gu., Kang, Jae Hyeung et Taylor, Susan (2012). « Building Employee Commitment to Change Across Organizational Levels: The Influence of Hierarchical Distance and Direct Managers' Transformational Leadership » [version électronique], *Organization Science*, vol. 23, no. 3, p.758-777.
- Hitlin, Steven. (2003). « Values as the core of personal identity: Drawing links between two theories of self » [version électronique], *Social Psychology Quarterly*, vol. 66, no 2, p. 118-137.
- Hogg, Michael A., et Ridgeway, Cecilia L. (2003). « Social identity: Sociological and social psychological perspectives » [version électronique], *Social Psychology Quarterly*, vol. 66, no 2, p. 97-100.
- Hogg, Michael A. (2001). « A social identity theory of leadership » [version électronique], *Personality and Social Psychology Review*, vol. 5, no 3, p. 184-200.
- Hogg, Michael A., et Terry, Deborah J. (2000). « Social identity and self-categorization processes in organisational contexts » [version électronique], *The Academy of Management Review*, vol. 25, no 1, p. 121-140.
- Hogg, Michael A., Terry, Deborah J. et White, Katherine M. (1995). « « A Tale of Two Theories: A Critical Comparison of Identity Theory with Social Identity Theory » [version électronique], *Social Psychology Quarterly*, vol. 58, no 4, p. 255-269.
- Hollinger, Linda M. (1986). « Communicating with the elderly » [version électronique], *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 12, no. 3, p. 8-9.
- Homer, Rosemary et Ryan, Linda (2013). « Making the grade: Charge nurse education improves job performance » [version électronique], *Nursing Management*, vol. 44, no. 3, p. 38-44.
- Hooper, Daire., Coughlan, Joseph et Mullen, Michael R. (2008). « Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit » [version électronique], *Electronic Journal of Business Research Methods*, vol. 6, no. 1, p. 53-60.
- Hurlimann, Claire (2001). « Approche conceptuelle de la qualité des soins » [version électronique], *Actualité et dossier en santé publique*, no 35, p. 23-28.

- Ibarra, Herminia. (1999). « Provisional selves: Experimenting with image and identity in professional adaptation » [version électronique], *Administrative Science Quarterly*, vol. 44, no 4, p. 764-791.
- Institut de la statistique du Québec (2015). Le bilan démographique du Québec, Édition 2015. Récupéré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2015.pdf>
- Institut de la statistique du Québec (2012). L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011 ; Tome 2 : Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé mentale et leur adaptation sociale. Récupéré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/adaptation-sociale/sante-jeunes-secondaire2.pdf>
- Institute of medicine (2003). « The Core Competencies Needed for Health Care Professionals » dans Institute of medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit, *Health Professions Education: A Bridge to Quality*, Washington, D.C.: National Academy Press, Éditeurs: Greiner, Ann C. et Knebel, Elisa, 192 p.
- Institute of Medicine (2001). « Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century » [version électronique], Washington, D.C.: National Academy Press, 364 p.
- Irurita, Vera F. (1999). « Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective » [version électronique], *International Journal of Nursing Practice*, vol.5, no 1, p. 86-94.
- Jahanbin, Iran., Badiyepyma, Zohreh., Sharif, Farkhondeh., Ghodsbin, Fariba et Keshavarzi, Sare (2012). « The impact of teaching professional self-concept on clinical performance perception in nursing students » [version électronique], *Life Science Journal*, vol. 9, no 4, p. 653-659.
- Johnston, Deirdre. D. et Swanson, Debra. H. (2007) « Cognitive acrobatics in the construction of worker-mother identity » [version électronique], *Sex Roles*, vol. 57, no 5, p. 447-459.
- Jourdain, Geneviève et Chênevert, Denis (2015). « The Moderating Influence of Perceived Organizational Values on the Burnout-Absenteeism Relationship » [version électronique], *Journal of Business and Psychology*, vol. 30, p. 177-191.
- Judge, Timothy A. et Cable, Daniel M. (1997). « Applicant personality, organizational culture, and organizational attraction », *Personnel Psychology*, vol. 50, p. 359-392.
- Kelly, Brigid (1998). « Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses » [version électronique], *Journal of Advanced Nursing*, vol. 28, no. 5, p. 1134-1145.
- Kirkman, Bradley L. et Rosen, Benson (1999). « Beyond self-management: Antecedents and consequences of team empowerment » [version électronique], *The Academy of Management Journal*, vol. 42, no 1, p. 58-74.
- Kristof, Amy L. (1996). « Person-organization fit: An integrative review of its conceptualisations, measurement, and implications » [version électronique], *Personnel Psychology*, vol. 49, no.1, p. 1-49.
- Larouche, Catherine (2012). « *Le développement de l'identité professionnelle en formation infirmière par l'utilisation optimale des conceptions infirmières* », [mémoire], Montréal, Université de Montréal, 116 p.
- Larouche, Jean-Marc et Legault, Georges A. (2003). « L'identité professionnelle : construction identitaire et crise d'identité » [version électronique], dans Legault, Georges. A., *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Montréal : Presses de l'Université du Québec, p. 1-25.
- Laschinger, Heather et Leiter, Michael (2006). « The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: the mediating role of burnout engagement » [version électronique], *Journal of Nursing Administration*, vol. 36, no. 5, p. 259-267.

Lecomte, Anne Marie (2014, 25 septembre). « Québec propose une réforme majeure du système de santé » [version électronique], *Radio-Canada avec La Presse canadienne*, section Politique. Récupéré de <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/686244/barette-projet-loi-sante>

Le Corff, Yann., Yergeau, Éric, Beaudin, Marie-Ève et Dorceus, Sabruna (2017). *Psychométrie à l'UdeS : Définition du concept de fidélité*. Récupéré le 15 mars 2018 de <https://psychometrie.espaceweb.usherbrooke.ca/la-methode-dequivalence/page-d-exemple>

Leech, Nancy L., Barrett, Karen C. et Morgan, George A. (2011). *IBM SPSS for intermediate statistics: Use and interpretation*, New York, Routledge, 300 p.

Lévesque, Lia (2018, 27 février). « Infirmières épuisées : « Du jamais vu », affirme leur ordre professionnel », *Le Devoir*, section Société. Récupéré de <https://www.ledevoir.com/societe/sante/521307/crise-en-soins-infirmiers-du-jamais-vu-dit-l-ordre-des-infirmieres>

Levy-Malmberg, Rika et Hilli, Yvonne (2014). « The enhancement of clinical competence through caring science » [version électronique], *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 28, p. 861-866.

Lorig, Kate R., Sobel, David S., Ritter, Philip L., Laurent, Diana et Hobbs, Mary (2001). « Effect of a self-management program on patients with chronic disease » [version électronique], *Effective Clinical Practice*, vol. 4, no. 6, p. 256-262.

MacCallum, Robert C., Browne, Michael W. et Sugawara, Hazuki M. (1996). « Power Analysis and Determination of Sample Size for Covariance Structure Modeling » [version électronique], *Psychological Methods*, vol. 1, no. 2, p. 130-49.

Manary, Matthew P., Boulding, William., Staelin, Richard et Glickman, Seth W. (2013). « The patient experience and health outcomes » [version électronique], *New England Journal of Medicine*, vol. 368, no. 1, p. 201-203.

Martineau, Stéphane (2005). « L'instrumentation dans la collecte de données. Recherches qualitatives », Hors-série numéro 2, Actes du colloque *L'instrumentation dans la collecte des données*, Trois-Rivières, 26 novembre 2004, Association pour la recherche qualitative, Université du Québec à Trois-Rivières, p. 1-13.

McCorkle, Ruth. (1974). « Effects of touch on seriously ill patients » [version électronique], *Journal of Nursing Research*, vol. 23, no. 2, p. 125-132.

McDonald, Paul et Gandz, Jeffrey (1991). « Identification of values relevant to business research » [version électronique], *Human Resource Management*, vol. 30, no. 2, p. 217-236.

Mealer, Meredith L., Shelton, April., Berg, Britt., Rothbaum, Barbara et Moss, Marc (2007). « Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses » [version électronique], *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 175, no. 7, p. 693-697.

Meglino, Bruce., Ravlin, Elizabeth C. et Adkins, Cheryl L. (1989). « A Work Values Approach to Corporate Culture », *Journal of Applied Psychology*, vol. 74, no 3, p. 424-432.

Meryn, Siegfried (1998). « Improving communication skills: To carry coals to Newcastle? » [version électronique], *Medical Teacher*, vol. 20, no. 4, p. 331-337.

Ministère de la santé et des services sociaux (2016). Rapport 2015-2016 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec, [version électronique], rapport no 6-735-02W, Québec, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-735-02W.pdf>



- Mönnikes, Hubert., Tebbe, J. J., Hildebrandt, Martin., Arck, P., Osmanoglou, E., Rose, M., Klapp, Burghard Friedrich., Wiedenmann, Bertram et Heymann Mönnikes, I. (2001). « Role of stress in functional gastrointestinal disorders » [version électronique], *Digestive Diseases*, vol. 19, no. 3, p. 201-211.
- Morgan, Debra., Semchuk, Karen M., Stewart, Norma J. et D'Arcy, Carl (2002). « Job strain among staff of rural nursing homes » [version électronique], *Journal of Nursing Administration*, vol. 32, no. 3, p. 152-161.
- Naud, Joëlle., Laberge, Mia et Durand, Marc-Antoine (2018, 14 février). « Les travailleuses de la santé et la violence organisationnelle », *Le Devoir*, section Opinion. Récupéré de <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/520219/les-travailleuses-de-la-sante-et-la-violence-organisationnelle>
- Néron, Amélie (2007). « *L'influence des valeurs organisationnelles sur les comportements de citoyenneté organisationnelle : le rôle médiateur du soutien, de la confiance et de l'engagement organisationnel affectif* », [mémoire], Montréal, HEC Montréal, 178 p.
- Newsom, J. T. (2018). *Some Clarifications and Recommendations on Fit Indices*, Psy 523/623 Structural Equation Modeling. Récupéré le 3 mars 2018 de [http://web.pdx.edu/~newsomj/semclass/ho\\_fit.pdf](http://web.pdx.edu/~newsomj/semclass/ho_fit.pdf)
- Noh, Choon Hee., Arthur, David et Sohng Kyeong Yae (2002). « Relationship between technological influences and caring attributes of Korean nurses » [version électronique], *International Journal of Nursing Practice*, vol. 8, p. 247-256.
- O'Cathain, Alicia (2009). « Mixed methods research in the health sciences: a quiet revolution » [version électronique], *Journal of Mixed Methods Research*, vol. 3, no. 1, p. 3-6.
- Olkkonen, Maria-Elena et Lipponen, Jukka (2006). « Relationships between organisational justice, identification with organisations and work-unit, and group-related outcomes » [version électronique], *Organisational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 100, no 2, p. 202-215.
- Oreg, Shaul et Berson, Yair (2011). « Leadership and employees' reactions to change: the role of leaders' personal attributes and transformational leadership style » [version électronique], *Personnel Psychology*, vol. 64, no. 3, p. 627-659.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2016-2017*, document de travail no 7444 (16-17), Québec, 9 p. Récupéré de <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/Portrait-sommaire-2016-2017.pdf/bebc262b-8320-8f36-3aef-b26ae96f2fbe>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016). « *Pour des mesures concrètes de bienveillance dans les CHSLD et les résidences privées pour aînés* », Synthèse des prises de position de l'OIIQ 2013-2016.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015). Code de déontologie des infirmières et infirmiers, Montréal, 24 p.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2014). *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*, [mémoire], Montréal, Commission de la Santé et des Services sociaux, 37 p.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2010). *Perspective de l'exercice de la profession infirmière*, document de travail no 263 NS, Montréal, 32 p. Récupéré de [http://www.oiiq.org/sites/default/files/263NS\\_doc.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/263NS_doc.pdf)

O'Reilly, Louise et Cara, Chantal (2010). « « Être avec » la personne soignée en réadaptation : une rencontre humaine profonde, thérapeutique et transformatrice » [version électronique], *Recherche en soins infirmiers*, vol. 4, no 103, p. 46-66.

O'Reilly, Louise. (2008). « Honorer la rencontre humaine: fondement relationnel du caring », Acte du colloque: Le caring, pour une transformation humaniste des pratiques de soins, communication présentée au congrès de l'Association Canadienne Française pour l'Avancement des Sciences (ACFAS), INRS, Québec, le 7 mai 2008.

Peltier, James W., Boyt, Thomas et Schibrowsky, John A. (1998). « Relationship building » [version électronique], *Marketing Health Services*, vol. 18, no. 3, p. 17-24.

Perry, Anne Griffin et Cara, Chantal (2017). « Explorer les fondements théoriques du caring dans la pratique infirmière », dans Potter, Patricia A., Perry, Anne Griffin., Stockert, Patricia A., Hall, Amy M., Dallaire, Clémence et Le May, Sylvie., *Soins infirmiers- Fondements généraux*, Montréal, Québec : Chenelière Éducation, 4<sup>e</sup> édition, p. 72-87.

Peter, Elizabeth et Liaschenko, John (2004). « Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity » [version électronique], *Nursing Inquiry*, vol. 11, no. 4, p. 218-225.

Plamondon Emond, Étienne (2017, 20 mai). « Les CHSLD à bout de souffle » [version électronique], *Le Devoir*, section Santé. Récupéré de <http://www.ledevoir.com/societe/sante/499024/les-chsld-a-bout-de-souffle>

Plante, Claude (2017, 2 mars). « Une infirmière dénonce le manque de personnel dans les CHSLD », *La Tribune; La Presse*, section Actualités. Récupéré de <http://www.lapresse.ca/la-tribune/actualites/201703/02/01-5074998-une-infirmiere-denonce-le-manque-de-personnel-dans-les-chsld.php>

Poorgholami, Farzad., Ramezanli, Somayeh., Jahromi, Marzieh Kargar et Jahromi, Zohreh Badiyepymaie (2016). « Nursing students' clinical performance and professional self-concept » [version électronique], *Bangladesh Journal of Medical Science*, vol. 15, no 1, p. 57-61.

Powers, William T. (1973). *Behavior: The Control of Perception*, Chicago, Aldine Publishing Co., 296 p.

Price, Anhang R., Elliott, Marc N., Zaslavsky, Alan M., Hays, Ron D., Lehrman, William G., Rybowski, Lise., Edgman-Levitan, Susan et Cleary, Paul D. (2014). « Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality » [version électronique], *Medical Care Research and Review*, vol. 71, no. 5, p. 522-554.

Racine, John F. (1995). « A Double Take on the History of Quality in Health Care », [version électronique], dans O. Graham, Nancy., *Quality in Health Care-Theory, application and evolution*, Gaithersburg: Publication Aspen, p. 15-45.

Radwin, Laurel E. (1995). « Knowing the patient: a process model for individualized interventions » [version électronique], *Nursing Research*, vol. 44, no 6, p. 364-370.

Reinsvold, Suzie (2008). « Nursing residency: Reversing the cycle of new graduate turnover », *Nursing Leader*, vol. 6, no 6, p.46-49.

Rhodes, Marilyn K., Morris, Arlene H. et Browder Lazenby, Ramona (2011). « Nursing at its Best: Competent and Caring », [version électronique], *The Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 16, no 2, p. 1-16.

- Richardson, Katherine M. et Rothstein, Hannah R. (2008). « Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis » [version électronique], *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 13, no. 1, p. 69-93.
- Robins, Stephen., Judge, Timothy et Tran, Véronique (2014). *Comportements organisationnels*, Pearson, 2014, 16<sup>e</sup> édition, France, Pearson, 704 p.
- Rokeach, Milton (1973). *The nature of human values*, New York, Free Press, 438 p.
- Roussel, Patrice., Durrieu, François., Campoy, Éric et El Akremi, Assâad (2002). *Méthodes d'équations structurelles : recherche et applications en gestion*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, Economica, 274 p.
- Roy, Marielle (2013). « Le modèle humaniste des soins infirmiers de la faculté des sciences infirmières au CHUM », *L'Avant Garde : Le journal des soins infirmiers du CHUM*, vol. 13, no. 2, p. 1-4. Récupéré de <http://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files//images/9243444.pdf>
- Royal College of Nursing (2009). *Breaking Down Barriers, Diving up Standards. The Role of the Sister Charge Nurse*, publication no 003 312, Londres (UK), 32 p. Récupéré de <file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/PUB-003312.pdf>
- Saint-Pierre, Chantal et Vinit, Florence (2006). *Le toucher dans les soins infirmiers: regard croisé entre la discipline infirmière et l'anthropologie*, Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Cahier (GIRESSS) volume 8, 36 p. Récupéré de <https://www.yumpu.com/fr/document/view/16615129/cahier-8-le-toucher-dans-les-soins-infirmiers-regard-croise-entre-la->
- Sarafis, Pavlos., Rousaki, Eirini., Tsounis, Andreas., Malliarou, Maria., Lahana, Liana., Bamidis, Panagiotis., Niakas, Dimitris et Papastavrou, Evridiki (2016). « The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life » [version électronique], *BMC Nursing*, vol. 15, no 56, p. 1-21.
- Schafer, J. L. (1997). *Analysis of incomplete multivariate data*, 1<sup>ère</sup> édition, New York, Chapman and Hall, 448 p.
- Schaufeli, Wilmar., Leiter, Michael P., Maslach, Christina et Jackson, Susan E. (1996). « Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) » [version électronique], dans Maslach, Christina., Jackson, Susan E. et Leiter, Michael P. (1996), *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3e édition, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, p. 191-218.
- Schein, Edgar Henry (1985). *Organizational culture and leadership : A dynamic view*, San Francisco, Jossey-Bass, 358 p.
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (2015), « *La qualité des soins et la sécurité des patients : une priorité mondiale* », [mémoire], Montréal, 60 p.
- Seligman, Martin E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*, San Francisco, Freeman Press, 250 p.
- Shortell, Stephen M., O'Brien, James L., Carman, James M., Foster, Richard W., Hughes, Edward F.X., Boerstler, Heidi et O'Connor, Edward J. (1995). « Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation » [version électronique], *Health Service Research*, vol. 30, no. 2, p. 377-401.
- Stathopoulou, Hariklia., Karanikola, Maria N., Panagiotopoulou, Fotini et Papathanassoglou, Elizabeth (2011). « Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece » [version électronique], *Journal of Emergency Nursing*, vol. 37, no. 4, p. 314-320.

- Stets, Jan. E. et Harrod, Michael M. (2004). « Verification across Multiple Identities: The Role of Status » [version électronique], *Social Psychology Quarterly*, vol. 67, no 2, p. 155-171.
- Stets, Jan E. et Burke, Peter J. (2003). « A sociological approach to self and identity » [version électronique], dans Leary, Mark R. et Tangney, June Price., *Handbook of self and identity*, New York: Guilford Press, p. 128-152.
- Stets, Jan. E. et Tsushima, Teresa. M. (2001). « Negative emotion and coping responses within identity control theory » [version électronique], *Social Psychology Quarterly*, vol. 64, no 3, p. 283-295.
- Stets, Jan E. et Burke, Peter J. (2000). « burke and Social Identity Theory » [version électronique], *Social Psychology Quarterly*, vol. 63, no 3, p. 224-237.
- Storch, Janet., Rodney, Patricia., Pauly, Bernadette., Fulton, Thomas Reilly., Stevenson, Lynn., Newton, Lorelei et Makaroff, Kara Schick (2009). « Améliorer le climat éthique en milieu de travail infirmier » [version électronique], *Infirmière Canadienne*, vol. 10, no. 3, p. 18-23.
- Stryker, Sheldon et Burke, Peter J. (2000). « The past, present and future of an identity theory » [version électronique], *Social Psychology Quarterly*, vol. 63, no 4, p. 284-297.
- Stryker, Sheldon et Serpe, Richard T. (1982). « Commitment, identity salience, and role behavior » [version électronique], dans William, Ickes et Knowles, Eric S., *Personality, roles, and social behavior*, New York: Springer, p. 199-218.
- Superio-Cabuslay, Edith., Ward, Michael M. et Lorig, Kate R. (1996). « Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: A meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment » [version électronique], *Arthritis Care Research*, vol. 9, no. 4, p. 292-301.
- Swanson, Kristen M. (1999). « What Is Known About Caring in Nursing Science: A Literary Meta-Analysis » [version électronique], dans Hinshaw, Ada Sue., Shayer, Joan L. F. et Feetham, Suzanne L., *Handbook of clinical nursing research*, Thousand Oaks: Sage Publications, p. 31-60.
- Syndicat des professionnels en soins des Laurentides (2018). *Signature de trois ententes pour diminuer le Temps supplémentaire et le Temps supplémentaire obligatoire*, Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). Récupéré le 18 mai 2018 de <http://www.fiqsante.qc.ca/laurentides/2018/03/19/signature-de-trois-ententes-pour-diminuer-le-temps-supplementaire-et-le-temps-supplementaire-obligatoire/>
- Tajfel, Henri et Turner, John C. (1985). « The social identity theory of intergroup behavior » [version électronique], dans Worchel, Stephen et Austin, William G., *Psychology of intergroup relations*, Chicago: Nelson-Hall, p. 7-24.
- Tajfel, Henri (1981). *Human groups and social categories: Studies in social psychology*, Cambridge: Cambridge University Press, 367 p.
- Tap, Pierre (1988). *La société pygmalion ? Intégration sociale et réalisation de la personne*, vol. 23 de Organisation et sciences humaines, Paris, Dunod, 263 p.
- Thoits, Peggy A. (1991). « On Merging Identity Theory and Stress Research » [version électronique], *Social Psychology Quarterly*, vol. 54, no 2, p. 101-112.
- Thomas, P. (2006). « Pourquoi et comment évaluer la qualité des soins chirurgicaux en oncologie thoracique? » [version électronique], *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 23, no SUP4, p. 7-9.

- Turner, John C., Hogg, Michael A., Oakes, Penelope J., Reicher, Stephen D. et Wetherell, Margaret S. (1987). « Rediscovering the Social Group: A Self-Categorization Theory » [version électronique], *American Journal of Sociology*, vol. 94, no 6, xx p.
- Visser, Mechteld R. M., Smets, Ellen M. A., Oort, Frans J. et de Haes, Hanneke C. (2003). « Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists » [version électronique], *Canadian Medical Association Journal*, vol. 168, no. 3, p. 271–275.
- Von Korff, Michael., Moore, James E., Lorig, Kate R., Cherkin, Daniel C., Saunders, Kathleen., Gonzalez, Virginia M., Laurent, Diana., Rutter, Carolyn M. et Comite, Florence (1998). « A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care » [version électronique], *Spine*, vol. 23, no. 23, p. 2608-2615.
- Voyer, Philippe., Cyr, Nancy., Abran, Marie-Claude., Bérubé, Lise., Côté, Sylvie., Coulombe, Alain., Desrochers, Anik., Joyal, Charlène., Jacques, Isabelles., Lavoie, Valérie., Malenfant, Priscilla., Poirier, Karine et Tremblay, Suzy (2016) « Les ratios infirmière/résidents en CHSLD : pénurie de soins ou pénurie d’infirmières ? » [version électronique], *Perspective*, vol. 13, no. 3, p. 1-6.
- Voyer, Philippe (2013a). « Comment analyser les différents ratios en CHSLD ? » [Présentation devant les syndicats affiliés à la FIQ], Québec, 22 novembre 2013.
- Voyer, Philippe (2013b, 26 septembre). « Diminution du nombre d’infirmières en CHSLD: une mise en garde » [version électronique], *Le Fil*, vol. 49, no. 9.
- Wagner, Edward H., Glasgow, Russel E., Davis, Connie., Bonomi, Amy E., Provost, Loyd., McCulloch, David., Carver, Penny et Sixta, Connie (2001). « Quality improvement in chronic illness care: A collaborative approach » [version électronique], *Journal on Quality Improvement*, vol. 27, no. 2, p. 63-80.
- Watson, Jean (2002). « Nursing: Seeking its source and survival » [version électronique], *ICUs and Nursing Web Journal*, no 9, p. 1-7.
- Watson, Jean (1979). « Nursing: The Philosophy and Science of Caring » [version électronique], *Nursing Administration Quarterly*, vol. 3, no. 4, p. 86-87.
- Wayne, Julie., Holliday., Randel, Amy E. et Stevens, Jaclyn (2006). « The role of identity and work-family support in work-family enrichment and its work-related consequences » [version électronique], *Journal of Vocational Behavior*, vol. 69, no 3, p. 445–461.
- Wilson, Christine Brown (2001). « Safer handling practice for nurses: a review of the literature » [version électronique], *British Journal of Nursing*, vol. 10, no. 2, p. 108-114.
- Woo, Hae Young et Tak, Young Ran (2015). « Critical Thinking Disposition, Professional Self-concept and Caring Perception of Nursing Students in Korea » [version électronique], *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, vol. 7, no 3, p. 129-138.
- Yu, Jiegen., Ren, Xiaohua., Wang, Quanhai., He, Lianping., Wang, Jinqian., Jin, Yuelong., Chen, Yan., Wang, Linghong., Nie, Zhonghua., Guo, Daoxia et Yao, Yingshui (2014). « The role of social support on occupational stress among hospital nurses » [version électronique], *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, vol. 7, no. 9, p. 3000-3004.

# Annexe 1

## QUESTIONNAIRE

### ÉTUDE VISANT À DÉTERMINER L'INFLUENCE DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DE L'INFIRMIÈRE SUR LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS PRODIGUÉS AUX PATIENTS EN CHSLD

Vous trouverez dans les prochaines pages un questionnaire auquel nous vous invitons à répondre. Ce questionnaire a été développé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise à HEC Montréal.

Répondez sans hésitation aux questions incluses dans ce questionnaire, car ce sont vos premières impressions qui reflètent généralement le mieux votre pensée. Il n'y a pas de limite de temps pour répondre au questionnaire, bien que nous ayons estimé que cela devrait vous prendre environ 30 à 45 minutes.

Les renseignements recueillis sont codés et dénominalisés et resteront strictement confidentiels; ils ne seront utilisés que pour l'avancement des connaissances et la diffusion des résultats globaux dans des forums savants ou professionnels.

Le fournisseur de collecte de données en ligne s'engage à ne révéler aucune information personnelle (ou toute autre information relative aux participants de cette étude) à d'autres utilisateurs ou à tout autre tiers, à moins que le répondant consente expressément à une telle divulgation ou que celle-ci soit exigée par la loi.

Vous êtes complètement libre de refuser de participer à ce projet et vous pouvez décider en tout temps d'arrêter de répondre aux questions. Le fait de remplir le « *Formulaire d'information et de consentement* » sera considéré comme votre consentement à participer à notre recherche et à l'utilisation des données recueillies dans ce questionnaire pour d'éventuelles recherches. Puisque le questionnaire est anonyme, une fois votre participation complétée, il vous sera impossible de vous retirer du projet de recherche, car il sera impossible de déterminer quelles réponses sont les vôtres.

Si vous avez des questions concernant cette recherche, vous pouvez contacter le chercheur principal, Mme Marie-Michèle Lépine, au numéro de téléphone ou à l'adresse de courriel indiqués ci-dessous.

Le comité d'éthique de la recherche de HEC Montréal a statué que la collecte de données liée à la présente étude satisfait aux normes éthiques en recherche auprès des êtres humains. Pour toute question en matière d'éthique, vous pouvez communiquer avec le secrétariat de ce comité au (514) 340-6051 ou par courriel à cer@hec.ca.

Merci de votre précieuse collaboration!

Marie-Michèle Lépine  
Étudiante à la maîtrise  
HEC Montréal  
514-886-6207  
[marie-michele.lepine@hec.ca](mailto:marie-michele.lepine@hec.ca)

Denis Chênevert  
Directeur de mémoire  
HEC Montréal  
514-340-6625  
[denis.chenevert@hec.ca](mailto:denis.chenevert@hec.ca)

*Dans le questionnaire, la forme féminine du texte est utilisée pour plus de commodité et désigne tant les hommes que les femmes.*

## SECTION 1 : PROFIL DE LA RÉPONDANTE

<b>1.1 Données démographiques</b>	
1. Quel est votre sexe ?	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
2. Quel est votre âge ?	_____ ans.
3. Quel est votre état civil actuel ? (Un seul choix)	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) ou cohabitant(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) ou séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf / veuve
4. Avez-vous un ou des enfant(s) vivant sous votre toit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Quel(s) diplôme(s) avez-vous obtenu(s) ?	<input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales <input type="checkbox"/> Diplôme d'études universitaires <input type="checkbox"/> Diplôme d'études à l'étranger
<b>1.2 Données professionnelles</b>	
6. Quel est votre temps de travail actuel ?	<input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel
7. Quelle est la proportion de jours, de soirs et de nuits que vous effectuez généralement ? (Le % de service de jour + le % de service de soir + le % de service de nuit = 100%)	Service de jour : _____ % Service de soir : _____ % Service de nuit : _____ %
8. Au cours du dernier mois où vous avez travaillé, combien d'heures supplémentaires avez-vous effectuée(s) ?	_____ heure(s).
9. Travaillez-vous au moins un week-end par mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10. Travaillez-vous dans une équipe volante (mobile) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre service actuel ?	_____ années _____ mois.
12. Depuis combien d'années avez-vous terminé vos études d'infirmière ?	_____ années _____ mois.
13. Combien d'année(s) de travail effectif avez-vous depuis que vous êtes infirmière diplômée ?	_____ années _____ mois.
14. Combien de lits d'hébergement y a-t-il dans votre unité ?	_____ lits.
15. Combien de patients hébergés y avait-il dans votre unité lors de votre dernière journée de travail ?	_____ patients.
16. Combien de patients avez-vous soignés lors de votre dernière journée de travail ?	_____ patients.

## SECTION 2 : VALEURS ORGANISATIONNELLES

<b>2.1 Valeurs de l'organisation</b>					
Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes en désaccord ou en accord avec les énoncés suivants, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.					
<i>Le terme « organisation » réfère ici à la notion d'entreprise et donc, au CISSS pour lequel vous travaillez, lequel inclus à la fois les gestionnaires et les salariés</i>					
	<b>Très en désaccord</b>	<b>Plutôt en désaccord</b>	<b>Incertaine</b>	<b>Plutôt en accord</b>	<b>Très en accord</b>
17. La qualité des services offerts est une priorité pour mon organisation	1	2	3	4	5
18. Mon organisation est très préoccupée par la recherche de moyens d'économiser les ressources	1	2	3	4	5

19. Mon organisation encourage fortement ses employés à faire preuve d'initiative	1	2	3	4	5
20. Il est très important pour mon organisation de maintenir une réputation de qualité	1	2	3	4	5
21. Mon organisation consacre beaucoup d'efforts à améliorer l'efficacité de son fonctionnement	1	2	3	4	5
22. La coopération entre les employés est grandement valorisée par mon organisation	1	2	3	4	5
23. Mon organisation encourage fortement les employés qui ont des points de vue différents à s'exprimer ouvertement	1	2	3	4	5
24. Mon organisation reconnaît ouvertement à ses employés leur droit à l'erreur	1	2	3	4	5
25. L'amélioration de la qualité des services offerts est une préoccupation constante pour mon organisation	1	2	3	4	5
26. Mon organisation met beaucoup l'accent sur le respect des règles et procédures	1	2	3	4	5
27. Le respect des personnes (courtoisie, considération, justice, franchise, tolérance) est une valeur fondamentale pour mon organisation	1	2	3	4	5
28. Mon organisation apprécie grandement la créativité chez ses employés	1	2	3	4	5
<b>2.2 Congruence des valeurs organisationnelles et personnelles</b>					
29. Mes valeurs personnelles rejoignent parfaitement les valeurs qui sont importantes pour mon organisation	1	2	3	4	5
30. Les gestionnaires et moi accordons une importance aux mêmes valeurs	1	2	3	4	5
31. Mes valeurs personnelles coïncident précisément avec celles des employés qui travaillent pour le CISSS	1	2	3	4	5

### SECTION 3 : COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE

#### 3.1 Pratique quotidienne des soins infirmiers

	Pas du tout important	Peu important	Légèrement important	Très important	Extrêmement important
Veuillez indiquer dans quelle mesure vous considérez qu'il s'agit d'éléments pas du tout importants ou extrêmement importants, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.					
32. Le savoir (les connaissances théoriques)	1	2	3	4	5
33. Le savoir-faire pratique, technique (application de techniques)	1	2	3	4	5
34. Le savoir-faire intellectuel (capacité de réflexion, synthèse, analyse)	1	2	3	4	5
35. Le savoir-être (attitudes, comportements)	1	2	3	4	5



<b>3.2 Niveau de compétence professionnelle perçu</b>										
Dans la colonne de gauche, nous vous demandons d'indiquer à quel point vous vous sentez compétente dans l'exercice de certaines aptitudes et à l'égard de certaines attitudes, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.										
Dans la colonne de droite, nous vous demandons d'indiquer dans quelle mesure vous trouvez qu'une infirmière doit maîtriser les aptitudes et les attitudes dont il est question, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.										
En tant qu'infirmière, à quel point vous sentez-vous compétente pour les aptitudes suivantes?						Chez une infirmière, quelle importance accordez-vous, en général, aux aptitudes suivantes?				
Incompétente	Plutôt incompétente	Plutôt compétente	Compétente	Très compétente		Pas du tout important	Peu important	Légèrement important	Très important	Extrêmement important
<b>Aptitudes instrumentales et techniques</b>										
1	2	3	4	5	36. Aptitudes à dispenser les soins de base (hygiène, alimentation, mobilisation, etc.)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	37. Aptitudes à dispenser des soins thérapeutiques et diagnostiques (préparation des médicaments, soins des plaies, aspiration, perfusion, prise de sang, etc.)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	38. Rapport écrit (dossier du patient, document de transfert, etc.)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	39. Aptitudes logistiques (rangement du matériel, utilité, etc.)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	40. Aptitudes techniques propres aux différents appareillages (utiliser les moniteurs, les pompes, etc.)	1	2	3	4	5
<b>Aptitudes intellectuelles – cognitives</b>										
1	2	3	4	5	41. Démarche systématique en soins infirmiers (observer, interpréter, planifier, évaluer)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	42. Transfert de connaissances (utiliser les expériences antérieures pour résoudre un problème actuel)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	43. Créativité (développer des alternatives)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	44. Flexibilité (s'adapter à un contexte spécifique)	1	2	3	4	5
<b>Aptitudes organisationnelles</b>										
1	2	3	4	5	45. Organiser les soins pour les patients qui me sont confiés	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	46. Déléguer des soins (aux étudiants et	1	2	3	4	5

					aides-infirmières)					
Incompétente	Plutôt incompétente	Plutôt compétente	Compétente	Très compétente		Pas du tout important	Peu important	Légèrement important	Très important	Extrêmement important
1	2	3	4	5	47. Organiser le travail en fonction de la collaboration avec les autres professionnels de la santé	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	48. Aptitudes administratives (téléphone, formulaire de demande d'examens, commande de médicaments, formulaires administratifs, etc.)	1	2	3	4	5
<b>Aptitudes sociales et communicatives</b>										
1	2	3	4	5	49. Communiquer avec le patient	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	50. Communiquer avec la famille	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	51. Communiquer avec les collègues infirmières	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	52. Communiquer avec les médecins	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	53. Communiquer avec les partenaires paramédicaux	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	54. Reformuler (traduire les explications du médecin au patient et à sa famille et vice-versa)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	55. Éduquer / informer (information, avis, enseignement, etc., au patient et à sa famille.)	1	2	3	4	5
<b>Comportements – attitudes</b>										
1	2	3	4	5	56. Assumer la responsabilité des soins	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	57. Sollicitude (se soucier de, se préoccuper de)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	58. Relation professionnelle avec le patient (écoute empathique, aborder des questions éthiques, etc.)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	59. Attitude critique (face aux procédures et décisions au sein de l'hôpital, aux décisions médicales, aux questions du patient / de la famille, etc.)	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	60. Attitude scientifique (se tenir informée et appliquer les résultats de recherche dans la pratique)	1	2	3	4	5

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous considérez que vous êtes compétente, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.	Incompétente	Plutôt incompétente	Plutôt compétente	Compétente	Très compétente
61. Globalement, pour faire face à ce que l'on vous demande aujourd'hui dans votre travail vous sentez-vous :	1	2	3	4	5

#### SECTION 4 : CARING

##### 4.1 Les comportements associés au caring

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes en désaccord ou en accord avec les énoncés suivants, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Incertaine	Plutôt en accord	Très en accord
<i>Je considère que je prends soin (i.e. care) lorsque je/j'...</i>					
62. Écoute le patient	1	2	3	4	5
63. Touche le patient quand le confort est nécessaire	1	2	3	4	5
64. Permet au patient d'exprimer ses sentiments	1	2	3	4	5
65. Parle au patient	1	2	3	4	5
66. Aide à rendre les expériences plus agréables	1	2	3	4	5
67. Démonstre des compétences professionnelles	1	2	3	4	5
68. Communique avec le patient	1	2	3	4	5
69. Encourage le patient	1	2	3	4	5
70. Aide le patient à clarifier sa pensée	1	2	3	4	5
71. Traite de façon confidentielle les informations du patient	1	2	3	4	5
72. Aide le patient dans ses activités quotidiennes	1	2	3	4	5
73. Donne aux patients les explications relatives à ses soins	1	2	3	4	5
74. Éduque le patient sur certains aspects du soin de soi	1	2	3	4	5
75. Tiens les proches informés de la situation, tel que convenu avec le patient	1	2	3	4	5
76. Préviens les problèmes et les dangers anticipés de se produire	1	2	3	4	5
77. Sais quoi faire en cas d'urgence	1	2	3	4	5
78. Crée un sentiment de confiance	1	2	3	4	5
79. Parle pour le patient, quand il est perçu que quelque chose de nuisible pourrait lui être fait	1	2	3	4	5
80. Parle au nom du patient, par rapport à ses soins	1	2	3	4	5
81. Porte attention au patient quand il parle	1	2	3	4	5
82. Documente les soins donnés au patient	1	2	3	4	5
83. Collabore avec les collègues pour assurer la continuité des soins	1	2	3	4	5
<b>4.2 La signification accordée au caring</b>					
<i>Qu'est-ce que « prendre soin » (i.e. caring) signifie pour vous en tant qu'infirmière?</i>					
84. Le caring est la caractéristique centrale des soins infirmiers	1	2	3	4	5
85. En langage clair, le caring est un « effort commun » entre l'infirmière et le patient	1	2	3	4	5
86. Le caring est une activité infirmière planifiée conçue pour répondre aux besoins du patient	1	2	3	4	5
87. Le caring est le fait d'agir, ce n'est pas seulement un sentiment	1	2	3	4	5

88. Les infirmières qui pratiquent le caring sont motivées par un sentiment ou une émotion leur permettant de fournir les soins aux patients	1	2	3	4	5
89. Prendre soin est une vertu centrale en soins infirmiers et se concentre sur l'infirmière en tant qu'agent moral	1	2	3	4	5
90. Une infirmière ne peut pas « trop » prendre soin	1	2	3	4	5
<b>4.3 Le profil de l'infirmière pratiquant l'art du caring</b>					
<i>Dans quelle mesure chaque item décrit-il une infirmière qui pratique le caring?</i>					
91. Être une infirmière qui pratique le caring consiste à prendre soin d'une autre personne et de l'aider à grandir	1	2	3	4	5
92. Être une infirmière qui pratique le caring consiste à faire de son mieux pour rendre quelqu'un à l'aise dans son environnement	1	2	3	4	5
93. Une infirmière compétente est quelqu'un qui a du respect pour soi, la profession et les patients	1	2	3	4	5
94. Une relation de confiance entre une infirmière et un patient est celle qui repose sur la vérité et le respect	1	2	3	4	5
95. Une infirmière qui pratique le caring est moralement consciente de la relation et du statut de ses actions sur les autres	1	2	3	4	5
96. Une infirmière engagée est prête à effectuer des heures supplémentaires sans être rémunérée	1	2	3	4	5
97. L'expression humaine de la compassion est une composante nécessaire du caring dans un environnement caractérisé par le froid technologique et impersonnel	1	2	3	4	5

## SECTION 5 : IDENTITÉ PROFESSIONNELLE DE L'INFIRMIÈRE

### 5.1 Concept de soi professionnel

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes en désaccord ou en accord avec les énoncés suivants, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Incertaine	Plutôt en accord	Très en accord
98. La prise de décision est l'un de mes attributs	1	2	3	4	5
99. La compétence est la capacité démontrée d'appliquer avec succès les connaissances et les compétences dans l'exécution de tâches complexes. Je suis une infirmière compétente	1	2	3	4	5
100. Je suis un leader compétent	1	2	3	4	5
101. Lorsque je suis confrontée à des problèmes de soins infirmiers, ma créativité m'aide à résoudre ceux-ci	1	2	3	4	5
102. La compétence est l'un de mes attributs	1	2	3	4	5
103. Je suis rapide à saisir l'essentiel des problèmes en soins infirmiers, de voir des solutions alternatives et de choisir la solution la plus appropriée	1	2	3	4	5
104. Dans l'ensemble, je suis satisfaite de mon approche créative dans mon travail en tant qu'infirmière	1	2	3	4	5
105. Je suis fière de mes compétences en tant qu'infirmière	1	2	3	4	5
106. Quand je suis en charge, les gens travaillent efficacement	1	2	3	4	5
107. Je crois que la flexibilité est l'un de mes attributs	1	2	3	4	5

108. Je suis habituellement aussi compétente que mes autres collègues	1	2	3	4	5
109. Je préfère ne pas avoir la responsabilité du leadership	1	2	3	4	5
110. La plupart de mes collègues semblent prêts à travailler avec moi en tant que leader	1	2	3	4	5
111. Mon approche flexible fait ressortir le meilleur de mes patients	1	2	3	4	5
112. La flexibilité aide à résoudre les problèmes en soins infirmiers	1	2	3	4	5
113. Lorsque je suis au travail et que la situation le requière, je suis en mesure de penser à des alternatives	1	2	3	4	5
114. Je regrette d'avoir fait carrière en soins infirmiers	1	2	3	4	5
115. Les soins infirmiers sont moins satisfaisants que je ne le pensais	1	2	3	4	5
116. Je me sens piégée en tant qu'infirmière	1	2	3	4	5
117. Je pense que je continuerai à travailler en soins infirmiers pendant la majeure partie de ma vie professionnelle	1	2	3	4	5
118. Être infirmière constitue une carrière enrichissante	1	2	3	4	5
119. Je suis généralement impatiente d'aller au travail	1	2	3	4	5
120. Le travail en tant qu'infirmière correspond généralement à ce que je m'attendais avant que je ne commence	1	2	3	4	5
121. Je me sens plus à l'aise de ne pas me rapprocher émotionnellement des gens avec qui je travaille	1	2	3	4	5
122. Je préfère une barrière entre moi et mes patients	1	2	3	4	5
123. Je pense qu'il est important de partager des émotions avec les patients	1	2	3	4	5
124. Je ne crois pas être particulièrement empathique	1	2	3	4	5

## 5.2 Image de l'infirmière dans la société

1. Selon vous, parmi les dix affirmations ci-dessous, quelles sont les trois qui correspondent le mieux à l'image que la SOCIÉTÉ se fait de la profession infirmière ? (Veuillez noircir uniquement TROIS réponses s.v.p.)

2. Parmi les affirmations ci-dessous, quelles sont les trois qui correspondent le mieux à l'image que VOUS avez de votre profession ? (Veuillez noircir uniquement TROIS réponses s.v.p.)

Image de la société		Image personnelle
<input type="checkbox"/>	125. Le métier d'infirmière est une vocation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	126. Une infirmière ne fait qu'exécuter des instructions	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	127. Être infirmière c'est faire la toilette des patients et des pansements	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	128. Le métier d'infirmière est dur	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	129. Le métier d'infirmière est mal payé	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	130. Le métier d'infirmière est un métier qui force l'admiration	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	131. Le métier d'infirmière est un métier à hautes responsabilités	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	132. Les infirmières sont les petites mains des médecins	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	133. Pour devenir infirmière, il ne faut pas suivre une longue formation	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	134. Une infirmière exécute son travail en toute autonomie	<input type="checkbox"/>

135. Quelle image la SOCIÉTÉ a-t-elle des infirmières ?	<input type="checkbox"/> Une image positive <input type="checkbox"/> Une image plutôt positive <input type="checkbox"/> Une image plutôt négative <input type="checkbox"/> Une image négative
136. Dans quelle mesure la SOCIÉTÉ a-t-elle une image exacte de ce que font les infirmières en pratique ?	<input type="checkbox"/> Une image exacte <input type="checkbox"/> Une image plutôt exacte <input type="checkbox"/> Une image plutôt fausse <input type="checkbox"/> Une fausse image
137. L'image que la SOCIÉTÉ a en général des infirmières :	<input type="checkbox"/> Me valorise <input type="checkbox"/> M'indiffère <input type="checkbox"/> Me dérange <input type="checkbox"/> Me frustre

## SECTION 6 : PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS INFIRMIERS AUX NIVEAUX CLINIQUE ET RELATIONNEL

### 6.1 Pratique quotidienne des soins infirmiers

Veillez indiquer la fréquence à laquelle vous êtes en mesure de réaliser les tâches suivantes durant une journée de travail, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	La plupart du temps
<i>Lorsque je regarde mon travail réalisé au cours d'une journée, en général, je peux...</i>					
138. Prendre le temps de recueillir les données nécessaires concernant le patient	1	2	3	4	5
139. Posséder l'information nécessaire pour prodiguer de bons soins	1	2	3	4	5
140. Évaluer systématiquement le résultat de mes soins	1	2	3	4	5
141. Adapter mon organisation aux souhaits personnels du patient	1	2	3	4	5
142. Définir des objectifs de soins individuels pour chaque patient	1	2	3	4	5
143. Justifier les décisions que j'ai prises en matière de soin	1	2	3	4	5
144. Travailler régulièrement avec les mêmes patients	1	2	3	4	5
145. Me concerter avec les autres professionnels de la santé (kinésithérapeutes, médecins, assistants sociaux, etc.) si nécessaire	1	2	3	4	5
146. Agir conformément à mes propres valeurs éthiques	1	2	3	4	5
147. Consacrer du temps à établir une relation personnelle avec le patient	1	2	3	4	5
148. Discuter des problèmes éthiques concernant les patients au sein de l'équipe (pluridisciplinaire)	1	2	3	4	5
149. Consacrer du temps à travailler avec les étudiants	1	2	3	4	5
150. Adapter mes soins aux contraintes économiques de l'hôpital	1	2	3	4	5
151. Être créative dans ma pratique de soins	1	2	3	4	5
152. Adapter mes soins en fonction des nouvelles connaissances	1	2	3	4	5
153. Travailler de façon autonome	1	2	3	4	5

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes en désaccord ou en accord avec les énoncés suivants, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.	Très en désaccord	Plutôt en désaccord	Incertaine	Plutôt en accord	Très en accord
154. Je dispose du temps nécessaire pour prodiguer des soins de qualité	1	2	3	4	5
155. Il y a assez d'infirmières pour que je puisse prodiguer des soins de qualité	1	2	3	4	5
156. Ma formation me prépare adéquatement pour me permettre de donner des soins de qualité	1	2	3	4	5
157. L'établissement s'assure que nous disposons des équipements et du matériel nécessaire afin que nous puissions rencontrer les standards de qualité exigés	1	2	3	4	5
158. Mon supérieur immédiat soutient les infirmières dans la réalisation de leur travail	1	2	3	4	5
159. Les familles et patients témoignent leur satisfaction à l'égard de la qualité des soins prodigués	1	2	3	4	5
160. J'ai un accès approprié aux ressources professionnelles de l'établissement afin de réaliser adéquatement mon travail (ex. : physiothérapeutes, techniciens, etc.)	1	2	3	4	5
161. Il est facile de communiquer avec les médecins de l'établissement afin de réaliser adéquatement mon travail	1	2	3	4	5
162. Il est facile de communiquer avec les autres infirmières de mon unité	1	2	3	4	5

<b>6.2 Événements indésirables</b>					
Veuillez indiquer la fréquence à laquelle vous avez eu connaissances des situations suivantes, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	La plupart du temps
163. Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance d'erreurs dans l'administration des médicaments aux patients	1	2	3	4	5
164. Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance d'infections nosocomiales	1	2	3	4	5
165. Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance de plaintes de la part des patients ou de leur famille	1	2	3	4	5
166. Dans le dernier mois, j'ai eu connaissance que des infirmières ont subi des abus verbaux	1	2	3	4	5

<b>6.3 Qualité des soins perçue</b>					
Veuillez indiquer dans quelle mesure vous estimez la qualité des soins, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.	Médiocre	Acceptable	Moyenne	Très bonne	Excellente
167. Dans quelle mesure estimez-vous la qualité des soins que vous avez donnés durant votre dernière journée de travail ?	1	2	3	4	5

168. Dans quelle mesure estimez-vous la qualité des soins infirmiers du quart de travail précédent le vôtre ?	1	2	3	4	5
169. Dans quelle mesure estimez-vous votre opportunité à participer aux décisions concernant la gestion de l'établissement ?	1	2	3	4	5
170. Dans quelle mesure estimez-vous la qualité du travail d'équipe entre les infirmières et les médecins ?	1	2	3	4	5
171. Dans quelle mesure estimez-vous la qualité du travail d'équipe entre le supérieur immédiat et les infirmières ?	1	2	3	4	5
172. De manière générale, dans quelle mesure estimez-vous la qualité des soins infirmiers qui sont prodigués dans votre service ?	1	2	3	4	5
173. De manière générale, dans quelle mesure estimez-vous la qualité des soins infirmiers qui sont prodigués dans votre établissement ?	1	2	3	4	5

## SECTION 7 : BIEN-ÊTRE INDIVIDUEL

### 7.1 Impact du travail sur votre santé

Veillez indiquer le nombre de fois que vous avez ressenti ou rencontré les situations suivantes, en encerclant un choix de réponse de 1 à 5.

*Au cours des 12 derniers mois...*

	Jamais	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Toujours
174. Je me suis sentie émotionnellement vidée par mon travail	1	2	3	4	5
175. Je me suis sentie à bout à la fin de ma journée de travail	1	2	3	4	5
176. Je me suis sentie fatigué(e) lorsque je me suis levé le matin et que j'avais à affronter une autre journée de travail	1	2	3	4	5
177. J'ai senti que je m'occupais de certains patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	1	2	3	4	5
178. Travailler avec des gens tout au long de la journée m'a demandé beaucoup d'effort	1	2	3	4	5
179. J'ai senti que je craquais à cause de mon travail	1	2	3	4	5
180. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	1	2	3	4	5
181. J'ai craint que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	1	2	3	4	5
182. Je me suis sentie frustré(e) par mon travail	1	2	3	4	5
183. J'ai senti que je travaillais « trop dur » dans mon travail	1	2	3	4	5
184. Je ne me souciais pas vraiment de ce qui arrivait à certains de mes patients	1	2	3	4	5
185. Travailler en contact direct avec les gens me stressait trop	1	2	3	4	5
186. Je me suis sentie au bout du rouleau	1	2	3	4	5
187. J'ai eu l'impression que mes patients me rendaient responsable de certains de leurs problèmes	1	2	3	4	5
188. J'ai eu des problèmes de sommeil (ex. : difficulté à m'endormir; je me réveillais plus tôt que désiré et j'avais du mal à me rendormir).	1	2	3	4	5
189. J'ai eu des problèmes d'appétit (i.e. diminution ou absence d'appétit).	1	2	3	4	5
190. J'ai eu des problèmes de santé (ex. : problèmes respiratoires, cardiovasculaires, gastro-intestinaux, musculosquelettiques,	1	2	3	4	5





**Retrait d'une ou des pages pouvant contenir des renseignements personnels**

votre contexte de travail et certains indicateurs objectifs de santé tels que l'occurrence d'une absence de maladie de courte ou de longue durée au cours de la dernière année.

Nous vous assurons qu'aucune personne de votre organisation n'aura accès à vos données. Le pairage des informations recueillies sera exclusivement de la responsabilité de HEC Montréal et ne servira que pour des fins de recherche.

Occurrence d'une absence de maladie de courte ou de longue durée au cours de la dernière année

Veillez cochez si vous acceptez ou non que l'équipe de recherche effectue ce pairage :

OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

Merci de votre collaboration! L'équipe de recherche HEC Montréal.

**Merci de l'attention que vous portez à ce projet de recherche**

### Annexe 3

## GRILLE D'OBSERVATION DES COMPORTEMENTS DE CARING

		Indicateurs d'interactions patient/infirmière	Nom : Date : Heure :            à		Nom : Date : Heure :            à		Nom : Date : Heure :            à	
			OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>CONTACT INITIAL</b>	1	Salue le patient (i.e. bonjour, bonsoir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Appelle le patient par le nom qu'il préfère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	Se présente en se nommant (nom) et en indiquant son titre d'emploi (infirmière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	Demande au patient comment il se sent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	Informe le patient sur l'objet de sa présence auprès de lui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6	Se place face au patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	Regarde le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	Sourit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9	Effectue un toucher de réconfort (non verbal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ÉCOUTE</b>	10	Laisse la parole à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11	Coupe la parole ( <i>néгатif</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12	Invite à poursuivre la conversation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13	Reformule ce que dit ou exprime le patient (reflet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>COMMUNICATION</b>	14	Parle avec un débit verbal rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15	Parle d'une voix posée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16	Hausse le ton en s'adressant au patient ( <i>néгатif</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17	Donne de l'information sans que le patient lui ait posé une question	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18	Répond à une question/interrogation exprimée par le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19	Invite le patient à lui faire des demandes selon ses besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20	Évite de répondre à une question ( <i>néгатif</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SOUTIEN</b>	21	Reconnait/légitimise l'expérience vécue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22	Minimise/banalise l'expérience vécue ( <i>néгатif</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23	Exprime un reproche ( <i>néгатif</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24	Souligne les efforts et les forces du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25	L'inclut dans la prise de décision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26	S'intéresse à son projet de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRIORISATION DES SOINS	27	L'encourage à garder espoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	28	Identifie l'ordre de priorité des soins à donner avec le client	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	29	Aide le client à identifier ses priorités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30	Explore avec le patient les différentes alternatives possibles qui s'offrent à lui pour répondre à ses besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Page de garde]