

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

*Grade obtenu le
4 sept 08*

Université de Montréal

La perception des infirmières oeuvrant en psychiatrie
relativement au plan de carrière en milieu clinique

par

Stéphane Bouchard

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières
option administration des services infirmiers

28 Avril 2008

©Stéphane Bouchard, 2008



Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

La perception des infirmières oeuvrant en psychiatrie
relativement au plan de carrière en milieu clinique

présenté par :

Stéphane Bouchard

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Mme Caroline Larue
(président-rapporteur)

M Jean-Pierre Bonin
(directeur de recherche)

Mme Sylvie Noiseux
(codirectrice)

Mme Marie Alderson
(membre du jury)

Sommaire

Les infirmières oeuvrant en psychiatrie au Québec ont été confrontées à de nombreux changements dans l'organisation des services en santé mentale au cours des quarante dernières années. Dans un contexte de pénurie et d'un vieillissement important de la main-d'œuvre infirmière exerçant dans le domaine de la psychiatrie, comment les gestionnaires en soins infirmiers arriveront-ils à traverser les prochaines années en assurant la qualité des soins ?

Les plans de carrière en milieu clinique (PCMC) pourraient s'avérer une solution à envisager considérant le fait que ce phénomène repose sur la notion du développement et de la reconnaissance de la compétence en pratique clinique ainsi que sur l'avancement dans la carrière. Le modèle théorique de Benner (1982) semble le plus approprié pour cette étude puisque, selon elle, la compétence évolue dans le temps et passe par cinq niveaux, soit : novice, débutant, compétent, avancé et expert.

La présente étude a pour objectif d'explorer la perception d'infirmières, oeuvrant en psychiatrie, relativement au PCMC en regard de leur niveau de compétence et des facteurs d'avancement dans leur carrière. Cette étude descriptive-exploratoire a été effectuée dans un centre hospitalier psychiatrique anglophone de la région de Montréal. Le questionnaire intitulé : *Étude de la perception d'infirmières oeuvrant en psychiatrie*

en regard de la carrière en milieu clinique a été distribué à plus de 170 infirmières et de ce nombre, 64 ont acceptées de participer à cette étude.

Les analyses descriptives démontrent que la majorité des infirmières se situe au niveau compétent. En ce qui concerne les activités de soins, les infirmières interrogées se situent au niveau compétent ou avancé pour huit des treize dimensions, plus précisément la condition des clients, la collecte de données, l'exécution des soins, l'évaluation des soins, la communication avec client/famille, le travail en équipe multidisciplinaire, l'enseignement auprès du client/famille et la participation à l'orientation du nouveau personnel. Seules les variables : le quart de travail, le nombre d'année d'expérience et le nombre d'emploi en soins infirmier ont une influence sur la perception du niveau de compétence des infirmières de cette étude.

En ce qui concerne les facteurs d'avancement de la carrière, les infirmières considèrent que leur niveau de compétence a augmenté depuis le début de leur carrière et près de la moitié croient possible d'atteindre un jour le niveau expert. Or, malgré le fait qu'elles choisissent la pratique clinique comme premier choix de carrière et qu'elles jugent important d'avoir des possibilités d'avancement, près du tiers évaluent faible à improbable les possibilités d'avoir une promotion dans leur milieu de travail. Finalement, les infirmières désirent être évaluées annuellement par leur supérieur

immédiat sur des thèmes, tels que la relation d'aide, l'enseignement à la clientèle, l'implication au travail, la participation à de la formation et sur la démarche de soins.

Bien que les résultats de cette étude ne puissent être généralisés à l'ensemble des infirmières oeuvrant en psychiatrie au Québec, certains résultats de la présente étude pourront servir aux gestionnaires du centre hospitalier où se déroule l'étude, mais aussi aux gestionnaires en soins infirmiers du réseau de la santé au Québec pour faire face à la pénurie d'infirmières et assurer une qualité des soins auprès de la population.

Mots clés : plan de carrière, Benner, compétence, infirmière, psychiatrie.

Summary

Quebec nurses practising in psychiatric settings have weathered many changes in the organization of mental health services over the last forty years. Given the current context of staffing shortages and a notable aging of the nursing work force in psychiatry, how will nursing administrators address the challenges in the years ahead and ensure that patients receive quality care?

The clinical ladder may be one solution, given that the phenomenon of the clinical ladder is based on developing and recognizing competencies in clinical practice as well as allowing for career advancement. The theoretical model proposed by Benner (1982) appears appropriate for this study since, under the model, competencies develop over time as the nurse moves up its five levels: novice, advanced beginner, competent, proficient and expert.

The goal of this study was to explore psychiatric nurses' perceptions of the clinical ladder in terms of their competency levels and career advancement factors. This descriptive-exploratory study was conducted in an English-language psychiatric hospital in the Montreal area. A questionnaire identified the study as an examination of nurses' perceptions of their clinical careers in psychiatry. It was distributed to over 170 nurses, 64 of whom agreed to participate.

The descriptive analyses revealed that the majority of nurses practise at the "competent" level. As for their caregiving activities, the subjects were at the "competent" or "proficient" level in eight of the thirteen dimensions: more specifically, in terms of client condition, data collection, care delivery, care evaluation, communication with the client/family, multidisciplinary teamwork, client/family education, and guidance provided to new staff members. Among our respondents, only the variables for work shift, number of years of experience and number of jobs held in nursing had an influence on their perception of level of competency.

As for career advancement factors, the nurses indicated that their competency levels had increased since they began their careers, and close to half of them believe that they may one day attain the "expert" level. Yet despite having identified clinical practice as their preferred career choice and feeling that it is important to have opportunities for advancement, close to a third of our respondents felt that opportunities for promotions in their practice setting are low to negligible. Finally, the nurses want annual performance evaluations from their immediate superiors in areas such as the helping relationship, client education, involvement in work, participation in training and the nursing process.

Even though these findings cannot be generalized to all Quebec nurses working in psychiatry, some of the findings could prove useful to administrators in the hospital where the study was conducted. Our findings could also help nursing administrators in

Quebec's health care network deal more effectively with the nursing shortage and ensure that patients continue to receive quality care.

Key words: clinical ladder, Benner, competency, nurse, psychiatry.

Table des matières

Identification du jury	p. ii
Sommaire en français	p. iii
Summary	p. vi
Liste des tableaux	p. xi
Liste des sigles et des abréviations	p. xiii
Remerciements	p. xiv
Introduction	p. 01
Problématique de recherche	p. 03
But de l'étude	p. 14
Questions de recherche	p. 14
Recension des écrits	p. 15
Plan de carrière en milieu clinique (PCMC)	p. 16
Définitions des PCMC	p. 16
Historique des PCMC	p. 17
Objectifs liés à l'implantation des PCMC	p. 21
Structure et mise en application des PCMC	p. 22
Avancement dans la carrière	p. 25
Modèle théorique	p. 32
Modèle théorique de Benner	p. 32
L'hôpital Douglas de Montréal	p. 34
Compétence clinique en psychiatrie	p. 36
Méthode	p. 46
Type d'étude	p. 47
Milieu et échantillon de l'étude	p. 48
Définition des variables	p. 50
Instrument de l'étude	p. 51
Déroutement de l'étude	p. 57
Analyse des données	p. 58
Considérations éthiques	p. 58

Limites méthodologiques	p. 59
Résultats	p. 60
Description de l'échantillon	p. 61
Niveaux de compétence en milieu clinique.....	p. 67
Analyses complémentaires	p. 70
Facteurs d'avancement dans la carrière.....	p. 75
Développement de la compétence	p. 75
Exigence de l'expertise	p. 76
Possibilité d'avancement professionnel	p. 78
Choix de carrière	p. 79
Éléments liés à la promotion et aux récompenses	p. 82
Synthèse des résultats	p. 86
Interprétation et discussion des résultats	p. 88
Reflet de la population infirmière du Québec	p. 89
Compétence chez les infirmières.....	p. 97
L'avancement de la carrière chez les infirmières	p. 102
Retombées de l'étude	p. 113
Conclusion.....	p. 115
Références	p. 119
Appendice A - Questionnaire d'entrevue	p. cxxviii
Appendice B - Certificat d'éthique	p. cxxxix

Liste des tableaux

Tableau		Page
I	Compétence en soins infirmiers	37
II	Regroupement selon les dimensions des questions concernant les niveaux de compétence	55
III	Répartition des scores selon le niveau de compétence.....	57
IV	Répartition des infirmières selon leurs caractéristiques personnelles.....	62
V	Répartition des infirmières selon leurs caractéristiques professionnelles.....	64
VI	Répartition des infirmières selon leur perception de leur niveau de compétence	67
VII	Répartition des infirmières selon leur perception de leur niveau de compétence (question #15).....	68
VIII	Répartition des infirmières par niveau de compétence selon les scores de chaque dimension	70
IX	Analyse de variance entre les variables discrètes et le score total	71
X	Test de comparaison multiples entre le score total et les quarts de travail	72
XI	Test de t des variables discrètes et le score total	73
XII	Corrélation entre les variables discrètes et le score total ...	73
XIII	Test de khi-2 de Pearson et test de Kendall de Tau-B entre le niveau de compétence et le score groupé	74
XIV	Répartition des infirmières selon le développement de leur compétence.....	76

XV	Répartition des infirmières selon les exigences à atteindre pour devenir « experte ».....	77
XVI	Répartition des infirmières selon l'importance d'avoir des possibilités d'avancement professionnel en milieu clinique.....	78
XVII	Répartition des infirmières selon les possibilités d'avancement dans l'hôpital.....	79
XVIII	Profil des choix de carrière des infirmières.....	81
XIX	Répartition des infirmières selon l'importance accordée aux récompenses lors d'une promotion.....	83
XX	Répartition des infirmières selon la méthode et la fréquence de l'évaluation au travail	84
XXI	Répartition des infirmières selon l'importance accordée aux éléments d'évaluation.....	85

Liste des sigles et des abréviations

CCRHS	Comité consultatif des ressources humaines en santé
CHSGS	Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
CCCSI	Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers
CLSC	Centre local de santé communautaire
CSMQ	Comité de la santé mentale du Québec
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
DEC	Diplôme d'étude collégiale
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
PCMC	Plan de carrière en milieu clinique
USI	Unité des soins intensifs

REMERCIEMENTS

J'aimerais profiter de l'occasion qui m'est donné pour remercier un certain nombre de personnes qui m'ont permis de réaliser ce projet de maîtrise. Tout d'abord, j'aimerais remercier le centre FÉRASI pour son soutien financier et pour avoir toujours cru en mon projet depuis le début. J'aimerais également saluer M. André Duquette qui a été mon premier directeur de mémoire mais qui, pour des raisons de santé, a dû renoncer à poursuivre ma supervision.

Ensuite, un merci sincère à mon directeur actuel, M. Jean-Pierre Bonin Ph.D., professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières, qui a bien voulu prendre la relève en acceptant mon projet tel qu'il avait été choisi au départ. Sans son soutien et ses encouragements, ce projet n'aurait jamais vu le jour. Également, un merci à ma codirectrice Sylvie Noiseux, professeure adjointe, pour son soutien au niveau de l'écriture en donnant de son temps à la réalisation de ce projet et Marie Alderson Ph.D., professeure agrégée. Pour ses commentaires judicieux au comité d'approbation. Je m'en voudrais de ne pas remercier l'hôpital Douglas et ses infirmières qui ont accepté de participer à mon étude et d'avoir pris de leur temps pour acceptés de participer à la collecte de données. Merci à Mme Claudine Allard, conseillère à la direction des soins infirmiers à l'hôpital Douglas, pour m'avoir ouvert des portes et de m'avoir aidée à établir de manière efficace la méthodologie de la collecte de données sur les trois quarts de travail, et ce, à l'ensemble des unités de soins.

Finalement, j'aimerais remercier ma conjointe Anik et mes enfants Olivier, Antoine et Mariane qui m'ont suivi et soutenu tout au long de ces cinq années qui ont été parsemées de nombreuses embûches à l'obtention de cette maîtrise. Un merci à mes parents qui ont investi temps et énergie à mon éducation tout au long de ma jeunesse. En terminant, une pensée céleste toute particulière à ma mère qui de la haut doit être bien fière de son fils.

INTRODUCTION

Le domaine de la psychiatrie est imprégné encore aujourd'hui d'un certains nombres de préjugés dans notre société. Ces institutions de santé autrefois appelées *asiles* accueillent actuellement une clientèle nécessitant des soins spécialisés de très haute qualité. Étant donné que la première ligne des services de soins de santé fait partie d'une priorité du gouvernement québécois pour faire en sorte de réduire la durée de séjour dans les centres hospitaliers psychiatriques, les gestionnaires de ces établissements devront offrir un encadrement où la valorisation et la reconnaissance du développement professionnel des infirmières en psychiatrie seront des valeurs privilégiées pour répondre à la pénurie de main-d'œuvre en progression et assurer la qualité des soins qui y sont donnés.

À ce jour, aucune étude recensée n'a véritablement porté sur la notion de plan de carrière en milieu clinique chez les infirmières en psychiatrie. Dans un tel contexte, il est important de connaître la perception des infirmières oeuvrant en psychiatrie relativement à leur niveau de compétence et aux facteurs d'avancement dans leur carrière.

Ce mémoire est composé de cinq chapitres. Le chapitre un expose la problématique dans son contexte en justifiant l'importance de cette étude. Le chapitre deux présente une revue de littérature sur la notion de plan de carrière en milieu clinique dans son ensemble. Le chapitre trois concerne la description de la méthode de recherche retenue pour cette étude. Le chapitre quatre expose les résultats obtenus. Finalement, le chapitre cinq porte sur l'interprétation et la discussion et des résultats.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Au cours des quarante dernières années, le Québec a connu plusieurs changements dans l'organisation des services et soins en santé mentale. D'une part, ces changements visaient principalement trois objectifs, soit : (a) l'humanisation des soins, (b) l'amélioration de l'accès aux services dans la communauté, et (c) le respect des droits des personnes (Comité de la Santé Mentale du Québec, 1997). D'autre part, l'explosion des coûts reliés à la santé et à la rationalisation des ressources financières ont obligé le ministère de la santé et des services sociaux à revoir les façons de faire dans le réseau de la santé au Québec.

Depuis le milieu des années 90, plusieurs chercheurs et cliniciens mentionnent l'importance de soigner différemment les personnes atteintes de troubles mentaux, et ce, entre autres, au moyen de la désinstitutionalisation (CSMQ, 1997). Ce mouvement a suscité plusieurs effets positifs, tel que : démystifier la santé mentale, développer une approche plus humaine face au traitement, limiter la perte des habiletés sociales et diminuer la durée de séjour dans les hôpitaux. Par opposition, la désinstitutionalisation a également provoqué des effets négatifs importants, en particulier l'augmentation de l'itinérance et de la judiciarisation de plusieurs usagers, l'alourdissement du fardeau des familles et l'apparition du syndrome de la porte tournante (répétition des hospitalisations des personnes ayant des troubles mentaux) (CSMQ, 1997). Face à ce contexte, un

questionnement s'impose : « Pouvons-nous soigner les personnes qui présentent des troubles mentaux et organiser les services en psychiatrie différemment afin de répondre plus efficacement aux besoins de cette clientèle ?

De nouvelles approches d'interventions dans la communauté, la découverte de nouvelles molécules chimiques, les impératifs budgétaires, ainsi que la réduction de la durée de séjour à l'hôpital ont entraîné une fréquentation des centres hospitaliers psychiatriques par une clientèle plus sévèrement atteinte. Du reste, au Québec, le Plan d'action en santé mentale (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2005) prévoit répondre aux défis engendrés par ces changements. Ce plan d'action repose sur une équipe de première ligne en centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui offrira des soins et des services à des personnes souffrant de divers troubles mentaux ou à des personnes dont l'état de santé mentale est stabilisé après qu'on ait eu recours à des services spécialisés de deuxième ligne (Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec, 2007c). En priorisant ainsi la première ligne et un retour plus rapide dans la communauté, la clientèle hospitalisée nécessitera des soins infirmiers spécialisés et surspécialisés. Par conséquent, le domaine de la santé mentale aura besoin d'infirmières⁽¹⁾ ayant des connaissances spécifiques, diverses et solides. Pour l'OIIQ (2007c), seule une formation universitaire initiale pourra répondre aux changements envisagés par le MSSS pour ce domaine spécifique. À titre d'exemple, dans les quatre provinces de l'Ouest canadien (Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-

(1) Afin de faciliter la lecture du texte, le terme *infirmière* sera utilisé afin de désigner autant les hommes que les femmes.

Britannique) les soins infirmiers psychiatriques constituent un champs d'activité réglementé et distinct de celui des soins généraux. Il importe donc que les infirmières soient mieux préparées pour faire face aux nouvelles réalités du marché du travail mais aussi pour maximiser et structurer la formation en cours d'emploi afin de poursuivre le développement de l'expertise et la mise à jour constante des connaissances.

Tous ces changements ajoutés à la pénurie actuelle de main-d'œuvre en soins infirmiers, créent un environnement de travail entraînant des problèmes organisationnels importants tels que le manque d'attraction et de rétention, l'insatisfaction au travail et la difficulté du développement des compétences des infirmières. De plus, considérant le fait que la moyenne d'âge des infirmières est de 46,7 ans, que 42% d'entre elles ont 50 ans et plus et que seulement 2,7 % des infirmières du Québec oeuvrent en centre hospitalier de soins psychiatriques, les efforts mis sur la rétention et le recrutement des infirmières sont essentiels, dans ce milieu (OIIQ, 2007c). Selon certains auteurs (Ito, Eisen, Sederer, Yamada & Tachimori, 2001), le départ d'infirmières hautement compétentes constitue un problème considérable pour un grand nombre d'hôpitaux psychiatriques.

Il importe donc que les notions de reconnaissance, de développement des compétences des infirmières en pratique clinique et d'avancement dans leur carrière deviennent une valeur importante pour les gestionnaires. De fait, les sociologues

Maslow (1943), Getzels et Guba (1957) ainsi que Porter (1962) mentionnent dans leurs écrits que les organisations doivent tenir compte des besoins de leurs employés et offrir des incitatifs afin de les motiver à travailler plus efficacement (cité dans Payson, 1988). Dans un de ses derniers mémoires, l'OIIQ (2007c) mentionne que pour avoir un effet positif sur le recrutement et la rétention des infirmières, le développement des compétences doit être vu par les gestionnaires comme une opportunité de favoriser le cheminement professionnel et de carrière.

L'insatisfaction au travail des infirmières joue également un rôle important sur la rétention et l'attraction. Une récente étude stipule que 40% de l'ensemble des infirmières du Québec seraient insatisfaites de leurs conditions de travail (MSSS, 2003). Cette insatisfaction serait principalement reliée à la surcharge et au rythme effréné du travail, aux lieux physiques et au manque de sécurité de l'environnement de travail, au manque de valorisation, de reconnaissance, d'écoute et de soutien, à l'absence ou à la diminution d'un sentiment d'appartenance, à l'obligation du temps supplémentaire, aux conditions salariales qui ne reflètent pas les tâches et les responsabilités et, finalement, au manque de temps consacré à la clientèle (MSSS, 2003). De l'avis de Seago (1996), un taux d'insatisfaction élevé est souvent associé à d'autres facteurs néfastes pour une organisation. Ces facteurs se traduisent notamment par un absentéisme, par un épuisement professionnel, par une attitude négative au travail, par un stress et une ambiguïté des rôles. Selon Edward, Burnard, Coyle, Fothergill et Hannigan (2000), les

infirmières oeuvrant en psychiatrie représentent celles qui vivent le plus d'épuisement professionnel suite à l'augmentation de la charge de travail, à la pénurie et aux réformes, ainsi qu'au manque de ressources. L'insatisfaction a également une incidence sur le roulement du personnel. À cet effet, Shapiro (1998) souligne que les coûts du roulement des infirmières, c'est-à-dire les coûts reliés au départ d'une infirmière dans une organisation, sont significatifs et contribuent à augmenter les dépenses reliées au recrutement, à l'orientation et à la supervision. Conséquemment, on observe une diminution de la productivité de l'unité ou de l'organisation en générale. Certains auteurs ont tenté de quantifier les coûts inhérent au roulement du personnel. De fait, Shapiro (1998) estime des coûts variant entre 4000\$ et 50 000\$ par infirmière. D'autres auteurs ont plutôt calculé des coûts variant entre 12 000\$ et 15 000\$ (Bland-Jones, 1990; Buchan, 1992).

Outre les considérations budgétaires, le manque de rétention a aussi des effets sur le développement des compétences cliniques. Une organisation qui présente un faible taux de rétention risque fort de se retrouver avec des infirmières n'ayant guère eu l'opportunité de développer leurs compétences cliniques dans un secteur donné. Une étude de Lefebvre (2000) a démontré que l'expérience acquise est très importante pour la profession infirmière, plus particulièrement pour les soins directs aux patients. En effet, la dimension humaine semble s'approfondir au fil de l'expérience de même que l'adaptation aux lieux physiques, à la réalisation de techniques de soins, à l'organisation

du travail et au développement d'une approche analytique. Par ailleurs, selon nos observations cliniques, la formation continue semble se dérouler bien différemment d'un établissement à l'autre. En effet, les hôpitaux dépensent des sommes considérables pour la formation en cours d'emploi (formation continue) mais sans qu'il y ait véritablement de programme établi. Plus spécifiquement, dans bien des milieux, les thèmes abordés sont retenus selon les besoins et les suggestions des infirmières. À notre connaissance, aucun outil n'est utilisé actuellement dans le réseau de la santé au Québec pour structurer la formation continue et, surtout, s'assurer de son efficacité selon le développement des compétences des infirmières. Ainsi, pour répondre aux besoins de formation continue des infirmières, il importe d'établir des priorités de formation en fonction des rôles et du contexte de soins et prévoir le financement approprié afin de permettre le déploiement des activités de formation et le transfert des connaissances (OIIQ, 2007c). Force est de constater que face à l'ensemble de ces problèmes organisationnels, il devient difficile pour les gestionnaires de mettre l'accent sur l'amélioration des conditions de travail et la satisfaction au travail de même que sur la formation et sur le soutien des infirmières oeuvrant en psychiatrie.

Aux États-Unis, ce contexte de roulement du personnel, de manque de rétention et d'attraction des infirmières en milieu clinique, d'insatisfaction au travail des infirmières a principalement entraîné la mise en application de diverses solutions, notamment l'élaboration et l'implantation des plans de carrière en milieu clinique

(PCMC). Plus précisément, les PCMC reposent sur la notion du développement et de la reconnaissance de la compétence en pratique clinique ainsi que sur l'avancement dans la carrière (Boucher, 1994). Il ressort des écrits recensés que les PCMC augmentent la rétention et le recrutement, améliorent la satisfaction au travail et améliorent la compétence clinique des infirmières de même qu'ils diminuent le roulement du personnel (Bell, 1993; Corley, Farley, Geddes, Goodloe & Green, 1994; Hansen, 2001; Jones, 1996; Meretoja & Leino-Kilpi, 2001; Schulz, 1993). Dans un même ordre d'idées, Shapiro (1998) mentionne que les PCMC pourraient avoir une influence positive sur la satisfaction de la clientèle relativement aux soins prodigués, sur la relation avec les autres professionnels, sur le nombre d'infirmières soignantes expertes présentes dans un établissement, sur la situation financière des établissements et sur la qualité des soins.

Devant les problèmes organisationnels énumérés précédemment, différents pays ont tenté diverses expériences. En France, on tente de valoriser le potentiel humain par le développement des compétences et par l'implication du personnel (Drevet, 2001). Aussi, l'utilisation d'une grille de compétence comme outil de gestion permet de responsabiliser les employés, de favoriser l'échange d'informations relatives au fonctionnement global de l'hôpital, d'accroître la motivation individuelle et collective et, finalement, de développer un climat de confiance.

Le modèle conceptuel de Benner apparaît tout à fait approprié comme cadre de référence pour la présente étude. De fait, selon Benner (1982), la compétence clinique s'acquiert selon un processus de développement professionnel commençant à un niveau de « novice » dans la compréhension et l'application des soins infirmiers vers un niveau d'« experte » par le biais de l'acquisition d'une expérience clinique et grâce, entre autres, à la formation. En se basant sur le modèle de l'acquisition d'habiletés, développé par Dreyfus et Dreyfus (1980) auprès de joueurs d'échec et de pilotes d'avion, Patricia Benner a transposé le modèle à la pratique infirmière. Selon ce modèle, l'acquisition et le développement de la compétence passent par cinq niveaux différents et successifs, soit les niveaux de *novice*, *débutante*, *compétente*, *avancé* et *experte* (Benner, 1994). La grande majorité des PCMC développés aux États-Unis ont été élaborés à partir du modèle de « novice à experte » de Benner (Buchan, 1999; Shapiro, 1998).

À notre connaissance, aucun écrit au Québec n'a porté spécifiquement sur les PCMC pour les infirmières oeuvrant en psychiatrie, et ce, selon la reconnaissance et le développement de compétences ou d'avancement dans le milieu clinique. Truchon, Duquette, Kérouac et Sandhu (1990) ainsi que Boucher (1994) sont les seuls à s'être intéressés aux PCMC chez les infirmières exerçant dans le domaine de la santé physique. Bref, il ressort principalement des écrits recensés que la majorité de ceux-ci, portant sur l'élaboration et l'implantation des PCMC proviennent des centres hospitaliers de santé physique et très peu des centres hospitaliers psychiatriques. En effet,

un seul écrit théorique provenait d'un hôpital psychiatrique de Londres et était le fait des auteures Evans et Spencer (2003), lesquelles décrivent leur expérience d'implantation des PCMC. Avant l'implantation des PCMC, ce centre psychiatrique spécialisé rencontrait d'importantes difficultés pour inciter et retenir des infirmières hautement qualifiées. Suite à une refonte du PCMC en 2001, cet hôpital présente aujourd'hui des résultats intéressants quant à la rétention et l'attraction des infirmières ainsi que l'amélioration de la qualité des soins. Au Québec, en milieu psychiatrique, ce type de cheminement de carrière et de développement professionnel est récent. En effet, l'hôpital Douglas de Montréal a mis sur pied, en 2000, une charte de compétences basée sur le modèle de Benner. Celle-ci permet aux infirmières de participer à des activités professionnelles en lien avec les orientations de l'organisation (Bourgeois et al., 2000). Contrairement au PCMC américain, aucun avantage monétaire ou relié aux conditions de travail de l'infirmière n'est rattaché à l'atteinte d'un niveau de compétence supérieur. Au Québec, les conditions de travail des infirmières suivent les règles d'une convention collective. Plus précisément, le salaire varie selon des échelons et sa croissance suit le nombre d'années d'ancienneté et de scolarité (CPNSSS, 2004). Aucune modalité n'est prévue dans la convention collective visant l'implantation des PCMC dans les établissements de santé au Québec.

Considérant les difficultés d'attraction, de rétention, d'insatisfaction au travail et le manque de cohésion dans le développement des compétences des infirmières en

psychiatrie au Québec de même que les orientations prévues par le MSSS et l'OIIQ, particulièrement en santé mentale, il importe que les gestionnaires considèrent des avenues qui intègrent les besoins de développement et de reconnaissances des compétences cliniques et d'avancement de carrière pour les infirmières. Plusieurs écrits (Bell, 1993; Corley, Farley, Geddes, Goodloe & Green, 1994; Hansen, 2001; Jones, 1996; Meretoja, & Leino-Kilpi, 2001; Schulz, 1993). illustrent que les PCMC constituent une piste de solution intéressante.

Devant ce constat et considérant le peu de recherches sur les PCMC chez les infirmières en psychiatrie, il convient d'explorer la perception des infirmières en regard d'aspects du plan de carrière en milieu clinique d'un centre hospitalier psychiatrique de la région de Montréal. L'étude proposée vise ainsi à explorer la perception des infirmières oeuvrant en psychiatrie relativement à leur niveau de compétence clinique ainsi qu'aux facteurs d'avancement dans leur carrière. Des infirmières de ce secteur d'activité seront rencontrées et, à l'aide d'un questionnaire, leur perception sera explorée relativement à leur niveau de compétence et aux facteurs d'avancement. Cette étude constitue une première étape exploratoire visant ultérieurement à l'élaboration et l'implantation d'un PCMC au sein des milieux de soins québécois.

BUT DE L'ÉTUDE

Le but de cette étude est d'explorer la perception des infirmières, oeuvrant en psychiatrie, relativement à certains aspects du plan de carrière en milieu clinique.

QUESTIONS DE RECHERCHE

1. Quelle est la perception des infirmières oeuvrant en psychiatrie en regard de leur niveau de compétence en milieu clinique ?
2. Quelle est la perception des infirmières oeuvrant en psychiatrie en regard de facteurs d'avancement dans leur carrière en milieu clinique ?

CHAPITRE 2
RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente une recension des écrits relatant le niveau actuel des connaissances relativement au phénomène à l'étude. Il présentera successivement les éléments suivants : les plans de carrière en milieu clinique, l'avancement dans la carrière, la pratique infirmière en santé mentale, le modèle de Benner et, finalement, les compétences de la pratique infirmière en santé mentale.

Plan de carrière en milieu clinique

Définitions des PCMC

Il existe plusieurs définitions des PCMC. Pour certains, ceux-ci sont définis comme étant un système dans lequel les infirmières peuvent progresser au sein d'une organisation par une série de niveaux ou d'étapes basés sur l'acquisition de compétences (Richardson, 1994). Pour d'autres, il s'agit d'une structure qui facilite la progression dans une carrière et, de ce fait, est associée à une augmentation salariale selon le niveau de pratique (Buchan, 1999). Dans les deux cas, les connaissances, les compétences et l'expérience sont mises en relief à l'aide de critères selon une progression qui vise l'utilisation optimale du potentiel humain et professionnel de l'infirmière (Boucher, 1994). Par ailleurs, on retrouve des PCMC sous différentes appellations soit : (a) une échelle clinique (Buchan, 1999; Corley et al., 1994; Hansen, 2001; Jones, 1996; Richardson, 1994; Schmidt, Nelson & Godfrey, 2003; Snyder, 1997), (b) une échelle de carrière (Hatcher, 1999; Shapiro, 1998), (c) un modèle de développement clinique

(Haag-Heitman & Kramer, 1998; Nuccio et al., 1996), (d) un programme d'avancement clinique (Gustin et al., 1998; Kravutske & Fox, 1996; Krugman, Smith & Goode, 2000; Schultz, 1993) et, (e) un cadre de compétence clinique (Evan & Spencer, 2003). Malgré ces différentes appellations, les principes de base telles la progression dans la carrière, la reconnaissance et la valorisation de l'acquisition de nouvelles compétences cliniques s'observent dans chacune d'entre elles.

Historique des Plans de Carrière en Milieu Clinique (PCMC.)

C'est en 1970 que l'on voit apparaître pour la première fois la notion de plans de carrière (PCMC) ou de *clinical ladder* suite aux travaux réalisés par la commission nationale d'enquête américaine sur les infirmières (Richardson, 1994). Cette commission concluait que le nombre élevé d'infirmières n'exerçant pas leur profession, le roulement interne des effectifs infirmiers ainsi que l'absentéisme dans les hôpitaux étaient spécifiquement associés à l'insatisfaction des infirmières. Pour sa part, Zimmer (1972) mentionnait que la pratique infirmière devait être reconnue comme une profession à part entière et se développer selon une vision à long terme. Cette infirmière fut la première à opérationnaliser la notion de plan de carrière aux États-Unis (Boucher, 1994; Buchan 1999; Richardson, 1994, Schmidt et al., 2003). Le but de Zimmer était d'implanter un modèle d'avancement clinique qui reconnaissait le développement de la pratique infirmière vers l'excellence (Richardson, 1994). Elle était d'avis que cette reconnaissance résulterait en une augmentation de la rétention des infirmières au travail

et assurerait un haut niveau d'expertise dans les soins prodigués à la personne (Richardson, 1994).

L'arrivée du modèle théorique de « novice » à « experte », proposé par Benner (1982), semble avoir eu un impact positif sur l'implantation des PCMC puisque ce n'est qu'au début des années 80 que l'on observe l'implantation des premiers PCMC dans les hôpitaux américains (Shapiro, 1998). En effet, au début des années 90, Murray recensait 239 hôpitaux ayant implanté un programme de PCMC, dont le modèle de Benner était utilisé, représentant ainsi 44 % des établissements aux États-Unis (Schmidt et al., 2003; Shapiro, 1998). Cela dit, Benner (1982) ne propose pas un modèle de plans de carrière comme tel, mais plutôt une description en cinq niveaux de la pratique infirmière basée sur l'acquisition d'habiletés et de compétences à travers le temps (Buchan, 1999; Schmidt et al., 2003). Toutefois, le modèle de Benner apportent les assises théoriques au PCMC et permet d'expliquer la progression du développement du niveau de compétence.

Depuis quelques années, et ce, malgré son utilisation répandue le modèle de Benner est critiqué par certains auteurs (Buchan, 1999; Cash, 1995; English, 1993; Schmidt et al., 2003). Ces auteurs reprochent au modèle de ne pas bien définir le niveau « expert » considérant celui-ci comme faisant davantage recours à l'intuition quant aux décisions cliniques. D'autres auteurs suggèrent toutefois un cadre de référence comme

alternative aux PCMC (Schmidt et al., 2003; Clarks, 2004). De plus, à l'Hôpital Général de Tampa, dans l'État de la Floride, les membres du comité de travail chargés de la refonte des PCMC au début des années 2000 n'ont pas considéré pertinent de conserver le modèle de Benner en raison du fait que plusieurs infirmières refusaient d'y adhérer, craignant de se voir apposer une « étiquette » de *novice* ou de *débutante* (Schmidt et al., 2003).

Malgré certaines critiques en regard du modèle de Benner, on retrouve le modèle de Benner dans la grande majorité des PCMC recensés. Du reste, encore aujourd'hui plusieurs hôpitaux optent pour le modèle de Benner (Bourgeois et al., 2000; Goodle et al., 1996; Gustin et al., 1998 ; Haag-Heitman & Kramer, 1998; Kravutske & Fox, 1996; Nuccio et al., 1996). En outre, Cash (1995) juge les fondements théoriques inhérents aux travaux de Benner importants et pertinents pour l'avancement des connaissances en sciences infirmières. Pour sa part, Shapiro (1998) souligne que les composantes de ce modèle ont traversé les époques parce qu'elles pouvaient non seulement s'adapter aux différentes organisations, mais également s'appliquer aux domaines de l'enseignement et de la pratique clinique.

Il ressort des écrits recensés que les PCMC proviennent principalement des États-Unis. Buchan (1999) a, pour sa part, recensé d'autres expériences d'implantation en Grande-Bretagne, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Quant au Canada, très peu

d'expériences d'implantation sont relatées dans les écrits. En effet, on en retrouve à l'Hôpital Général Victoria à Halifax (Richardson, 1994) et à l'Hôpital Général St-Boniface au Manitoba (Boucher, 1994). Également, une ébauche de projet a pris place au Centre Hospitalier Universitaire de l'Alberta à Edmonton (Richardson, 1994).

Au Québec, ce n'est qu'à partir des années 1990 que les premiers écrits portant sur les PCMC ont été publiés. À cette époque, certains auteurs (Truchon, Duquette, Kérouac & Sandhu, 1990) proposaient l'utilisation de ces plans de carrière afin de promouvoir l'autonomie et le développement de la profession infirmière. Quelques années plus tard, Boucher (1994) mesurait la perception des infirmières en regard d'aspects des PCMC dans un hôpital universitaire spécialisé de la région de Montréal. Elle a étudié la perception des infirmières en regard de leur niveau de compétence à l'aide d'un instrument de mesure basé sur le modèle théorique de Benner. Par la suite, elle a évalué la perception des infirmières en regard des facteurs d'avancement dans leur carrière. Malgré la suggestion de ces auteurs québécois d'implanter des PCMC dans les centres hospitaliers du Québec, aucun projet n'a actuellement vu le jour. À notre connaissance, seul l'Hôpital Douglas de Montréal a fait preuve d'ouverture et d'innovation en implantant, en 2000, une charte de compétences destinées aux infirmières, qui décrit les niveaux de compétence selon Benner et reconnaît l'expérience acquise (Bourgeois et al., 2000). Il ne s'agit cependant pas d'un PCMC puisque aucun

facteur d'avancement n'est rattaché à l'atteinte d'un niveau de compétence supérieur, tel que préconisé dans le modèle de Benner.

Objectifs liés à l'implantation des PCMC

Il existe deux grandes catégories d'objectifs d'implantation des PCMC, soit : des objectifs organisationnels et des objectifs professionnels. Au niveau organisationnel, on retrouve les trois objectifs suivants : (a) augmenter la rétention des infirmières expertes sur les unités de soins (Buchan, 1999; Corley et al., 1994; Evan & Spencer, 2003; Gustin et al., 1996; Nuccio et al., 1996; Jones, 1996; Richardson, 1994; Schmidt et al., 2003; Truchon et al., 1990); (b) réduire le roulement du personnel (Buchan, 1999; Shapiro, 1998) et, (c) améliorer la satisfaction au travail (Schultz, 1993; Shapiro, 1998). Au niveau professionnel, on note les objectifs, tels que : (a) fournir un système qui reconnaît et récompense l'amélioration de la qualité des soins (Buchan, 1999; Corley et al., 1994; Evan et Spencer, 2003; Schmidt et al., 2003; Schultz, 1993; Shapiro, 1998; Snyder, 1997), (b) créer un environnement qui promeut les attitudes et les comportements professionnels, par exemple la responsabilité, l'autonomie et la collaboration (Corley et al., 1994; Evan et Spencer, 2003; Krugman et al., 2000), (c) différencier les niveaux de compétences en soins infirmiers à l'aide d'une définition claire et précise du rôle en lien avec les valeurs, les buts et la mission de chaque organisation (Buchan, 1999; French, 1993; Krugman et al., 2000; Schmidt et al., 2003; Truchon et al., 1990) et, finalement,

(d) fournir des opportunités de carrière (Krugman et al., 2000; Schultz, 1993; Shapiro, 1998).

Structure et mise en application des PCMC

Il existe autant de PCMC qu'il existe de centres hospitaliers dans le monde. Cette observation rejoint les propos de French (1988) suggérant que chaque établissement développe un PCMC susceptible de répondre à la culture et aux objectifs du milieu. Les PCMC se composent habituellement de trois sections : (1) une description des tâches reliées au nombre de niveaux de compétences retenus; (2) une description des exigences reliées aux profils de pratique et (3) un système de promotion qui permet l'avancement dans la carrière (Truchon et al., 1990).

Le nombre de niveaux de compétences diffère d'un PCMC à l'autre. Certains peuvent posséder jusqu'à six niveaux (Buchan, 1999). Toutefois, la très grande majorité des PCMC n'en possèdent que trois (Evan & Spencer, 2003) ou quatre (Krugman et al., 2000; Goodloe et al., 1996; Kravutse et al., 1996; Schmidt et al., 2003). Généralement, chaque niveau correspond à un certain nombre de critères de performance se rapportant à la démarche de soins, à la participation à l'enseignement, aux habiletés de communication ainsi qu'à la participation à l'évaluation et à la recherche (Buchan, 1999; Haag Heitman et al., 1998; Krugman et al., 2000; Schmidt et al., 2003; Truchon et al., 1990). Les critères sont énoncés en termes de résultats escomptés et chacun d'entre eux

représente la norme minimale à atteindre (Truchon et al., 1990). À ces critères, s'ajoutent des exigences qui portent non seulement sur les critères de performance, mais aussi sur l'expérience et sur la formation académique (Truchon et al., 1990).

En ce qui concerne l'avancement dans la carrière, celui-ci est généralement déterminé par un comité de travail ad hoc formé d'infirmières soignantes et spécialisées ainsi que de gestionnaires en soins infirmiers (Buchan, 1999; Evan et al., 2003; Goodloe et al., 1996; HaagHeitman et al., 1998; Kravutse et al., 1996; Schmidt et al., 2003; Truchon et al., 1990). L'infirmière prépare un portfolio qui sera remis aux membres du comité d'évaluation avant l'entrevue. Ce portfolio se compose généralement d'une lettre d'introduction, d'un curriculum vitae, d'une évaluation de la performance, d'une lettre de référence de son supérieur, de lettres de ses collègues et de membres de l'équipe médicale ou des patients/familles et d'une autoévaluation (Boucher, 1994; Goodloe et al., 1996). Lorsqu'un consensus est établi entre les membres du comité d'évaluation, une réponse écrite est remise à la candidate et, dans certains cas, une cérémonie est organisée pour souligner l'avancement dans la carrière (Schmidt et al., 2003). Généralement, cette évaluation est faite sur une base annuelle (Boucher, 1994 ; Kravutse et al., 1996).

Suite à l'évaluation, une récompense est attribuée si un niveau supérieur a été atteint. Il existe plusieurs types de récompenses: (a) recevoir une reconnaissance d'ordre monétaire, (b) obtenir un titre d'emploi spécifique, (c) avoir des privilèges spéciaux, (d)

bénéficiaire de plus d'autonomie et de responsabilités, (e) avoir un horaire flexible (Boucher, 1994; Richardson, 1994). Comme l'indiquent plusieurs auteurs (Boucher, 1994 ; Gustin et al., 1998 ; Kravutske et al., 1996 ; Krugman et al., 2000 ; Richardson, 1994), les récompenses d'ordre monétaire semblent être privilégiées par plusieurs PCMC. Celles-ci peuvent, selon Boucher (1994), prendre la forme d'échelons salariaux supérieurs, de primes fixes ou encore d'un pourcentage ajouté au salaire de base. Quelle que soit la forme retenue, il importe de s'assurer qu'elle réponde aux attentes des gestionnaires et des infirmières et quelle assure le succès du PCMC (Richardson, 1994).

L'avancement dans la carrière

Au même titre que le développement professionnel et le développement de l'autonomie, l'avancement dans la carrière est un élément important pour les infirmières (Truchon et al., 1990). L'avancement de la carrière fait référence à un système d'évaluation de la compétence, de nomination et de promotion qui permet de mieux tenir compte des exigences différentes entre les postes (Boucher, 1994). Pour faire face aux changements internes et externes influant sur la profession, il importe de porter une attention particulière au développement de la carrière et à la rétention des infirmières soignantes sur les unités de soins (Benner, 2001). Pour Benner (1994), le manque de perspectives de carrière expliquerait en partie le fait que des infirmières quittent la profession. À ce jour, 5,6% des infirmières québécoises diplômées n'exerceraient pas la profession (OIIQ, 2007b) comparativement à 3,4% en 2002 (OIIQ, 2002a). Le modèle théorique de Benner rejoint le besoin d'une approche systématique pour le développement de la carrière des infirmières.

Selon Benner (1994; 2001), il y aurait plusieurs infirmières qui, dans une perspective d'améliorer leur salaire, leur qualité de vie et leur statut, quitteraient la profession ou se dirigeraient vers la gestion en soins infirmiers, l'enseignement ou la santé publique au lieu d'opter pour la pratique clinique en soins infirmiers. Selon l'OIIQ, depuis 2000 et jusqu'à ce jour, le pourcentage d'infirmières exerçant en centres

hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) est stable à 60 % (OIIQ, 2000, 2001a, 2002a, 2003, 2004, 2007a, 2007b). Les centres hospitaliers psychiatriques représentent un des secteurs le plus en chute libre depuis 2000 en terme d'infirmières au Québec. Ainsi, en 1998-1999 ce secteur représentait 3,7% (OIIQ, 2000) des infirmières sur le marché du travail tandis qu'en 2007, ce pourcentage a chuté à 2,7% (OIIQ, 2007b). Le secteur de l'enseignement et le secteur privé présentent des augmentations continues depuis les quatre dernières années pour atteindre respectivement 2,1% et 10,1% des infirmières sur le marché du travail.

Au tournant des années 2000, plusieurs comités ou forums ont vu le jour afin de dresser le portrait de la situation de la main-d'œuvre infirmière tant au niveau québécois que canadien. En 2002, le comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI) déposait au comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS) un rapport intitulé : *Notre santé notre avenir, un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Ce comité avait été créé à la suite de la rencontre des sous-ministres et des ministres de la santé organisé en octobre 2000. Deux propos, notifiés au niveau des recommandations, retiennent notre attention. Le premier énonce que l'excellence de la pratique clinique doit être récompensée de manière officielle si les établissements souhaitent conserver des infirmières expertes à des fonctions de pratique directe. Le deuxième propos réfère au consensus qui a été atteint quant aux facteurs qui contribuent le plus à la satisfaction des infirmières et ce dans toutes les fonctions et tous les milieux.

Il s'agit de l'autonomie, du faible niveau de stress, du leadership et de la bonne communication avec le chef d'unité, de l'absence de conflit de rôle, de la rétroaction, de la reconnaissance, des possibilités d'avancement, de la rémunération et de la standardisation des tâches (CCCSI, 2002). Au Québec, le ministère de la santé et des services sociaux (2001) mit sur pied un forum afin d'évaluer les besoins qualitatifs et quantitatifs en matière de main-d'œuvre infirmière pour l'ensemble du Québec, et ce, pour les années à venir. Ce forum remit en février 2001 une série de recommandations au ministre de l'époque afin de contrer la pénurie d'infirmières. Parmi ses recommandations, on retrouve un plan d'action pour résorber la pénurie globale, améliorer l'adéquation entre les compétences et les besoins de la clientèle, rendre la profession plus concurrentielle afin d'attirer un plus grand bassin de main-d'œuvre, effectuer un suivi des activités prévues au plan d'action mettre à jour annuellement le modèle de projection ainsi que le plan d'action. En décembre 2003, un sous-comité du ministère de la santé et des services sociaux publiait une recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières au Québec. Les infirmières ont majoritairement identifié le soin direct aux clients (27%) comme étant le cheminement de carrière privilégié, suivent dans l'ordre : (1) travailler dans le département ou service de son choix (14%); (2) faire ou terminer son baccalauréat, certificat, maîtrise (12%); (3) travailler sur le quart de travail de son choix (11%); (4) travailler en CLSC (8%) et cinquièmement à 5%, avoir un poste à temps complet. Ces statistiques indiquent

clairement que malgré des conditions de travail difficiles, les infirmières privilégient encore et toujours le soin aux usagers.

Les PCMC répondent précisément au besoin d'avancement et de progression dans la carrière en valorisant et en reconnaissant le développement des compétences cliniques. Tout en clarifiant le rôle de l'infirmière à l'aide d'une description d'emploi objective, les PCMC offrent des occasions d'avancement aux infirmières, et ce, en mettant l'accent sur leurs compétences (Truchon et al., 1990). Rappelons que plusieurs auteurs (Krugman et al., 2000; Schultz, 1993; Shapiro, 1998) suggèrent l'implantation de PCMC afin de répondre au besoin de présenter des opportunités d'avancement de carrière aux infirmières. Buchan (1997), reconnu pour avoir mainte fois critiqué les PCMC américains, insiste sur l'importance de maintenir des structures avec des échelons à gravir au sein de la pratique infirmière.

Cet intérêt pour l'avancement et les opportunités de carrière peuvent provenir du fait que la pratique infirmière est, de nos jours, considérée comme étant une véritable profession offrant des possibilités de carrière. En ce sens, voici les propos de Goulet (1999) : *«Le travail des femmes, par conséquent des infirmières, a longtemps été perçu, comme un ensemble de tâches routinières requérant peu de formation, pouvant être accomplies par n'importe qui et sans grande valeur marchande»*. Selon Benner (1994; 2001), les progrès de la médecine ont étendu le rôle et augmenté les responsabilités de

l'infirmière. Il n'est pas rare que l'hospitalisation soit justifiée par la nécessité d'assurer des soins infirmiers de haut niveau (Benner, 1994). C'est pourquoi on reconnaît aujourd'hui la contribution essentielle des infirmières au bon fonctionnement du système de santé au Québec ainsi que leur rôle pivot dans la prestation des soins (MSSS, 2001). Selon Benner (2001), la profession étant surtout composée de femmes, et les décideurs, majoritairement masculins, ont toujours considéré que les infirmières ne cherchaient que des emplois intermittents ou des carrières de courte durée. À ce propos, Goulet (1999) cite :« *plusieurs infirmières qui ont suivi une formation supérieure perçoivent maintenant la pratique infirmière non plus comme un job mais plutôt comme une carrière, comportant, dès lors, des échelons à gravir, une planification dans le temps et exigeant un engagement à long terme. De plus, elles reconnaissent l'importance de l'autonomie non seulement pour elles-mêmes mais également pour l'ensemble de la profession*».

Donner et Wheeler (2001) notent également l'importance de développer et de planifier la carrière chez les infirmières. Elles mentionnent que la planification de la carrière fait partie intégrante du développement de la pratique infirmière et est associée à la conception de la profession infirmière en tant que « carrière ». Ce changement de perspective est aux yeux de ces auteurs tout aussi important que le processus de professionnalisation de la pratique infirmière, initié par Nightingale, à la fin du 19^e siècle. Pour ces auteures, la planification de la carrière est un processus continu

d'autoévaluation en fonction d'objectifs établis, influencé par l'habileté de l'infirmière à se développer à partir des opportunités qui se présentent et à croître à l'intérieur des changements. Selon elles, la carrière d'une infirmière passe par cinq étapes : l'apprentissage académique, l'entrée sur le marché du travail, l'engagement professionnel, la consolidation des connaissances acquises et finalement le retrait, période au cours de laquelle l'infirmière prépare son départ à la retraite. Donner et Wheeler présentent un modèle où l'infirmière est invitée à explorer d'abord son environnement en l'observant, en l'évaluant, en le discutant avec d'autres personnes tout en poursuivant son développement professionnel. Selon ces auteures, une bonne connaissance de soi s'impose afin d'être en mesure d'identifier ses valeurs, ses expériences, ses connaissances, ses forces et ses limites et ainsi identifier l'orientation de la carrière à l'intérieur de son environnement. Par la suite, l'infirmière doit déterminer une vision réaliste et claire de sa carrière en tenant compte de ses valeurs, de ses croyances et de ses habiletés. Ensuite, il convient qu'elle développe un plan d'action visant l'atteinte de ses objectifs. Finalement, elle doit être capable de mettre en évidence ses qualités, ses habiletés et son expertise tout en établissant un réseau de personnes qui saura l'aider pour atteindre ses objectifs (Donner & Wheeler, 2001).

En somme, la planification et le développement de la carrière demandent un engagement important de la part de l'individu. Toutefois, d'autres acteurs ont un rôle important à jouer. En effet, pour Donner et Wheeler (2001) : 1) les maisons

d'enseignement doivent aider les étudiants à intégrer la planification de la carrière à l'intérieur de leur développement professionnel, 2) les employeurs du réseau de la santé ont à soutenir et à assister leurs employés dans l'élaboration et l'organisation de leur carrière, et 3) les organisations professionnelles, qui ont traditionnellement contribué au développement de la carrière de leurs membres en étant des ressources importantes, ont à proposer différentes tables de discussion et à jouer un rôle de leader au sein du processus.

Modèle théorique

Cette section présente le cadre de référence retenu pour cette étude. Il a été démontré que le modèle théorique de Benner était le modèle de choix pour les PCMC. Toutefois, étant donné que l'étude actuelle se déroule en psychiatrie et que le modèle de Benner a été développé en santé physique, il fallait trouver dans un premier temps si ce modèle théorique pouvait tenir la route en psychiatrie. Ainsi, l'hôpital Douglas (Bourgeois et al., 2000) a adapté le modèle de Benner à la psychiatrie en dégagant des indicateurs de compétences dans ce domaine de la pratique infirmière. Dans un deuxième temps, l'étude des compétences spécifiques en psychiatrie avec la charte de compétences développée au Douglas (Bourgeois et al., 2000) et l'étude de McElroy (1990) a permis de valider les questions de l'instrument de mesure utilisé dans cette présente étude.

Modèle théorique de Benner

Plusieurs auteurs (Boucher, 1994; Buchan, 1999; Shapiro, 1998) considèrent qu'il est très difficile de discuter des niveaux de compétences sans parler des travaux réalisés par Patricia Benner. Selon Benner (1982), la complexité des soins et la responsabilité reliée à la pratique infirmière d'aujourd'hui exigent un développement continu et à long terme de la carrière. Ceci demande une compréhension de la différence entre une infirmière expérimentée et une infirmière *novice* (Benner, 1982).

Le modèle de l'acquisition d'habiletés de Dreyfus et Dreyfus (1980) permet une meilleure compréhension de cette différence. Ce modèle a été développé par le mathématicien et analyste Stuart Dreyfus ainsi que par le philosophe Hubert Dreyfus de l'Université de la Californie à la suite de leurs travaux auprès de joueurs d'échec et de pilotes d'avion (Benner, 2001). Ils en sont venus à la conclusion que l'acquisition et le développement des habiletés passent par cinq niveaux : novice, débutant, compétent, performant et expert. Benner, à la lumière de ses propres travaux basés sur des analyses de descriptions de situations cliniques d'infirmières oeuvrant en soins intensifs, a réussi à appliquer le modèle de Dreyfus et Dreyfus à la pratique infirmière (Benner, 2001). À partir d'entrevues auprès d'infirmières oeuvrant en soins intensifs, Benner (2001) a de plus, identifiée 31 compétences cliniques regroupées en sept domaines. Elle précise toutefois que les compétences retrouvées à l'intérieur des différents domaines ne constituent pas une description exhaustive de la pratique infirmière (Benner, 2001). Les sept domaines identifiés sont : a) la fonction d'aide; b) la fonction d'éducation et de guide; c) la fonction de diagnostic et de surveillance; d) la prise en charge efficace de situations à évolution rapide; e) l'administration et la surveillance des protocoles thérapeutiques; f) l'assurance et la surveillance de la qualité des soins; g) le développement des compétences en matière d'organisation et de répartition des tâches (Benner, 1995).

L'hôpital Douglas de Montréal

Cet hôpital a précisé dans le guide *Charte de compétences des infirmières et infirmiers*, des indicateurs de compétence en psychiatrie pour chacun des 5 niveaux présentés ci-avant (Bourgeois et al., 2000). Ces indicateurs s'appuient entièrement sur le modèle de Benner (1984). Tout d'abord, l'infirmière « novice » est une nouvelle graduée ou oeuvrant dans un nouveau milieu clinique : elle a peu d'expérience des situations cliniques auxquelles elle est susceptible d'être confrontée. L'infirmière exécute des fonctions bien définies qui lui sont désignées et peut éprouver certaines difficultés à faire le pont entre ce qu'elle a appris et les situations rencontrées sur le terrain. Progressivement celle-ci apprend des règles qui la guideront dans ses actes afin d'acquérir l'expérience nécessaire au développement de ses compétences (Bourgeois et al., 2000).

Pour sa part, l'infirmière « débutante » reconnaît, après avoir vécu suffisamment de situations cliniques réelles (expérience), les facteurs signifiants qui se produisent dans des situations similaires (Bourgeois et al., 2000). La débutante sait reconnaître des parties isolées c'est-à-dire, certains éléments d'une situation clinique. Elle a toutefois de la difficulté à établir elle-même des priorités dans les soins à donner (Benner, 1984).

L'infirmière « compétente » travaille dans le même milieu depuis deux ou trois ans. Elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plan thérapeutique

à long terme. Celle-ci se fait une représentation d'un problème à partir d'une analyse consciente et abstraite de celui-ci. Elle sent qu'elle maîtrise la situation, est en mesure d'y faire face et est capable de gérer les imprévus. La « compétente » planifie et priorise son travail de façon délibérée et accroît son sens de l'organisation et de l'efficacité. L'infirmière compétente gagne à être exposée à des expériences de prises de décisions, lesquelles la préparent à la planification de situations plus complexes et la coordination de soins multiples (Bourgeois et al., 2000).

L'infirmière « performante » travaille avec la même clientèle depuis trois à cinq ans. Elle perçoit les situations dans leur ensemble et non en termes d'aspects dissociés. Cette dernière apprend par l'expérience et prévoit quels événements typiques peuvent survenir dans une situation donnée et comment s'ajuster à ceux-ci. Elle démontre une compréhension globale améliorant son processus de décision. La « performante » se centre directement sur le problème et agit avec rapidité et souplesse. Elle utilise des maximes qui la guident dans l'établissement des priorités. Ces maximes sont des canevas constitués de toutes ses expériences antérieures. L'infirmière « performante » apprend habituellement davantage, que les infirmières compétentes et débutantes, par l'utilisation d'études de cas qui sollicitent sa capacité d'appréhender une situation (méthode inductive) (Bourgeois et al., 2000).

Finalement, l'infirmière « experte » comprend de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème. Elle agit à partir d'une compréhension profonde de la situation globale et utilise un processus de résolution analytique. Celle-ci émet des jugements cliniques et gère efficacement des situations complexes. L'experte diffuse de façon systématique ses réalisations afin de contribuer au développement des connaissances cliniques (e.g. recherche). Elle est consultée par les autres infirmières et possède une vision de ce qui est possible (Bourgeois et al., 2000).

Compétences cliniques en psychiatrie

Le tableau I, présenté ci-après, fait état des 31 compétences décrit par Benner (1984; 2001) et regroupées en sept domaines. Il y aura comparaison entre les écrits de Benner (1984; 2001), la charte de compétence développée à l'hôpital Douglas de Montréal et les compétences retenues en psychiatrie par l'étude de McElroy (1990). L'auteur Mc Elroy (1990) a analysé les 31 compétences de Benner et a retenu celles qui étaient spécifiques en psychiatrie. Cette comparaison, permettra de prendre conscience de ce qui est spécifique à la psychiatrie étant donné que la théorie de Benner a été développée auprès d'infirmières oeuvrant en santé physique.

Tableau I
Compétences en soins infirmiers

Domaine I : La relation d'aide		
Benner (1984; 1995; 2001)	Bourgeois et al. (2000)	McElroy (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Créer un climat de confiance afin d'établir les conditions à la guérison. • Prendre les mesures pour assurer le confort. • Préserver la personnalité du client face à la douleur et à un état d'extrême faiblesse. • Maximiser sa participation et son contrôle dans sa récupération. • Interpréter la douleur et sélectionner les stratégies appropriées dans la gestion et le contrôle de la douleur. • Assurer un soutien et informer les familles • Réconforter et communiquer à travers le toucher. • Guider le client à travers les états émotionnels et physiques en proposant de nouvelles options tel que la médiation, l'enseignement, l'utilisation d'objectifs et le maintien d'un environnement thérapeutique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Construire et maintenir un rapport d'aide avec le client en réponse à ses besoins de santé en tenant compte de ses capacités, de ses ressources, de ses forces et de son environnement (famille, pers. significatifs). 	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur reprend l'ensemble des 8 compétences de Benner.

Domaine 2 : La fonction d'éducation et de guide		
Benner (1984; 1995; 2001)	Bourgeois et al. (2000)	McElroy (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Saisir les moments où le client est disposé à apprendre. • Aider le client à intégrer les conséquences de la maladie et de la réadaptation à sa vie quotidienne. • Saisir la compréhension que le client a de sa maladie. • Fournir une interprétation de la condition de chaque client et donner les raisons des traitements. • Miser sur l'importance de la fonction de guide c'est-à-dire : rendre acceptable et compréhensible les aspects culturellement tabous d'une maladie. 	<p data-bbox="940 456 1444 574"><i>Le domaine fonction d'éducation et de guide est remplacé par la réadaptation biopsychosociale.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité de l'infirmière, en collaboration avec la famille, des autres professionnels du milieu et du réseau de prestation de services, à accompagner le client dans des activités d'apprentissage. • Permettre au client d'accroître son répertoire personnel d'autosoins et son niveau d'autonomie fonctionnelle, d'assurer son bien-être et sécurité et d'accomplir les AVQ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Saisir les moments où le client est disposé à apprendre. • Aider le client à intégrer les conséquences de la maladie et de la réadaptation à sa vie quotidienne. • Saisir la compréhension que le client a de sa maladie. • Miser sur l'importance de la fonction de guide c'est-à-dire : rendre acceptable et compréhensible les aspects culturellement tabous d'une maladie.

Domaine 3 : La fonction de diagnostic et de surveillance		
Benner (1984; 1995; 2001)	Bourgeois et al. (2000)	McElroy (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Déceler et documenter les changements significatifs dans la condition du client. • Anticiper une crise et une détérioration de l'état du malade avant que des signes cliniques ne confirment le diagnostic. • Comprendre les demandes particulières et l'expérience de santé du client. • Etre en mesure d'évaluer le potentiel de guérison du client. • Répondre aux différentes stratégies de traitement. 	<p><i>La fonction de diagnostic et de surveillance est renommée processus thérapeutique.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cerner avec le client les besoins de santé et planifier les soins infirmiers requis pour maintenir ou améliorer la santé mentale de celui-ci. • Assurer au client les traitements et les soins qu'il requiert (individualisation des soins), et évaluer de façon continue ses réactions et résultats aux interventions. • Susciter la participation du client à son plan d'intervention selon ses capacités et collaborer avec d'autres professionnels de la santé et personnes significatives. • Utiliser une démarche systématique dans la planification, la dispensation et l'évaluation des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Déceler et documenter les changements significatifs dans la condition du client. • Anticiper une crise et une détérioration de l'état du client avant que des signes cliniques ne confirment le diagnostic.

Domaine 4 : La prise en charge efficace de situations à évolution rapide		
Benner (1984; 1995; 2001)	Bourgeois et al. (2000)	McElroy (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Appréhender rapidement un problème. • Miser sur l'importance de la gestion des événements, c-à-d faire correspondre rapidement les besoins et les ressources lors de situations d'urgence. • Identifier et prendre en charge la situation de crise du client jusqu'à l'arrivée du médecin. 	<p><i>Ce domaine est renommé gestion des situations à risque.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacité de l'infirmière, lors de situations instables, de crise ou à risque, tels les comportements agressifs, l'abus, la toxicomanie, le potentiel suicidaire, les maladies infectieuses à : <ol style="list-style-type: none"> (1) participer aux protocoles et mesures de gestion exigées par la situation afin d'assurer la sécurité et l'intégrité de tous (client/famille, visiteurs, personnes hospitalisées et personnel) (2) faire appel aux mesures en place et aux réseaux d'aide de son milieu afin de dépister, prévenir, intervenir et réévaluer les situations à risques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Appréhender rapidement un problème. • Miser sur l'importance de la gestion des événements, soit faire correspondre rapidement les besoins et les ressources lors de situations d'urgence.

Domaine 5 : L'administration et la surveillance de protocole		
Benner (1984; 1995; 2001)	Bourgeois et al. (2000)	McElroy (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer et surveiller un traitement par voie I.V. en s'assurant du minimum de risques et de complication. • Administrer des médicaments tout en surveillant les effets secondaires, les réactions, les réponses au traitement, la toxicité et les incompatibilités médicamenteuses. • Combattre les dangers de l'immobilité en prévenant l'apparition d'escarres en stimulant la marche et la mobilisation des clients afin d'augmenter leur chance de réhabilitation et de prévenir les complications respiratoires. • Créer une stratégie dans le soin des plaies qui facilite la guérison, le confort et un drainage approprié. 	<p><i>Ce domaine est remplacé par l'engagement professionnel des infirmières.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Affirmer son identité professionnelle à partir de ses activités et fonctions et à exercer un leadership par le biais de sa contribution aux soins de santé et au développement des soins psychiatriques ainsi que par le biais de son action politique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer des médicaments de manière appropriée et sans danger tout en surveillant les effets secondaires, les réactions, les réponses au traitement, la toxicité et les incompatibilités médicamenteuses.

Domaine 6 : L'assurance et la surveillance de la qualité des soins		
Benner (1984; 1995; 2001)	Bourgeois et al. (2000)	McElroy (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la sécurité du client lors des soins médicaux et infirmiers. • Signaler ce qui peut être omis ou ajouté aux prescriptions médicales. • Obtenir des médecins des réponses appropriées en temps utile. 	<p><i>Ce domaine est renommé gestion de la qualité des soins.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • C'est la capacité de l'infirmière, en collaboration avec le client, la famille et l'équipe multidisciplinaire, à dispenser des soins et des services de qualité. • Assurer la révision et l'évaluation des soins et services. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'auteur ne fournit pas suffisamment d'informations permettant de cerner et de comprendre ce domaine.

Domaine 7 : Les compétences en matière d'organisation et de répartition des tâches		
Benner (1984; 1995; 2001)	Bourgeois et al. (2000)	McElroy (1990)
<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner, prioriser et répondre aux multiples besoins et demandes des clients. • Former et consolider une équipe soignante pour prodiguer les meilleurs soins. • Planifier les soins, anticiper et prévenir les périodes où la charge de travail sera excessive pour une équipe en tenant compte de la pénurie et du roulement des effectifs. • Maintenir l'esprit d'équipe en gagnant le soutien moral des autres infirmières. • Maintenir un comportement humain envers les clients même en l'absence de contacts proches. • Maintenir une ouverture d'esprit envers les clients, la technologie et la bureaucratie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier, coordonner, ordonner et prioriser ses activités de soins afin de répondre aux multiples demandes et besoins des clients et composer avec diverses situations simultanées et événements imprévus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Non abordé par l'auteur.

Les tableaux aux pages précédentes confirment que le modèle de Benner n'est pas un modèle théorique spécifique à la psychiatrie. En effet, la plupart des 31 compétences énumérées par Benner (1995) peuvent être observées chez les infirmières dans différents domaines de la pratique, et plus particulièrement en santé physique. Aussi, l'une des seules études traitant spécifiquement, en psychiatrie, du modèle de Benner, soit l'étude de McElroy (1990) suggère de ne retenir, pour le domaine de la psychiatrie, qu'une vingtaine des 31 compétences énumérées par Benner.

Au Québec, Bourgeois et al. (2000) ont adapté les sept domaines du modèle théorique de Benner (1984) à la pratique infirmière en psychiatrie. Toutefois, Bourgeois et ses collaborateurs présentent davantage une définition des différents domaines que des compétences spécifiques en psychiatrie. Toutefois, dans l'outil développé par Bourgeois et al. (2000), on retrouve plusieurs indicateurs pour chacun des sept domaines selon les cinq niveaux de compétences de Benner.

En conclusion, les PCMC ont été développés à la fin des années 80 dans le but de promouvoir et de reconnaître le développement des compétences des infirmières mais aussi dans le but de solutionner certains problèmes organisationnels tels que les difficultés d'attraction, de rétention, de satisfaction au travail et de roulement de personnel. Or, sans toutefois prétendre régler tous ces problèmes, des études démontrent que les PCMC améliorent entre autres l'attraction, la rétention et la satisfaction au

travail (Buchan, 1999; Sapiro, 1998; Schultz, 1993). Il existe actuellement différents modèles de PCMC pour la plupart équivalents. Indépendamment du modèle retenu, ce qui semble le plus important aux yeux de French (1988), c'est de développer un PCMC qui saura répondre aux besoins des infirmières et des organisations en tenant compte de la mission et des valeurs propres à ces dernières. Les PCMC promeuvent également le cheminement de carrière, lequel, selon plusieurs auteurs (Benner, 2001; Getzels et Guba, 1957; Maslow, 1943; Porter, 1962), est primordial pour le développement d'une profession. Donner et Wheeler (2001) sont d'avis que le développement et la planification de la carrière sont partie intégrante du développement professionnel de la pratique infirmière et doivent être intégrés dans les divers programmes de formation infirmière. La psychiatrie présente des problèmes organisationnels qui s'apparentent aussi à ceux énumérés précédemment (insatisfaction au travail, recrutement et rétention, développement des compétences, etc.). Étant donné l'état limité des connaissances relatives au modèle de Benner, particulièrement en psychiatrie et des PCMC dans ce domaine de la pratique infirmière, le choix d'une étude exploratoire-descriptive dans le but de mieux connaître la perception des infirmières oeuvrant en psychiatrie relativement aux niveaux de compétences et aux facteurs d'avancement dans la carrière ressort comme étant approprié.

CHAPITRE 3

MÉTHODE

Ce chapitre présente la méthode de recherche qui sera utilisée afin d'obtenir des réponses aux questions de recherche suivantes : 1) Quelle est la perception des infirmières oeuvrant en psychiatrie en regard de leur niveau de compétence en milieu clinique ? 2) Quelle est la perception des infirmières oeuvrant en psychiatrie en regard de facteurs d'avancement dans leur carrière ? Ce chapitre se compose de sept sections : le type d'étude ; la description du milieu et de l'échantillon de l'étude; la définition des variables ; l'instrument de mesure ; le déroulement de l'étude ; l'analyse des données ; les considérations éthiques les limites méthodologiques et, finalement, reliées à l'étude.

Type d'étude

La présente étude est de nature exploratoire-descriptive et a pour but de mieux connaître les perceptions des infirmières en psychiatrie en regard de leur niveau de compétence et des facteurs d'avancement dans la carrière. L'état actuel des connaissances spécifiquement aux PCMC en psychiatrie ne permet pas d'aller au-delà de ce type de niveau de devis de recherche. Le choix du devis de recherche dépend du phénomène à l'étude et de l'état des connaissances entourant celui-ci (Fortin, 1996). Les deux aspects étudiés sont : 1) les niveaux de compétences et, 2) les facteurs d'avancement dans la carrière.

Milieu et échantillon de l'étude

La recherche a eu lieu dans un centre hospitalier psychiatrique anglophone de la région de Montréal. Fondé en 1881, par Alfred Perry et un groupe composé de membres du clergé protestant et de citoyens de Montréal, cet hôpital alors nommé « Protestant Hospital for the Insane » se voulait l'établissement de santé mentale le plus progressiste au Québec. Depuis 1946, ce centre est affilié à l'Université McGill et, depuis quelques années, à l'Organisation mondiale de la santé. Il est un chef de file international en soins, recherche et enseignement en santé mentale. Il offre des services d'excellence spécialisés et surspécialisés dans un contexte de continuum de soins avec ses partenaires de la première ligne. Il mise également sur la prévention et le rétablissement, contribue à la déstigmatisation de la maladie mentale et contribue finalement à l'avancement des connaissances et des pratiques par la recherche et l'enseignement de pointe (www.douglas.qc.ca). Le choix de ce milieu s'est fait principalement par le fait que les gestionnaires de cet établissement utilisent depuis près de huit ans une charte de compétence développée sur le modèle de Benner

La collecte de données s'est effectuée sur les unités suivantes : a) l'urgence, b) les soins intensifs, c) l'unité d'admission adulte, d) l'unité d'admission gérontopsychiatrique, e) l'unité de soins long terme, f) l'unité d'admission adolescent et, g) l'unité des troubles alimentaires. Le choix de ces unités a été fait de manière à obtenir une diversité de participants à l'étude.

L'échantillon (n = 64) était de type accidentel (Fortin, 1996) ou de convenance. La caractéristique première de ce type d'échantillon est d'être formé de sujets qui sont présents à un endroit déterminé à un moment précis. Ce type d'échantillon a pour principaux avantages d'être simple à constituer et peu coûteux. Toutefois, cette technique limite la généralisation des résultats car la représentativité de la population cible n'est pas assurée. Néanmoins, l'emploi d'un échantillon de convenance est plus acceptable dans le cadre d'une étude exploratoire-descriptive par le fait même que ce type de devis de recherche ne vise pas la généralisation des résultats.

Les infirmières sélectionnées pour cette étude répondaient aux critères d'inclusions suivants :

- dispenser des soins directs aux clients et avoir au moins 6 mois d'expérience de travail en soins infirmiers ;
- avoir une connaissance adéquate du français.

Un critère d'exclusion était à noter :

- les infirmières gestionnaires ainsi que les conseillères en soins infirmiers ne peuvent participer à l'étude parce qu'elles ne dispensent pas de soins aux clients hospitalisés.

Définition des variables

1) ***Niveaux de compétences en milieu clinique.*** La compétence en milieu clinique concerne le niveau d'expertise de pratique de l'infirmière relativement à quatre niveaux de compétences (Boucher, 1994). Les quatre niveaux retenus par l'instrument de mesure privilégié par la présente étude sont : a) niveau un « débutant », b) niveau deux « compétent », c) niveau trois « avancé » et, d) niveau quatre « expert ». Chacun de ces niveaux est caractérisé par un ensemble d'activités spécifiques reliées à la démarche de soins, la communication, l'enseignement et la recherche. L'instrument de mesure intitulé: *Étude de la perception des infirmières soignantes en regard de la carrière en milieu clinique*, développé par Boucher (1994), a été utilisé afin de mesurer les deux aspects du plan de carrière. La première partie de l'instrument se rapportant à la *conception personnelle des soins* a été utilisée pour mesurer ce premier aspect du plan de carrière, soit le niveau de compétence.

2) ***Facteurs d'avancement dans la carrière en milieu clinique.*** L'avancement dans la carrière s'appuie sur des facteurs qui contribuent au développement de la carrière de l'infirmière (Boucher, 1994). Ces facteurs sont : a) le développement de sa compétence, b) les exigences à atteindre pour passer d'un niveau de compétence à un autre, c) ses possibilités d'avancement, d) ses choix de carrière et, e) les éléments liés à la promotion et aux récompenses (Boucher, 1994). La deuxième partie de l'instrument

intitulée : *Développement de votre carrière* a servi à mesurer ce deuxième aspect du plan de carrière, soit les facteurs d'avancement.

L'instrument de mesure

L'instrument utilisé *Étude de la perception des infirmières soignantes en regard de la carrière en milieu clinique* a été développé par Boucher (1994). Selon cette auteure, il n'est pas pertinent d'inclure les infirmières « novices » dans son questionnaire puisque les infirmières sur le marché du travail devrait avoir passé le stade « novice » étant donné que ce niveau fait référence aux étudiantes en soins infirmiers. C'est pour cette raison que Boucher (1994) ne considère que les infirmières « débutantes », « compétentes », « avancées » (au lieu de performante) et « expertes ». Le choix d'un questionnaire semble être approprié pour une étude exploratoire-descriptive. En effet, les questionnaires sont conçus dans le but de recueillir de l'information factuelle sur les individus, les situations ou les événements connus des individus ou encore sur les attitudes, les croyances et les intentions des participants (Fortin, 1996). Si l'utilisation d'un questionnaire ne permet pas d'explorer autant en profondeur que l'entrevue, il permet toutefois un meilleur contrôle des biais. Puisque nous prévoyons un taux de réponses de l'ordre de 25 à 30%, on doit être prudent quant à la représentativité de l'échantillon et, par conséquent, la généralisation des résultats doit être questionnée.

Suite à l'analyse des résultats de l'étude de Boucher (1994), en particulier les scores sur les niveaux de compétences, l'instrument de mesure a été légèrement modifié. En effet, lorsque les infirmières ont été interrogées sur leur perception de leur niveau de compétence, Boucher (1994) obtient les proportions suivantes : 0% « débutante », 45% « compétences », 54% « performante » et, 1% « experte ». Comme elle explique, ces proportions sont surprenantes. L'auteure évoque des hypothèses, telles que le déroulement de l'étude sur des unités spécialisées ou un problème au niveau de la différenciation entre les niveaux de compétences. Or, après analyse, ces résultats s'expliqueraient aussi, en partie, par la façon dont les scores ont été calculés. Après avoir fait quelques essais avec l'outil original, il nous a été possible d'obtenir le même score indépendamment du niveau de compétence. Dépendamment de la manière dont on répondait aux 13 premières questions du questionnaire de recherche, elle était possible d'obtenir le même niveau de compétence, et ce, même si le choix des réponses pouvait être l'opposé de l'énoncé.

Le questionnaire modifié est composé de 36 questions (au lieu de 72) réparties en trois sections. Seule la première partie du questionnaire a été retravaillée par l'étudiant-chercheur, et ce, seulement au niveau de la formulation des questions un à 13. Le terme « généralement » a été ajouté aux 13 questions de cette section. Par exemple, à la question un, il est écrit : *Lorsque vous travaillez, est-ce que l'on vous assigne généralement à des bénéficiaires dont la condition est ?*

Suite aux reformulations faites par l'étudiant-chercheur (questions un à 13), le coefficient de Cronbach a été recalculé. Le précédent coefficient calculé par Boucher (1994) était de 0,77. Le nouveau coefficient se situe actuellement à 0,57 ce qui est acceptable selon la littérature. Notons que ce coefficient développé par Cronbach permet d'estimer jusqu'à quel point chaque énoncé de l'échelle mesure de façon équivalente le concept concerné (Fortin, 1996). Un coefficient de corrélation entre 0,61 et 0,80 est acceptable et indique une fiabilité raisonnable de l'instrument de mesure et une évidence quant à la consistance des résultats (Fortin, 1996). Deux explications peuvent expliquer le coefficient (0,57) de l'instrument de mesure : premièrement, le nombre restreint de participants (< 70) et la question cinq. Des analyses statistiques complémentaires indiquent que la question cinq semble avoir une incidence sur le coefficient de Cronbach car si cette question devait être retirée, le coefficient serait de 0,62, soit un niveau statistiquement plus acceptable. La question cinq aborde le thème de la dextérité et de la rapidité lors des soins aux clients. Cette question est probablement plus propice aux centres hospitaliers en santé physique qu'en psychiatrie d'où son incidence sur le coefficient de corrélation. En ce qui concerne la validité de l'instrument, Boucher (1994) rapporte que le contenu du questionnaire prend largement appui, d'une part, sur le modèle de Benner en ce qui a trait à la différenciation des étapes du cheminement vers l'expertise et, d'autre part, sur le PCMC du service de nursing de l'Université de Californie située à San Francisco. Ces assises théoriques viennent appuyer la validité du contenu, et ce, tant au niveau du contenu que des construits (Boucher, 1994).

La première section du questionnaire intitulée « Conception personnelle des soins » vise à connaître la perception des infirmières par rapport à leur niveau de compétence. Cette section comporte 13 questions portant sur 13 dimensions du soin reliées aux quatre niveaux: a) niveau un *débutante* (choix de réponses, un), b) niveau deux *compétente* (choix de réponses, deux), c) niveau trois *avancée* (choix de réponses, trois) et, d) le niveau quatre *experte* (choix de réponses, quatre) (voir tableau II).

Tableau II

Regroupements par dimensions des questions concernant
les niveaux de compétences

Question	Dimension	* Choix de réponses			
		1	2	3	4
Q1	Condition des bénéficiaires	1	2	3	4
Q2	Collecte des données	1	2	3	4
Q3	Analyse des données	1	2	3	4
Q4	Planification des soins	1	2	3	4
Q5	Exécution des soins	1	2	3	4
Q6	Protocole de soins	1	2	3	4
Q7	Évaluation des soins	1	2	3	4
Q8	Communication (client/famille)	1	2	3	4
Q9	Membres de l'équipe	1	2	3	4
Q10	Équipe multidisciplinaire	1	2	3	4
Q11	Enseignement (client/famille)	1	2	3	4
Q12	Orientation (personnel)	1	2	3	4
Q13	Recherche	1	2	3	4

Choix de réponses : un (débutante), deux (compétente), trois (avancée), et quatre (experte).

En ce qui concerne la deuxième section du questionnaire : « Développement de votre carrière », elle vise à connaître la perception des infirmières par rapport aux facteurs d'avancement dans la carrière en milieu clinique. Cette partie comprend une série de 11 questions portant sur les facteurs suivants : a) le développement des

compétences, b) les exigences à atteindre pour devenir « experte », c) les possibilités d'avancement professionnel à l'hôpital, d) le choix de carrière préféré et, e) les éléments liés à la promotion et aux récompenses.

La dernière section du questionnaire comporte 12 questions abordant les caractéristiques personnelles et professionnelles des infirmières, telles que les caractéristiques de l'emploi actuel, la formation, l'expérience en soins infirmiers et quelques caractéristiques sociodémographiques.

En ce qui concerne les choix de réponses, plus du tiers (13) des questions proposent un choix de réponses un, deux, trois ou quatre correspondant à chacun des quatre niveaux de compétences. Trois autres questions utilisent, pour leur part, une échelle de Likert à quatre choix, c'est-à-dire : pas important (0), peu important (1), assez important (2), très important (3). Les autres questions (20) proposent des réponses à choix prédéterminés, connus, explicites, en nombre limité et dix, d'entre elles, présentent aussi un choix de réponses à préciser par le participant, s'il y a lieu.

Le score de chaque question a été calculé afin de le rapporter à l'un des quatre niveaux de compétences. Ainsi les scores se répartissent de 13 à 22 au niveau un (débutante), de 23 à 32 au niveau deux (compétente), de 33 à 42 au niveau trois

(avancée) et de 43 à 52 au niveau quatre (experte). Le tableau III, ci-dessus expose cette répartition.

Tableau III
Répartition des scores selon
le niveau de compétence

Niveau de compétence	Répartition du score
1 Débutant	13 à 22
2 Compétent	23 à 32
3 Avancé	33 à 42
4 Expert	43 à 52

Déroulement de l'étude

Des discussions ont eu lieu avec le milieu hospitalier ciblé et une brève présentation a été faite à la conseillère au développement de la pratique professionnelle et une entente verbale a été conclue pour la réalisation de l'étude dans ce milieu. Une rencontre a été organisée afin de discuter du déroulement de l'étude et de l'intégration de l'étudiant-chercheur à l'ensemble des gestionnaires en soins infirmiers de l'établissement. Le projet de recherche a été présenté en premier au comité d'éthique de l'Université de Montréal et par la suite au comité d'éthique du centre hospitalier psychiatrique ciblé afin d'obtenir leurs approbations respectives pour réaliser l'étude auprès des infirmières.

Une fois l'accord des comités d'éthique obtenu, un entretien a été effectué auprès des chefs d'unité afin de présenter l'étude en vue de rencontrer les équipes de soins concernées et ainsi leur présenter la recherche. Une tournée a été organisée sur les différents quarts de travail pour présenter l'étude aux infirmières.

La collecte des données a été effectuée au moyen d'un questionnaire distribué à l'ensemble des infirmières travaillant sur les unités de soins du centre hospitalier retenu pour la présente étude. Une fois le questionnaire complété, les infirmières pouvaient le déposer sur leur unité de soins à un endroit qui a été déterminé par le chef d'unité. Les participants disposaient de trois semaines pour répondre et remettre le questionnaire.

Analyse des données

Le traitement des données a été effectué à l'aide de statistiques descriptives, telles que la distribution de fréquences, les mesures de tendance centrale, les analyses de corrélation et les analyses comparatives. En ce qui concerne les dix questions avec un choix de réponses « à préciser », un dépouillement de toutes les réponses a été effectué.

Considérations éthiques

Chaque infirmière sollicitée a été informée du but et du déroulement de l'étude. Un formulaire de consentement a été annexé au questionnaire de recherche et devait être signé avant de répondre au questionnaire. Le consentement écrit, attestait du fait que

chaque participante déclarait avoir été bien renseignée sur le projet de recherche et qu'elle acceptait d'y participer. La participation des infirmières à l'étude a été effectuée sur une base volontaire. Chacune d'entre elles a été informée que rien ne l'obligeait à participer à cette étude et qu'elle pouvait cesser d'y participer en tout temps, sans que cela ne leurs cause de préjudice. Chaque participante a été assurée que les données recueillies demeureront confidentielles, utilisées aux fins de l'étude seulement, conservées sous clé chez l'étudiant-chercheur et détruites sept ans après la fin de l'étude.

Limites méthodologiques

La présente étude comporte certaines limites d'ordre méthodologique. Étant donné le choix d'un échantillon de convenance et le petit nombre de participants, les résultats de l'étude ne peuvent être généraliser à l'ensemble des infirmières de l'établissement où l'étude s'est déroulé. De plus, étant donné que l'instrument de mesure a été légèrement modifié et qu'il n'a jamais été validé sous cette forme, il doit être considéré comme étant une limite en soi.

CHAPITRE 4
RÉSULTATS

Ce présent chapitre est consacré à la présentation des résultats obtenus dans le cadre de cette étude. Il y est d'abord question de la description de l'échantillon, soit les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondants. Suivront par la suite les données relatives aux niveaux de compétences en milieu clinique, à l'exploration de relations entre certaines variables, aux facteurs d'avancement dans la carrière en milieu clinique et finalement, à la synthèse des principaux résultats.

Description de l'échantillon

Rappelons que 172 questionnaires ont été distribués sur les trois quarts de travail ce qui représente un taux de réponse acceptable de 36%.

Le tableau IV présente la distribution de l'échantillon par rapport au sexe et à l'âge. Notre échantillon est constitué de 64 % de femmes et de 36 % d'hommes. L'âge moyen se situe à 43 ans; 45 % ont 46 ans et plus, 43 % ont entre 31 ans et 45 ans et finalement 12 % ont moins de 30 ans.

Tableau IV
Répartition des infirmières selon leurs
caractéristiques personnelles

SEXE	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
FEMME	41	64,1
HOMME	23	35,9
Total	64	100,0

ÂGE	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
20-25	05	07,8
26-30	03	04,7
31-35	07	10,9
36-40	08	12,5
41-45	12	18,8
46-50	17	26,6
> 51	12	18,8
Total	64	100,0

X = 43 s = 10	Étendue = 23 à 61
---------------	-------------------

Les caractéristiques professionnelles sont regroupées au tableau V, à la page 62. En ce qui concerne la formation initiale en soins infirmiers, il ressort que la grande majorité des infirmières (80 %) ont obtenu un diplôme d'étude collégiale (DEC), comparativement à 17 % qui détiennent un baccalauréat en sciences infirmières. Un très petit pourcentage (3 %) détiennent un diplôme d'hôpital.

En ce qui concerne la formation complémentaire, 31% des participants ont obtenu un second diplôme. En effet, 8% d'entre elles ont complété un ou deux certificats en soins infirmiers, 8% un baccalauréat en sciences infirmières et 5% un baccalauréat dans une autre discipline. Finalement, 15% des répondants sont présentement en cours

de formation universitaire en sciences infirmières : 12% au niveau des certificats et 3% au niveau du baccalauréat.

Quant au nombre d'années d'expérience en soins infirmiers, la moyenne se situe à 16 ans. Plus de 60% des répondants ont 16 ans et plus d'expérience. Les participants se répartissent sur les trois quarts de travail (jour, soir, nuit) pour l'ensemble des unités de soins. Premièrement, 55 % des sujets travaillent de jour, 19% de soir, 11% de nuit et 15% travaillent en rotation. Plus des trois quarts (78%) occupent la fonction d'infirmière au sein des différentes unités de soins et 14% occupent le poste d'assistante au supérieur immédiat. En moyenne, elles travaillent à la même unité de soins depuis neuf ans. En ce qui concerne le statut d'emploi, 91% sont détentrices d'un poste : 64% à temps complet et 17% à temps partiel. Seulement 9% sont détentrices d'un statut temporaire. Élément intéressant, plus de 70% n'ont occupé qu'un seul emploi, parfois deux, depuis le début de leur carrière d'infirmière.

Finalement, les répondants travaillent majoritairement à l'unité d'admission pour adulte (25%) et à l'unité des soins intensifs (21%). Ensuite nous retrouvons en ordre décroissant : l'urgence, l'unité d'admission géro-psycho-geriatrique et l'unité de soin long terme sont ex æquo à 12%, l'unité d'admission adolescent (8%), l'unité des troubles alimentaires (5%) et 3 participants (5%) ont indiqué la rubrique «autres».

Tableau V
Répartition des infirmières selon leurs
caractéristiques professionnelles

Caractéristiques	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
Formation initiale		
Diplôme d'étude collégiale	51	79,7
Baccalauréat en sc. Inf	11	17,2
Diplôme hôpital	02	03,1
Total	64	100,0
Formation complémentaire en sc. Inf		
Aucune	44	68,8
Certificat(s) en cours	08	12,5
Certificat(s) terminé	05	07,8
Baccalauréat terminé	05	07,8
Baccalauréat en cours	02	03,1
Total	64	100,0
Formation complémentaire autre discipline		
Aucune	48	75,0
Certificat terminé	05	07,8
Attestation terminée	03	04,7
Baccalauréat terminé	03	04,7
Certificat en cours	02	03,1
Maîtrise terminée	02	03,1
Baccalauréat en cours	01	01,6
Total	64	100,0
Années d'expérience		
0-5	13	20,3
6-10	08	12,5
11-15	04	06,3
16-20	18	28,1
21-25	06	09,4
> 25	15	23,4
Total	64	100,0
x = 17 s = 10 étendue = 1 à 35		

Tableau V (suite)

Caractéristiques	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
Quart de travail		
Jour	35	54,7
Soir	12	18,8
Rotation	10	15,6
Nuit	07	10,9
Total	64	100,0
Titre d'emploi		
Infirmière	43	67,2
Assistante au supérieur immédiat	09	14,1
infirmière équipe volante	07	10,9
Chef d'équipe	04	6,3
Autre	01	2,0
Total	64	100,0
Unité de soins		
Unité d'admission adulte	16	25,0
USI	13	20,3
Urgence	08	12,5
Unité d'admission géro-psycho-geriatrique	08	12,5
Unité long terme	08	12,5
Unité des adolescents	05	07,8
Unité des troubles alimentaires	03	04,7
Autres	03	04,7
Total	64	100,0
Nombre d'année à l'unité de soins		
0-5	30	46,9
6-10	17	26,6
11-15	03	04,7
16-20	09	14,1
>20	05	07,8
Total	64	100,0
x = 9 s = 8 étendue = 1 à 34		

Tableau V (suite et fin)

Caractéristiques	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
Statut d'emploi		
Temps complet régulier	41	64,1
Temps partiel régulier	17	26,6
Temps complet temporaire	05	07,8
Temps partiel temporaire	01	01,6
Total	64	100,0
Nombre d'emploi(s) occupés depuis le début de la carrière		
Un	28	43,8
Deux	17	26,6
Trois	04	06,3
Quatre	06	09,4
Cinq et plus	09	14,0
Total	64	100,0
$x = 2$ $s = 2$ étendue = 1 à 17		

En résumé, le groupe des infirmières interrogées présente un profil homogène en ce qui concerne la formation initiale et complémentaire en soins infirmiers ou d'autres disciplines, le titre d'emploi, le quart de travail, le statut d'emploi et hétérogène en ce qui concerne le sexe. Précisons que le pourcentage obtenu pour le groupe des hommes (36%) est supérieur à la moyenne québécoise qui est de 9% (OIIQ, 2007a). Cet élément sera développé au chapitre suivant. L'échantillon présente également un profil diversifié quant aux années d'expérience, des unités de soins, du nombre d'années d'expérience dans l'unité de soins, du nombre d'emploi(s) occupé(s) depuis le début de leur carrière et de l'âge.

Les niveaux de compétences en milieu clinique

La première question de recherche concerne la perception des infirmières oeuvrant en psychiatrie en regard de leur niveau de compétence en milieu clinique. Les tableaux VI et VII présentent les résultats obtenus.

Le tableau VI démontre comment se distribuent les infirmières selon leur perception de leur niveau de compétence après avoir calculé le score total des treize premières questions. On observe une prédominance importante (64%) pour le niveau deux (compétente), par rapport aux trois autres. Il y a donc peu de diversité en regard de la perception du niveau de compétence chez les infirmières approchées dans le cadre de cette étude.

Tableau VI

Répartition des infirmières selon leur perception de leur niveau de compétence

Niveaux de compétences	Score total	
	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
Débutant	07	10,9
Compétent	41	64,1
Avancé	15	23,4
Expert	01	01,6
Total	64	100,0

À la question 15, cette fois-ci, la question est posée directement aux infirmières de la façon suivante : En comparant votre niveau de compétence en soins infirmiers avec celui de vos pairs, à quel niveau placeriez-vous le vôtre ? Le tableau VII présente les résultats obtenus. Plus de la moitié des répondants se retrouvent au niveau «compétente» (55%). Puis, on retrouve en ordre décroissant le niveau «avancé» (30%), «experte» (9%) et «débutante» (6%). Aucune participante ne se retrouve au niveau «novice».

Tableau VII

Répartition des infirmières selon leur perception de leur niveau de compétence (question # 15)

Niveaux de Compétences		
	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
Novice	00	00
Débutant	04	06,3
Compétent	34	54,7
Avancé	19	29,7
Expert	06	09,4
Total	64	100,0

Le tableau VIII décrit la répartition des infirmières par niveau de compétences selon les scores obtenus pour chaque dimension. Les résultats indiquent qu'il y a cinq dimensions pour lesquelles une forte majorité d'infirmières se répartissent au niveau «débutant». Ces dimensions sont, par ordre décroissant : (1) l'analyse des données (73%); (2) la planification des soins (61%); (3) le protocole de soins (58%); (4) la communication avec les membres de l'équipe (58%) et la recherche (58%).

On retrouve par la suite trois dimensions où le niveau « compétent » est prédominant : la communication avec le client/famille (48%); l'enseignement au client/famille (45%) et l'orientation du personnel (43%). Deux dimensions de soins se retrouvent majoritairement au troisième niveau de compétence soit au niveau « avancé » : la participation aux équipes multidisciplinaires (73%) et la collecte de données (46%). Fait à noter, aucune dimension ne se retrouve avec une prédominance au niveau de compétence « expert ».

Pour terminer cette section, on retrouve deux dimensions où il y a un partage entre au moins deux niveaux de compétence. En effet, l'exécution de soins se retrouve ex æquo à 33% entre le niveau « compétent » et « expert ». D'autre part, la question portant sur la condition des clients se répartit presque ex æquo entre les niveaux « compétent » (30%), « avancé » (28%) et « expert » (31%).

Tableau VIII

Répartition des infirmières par niveau de compétence
selon les scores de chaque dimension

Dimensions de soins	Débutante N (%)	Compétente N (%)	Avancé N (%)	Experte N (%)
Condition des clients	07 (10,9%)	19 (29,7%)	18 (28,1%)	20 (31,3%)
Collecte de données	11 (17,2%)	04 (06,3%)	30 (46,9%)	19 (29,7%)
Analyse des données	47 (73,3%)	05 (07,8%)	08 (12,5%)	04 (06,3%)
Planification des soins	39 (60,9%)	06 (09,4%)	14 (21,9%)	05 (07,8%)
Exécution des soins	13 (20,3%)	21 (32,8%)	09 (14,1%)	21 (32,8%)
Protocole de soins	37 (57,8%)	12 (18,8%)	06 (09,4%)	09 (14,1%)
Évaluation des soins	12 (18,8%)	14 (21,9%)	22 (34,4%)	16 (25,0%)
Communication (client-famille)	06 (9,4%)	31 (48,4%)	08 (12,5%)	19 (29,7%)
Communication (équipe de soins)	37 (57,8%)	05 (07,8%)	09 (14,1%)	13 (20,3%)
Équipe multidisciplinaire	01 (01,5%)	15 (23,4%)	47 (73,3%)	01 (01,5%)
Enseignement (client-famille)	23 (35,9%)	29 (45,3%)	12 (18,8%)	00 (00,0%)
Orientation	20 (31,3%)	28 (43,8%)	03 (04,7%)	13 (20,3%)
Recherche	37 (57,8%)	09 (14,1%)	17 (26,6%)	01 (01,5%)

Analyses complémentaires

Il a semblé intéressant d'explorer les relations pouvant exister entre le niveau de compétence et les caractéristiques des infirmières. Des analyses de variance (*test de F*) et des tests de comparaisons multiples (*tests de Student-Newman-Keuls*) de même que des tests de Student (*t-tests*) et des corrélations de Pearson (*r Khi-2*) ont été effectués afin de mettre en relation les neuf caractéristiques des répondants et le score global du niveau de compétence.

Le tableau IX illustre les résultats de l'analyse de variance entre les variables discrètes (p. ex., formation initiale, quart de travail, titre d'emploi, unité de soins, nombre d'emplois) et le score total de compétence.

Tableau IX

Analyse de variance entre les variables discrètes et le score total (n = 64)

Variable	Score total		
	Ddl	F	P
Formation initiale	02	0,15	0,86
Formation complémentaire en soins infirmiers	12	0,28	0,98
Quart de travail	03	2,70	0,05*
Titre d'emploi	04	0,32	0,86
Unité	07	1,98	0,07
Nombre d'emploi	02	7,09	0,02*

* $p < 0,05$ = différence significative

Cette analyse de variance indique des différences statistiquement significatives uniquement entre le quart de travail et la variable qui regroupe le nombre d'emplois occupés depuis le début de leur carrière. Il existe donc un lien direct entre le quart de travail et la perception du niveau de compétence, et un lien entre le nombre d'emplois occupés depuis le début de leur carrière ainsi que la perception du niveau de compétence des infirmières rencontrées. Pour le quart de travail, une analyse plus approfondie des résultats semble être nécessaire afin de déterminer sur quel quart, le niveau de compétence varie le plus. Les tests de comparaisons multiples (*Student-Newman-Keuls*;

Tableau X, présenté ci-dessous) indiquent plus précisément que les infirmières de nuit semblent se percevoir moins compétentes que les infirmières de jour.

Tableau X
Tests de comparaison multiples entre le score total
et les quarts de travail (n = 64)

Quart de travail	Quart de travail			
	Jour (p)	Soir (p)	Nuit (p)	Rotation (p)
Jour	----	0,70	0,03*	0,85
Soir	0,70	----	0,35	0,99
Nuit	0,03*	0,35	----	0,30
Rotation	0,85	0,99	0,30	----

p<0,05 = différence significative

Le tableau XI, à la page suivante, présente les résultats des tests de t entre les variables discrètes (p. ex., statut d'emploi et sexe) et le score global du niveau de compétence. La comparaison des moyennes obtenues indique qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre le statut d'emploi, le sexe et le niveau de compétence.

Tableau XI

Test de t des variables discrètes et le score total (n=64)

Variable	Score total		
	Ddl	F	p
Statut d'emploi	62	0,64	0,51
Sexe	62	0,80	0,43

$p < 0,05$ = différence significative

D'autres types d'analyses ont été nécessaires pour vérifier la relation entre les variables continues (ex., expérience en soins infirmier, expérience à l'unité de soins) et le score total, soit des tests de *Pearson*. Le tableau XII expose les résultats de cette analyse statistique, soit une corrélation entre l'expérience en soins infirmiers et le score total. Donc, plus les infirmières acquièrent de l'expérience au fil des années en soins infirmiers, plus elles se perçoivent compétentes. Toutefois, bien que ces variables corrélaient habituellement entre elles, les autres variables reliées à l'expérience ou à l'âge ne se révèlent pas significativement associées à la perception d'une plus grande compétence.

Tableau XII

Corrélation entre les variables continues et le score total (n=64)

Variable	Score total	
	R	p
Expérience en soins infirmiers	0,41	0,01*
Expérience à l'unité de soins	0,18	0,16
Âge	0,22	0,08

$p < 0,05$ = différence significative

Finalement, des tests de corrélation de *Pearson (khi-2)* et de *Kendall Tau-B* ont été effectués entre le score groupé et la perception des infirmières par rapport à leur niveau de compétence pour analyser la relation entre les deux variables. Ces résultats présentés au tableau XIII, démontrent qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre les deux variables.

Tableau XIII

Test du Khi-2 de Pearson et Test de Kendall de Tau-B
entre le niveau de compétence et le score groupé (n=64)

Variable	Score groupé				Score groupé	
	Test de Khi-2 de Pearson				Test de Kendall de Tau-B	
	Ddl	χ^2	p	R	R	p
Niveau de compétence	09	21,09	0,01*	0,331	0,295	0,02*

p<0,05 = différence significative

Facteurs d'avancement dans la carrière

Cette dernière partie du chapitre portant sur les résultats tente d'apporter certaines réponses à la deuxième question de recherche, soit : Quelle est la perception des infirmières oeuvrant en psychiatrie en regard de facteurs d'avancement dans leur carrière en milieu clinique ? Les résultats obtenus sont présentés aux tableaux 15 à 22 et sont répartis selon les cinq axes suivants : (a) le développement de la compétence, (b) les exigences de l'expertise, (c) les possibilités d'avancement professionnel, (d) le choix de carrière et (e) les éléments liés à la promotion et aux récompenses.

Le développement de la compétence

Cet axe regroupe les questions 14 et 16 du questionnaire de recherche (voir tableau XIV). À la question : « Pensez-vous que votre compétence en soins infirmiers s'est développée au cours de votre carrière ? », 97% des répondants répondent affirmativement. Par la suite, lorsqu'on leur demande si elles atteindront un jour le niveau «expert», 47% pensent que oui alors que 19% pensent le contraire. Notons que 34% des infirmières interrogées ne le savent pas.

Tableau XIV
Répartition des infirmières selon le développement
de leur compétence

	Oui n (%)	Non N (%)	Ne sais pas n (%)	Total
Augmentation de la compétence au cours de la carrière	62 (96,9)	01 (01,6)	01 (01,6)	64
Devenir «experte»	30 (46,9)	12 (18,8)	22 (34,4)	64

Exigence de l'expertise

Ce deuxième axe sur les facteurs d'avancement fait référence à la question 17, laquelle est la suivante : « Quelle importance accordez-vous aux exigences à atteindre pour devenir une infirmière experte ? »

D'après les résultats présentés au tableau XV, situé à la page 76, les infirmières accordent une importance prioritaire à huit exigences en vue de l'atteinte de leur expertise. Ces exigences sont : la motivation (96,87%), l'implication au travail (96,87%), le potentiel (95,31%), la facilité de communication (95,31%), la formation de base (95,31%), l'expérience de travail (93,75%), la diversité (92,19%) et le *leadership* (82,81%). Elles accordent aussi de l'importance à la formation universitaire (70,32%) et aux années de service (62,50%). Quant à l'ancienneté, les participants sont partagées puisque 50% d'entre elles y accordent une importance pour devenir « experte ». Aucune participante n'a inscrit d'autres réponses.

Tableau XV

Répartition des infirmières selon les exigences
à atteindre pour devenir «experte»

Exigences	Pas et peu important		Assez et très important	
	Infirmières (n)	Pourcentage %	Infirmières (n)	Pourcentage %
Motivation	02	03,13	62	96,87
Implication au travail	02	03,13	62	96,87
Potentiel	03	04,69	61	95,31
Formation professionnelle	03	04,69	61	95,31
Facilité de communication	03	04,69	61	95,31
Expérience de travail	04	06,25	60	93,75
Diversité	05	07,81	59	92,19
Leadership	11	17,19	53	82,81
Formation universitaire	19	29,68	45	70,32
Années de services	24	37,50	40	62,50
Ancienneté	32	50,01	32	50,01

Possibilité d'avancement professionnelle

Ce troisième axe fait référence à la question 18, soit : « Est-il important pour vous d'avoir des opportunités d'avancement professionnel dans les soins directs aux bénéficiaires ? » et à la question 19 : « En ce moment, quelles sont vos chances d'obtenir une position (poste) meilleure dans l'hôpital ? ».

Selon les résultats présentés au tableau XVI ci-dessous, la très grande majorité des infirmières (79,69%) estiment qu'il est important d'avoir des opportunités d'avancement dans les soins directs aux bénéficiaires, comparativement à 12% qui estiment que ce n'est pas important et 8% qui ne savent pas.

Tableau XVI

Répartition des infirmières selon l'importance d'avoir des possibilités d'avancement professionnel en milieu clinique (n = 64)

Importance	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
Oui	51	79,69
Non	08	12,50
Ne sais pas	05	07,81
Total	64	100,00

Lorsqu'on précise la question et que l'on demande aux infirmières quelles sont leurs chances d'obtenir une meilleure position (poste) dans l'hôpital, la majorité des répondants, soit 62%, estiment que les possibilités d'avancement dans l'hôpital sont

faibles à improbables. Toutefois, le tiers estiment que les possibilités sont très probables et 4% en sont certaines. Ces résultats sont présentés au tableau XVII.

Tableau XVII

Répartition des infirmières selon les possibilités
d'avancement dans l'hôpital (n = 64)

Possibilité d'avancement	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
Improbable	15	23,44
Faible	25	39,06
Très probable	20	31,25
Certaine	04	06,25
Total	64	100,00

Choix de carrière

L'avant dernier axe porte sur la question 20 qui demande aux infirmières leur préférence parmi une liste de 16 choix de carrières. Les résultats obtenus sont présentés au tableau XVIII, à la page 80. Parmi cette liste, le choix d'être infirmière est de loin le plus populaire, puisqu'il constitue le premier choix de carrière des infirmières de l'étude, dans une proportion de 46%. Fait surprenant, un travail autre qu'en soins infirmiers vient au deuxième rang soit, à 31%. Le rôle de l'infirmière clinicienne spécialisée vient, pour sa part, au troisième rang à 26%. Les postes en gestion (p. ex., coordonnatrice et chef d'unité) sont parmi les choix les moins populaires. Les autres choix sont les suivants en ordre décroissant : assistante infirmière-chef (25%), infirmière en milieu communautaire (23%), infirmière en dehors du milieu hospitalier (23%),

infirmière chef d'équipe (22%), infirmière en recherche (17%) et professeur en soins infirmiers (17%).

Tableau XVIII

Profil des choix de carrière
des infirmières (n = 64)

Titre d'emploi	1 ^{ER} Choix		2 ^E Choix		3 ^E Choix		Total
	Infirmières (n)	Pourcentage (%)	Infirmières (n)	Pourcentage (%)	Infirmières (n)	Pourcentage (%)	
Infirmière	20	31,25	08	12,50	02	03,13	46,88
Travail autre qu'en soins infirmiers	04	06,25	06	09,38	10	15,63	31,26
Infirmière clinicienne spécialisée	08	12,50	07	10,94	02	03,13	26,57
Sans aspiration particulière	05	07,81	03	04,69	09	14,06	26,56
Assistante infirmière-chef	06	09,38	03	04,69	07	10,94	25,01
Infirmière communautaire	06	09,38	06	09,38	03	04,69	23,45
Infirmière en dehors du milieu hospitalier	00	00,00	08	12,50	07	10,94	23,44
Infirmière chef d'équipe	04	06,25	06	09,38	04	06,25	21,88
Infirmière de recherche	02	03,13	03	04,69	06	09,38	17,20
Professeur en soins infirmiers	04	06,25	03	04,69	4	06,25	17,19
Coordonnatrice des soins infirmiers	03	04,69	06	09,38	00	00,00	14,07
Infirmière-chef d'unité de soins	00	00,00	01	01,56	07	10,94	12,50
Poursuite des études en sciences infirmières	01	01,56	04	06,25	02	03,13	10,94
Autre	01	01,56	00	00,00	01	01,56	03,12
TOTAL	64	100	64	100	64	100	

Éléments liés à la promotion et aux récompenses

Le cinquième et dernier élément de cette section portant sur les facteurs d'avancement dans la carrière correspond aux questions 21, 22, 23 et 24 du questionnaire de recherche qui demandent respectivement aux infirmières: « Si vous aviez à être promue à un poste de niveau supérieur de responsabilités, quelle importance accorderiez-vous aux récompenses suivantes ? » Également: « Par qui aimeriez-vous être évaluée pour votre travail ? » « Quelle importance accordez-vous aux éléments suivants lors de l'évaluation ? » « À quelle fréquence aimeriez-vous être évaluée pour votre travail ? »

Concernant les récompenses attribuées lors d'une promotion, le tableau XIX montre que la plupart des infirmières, soit plus de 80%, accordent de l'importance à une augmentation de salaire et à un nouveau titre d'emploi. De plus, plus de 75% des répondants accordent de l'importance à un horaire flexible et à une augmentation des responsabilités. Aussi, 65% et plus des infirmières souhaiteraient avoir une augmentation de vacances, une possibilité d'enseignement et des journées d'études. Plus de 50% accordent de l'importance aux primes salariales et à un statut particulier. Enfin, l'augmentation du pouvoir et un service de secrétariat semblent peu importants pour les infirmières de l'étude.

Tableau XIX
Répartition des infirmières selon l'importance accordée
aux récompenses lors d'une promotion

Récompenses	Pas et peu important		Assez et très important	
	Infirmières (n)	Pourcentage %	Infirmières (n)	Pourcentage %
Augmentation de salaire	07	10,94	57	89,06
Titre d'emploi	10	15,63	54	84,37
Horaire flexible	14	21,88	50	78,12
Augmentation des responsabilités	15	23,44	48	76,56
Augmentation de vacances	20	31,25	34	68,75
Possibilité d'enseigner	22	34,38	42	65,62
Journées d'études	22	34,38	42	65,62
Prime salariale	29	45,31	35	54,69
Statut particulier	32	50,00	32	50,00
Augmentation du pouvoir	33	51,57	31	48,43
Service de secrétariat	35	54,19	29	45,81

Le tableau XX réfère aux questions 22 et 24, et font état des éléments liés aux méthodes d'évaluation, c'est-à-dire les individus qui devraient évaluer les infirmières ainsi que la fréquence souhaitée de ces évaluations.

Tableau XX

Répartition des infirmières selon la méthode et la fréquence de l'évaluation au travail (n = 64)

Méthode d'évaluation	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
Supérieur immédiat	28	43,75
Auto-évaluation	19	29,69
Collègue de travail	11	17,19
Comité d'évaluation	05	07,81
Autre	01	01,56

Fréquence	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
Annuellement	47	73,44
Au besoins	07	10,94
6 mois	06	09,38
Jamais	04	06,25

Les résultats obtenus indiquent qu'un grand nombre d'infirmières préfèrent être évaluées soit par leur supérieur immédiat (44%), soit au moyen d'une auto-évaluation (30%). Aussi, près des trois quarts d'entre elles aimeraient être évaluées annuellement.

Le tableau XXI présente les résultats obtenus quant à l'importance accordée par les infirmières aux éléments d'évaluation. Comme le montrent les résultats, presque

toutes les infirmières (90 % et plus) accordent de l'importance à la relation d'aide (95%), à l'enseignement aux clients (94%), à l'implication au travail (93%) et à la participation à la formation (91%). Les habiletés techniques viennent en 9^e position avec un score de 84%. En ce qui concerne les éléments les moins importants, notons la recherche (59%) et les rapports incidents/accidents (53%).

Tableau XXI

Répartition des infirmières selon l'importance accordée
aux éléments d'évaluation

Éléments d'évaluation	Pas et peu important		Assez et très important	
	Infirmières (n)	Pourcentage (%)	Infirmières (n)	Pourcentage (%)
Relation d'aide	03	04,76	60	95,24
Enseignement au client	04	06,25	60	93,75
Implication au travail	03	04,69	61	93,31
Participation formation	06	09,37	58	90,63
Démarche de soins	07	10,94	57	89,06
Note infirmière	08	12,50	56	87,50
Formation en cours d'emploi	08	12,50	56	87,50
Habilité de communication	09	14,07	55	85,94
Habilités techniques	10	15,63	54	84,38
Recherche	26	40,63	38	59,38
Rapport in/ac	30	46,88	34	53,13

Synthèse des résultats

Il ressort de l'ensemble des données socio-démographiques que le groupe des infirmières interrogées est constitué de 36% d'hommes et de 64% de femmes, l'âge moyen est de 43 ans et près de 80% sont détentrices d'un diplôme d'étude collégiale comme formation initiale. Plus du tiers des répondants ont 16 ans et plus d'expérience, les trois-quarts occupent la fonction d'infirmière au sein de différentes unités de soins et la grande majorité sont titulaires d'un poste.

Les infirmières de l'étude se répartissent majoritairement au niveau deux, c'est-à-dire au niveau «compétente». Concernant leur répartition quant aux niveaux de compétences selon les treize dimensions, neuf dimensions sur treize (voir tableau VII) se retrouvent soit au niveau un «débutante» ou au niveau deux «compétente». Aucune dimension ne se retrouve avec une prédominance par rapport au niveau de compétence «expert».

Les analyses complémentaires ont permis de vérifier que seul le quart de travail, le nombre d'emploi et l'expérience en soins infirmiers ont un lien significatif avec la perception des infirmières par rapport à leur niveau de compétence. En ce qui concerne le quart de travail, c'est plus spécifiquement le quart de nuit où l'on retrouve des infirmières qui se perçoivent moins compétentes par rapport à leurs collègues du quart de jour.

La presque totalité des infirmières jugent que leur compétence en soins infirmiers a augmenté depuis le début de leur carrière et près de la moitié des répondants estiment qu'elles atteindront un jour le niveau «expert». Pour ce niveau, les infirmières considèrent que les exigences suivantes sont importantes : la motivation, l'implication au travail, le potentiel, la facilité de communication, la formation de base, l'expérience de travail et la diversité de l'expérience. En termes d'avancement, les infirmières estiment de « faible à improbable » les possibilités d'obtenir une promotion dans leur hôpital. Le choix de carrière primé par les infirmières est tout de même celui de demeurer dans un rôle de soins directs auprès de la clientèle. Elles accordent une importance aux récompenses suivantes : une augmentation de salaire, un nouveau titre d'emploi, un horaire flexible et une augmentation des responsabilités. De plus, elles veulent majoritairement être évaluées annuellement par leur supérieur immédiat, et ce, principalement sur leurs habiletés de relation d'aide.

CHAPITRE 5

INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS

Ce dernier chapitre présente l'interprétation et la discussion des résultats obtenus dans le cadre de cette étude. Il vise à discuter les perceptions des infirmières oeuvrant en psychiatrie en regard, d'une part, de leur niveau de compétence en milieu clinique et, d'autre part, de facteurs d'avancement dans leur carrière en milieu clinique.

Reflet de la population infirmière au Québec par rapport à l'échantillon

Avant de discuter des deux questions de recherche, il importe de comparer l'échantillon de l'étude avec la population des infirmières au Québec pour s'assurer d'un minimum de représentativité de l'échantillon de recherche. De prime abord, sur 172 questionnaires distribués sur les trois quarts de travail, 64 infirmières ont participé à cette étude, ce qui représente un taux de réponses satisfaisant de 36%. En effet, les écrits (Burns & Grove, 2001 ; Fortin, 1996) indiquent qu'habituellement, le taux de réponses pour les questionnaires envoyés est de 25 à 30%. Trois éléments peuvent expliquer le 36% de participation. Premièrement, le soutien de la Directrice des soins infirmiers, de la conseillère en développement clinique, des coordonnateurs de soir et de nuit et des chefs d'unités du milieu retenu pour les besoins de cette étude a été déterminant. Deuxièmement, l'étudiant-chercheur a rencontré les infirmières de chaque unité et de chaque quart de travail afin de leur présenter le projet et de répondre à leurs questions avant la distribution des questionnaires. Cette approche a été particulièrement appréciée

par les équipes de soir et de nuit. Troisièmement, suite à plusieurs propos recueillis lors des rencontres d'information avec les infirmières par l'étudiant-chercheur et la conseillère en développement clinique, le sujet de l'étude a également été apprécié par les infirmières de cet établissement. Cependant, il ne faut pas oublier que ce centre hospitalier de soins psychiatriques de la région de Montréal est un centre anglophone et que le questionnaire n'était disponible qu'en français. Sans cette barrière linguistique, il est plausible de croire que la quantité de questionnaire reçu aurait été supérieure. Donc, bien que cet échantillon ne soit pas tout à fait représentatif de la situation dans cet hôpital, il possède des qualités intéressantes quant à la proportion de répondants.

Dans cette étude, plus du tiers des répondants étaient des hommes. Comment expliquer cette donnée puisque les hommes ne représentent que 9% des infirmières au Québec (OIIQ, 2007a). Cette concentration plus élevée d'hommes au niveau de l'échantillon de recherche par rapport à la tendance québécoise peut s'expliquer de différente manière. Premièrement, c'est dans les centres hospitaliers psychiatriques du Québec que l'on retrouve le plus d'homme dans la profession infirmière, soit 18% (OIIQ, 2007a). De plus, historiquement, considérant que les infirmières, majoritairement des femmes, ont mis du temps à se préoccuper d'autonomie professionnelle et de carrière (Goulet, 1999), ceci fait en sorte que le sujet de cette étude est pu intéresser davantage les hommes que les femmes. À titre comparatif, Boucher (1994) n'avait obtenu que 7% d'hommes comparativement à 93% de femmes dans son étude réalisée

dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Il est à se demander pourquoi les hommes n'ont pas participé en plus grand nombre à l'étude de Boucher. Une des explications possibles serait que la concentration d'hommes exerçant dans un milieu de soins physiques se rapproche davantage de la moyenne québécoise comparativement à la psychiatrie où la moyenne d'homme est plus élevée.

Par rapport au titre d'emploi, plus des deux tiers des répondants exercent le rôle d'infirmière dans leur établissement. Ce résultat rejoint les données de l'OIIQ (2007a) où 64,7% des 1 531 infirmières exerçant la profession en centre hospitalier psychiatrique indiquent être infirmières soignantes. L'âge moyen des participants est de 43 ans. Or, il est également de 43,2 ans dans l'ensemble du Québec et de 46,7 pour les infirmières en santé mentale (OIIQ, 2007a). La santé mentale représente le deuxième domaine d'activités, après le secteur périopératoire où l'âge moyen est le plus élevé. Pour certaines données, telles que la moyenne des années d'expérience de nos répondants en soins infirmiers, les années sur la même unité et la distribution des infirmières sur les différentes unités de soins, il s'avère difficile de comparer avec des données québécoises puisque l'OIIQ ne détient que très peu d'information sur ce sujet. Toutefois, 37% des infirmières qui exercent en santé mentale ont au moins 15 ans et plus d'expérience (OIIQ, 2007a). En comparaison, Boucher (1994) obtient une moyenne de 12 années d'expérience en soins infirmiers et 6 ans et demi sur la même unité. Donc, ces résultats présentent un groupe d'infirmières ayant des caractéristiques de rétention et de stabilité

intéressantes pour les gestionnaires de cet établissement puisque les infirmières interrogées semblent exercer leur profession plus longtemps dans le même établissement. Ceci va dans le même sens que les conclusions de l'OIIQ (2007c) qui soulignent que les infirmières qui choisissent d'exercer en psychiatrie y demeurent une bonne partie de leur vie professionnelle. Toutefois, près de 20% de notre échantillon a 51 ans et plus et 23% a plus de 25 ans d'expérience. Lorsque ces infirmières auront quitté le marché du travail pour prendre leur retraite, les gestionnaires de cet établissement devront probablement redoubler d'ardeur pour attirer de nouvelles infirmières qualifiées et retenir celles qui sont en place.

De plus, l'âge moyen, le titre d'emploi, le nombre d'années moyen passé sur la même unité de soins de même que le champ clinique ne démontrent pas de lien statistiquement significatif avec la perception de leur niveau de compétence. Le nombre d'années d'expérience en soins infirmiers, le quart de travail ainsi que le nombre d'emploi en soins infirmiers semblent avoir une incidence positive sur la perception de leur niveau de compétence. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que l'acquisition de compétences est un phénomène qui évolue dans le temps et que l'ancienneté et l'expérience ne sont pas nécessairement synonymes de compétences. À ce sujet, même si le nombre d'années d'expérience moyen est élevé, la grande majorité des infirmières se perçoivent au niveau deux (compétent) et non au niveau trois ou quatre (avancé et expert). De fait, selon certains écrits (Joint Union Management, 1987; Lendrum &

Giroux, 1989; Wood, 1973), la grande majorité des infirmières ayant ce nombre d'années d'expérience devrait se retrouver au deuxième niveau soit le niveau « compétent » et c'est ce que l'on retrouve soit pour deux tiers des participants.

Près des deux tiers des participants occupent un poste à temps complet. À ce chapitre, l'OIIQ (2007a) présente des statistiques comparables, surtout pour les secteurs de la santé mentale/psychiatrie. Pour l'ensemble des infirmières au Québec, 56% occupent un poste à temps complet, 32% un poste à temps partiel et 12% sont occasionnelles. Lorsqu'on regarde les données en centre hospitalier psychiatrique, 67% occupent un poste à temps complet, 26% un poste à temps partiel et 7% occupent un poste de façon occasionnel. Quant au quart de travail et au nombre d'emplois occupés depuis le début de leur carrière, plus de la moitié des participants travaillent de jour comparativement à 18% de soir et 10% la nuit, et 70% des répondants indiquent avoir eu deux emplois et moins depuis le début de leur carrière. Pour ce dernier volet, l'OIIQ ne détient pas d'information comparable. Toutefois, Boucher (1994), obtient des chiffres similaires soit 45% des participants travaillant de jour, 32% de soir et 23% de nuit. Également, 70% des participants déclarent avoir occupé moins de deux emplois depuis le début de leur carrière (Boucher, 1994). Ainsi, cette correspondance entre ces données indiquent à nouveau une stabilité pour ce groupe d'infirmières puisque plus de 90% sont détentrices d'un poste permanent. Cette statistique peut expliquer, en bonne partie, le niveau de rétention élevé dans cet établissement étant donné que plusieurs études

(CCCSI, 2002, ICIS, 2006) ont établi que les infirmières embauchées à titre occasionnel affichent un taux de départ deux fois plus élevé que celui des infirmières à temps partiel ou à temps plein.

Par ailleurs, le quart de travail a également une incidence sur le niveau de compétence. Les analyses statistiques complémentaires ont démontré une différence statistiquement significative entre le quart de travail et la perception des infirmières par rapport à leur niveau de compétence, et ce, spécifiquement pour les infirmières travaillant de nuit. Ceci peut s'expliquer par une plus forte proportion des infirmières moins expérimentées de nuit que de jour. Cette situation n'est pas unique à cet établissement puisque les gestionnaires du réseau ont maintes fois exprimé leur difficulté à disposer, pour les postes de soir, de nuit et de fin de semaine, d'un nombre suffisant d'infirmières expérimentées et d'obtenir les ressources nécessaires pour garantir une équipe de soins adéquate ainsi que l'encadrement clinique requis (OIIQ, 2007c).

En ce qui concerne la formation initiale et complémentaire des infirmières, des données intéressantes émergent de l'étude. Ainsi, 3% des répondants de la présente recherche auraient obtenu un diplôme d'hôpital, 80% un diplôme d'étude collégial (DEC) et 17% un baccalauréat. Les données de l'OIIQ (2007a) indiquent qu'en centre hospitalier psychiatrique au Québec, 6,7% ont obtenu un diplôme d'hôpital, 83% un DEC et 6,3% un baccalauréat. Comment expliquer cette différence au niveau des

bachelières? Trois explications sont possibles. Premièrement, étant donné que le milieu de l'étude est un centre hospitalier universitaire, il n'est pas surprenant de retrouver davantage d'infirmières bachelières considérant les soins spécialisés qui y sont offerts et les recherches qui y est effectuées. De plus, on constate une volonté de la Direction des soins infirmières de ce centre hospitalier de privilégier le plus possible l'embauche d'infirmières bachelières. Finalement, on assiste actuellement à une hausse du nombre de bachelières qui accède au marché du travail. En 2005, au Canada, 16,3% des infirmières ont débuté leur profession avec un baccalauréat comparativement à 12,5% en 2001 (ICIS, 2006). C'est toutefois au Québec où l'on observe la plus faible hausse soit, 2% depuis 2001.

Pour la formation complémentaire, plus du deux tiers des participants n'ont pas de formation à leur formation initiale. Malheureusement, il est impossible d'obtenir des chiffres de l'OIIQ pour l'ensemble des centres hospitaliers psychiatriques du Québec et de les comparer avec le milieu ayant participé à cette étude. Toutefois, le fait que plus du deux tiers des infirmières ne semblent pas opter pour une formation complémentaire peut provenir d'un manque de motivation des infirmières à obtenir un niveau de formation supérieur ainsi que l'importance et la reconnaissance qui sont attribuées par les dirigeants dans cet établissement. Ainsi, les analyses statistiques complémentaires n'ont démontré aucun lien entre le niveau de compétence et la poursuite des études, ce qui indique que ce groupe d'infirmières ne semble pas considérer la poursuite des études

universitaires comme un élément important au développement de leur niveau de compétence. De plus, le fait que le gouvernement n'ait prévu aucun ajustement relativement à l'équité salariale pour les infirmières bachelières ce qui, comme le souligne l'OIIQ (2007c), peut être perçu comme un affront par les infirmières, peut expliquer que si peu d'infirmières ne semblent intéressées à poursuivre leur formation initiale. Toutefois, cette situation a été corrigée récemment entre le gouvernement et le syndicat représentant les infirmières en bonifiant la rémunération des infirmières cliniciennes et des assistantes-infirmières-chefs cliniciennes grâce à une augmentation salariale de 4,05% (OIIQ, 2008). Or, dans le contexte actuel de pénurie de personnel infirmier qualifié, des aménagements devront être apportés au niveau de l'organisation du travail pour favoriser la formation complémentaire, telle la formation continue.

Il ressort de l'ensemble des résultats de la présente étude que les caractéristiques de l'échantillon reflètent généralement celles de la population infirmière oeuvrant en psychiatrie au Québec. Cependant, étant donné que l'échantillon est de convenance, il est impossible de généraliser les résultats à l'ensemble des infirmières de cet établissement de santé. De plus, lorsque des comparaisons sont faites avec l'étude de Boucher (1994), ces comparaisons ne sont que de nature exploratoire entre deux groupes d'infirmières ayant participé tantôt à une étude dont l'un en santé physique, tantôt à une étude en centre hospitalier psychiatrique. Une étude comparative ultérieure entre ces deux groupes d'infirmières pourrait s'avérer intéressante pour comparer des aspects, tels

qu'explorés dans cette présente étude, soit la démarche de soins, la rétention et les aspects reliés à l'avancement de la carrière.

La compétence chez les infirmières

Cette deuxième section de la discussion portera sur l'analyse de la première question de recherche qui demandait aux infirmières leur perception par rapport à leur niveau de compétence.

Les questions un à 13 ont permis de calculer un niveau de compétence (score total) de manière plus implicite comparativement à la question #15 où la question leur était posée de manière directe (voir appendice A). Pour le score total, 41% des participants se considèrent à un niveau « compétent », et celui-ci augmente à 55% lorsque la question leur est posée directement. Fait intéressant, à la question # 15, le niveau « débutant » baisse à 6% et les niveaux supérieurs, soit les niveaux « avancé » et « expert » augmentent respectivement à 30% et à 9% comparativement au score total qui est de 10% pour le niveau « débutant », 23% pour le niveau « avancé » et 2% pour le niveau « expert ». Sur le plan statistique, cette différence n'est pas significative car les analyses statistiques complémentaires ont démontré une corrélation positive entre les deux questions. C'est donc dire que les infirmières qui ont été interrogées semblent avoir une bonne connaissance de leur niveau de compétence puisque lorsqu'on pose la question d'une manière plus ou moins implicite les résultats sont similaires.

Malgré le fait que sur le plan statistique il n'existe pas de différence significative entre les réponses aux deux questions, certains éléments des écrits (Buns & Grove, 2001; Fortin, 1996) peuvent expliquer la variation observée. De prime abord, au niveau de la variation des résultats entre le score total de la question #15, il est possible de croire que la désirabilité sociale peut avoir joué un rôle important dans le choix des réponses des participants. Lorsque la question de leur perception par rapport à leur niveau de compétence leur a été posée directement, il se peut que les participants aient répondu selon la situation idéale. De plus, le fait qu'il s'agissait simplement de répondre à un questionnaire et non de participer à une entrevue pourrait renforcer cette hypothèse, puisque les infirmières étaient seules pour répondre aux questions et pouvaient prendre le temps de réfléchir, au lieu de répondre instinctivement, tel que demandé par l'étudiant-chercheur. Pour Fortin (1996), le questionnaire comporte certes un inconvénient puisqu'il est impossible de contrôler les conditions dans lesquelles les questionnaires ont été remplis.

Également, lorsqu'on compare les résultats du score total avec les éléments des écrits, il y a une certaine analyse à faire. De fait, selon Wood (1973) et le *Joint Union Management* (1987) (extrait de Boucher, 1994) une association de gestionnaires aux États-Unis les proportions d'infirmières par niveau de compétence, en général, devraient se chiffrer idéalement de la façon suivante: 25 à 28% des infirmières au niveau « débutante », 42 à 50% des infirmières au niveau « compétente », 15 à 29% des

infirmières au niveau « performante » et, finalement, 1 à 10% au niveau « expert ». Pour leur part, Lendrum et Giroux (1989) vont plus loin en mentionnant que 80% des infirmières, en général, devraient se trouver au deuxième niveau soit, le niveau « compétent » (extrait de Boucher, 1994). De plus, une étude portant sur l'évaluation de la perception des infirmières par rapport à l'impact d'un *clinical ladder* sur la satisfaction au travail dans un centre hospitalier aux États-Unis (Bell, 1993) vient renforcer cette répartition entre les niveaux de compétences. Son échantillon était composé à 56% d'infirmières de niveau un, à 33% des infirmières de niveau deux et à 11% des infirmières pour le niveau trois. Généralement, lorsque le plan de carrière est composé seulement de trois niveaux comparativement à quatre niveaux, le niveau « avancé » est ignoré. Pour sa part, Boucher (1994) obtient des pourcentages plus élevés pour les niveaux de compétences supérieurs : 0% au niveau « débutant », 45% au niveau « compétent », 54 % au niveau « performant » et 1% au niveau « expert ». Étant donné que les deux études ont utilisé des échantillons de convenance, il est difficile de généraliser les résultats, même si l'échantillon de Bell (1993) était composé de 114 sujets. Pour sa part, Boucher (1994) envisage trois explications à ses résultats. Premièrement la désirabilité sociale a pu fausser les réponses car les gens ont pu indiquer la réponse idéale. Deuxièmement, comme l'explique Benner (2001), l'évaluation de la compétence doit aussi être faite par une observation directe de la part d'un comité évaluateur pour parvenir à mieux saisir le niveau de compétence des infirmières. Troisièmement, il serait juste de croire qu'il existe un écart entre la

perception des infirmières et celle perçue par les gestionnaires par rapport aux niveaux de compétence des infirmières. Ainsi, les infirmières elles-même auraient une évaluation de leur niveau de compétence plus élevée que la perception qu'en ont les gestionnaires. Donc, les résultats de la présente étude correspond aux pourcentages établis dans les écrits. D'autre part, les infirmières de la présente étude ont une perception assez précise de leur propre niveau de compétence.

Quant à l'analyse des activités des infirmières qui caractérisent chacun des niveaux de compétences, les 13 premières questions du questionnaire peuvent être regroupées en quatre catégories, soit la démarche de soins, la communication, l'enseignement et la recherche. Ces quatre catégories correspondent aux activités spécifiques des infirmières en milieu clinique.

Tout d'abord, par rapport à la démarche de soins, on remarque une distribution similaire par rapport aux niveaux de compétences dans l'assignation de la clientèle aux infirmières dont l'état de santé est associé à un niveau de compétence (voir appendice A). En effet, les résultats obtenus démontrent que 30% des infirmières sont « compétentes » (clientèles moins prévisibles), 28% sont « avancées » (clientèles complexes) et 31% sont « expertes » (clientèles spécialisées). Étant donné les nombreuses réformes en santé mentale et le fait que la clientèle hospitalisée correspond

désormais à une clientèle nécessitant des soins de plus en plus spécialisés, il n'est pas surprenant d'obtenir ce portrait du niveau de compétence des infirmières en psychiatrie.

Parmi les 12 autres activités de soins, les deux tiers se retrouvent au niveau « compétent » ou « avancé », et ce, par rapport à la collecte de données, à l'exécution des soins, à l'évaluation des soins, à la communication avec le client/famille, au travail en équipe multidisciplinaire, à l'enseignement au client/famille et à la participation à l'orientation. Selon Bourgeois et al. (2000), une infirmière « compétente » en psychiatrie est une infirmière qui démontre une autonomie professionnelle et assume son rôle dans la coordination des soins comparativement à une infirmière de niveau « avancée » qui elle sera efficace dans la réalisation de ses activités et capable de faire face à des situations de soins complexes. C'est donc dire que les résultats obtenus dans cette étude confirment le score total discuté précédemment, c'est-à-dire une majorité d'infirmières du niveau « compétent » suivie du niveau « avancé ». Toutefois, il s'avère plus difficile de dégager des conclusions étant donné la diversité des résultats pour les activités de soins. Par exemple, les infirmières se perçoivent « avancées » pour la collecte de données, « débutantes » pour la planification des soins mais « performantes » pour l'évaluation des soins. Comment expliquer cette diversité ? De prime abord, le fait que le questionnaire ait été distribué à l'ensemble des infirmières, dont certaines oeuvraient dans des unités de soins spécialisés (ex., unité des soins intensifs, urgence) et dans des

unités de soins généraux (ex., admission adulte, admission gérontopsychiatrique) pourrait expliquer une perception différente auprès des infirmières.

De plus, l'évaluation de la compétence ne devrait pas se limiter à un simple questionnaire mais devrait reposer sur une démarche plus complète. Pour Benner (2001), il est difficile de préciser le niveau de compétence sans une observation prolongée de l'infirmière dans son milieu de travail. Pour Meretoja et Leino-Kilpi (2001), la compétence est un phénomène complexe qui est souvent confondu avec la performance. Ceci pourrait également expliquer pourquoi il existe une différence de perception entre les professionnelles (compétence) et les gestionnaires (performance). Pour ces auteurs, le défi pour les gestionnaires en soins infirmiers est de définir et de quantifier la compétence dans la pratique des infirmières et de trouver l'instrument de mesure adéquat et, par le fait même de la qualité des soins. Actuellement, des instruments de mesure utilisant une démarche qualitative pour l'évaluation des compétences sont en construction aux États-Unis et ceux-ci pourraient remplacer les instruments de mesures quantitatifs plus traditionnels (Meretoja & Leino-Kilpi, 2001).

L'avancement de la carrière chez les infirmières

Les PCMC reposent également sur la notion d'avancement dans la carrière. L'avancement de la carrière en milieu clinique se rapporte à des facteurs qui contribuent au développement de l'expertise et au cheminement de la carrière des infirmières. Ces

facteurs sont le développement de la compétence, les exigences à atteindre pour devenir « experte », les possibilités d'avancement, les choix de carrière et, finalement, les éléments liés à la promotion et aux récompenses.

En ce qui a trait au développement de la compétence, la quasi-totalité des infirmières interrogées affirment que leur compétence a augmenté depuis le début de leur carrière. De plus, près de la moitié des participants pensent atteindre le niveau « expert » à un moment ou l'autre de leur vie professionnelle. Il serait intéressant de savoir dans combien de temps ils pensent l'atteindre. Le fait que le milieu retenu pour la présente étude utilise depuis 7 ans une charte des compétences basée sur le modèle de Benner, pourrait expliquer ce pourcentage élevé d'infirmières qui pensent un jour atteindre le niveau «expert» puisque Boucher (1994) n'avait obtenu que 36%. Même si près de la moitié estiment possible d'atteindre le niveau « expert » au cours de leur carrière, plus du tiers n'en ont aucune idée. Dans un contexte de pénurie où il est difficile de libérer les infirmières pour de la formation, il est plausible de croire qu'il sera difficile d'atteindre des résultats supérieurs sans la mise en place d'un PCMC ou d'un autre processus favorisant le développement des compétences puisque la mise à jour doit souvent se faire à l'extérieur des heures de travail.

Cependant, même si un des buts des PCMC est d'atteindre un jour le niveau « expert » (Shapiro, 1998), est-ce réaliste de croire que toutes les infirmières peuvent

atteindre ce niveau d'expertise ? Selon les écrits, seulement de un à 10% des infirmières devraient atteindre ce niveau de compétence (Joint Union Management, 1987; Wood, 1993). De plus, il ne semble pas y avoir de consensus dans les écrits pour identifier le temps nécessaire pour y arriver. D'après Wieczorek et al., (1982) le temps nécessaire pour gravir tous les échelons pourrait s'étendre jusqu'à 20 ans. D'autres auteurs prétendent qu'il faut plus de 10 ans ainsi que le fait d'avoir obtenu un diplôme de deuxième cycle (Corcoran, 1986; Shapiro, 1998) et d'avoir travaillé plus de six ans dans le même domaine (Benner, 2001). Donc, même s'il est impossible de généraliser les résultats à l'ensemble des infirmières, il est tout de même rassurant, pour cet établissement, de constater que les infirmières développent leur compétence à l'intérieur de l'organisation et qu'elles ont une vision optimiste de leur développement professionnel à venir considérant le fait que près de la moitié pensent atteindre le niveau « expert » au cours de leur carrière.

Pour atteindre le niveau « expert », les infirmières privilégient sept éléments sur onze pour y parvenir. Ces éléments sont la motivation, l'implication au travail, le potentiel, la formation professionnelle, la facilité de communication, la formation de base, l'expérience de travail et la diversité. La formation universitaire, les années de services et l'ancienneté viennent loin derrière. Force est de constater que la très grande majorité des infirmières estiment que l'atteinte de l'excellence n'est pas nécessairement accessible à tous dans la mesure où les trois premiers éléments font appel à des

caractéristiques personnelles de l'infirmière et non à des éléments reliés à l'ancienneté ou aux années de service. Ces résultats viennent appuyer les propos de Bourgeois et al., (2000) indiquant que l'infirmière oeuvrant spécifiquement en psychiatrie fonde sa pratique sur l'utilisation thérapeutique de soi. Une connaissance de soi semble être primordiale pour travailler en psychiatrie. Le temps où la compétence rimait avec l'ancienneté ou les années de services est révolu. De plus, les infirmières semblent conscientes que le niveau « expert » est difficile à atteindre comme en font foi les pourcentages de répartition dans la littérature (un à 10% d'infirmières expertes en général). Enfin, au moment de la collecte de données, le gouvernement et le syndicat des infirmières n'avaient pas encore conclu d'entente par rapport à l'équité salariale pour les infirmières cliniciennes. Cela pourrait expliquer, en partie, pourquoi la formation universitaire vient au 9^e rang des éléments privilégiés pour atteindre un jour le niveau « expert ». À l'époque, les infirmières cliniciennes gagnaient un salaire inférieur aux infirmières de formation collégiale et cela devait prendre 24 mois pour atteindre un salaire identique. Mentionnons que cette situation aberrante a été corrigée à l'automne 2007.

Le développement de la carrière est un thème qui fait référence aux possibilités d'avancement, aux choix de carrière et à l'importance accordée au développement de la carrière. Tout d'abord, 80% des infirmières interrogées estiment important le fait d'avoir des possibilités d'avancement au cours de leur carrière. Toutefois, près du deux tiers de

ce groupe d'infirmières estiment « faible » à « improbable » la possibilité d'avancement dans leur milieu. Un consensus semble également se définir dans les écrits quant à l'importance d'avoir des possibilités d'avancement dans une entreprise. Pour Truchon et al. (1990), il est essentiel d'identifier des solutions où les possibilités d'avancement à l'intérieur d'un plan de carrière axé sur l'exercice en milieu clinique soient offertes. Pour d'autres, le concept de plan de carrière est si important qu'il devrait être enseigné dans les différents programmes de formation et les employeurs du réseau de la santé devraient supporter et soutenir leurs infirmières à être proactives et à prendre leur carrière en main (Donner & Wheeler, 2001). On peut se demander si le peu de possibilités d'avancement dans la pratique clinique chez les infirmières qui explique que le pourcentage d'expertes est si bas (un à 10%) ou si c'est plutôt la capacité ou l'incapacité des infirmières à atteindre ce niveau de compétence ? Les données de la présente étude ne permettent pas de répondre précisément à cette question. Benner (2001) semble toutefois convaincue que le manque de perspectives de carrière est une des raisons qui font en sorte que les infirmières « expertes » quittent la pratique clinique pour l'enseignement, la santé communautaire et la gestion. Puisque plusieurs études (Bell, 1993; Corley et al., 1994; Jones, 1996; Shapiro, 1998; Schultz, 1993) semblent démontrer une plus grande rétention des infirmières expérimentées sur les unités de soins des centres hospitaliers ayant implanté un PCMC, il est à croire que le taux d'infirmières expertes dans la pratique clinique restera bas étant donné que peu

d'établissement au Québec ne valorise et reconnaît, par un système de récompenses, le développement de l'expertise clinique.

En ce qui concerne le choix de carrière privilégié par les infirmières interrogées, près du tiers préconisent en premier, et même en deuxième, le fait de demeurer infirmière soignante. Les postes en gestion ne semblent pas être un choix de carrière envisagé par ces infirmières puisque seulement le quart d'entre elles le considèrent comme une avenue possible. Le choix de demeurer infirmière soignante semble être également celui d'un bon nombre d'entre elles au Québec. En effet, le MSSS (2003) a effectué une étude sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières au Québec et a été en mesure de dégager certaines conclusions intéressantes. Au premier abord, les infirmières au Québec aiment leur profession et valorisent le contact direct avec les patients. De façon majoritaire, les infirmières ont identifié le soin comme étant le cheminement de carrière privilégié (MSSS, 2003). Ces résultats se retrouvent d'ailleurs dans d'autres études sur le sujet (CCCSI, 2002; MSSS, 2001). Selon le comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI, 2002), les infirmières attribuent une grande valeur aux soins directs. Malgré ce choix d'exercer sa profession valorisé par l'ensemble des infirmières au Québec et par les infirmières interrogées dans cette présente étude, force est de constater que les possibilités d'avancement sont limitées pour celles qui choisissent le soin. On se rappellera que 62% des infirmières participants jugent « faible » à « improbable » les possibilités d'avancement dans leur milieu de

travail. Si les établissements souhaitent conserver les infirmières d'expérience à des fonctions de pratique directe, l'excellence de la pratique devrait être récompensée de façon officielle (CCCSI, 2002). Ainsi, étant donné que le milieu retenu pour cette présente étude déjà une charte de compétences et considérant l'importance accordée par les infirmières à la pratique directe et au concept d'avancement dans la carrière, tous les efforts devraient être mis pour passer à la deuxième étape et mettre en place un véritable PCMC qui valorise et reconnaît le développement de l'expertise infirmière en milieu clinique.

Le dernier volet de cette discussion explore les aspects liés à la promotion, aux récompenses et à la méthode d'évaluation. En ce qui concerne les éléments liés aux promotions et aux récompenses, dans une proportion allant de 70% à 90%, on retrouve en ordre décroissant, une augmentation de salaire, un nouveau titre d'emploi, un horaire flexible, une augmentation des responsabilités et une augmentation de la période de vacances. La quasi-totalité des PCMC préconisent une récompense monétaire sous forme d'augmentation du taux horaire ou sous forme de prime ou de bonus (Bell, 1993; Gustin et al., 1998 ; Kravutske et al., 1996 ; Krugman et al., 2000 ; Richardson, 1994, Truchon et al., 1990). Même si selon l'OIIQ (2007c), les infirmières au Québec sont les moins bien payées au Canada et qu'un rattrapage doit être fait pour rejoindre minimalement la moyenne canadienne, plusieurs études démontrent que le salaire n'est pas le seul élément que les infirmières considèrent comme élément de récompense. Dans

son enquête, le MSSS (2003) obtient des résultats selon lesquels les infirmières au Québec identifient des éléments de récompenses liés aux conditions de travail, par exemple : diminuer la surcharge de travail, diminuer la bureaucratie, être plus près de la clientèle, avoir plus de vacances, avoir de meilleurs horaires de travail, avoir davantage de stabilité et développer une expertise dans un domaine particulier et, finalement, travailler dans un secteur de son choix (MSSS, 2003). D'autres auteurs (Cronin & Becherer, 1999 ; Krugman et al., 2000), tout en étant d'accord avec la nécessité que les salaires demeurent compétitifs pour maintenir un PCMC efficace, sont aussi d'avis qu'il est important d'avoir une forme de reconnaissance par le *feedback* et des avantages liés à l'éducation pour stimuler le développement continu de l'expertise clinique chez les infirmières. Quel que soit le système de récompenses choisi, il doit tenir compte de ce qui est important pour les infirmières de l'établissement qui implante un PCMC. En psychiatrie, les éléments liés aux récompenses semblent être différents par rapport aux centres hospitalier de soins généraux et spécialisés. À titre exploratoire, Boucher (1994) obtient, en ordre d'importance, les résultats suivant : une augmentation de salaire, une augmentation des responsabilités, des primes salariales, des journées d'étude, etc. Les infirmières en soins physique semblent préconiser davantage l'aspect financier que les infirmières interrogées dans cette présente étude, puisque deux des trois premiers éléments liés aux récompenses touchent l'aspect monétaire. Est-ce que cette différence a un lien avec le type d'établissement de santé ? Il est difficile de l'affirmer pour le moment. Cependant, compte tenu des différences entre les organisations, French (1988)

suggère, dans ses écrits, que chaque établissement développe un PCMC susceptible de répondre au style, à la culture et aux objectifs du milieu.

Pour ce qui est de l'évaluation, près de la moitié (44%) des infirmières interrogées sont en accord pour que l'évaluation soit faite par le supérieur immédiat mais contre 8% par un comité d'évaluation. De plus, 73% des infirmières sont d'avis que cette évaluation doit se faire une fois par année. Habituellement, dans un milieu où un PCMC est implanté, l'avancement de la carrière est déterminé par un comité de promotion. Il y aurait certes un travail de *marketing* à faire pour vendre l'idée que l'évaluation puisse être faite par un comité d'évaluation. En ce qui concerne le moment de l'évaluation, généralement, la période minimale est de 12 mois (Kravutske et al., 1996; Krugman et al., 2000; Richardson, 1994;).

Quant aux éléments à évaluer, les résultats sont intéressants. D'abord, la relation d'aide vient au premier rang, suivie de l'enseignement auprès de la clientèle, l'implication au travail, la participation à de la formation et à la démarche de soins. Il semble se dessiner certaines particularités en psychiatrie. De fait, Boucher (1994) obtient les résultats suivants en ordre d'importance: les habiletés techniques, l'implication au travail, la relation d'aide, la communication et les notes au dossier. En soins généraux et spécialisés, on observe que la première compétence se situe donc au niveau des habiletés techniques comparativement à la relation d'aide pour les infirmières oeuvrant en

psychiatrie. De part et d'autre, cette situation s'explique. En soins physiques, l'organisation du travail est réalisée en fonction de la tâche, c'est-à-dire par rapport aux soins à donner selon un temps dans la journée (p. ex., antibiotiques aux huit heures, pansement bid, prélèvement die, etc.). En psychiatrie, la relation d'aide, comme en font foi les résultats de l'étude, est le point de départ de la pratique clinique. Pour Bourgeois et al., (2000), la relation d'aide est le premier élément d'importance de la charte de compétences en psychiatrie et est le point d'ancrage du processus thérapeutique et de la réadaptation biopsychosociale. Pour ces auteurs (Bourgeois et al., 2000), la relation d'aide se construit par l'approche de l'infirmière et ses activités de soins variées en réponse aux besoins et attentes du client. Il n'est donc pas surprenant que les infirmières interrogées dans cette présente étude aient choisi la relation d'aide comme élément central à évaluer. Selon Truchon et al., (1990), cinq dimensions de la pratique infirmière devraient être retenues lors d'une évaluation. Ces dimensions sont la démarche de soins, la participation à l'enseignement aux usagers et à la formation du personnel, les habiletés de communication, la participation à l'évaluation d'ordre administratif et, enfin, la participation à la recherche. Lorsqu'on compare ces dimensions et les résultats obtenus dans le cadre de cette étude, trois des cinq dimensions nommées dans l'article de Truchon et al., (1990) se retrouvent dans les cinq premiers résultats de cette étude. Seule la dimension de la recherche se retrouve en avant dernière position avec 60% des infirmières qui accordent de l'importance à cette dimension lors de l'évaluation.

Boucher (1994) n'avait obtenu que 46% des infirmières qui accordaient de l'importance à cette dimension chez son groupe d'infirmières.

Retombées de l'étude

En terminant, voici des recommandations inspirées des résultats de cette étude mais aussi d'éléments provenant de la littérature. Les retombées de l'étude touchent principalement la gestion, la recherche et la formation.

Au niveau de la gestion, il apparaît essentiel de reconnaître la notion d'évolution de la compétence chez les infirmières et de développer des possibilités d'avancement dans les organisations afin de retenir davantage les infirmières expérimentées sur les unités de soins. Pour y arriver, les gestionnaires doivent promouvoir et reconnaître le développement de la compétence par la mise en place de plan de carrière en milieu clinique (PCMC). Cet exercice ne doit pas se faire seul mais doit se faire conjointement avec les infirmières pour répondre adéquatement aux besoins de ces dernières surtout au Québec où les syndicats sont très présents dans les établissements de santé comparativement aux États-Unis. De nombreuses études réalisées à travers le monde devraient aider et convaincre les gestionnaires à reconnaître les PCMC comme étant un outil de gestion efficace contre certains problèmes organisationnels, tels que la pénurie de main-d'œuvre, la rétention, la satisfaction au travail et le développement des compétences chez les infirmières. Finalement, l'implantation des PCMC devrait s'accompagner d'évaluations de la contribution au travail chez les infirmières dans une perspective de cheminement de carrière et de développement des compétences cliniques plutôt qu'une évaluation fondée sur la performance.

Au niveau de la recherche, il serait souhaitable de refaire cette recherche avec un échantillon aléatoire plus important afin de pouvoir généraliser les résultats et même de comparer différents groupes d'infirmières de différents milieux cliniques. De plus, il serait intéressant d'utiliser l'observation directe comme mode de collecte de données supplémentaires, tel que proposé par Benner (2001). Finalement, si cette étude doit être reprise ultérieurement, il serait souhaitable de développer ou d'utiliser un outil d'évaluation de la compétence plus développée que celui de Boucher (1994) afin de mieux évaluer la compétence chez les infirmières en milieu clinique.

Au niveau de la formation académique des infirmières, il est proposé d'inclure dans les programmes de formation collégiale et universitaire la notion de développement de la carrière tel que proposé par différents auteurs de la littérature. De plus, les gestionnaires en soins infirmiers doivent en arriver à promouvoir davantage la formation continue chez les infirmières dans les différents établissements de santé à l'intérieur d'un programme de formation structuré et adapté aux organisations. Ce dernier point est clairement identifié, dans la littérature, comme étant un point essentiel à la rétention et à la satisfaction des infirmiers au travail.

CONCLUSION

Même si les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés à l'ensemble des infirmières oeuvrant en psychiatrie dans le milieu retenu pour la présente étude et encore moins dans l'ensemble du Québec, il n'en demeure pas moins que certains points de cette discussion pourraient servir comme éléments de réflexion pour les gestionnaires de cette organisation. Depuis le tournant des années 2000, on ne compte plus la quantité d'études et de rapports portant sur la situation des infirmières au Québec. Plusieurs recommandations ont été formulées mais dans les faits, très peu ont été mises en place. Encore tout récemment, l'OIIQ (2007c) stipulait que le *statu quo* n'était plus possible et formulait, de nouveau, des solutions concrètes à la pénurie des infirmières entre autres, pour le domaine de la santé mentale. Sans une volonté réelle du Ministre de la santé, du ministère de la santé et des décideurs du réseau, le *statu quo* persistera. Il est temps, au Québec, qu'un établissement de santé fasse preuve d'audace et mette en place un système de reconnaissance et de développement des compétences cliniques avec la réalité et les moyens actuels. L'expertise doit être une valeur importante et reconnue dans les milieux de soins. Il est quand même étonnant de constater que malgré le fait, années après années, environ 800 nouvelles infirmières arrivant sur le marché du travail, et qui débutent par la pratique clinique, devront un jour ou l'autre quitter leur unité de soins pour améliorer leurs conditions de travail. Quatorze ans après l'étude de Boucher (1994) il est déplorable de voir, encore aujourd'hui, si peu de possibilités d'avancement dans la pratique clinique. Il est vrai que la venue des infirmières praticiennes

spécialisées est un bienfait pour la profession infirmière puisqu'il permet aux infirmières qui une opportunité d'avancement pour la pratique clinique. Toutefois, ces «*super infirmières* », comme certains aiment les nommer, ne seront qu'en petit nombre et dans certaines spécialités bien précises comme, par exemple, la cardiologie et la néonatalogie. Bien sûr, la syndicalisation de la profession peut être vue comme un obstacle à l'implantation d'un PCMC. Aux États-Unis, là où l'on observe le plus de PCMC dans les hôpitaux, la structure de leur système de santé est difficilement comparable à celle du Québec car les moyens financiers et l'absence de syndicat dans certains établissements laissent une plus grande latitude aux gestionnaires. Toutefois, certaines expériences européennes et même canadiennes dans des établissements de santé publics permettent de croire qu'il est possible de mettre en place des PCMC dans un environnement où les salaires sont souvent décrétés par des lois spéciales par le gouvernement et où l'ancienneté fait foi de tout dans les établissements de santé au Québec. Il est évident qu'un partenariat avec les instances syndicales s'avère essentiel à la réussite d'un tel projet.

Dans les prochaines années, la plupart des établissements de santé au Québec, dont les centres hospitaliers psychiatriques, devront faire face à une rareté de la main-d'œuvre infirmière et à une plus grande compétition au niveau de l'embauche. Les établissements les plus créatifs et les plus audacieux auront ainsi une longueur d'avance sur les autres. Il est révolu le temps où les infirmières étaient interchangeable. La

complexité des situations cliniques, le développement de la pratique infirmière, le départ à la retraite anticipé important des infirmières oeuvrant en psychiatrie et la mise en place du plan d'action 2005-2010 en santé mentale par le MSSS, demandera des infirmières hautement compétentes. Le défi des gestionnaires en soins infirmiers pour les prochaines années sera de répondre à l'augmentation de la demande de soins de la population et d'assurer par différents moyens le développement de l'expertise clinique et la satisfaction au travail des infirmières. L'implantation d'un PCMC adapté à la réalité québécoise est un outil de gestion qui doit être assurément envisagé. Il est peut être temps, enfin, de préconiser une *gestion plus humaine des ressources*.

RÉFÉRENCES

- Alligood, M. R., & Marriner Tomey, A. (2002). Significance of Theory for Nursing as a Discipline and Profession. Dans A. Marriner Tomey et M. R. Alligood (Eds.) *Nursing Theorist and Their Work* (pp.14-18). St-Louis: Mosby.
- Bell, P. L. (1993). Nurse's perceptions of the clinical ladder's contribution to their levels of job satisfaction and dissatisfaction. (Thèse de doctorat, University of Virginia, 1993) *Dissertation Abstract International*, 9332394.
- Benner, P. (1982, march). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 402-407.
- Benner, P. (1994). *De novice à experte, excellence en soins infirmiers*. St-Laurent : ERPI.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert / Excellence and Power in Clinical Nursing Practice Commemorative Edition*. New-Jersey: Prentice Hall Health.
- Bland-Jones, C. (1990). Staff nurse turnover costs. *Journal of Nursing Administration*, 20(4), p. 32-35.
- Blondeau, D. (1999). Les valeurs de la profession infirmières d'hier à aujourd'hui. Dans O. Goulet, & C. Dallaire (Éds), *Soins infirmiers et société* (pp. 101-114). Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.
- Boucher, S. (1994) *Perception d'infirmières soignantes en regard d'aspects du plan de carrière en milieu clinique*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Bourgeois, L., Corbeil, D., Desjardins, L., Fortier, M., Gobeil, R. B., Kennedy, S. L. et al. (2000, mai). *Charte de compétences des infirmières et infirmiers*. Document inédit, Hôpital Douglas de Montréal.
- Bouterie Harmon, R. (2005). Nursing care in a state hospital before and during the introduction of antipsychotics, 1950-1965. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 257-279.
- Buchan, J. (1999). Evaluating the benefits of a clinical ladder for nursing staff: an international review. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 137-144.
- Buchan, J. (1997). Climbing the clinical ladder. *Nursing Standard*, 12(3), p.22-23.
- Buchan, J. (1994). Lessons from America ? US magnet hospitals and their applications for UK nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 373-384.
- Buchan, J. (1992). Costing turnover. *Senior nurse*, 12(1), 27.

- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The Practice of Nursing Research Conduct, Critique, & Utilization* (4e éd.). Philadelphie: W.B. Saunder Company.
- Carroll, V. (2003). Preventing Violence in the Healthcare Workplace. *Wyoming Nurse*, 16(4), 4-5.
- Carson, V. B., & Arnold, E. N. (1996). *Mental Health Nursing, The Nurse-Patient Journey*. Philadelphie: W.B. Saunder Company.
- Cash, K. (1995). Benner and expertise in nursing : a critique. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), 527-534.
- Clarks, J. S. (2004). An Aging Population with Chronic Disease Compels New Delivery Systems Focused on New Structure and Practices. *Nursing Administration Quarterly*, 28(2), 105-115.
- Cline, D., Reilly, C., & Moore, F. J. (2003). What's behind RN turnover. *Nursing Management*, 34(10), 50-53.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic press inc.
- Comité de santé mentale du Québec (1997). *Défis de la reconfiguration des services en santé mentale*. Récupéré le 25 octobre 2004 de <http://www.msss.gouv.qc.ca>.
- Comité Consultatif Canadien sur les Soins Infirmiers (2002). *Notre santé, notre avenir / Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Récupéré le 12 février 2005 de <http://www.hc.sc.gc.ca>
- Conseil patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (2004). *Convention collective*. Récupéré le 9 décembre 2005 de <http://www.cpnsss.gouv.qc.ca/pdf/conventions/FIIQ/FIIQ-CHP1.pdf>
- Corcoran, S. A. (1986). Task complexity and nursing expertise as factors in decision making, *Nursing Research*, 35(2), 107-112.
- Corley, M., C., Farley, B., Geddes, N., Goodloe, L., & Green, P. (1994). The Clinical Ladder, Impact on Nurse Satisfaction and Turnover, *Journal of Nursing Administration*, 24(2), 42-48.

- Cronin, S. N., & Becherer, D. (1999). Recognition of Staff Nurse Job Performance and Achievements: Staff and Manager Perceptions, *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 26-31.
- Desrosiers, G. (2001). La profession d'infirmière face à la mondialisation : perspective québécoise. *L'infirmière du Québec*, 8(5), 6-14.
- Donner, J., G., & Wheeler, M., M. (2001) Career planning and développement for nurses : the time has come. *International Council of Nurses*, 48, 79-85.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. Étude inédite, Université de la Californie.
- Drevet, G. (2001, février). La polyvalence, une réponse stratégique et organisationnelle à promouvoir. *Gestions Hospitalières*, 106-119.
- Edward, D., Burnard, P., Coyle., D., Fothergill, A., & Hannigand, B. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 7, 7-14.
- English, I. (1993). Intuition as a function of the expert nurse : a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 387-393
- Evans, R., & Spencer, J. (2003). Developing a clinical competency framework for acute inpatient mental health nurse. *Mental Health Practice*, 6(5), 35-37.
- Fortin, M-F. (1996). *Le processus de la recherche, de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal : Décarie Éditeur.
- French, O. (1988). Clinical ladder for nurses: expect a resurgence of interest but there will be changes. *Nursing Management*, 19(2), 52-54.
- Getzels, J. W., & Guba, E. G. (1957). Social Behavior and the Administrative Process. *School Review*, 65, 423-441.
- Goodloe, L., R., Samson, R., C., Munjas, B., Whitworth, T., R., Lantz, C., D., Tangle, E., & Miller, W. (1996). Clinical Ladder to Professional Advancement Program: An Evolutionary Process. *Journal of Nursing Administration*, 26(6), 58-64.
- Goulet, O. (1999). L'autonomie professionnelle et la pratique infirmière. Dans O. Goulet, & C. Dallaire (Éds), *Soins infirmiers et société* (pp. 135-155). Boucherville : Gaëtan Morin éditeur.

- Gregg, D. E. (1999). Hildergard E. Peplau: Her Contributions. *Perspectives in Psychiatric Care*, 35(3), 10-12.
- Gustin, T., Semler, J. E., Holcomb, M. W., Gmeiner, J. L., Brumberg, A. E., Martin, P. A., et al. (1998). A clinical Advancement Program: Creating an Environment for Professional Growth. *Journal of Nursing Administration*, 28(10), 33-39.
- Haag-Heitman, B., & Kramer, A. (1998). Creating a Clinical Practice: development model. *American Journal of Nursing*, 98(8), 39-43.
- Hansen, D. W. (2001). Job satisfaction: nurse's perceptions of clinical ladder. (Mémoire de maîtrise, University of Alaska Anchorage, 2001) *Dissertation abstract International*, 1407487.
- Hatcher, H. V. (1999). Evolution of a Career Ladder. *Journal of Nursing Administration*, 29(11), 21-22.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé. (2006). *Évaluer le maintien en poste du personnel infirmier autorisé au Canada : étude des données sur les inscriptions de 2000 à 2004*. Récupéré le 22 janvier 2008 de http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=reports_nursing_analysis_f
- Ito, H., Eisen, V. S., Sederer, I. L., Yamada, O., & Tachimori, H. (2001). Factors Affecting Psychiatric Nurses' Intention to Leave Their Current Job. *Psychiatric services*, 52(2), 232-234.
- Jones, D. (1996). Clinical ladder: A staff nurse perspective. *Journal of Nursing Administration*, 26(2), 4-5.
- Kindy, D., Petersen, S., Parkhurst, D. (2005). Perilous Work: Nurses' Experiences in Psychiatric Units with High Risk of Assault. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(4), 169-175.
- Knox, S., & Gharrity, J. (2004). Creating a Center for Nursing Excellence. *Journal of Nursing Administration*, 6(2), 44-51
- Kravutske, M. E., & Fox, D. H. (1996). Creating a Registered Nurse Advancement Program That Works. *Journal of Nursing Administration*, 26(11), 17-22.
- Krugman, M., Smith, K., & Goode, J. C. (2000). A Clinical Advancement Program, Evaluating 10 Years of Progressive Change. *Journal of Nursing Administration*, 30(5), 215-225.

- Lefebvre, S. (2000). Après les retraites massives dans deux hôpitaux québécois : Enjeux des rapports entre générations différentes de travailleurs. *Pistes*, 2(1). Récupéré le 8 janvier 2005 de <http://www.pistes.uqam.ca/v2n1/articles/v2n1a7.htm>
- Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *The Psychology Review*, 50, 370-396.
- McElroy, E. C. (1990). Uncovering clinical knowledge in expert psychiatric nursing practice. (Thèse de doctorat, University of Alabama, 1990) *Dissertation abstract International*, 9114884.
- Meretoja, R., & Leino-Kilpi, H. (2001) Instrument for Evaluating Nurse Competence. *Journal of Nursing Administration*, 31(7/8), 346-352.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale, la force des liens*. Récupéré le 10 novembre 2005 de <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2003, décembre). *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec*. Récupéré le 18 juillet 2005 de <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2001, Décembre). *Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*. Récupéré le 23 novembre 2003 de <http://www.msss.gouv.qc.ca>
- Murray, M. (1993). Where are career ladders going in the 90's? *Nursing Management*, 24(6), 46-48.
- Nuccio, S. A., Lingen, D., Burke, L. J., Kramer, A., Ladewig, N., Raaum, J., et al. (1996). The Clinical Practice Developmental Model: The transition Process. *Journal Nursing Administration*, 26(12), 29-37.
- Observatoire de l'administration publique de l'ÉNAP. (2004, avril). *Modernisation de l'État : Diversité et innovation au Canada et à l'étranger*. Récupéré le 23 janvier 2008 de http://www.tresor.gouv.qc.ca/fr/publications/modernisation/diversite-innov_enap.pdf
- Office des professions du Québec (2004, décembre). Page web consulté le 8 décembre de <http://www.opq.gouv.qc.ca/>

- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec. (2008, janvier/février). Bravo à l'ajustement salarial. *Le Journal*, 5(3), 1-12.
- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec. (2007a). *Données sur la population infirmière par région administrative à partir du Tableau des membres au 31 mars 2007*. Récupéré le 14 janvier 2008 de <http://www.oiiq.org>
- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec. (2007b). *Évolution de l'effectif de la profession infirmière au 31 mars 2006*. Récupéré le 31 juillet 2007 de <http://www.oiiq.org>
- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec. (2007c). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence!* Mémoire déposé à la table de concertation visant à répondre à la situation de la pénurie de la main-d'oeuvre en soins infirmiers. Récupéré le 15 décembre 2007 de <http://www.oiiq.org>
- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (2006). Page web consulté le 24 mars de <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/journal/vol3no1/m08.htm>
- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec. (2003, Novembre). *Faits saillants de l'évolution des effectifs infirmiers*. Récupéré le 23 juillet 2005 de <http://www.oiiq.org>
- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec. (2002a, Novembre). *Faits saillants de l'évolution des effectifs infirmiers*. Récupéré le 23 juillet 2005 de <http://www.oiiq.org>
- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (2002b). *La vision contemporaine de l'exercice infirmier / la pratique infirmière en santé mentale et en psychiatrie* [mémoire] Récupéré le 25 octobre 2004 de <http://www.oiiq.org>
- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec. (2001a, Novembre). *Faits saillants de l'évolution des effectifs infirmiers*. Récupéré le 23 juillet 2005 de <http://www.oiiq.org>
- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec. (2001b). *Code de déontologie des infirmières et infirmier*. Récupéré le 8 décembre 2004 de http://www.oiiq.org/infirmieres/lois_reglements_pdf/deontologie.pdf

- Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec. (2000, Novembre). *Faits saillants de l'évolution des effectifs infirmiers*. Récupéré le 23 juillet 2005 de <http://www.oiiq.org>
- Patterson, R. J. (1989). Domains of nursing practice :Application of Benner's Model (Thèse de doctorat, University of Alabama, 1989) *Dissertation Abstract International*, 9003854.
- Payson, A. A. (1988). Job satisfaction and need satisfaction of psychiatric registered nurses: the influence of nurse manager decision-making style (Thèse de doctorat, Universty of Bridgeport, 1988) *Dissertation Abstract International*, 8816733.
- Porter, L. M. (1962). Job Attitude in Management: Perceived Deficiencies in Need Fulfillment as a Function of Job Level. *Journal of Applied Psychology*, 46, 376.
- Richardson, S. (1994). Clinical Advancement Model in Nursing Practice. Dans J. M. Hibberd, & M. E. Kyle (Éds), *Nursing Management in Canada* (pp. 279-288). Toronto : W.B. Saunders Canada.
- Ryan-Nicholls, K. D. (2003). Educational Needs of Psychiatric Nurses for Continuing Competency. *The Journal of Continuing Educational in Nursing*, 34(5), 218-225.
- Schulz, A., W. (1993) Evaluation of a Clinical Advancement System. *Journal of Nursing Administration*, 23(2), 13-19.
- Schmidt, L. A., Nelson, D., & Godfrey, L. (2003). A Clinical Ladder Program Based on Carper's Fundamental Pattern of Knowing in Nursing . *Journal of Nursing Administration*, 33(3), 146-152.
- Seago, J., A. (1996). Work Group Culture, Stress and Hostility/Correlation with Organization Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 26(6), 39-47
- Severinsson, E., & Hummelvoll, J. (2001). Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care. *Nursing and Health Sciences*, 3, 81-90.
- Shapiro, M. M. (1998). A Career Ladder Based on Benner's Model: An Analysis of Expected Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 28(3), 13-19.
- Snyder, M. D. (1997). Clinical Ladders: Do They Reflect Levels of Competence ? *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 28(2), 54-58.

- Thompson, A. G. (2000). Workforce issues lead priority list for AONE'S new director. *AHA News*, 36(18), 5.
- Truchon, S., Duquette, A., Kérouac, S., & Sandhu B. K. (1990). Le plan de carrière en milieu clinique. *Nursing Québec*, 10(6), 48-53.
- Zimmer, P. (1972). Rationale for un ladder for clinical advancement. *Journal of Nursing Administration*, 2(12), 18-24.

APPENDICE A
QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

**Étude de la perception d'infirmières oeuvrant en psychiatrie
en regard de la carrière
en milieu clinique**

***** Questionnaire *****

Les infirmières dans les centres hospitaliers exercent principalement un rôle de soignante auprès de la clientèle. La présente étude s'intéresse à la perception d'infirmières oeuvrant en psychiatrie d'un centre hospitalier montréalais en regard de la carrière en milieu clinique.

Les noms des infirmières qui participent à cette étude ne seront pas connus. Ce questionnaire est anonyme et les données individuelles seront tenues confidentielles; seuls les résultats d'ensemble seront dévoilés. Le questionnaire comprends trois parties : la conception personnelle des soins, le développement de la carrière et les renseignements généraux.

N.B. : il est important que vous répondiez à tous les énoncés ou question de façon spontanée. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Merci beaucoup de votre collaboration

Stéphane Bouchard inf. B. sc.

CONCEPTION PERSONNELLE DES SOINS

Il est généralement reconnu que l'intervention de l'infirmière se fait selon une démarche de soins. Cette démarche de soins comporte diverses activités, soit : la collecte de données, l'interprétation des données, la planification de l'intervention, l'exécution de l'intervention et l'évaluation. À partir de votre situation habituelle et selon votre conception personnelle des soins, dites-moi votre façon de faire pour chacun des énoncés suivants.

1- Lorsque vous travaillez, est-ce que l'on vous assigne à des clients dont la condition est généralement :

Réponse :

- (A) est stable ?
- (B) est moins prévisible ?
- (C) est très complexe ?
- (D) requiert des soins infirmiers spécialisés ?

2- Généralement, lorsque vous collectez les données, est-ce que vous :

Réponse :

- (A) recueillez les données de base sur la condition bio-psycho sociale du client ?
- (B) mettez à jour les données sur la condition bio-psycho sociale du client ?
- (C) contribuez à l'élaboration de plan de soins infirmiers individualisés qui identifie les problèmes et les changements bio-psycho sociaux chez le client ?
- (D) utilisez une approche globale centrée sur le client pour identifier les problèmes présents et/ou potentiels ?

3- Généralement, lorsque vous analysez et interprétez les données, est ce que vous le faites à partir :

Réponse :

- (A) des observation recueillies et des données théoriques ?
- (B) de la similarité avec des situation déjà rencontrées ?
- (C) d'une identification instantanée des problèmes à résoudre ?
- (D) d'un pressentiment de la situation globale ?

<p>4- Généralement, lorsque vous planifiez les soins, est-ce que vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> (A) établissez des priorités ? (B) déterminez quels aspects d'une situation sont importants et lesquels vous pouvez ignorer (C) saisissez spontanément parmi les différents aspects ceux qui sont importants ? (D) voyez spontanément ce que vous devez faire sans avoir à raisonner de façon consciente ? 	Réponse :
<p>5- Généralement, lorsque vous exécutez les soins, est-ce que vous le faites avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> (A) une dextérité qui s'améliore graduellement ? (B) une efficacité dans la plupart des cas ? (C) rapidité et flexibilité ? (D) crédibilité et assurance ? 	Réponse :
<p>6- Généralement, lorsque vous exécutez les soins, est-ce que vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> (A) prodiguez les soins planifiés en observant les ordonnances et les protocoles ? (B) faites des recommandations pour améliorer les protocoles de soins ? (C) aidez à l'élaboration des protocoles de soins ? (D) élaboriez et évaluez les protocoles et les techniques de soins ? 	Réponse :
<p>7- Généralement, lorsque vous évaluez la démarche de soins, est-ce que vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> (A) évaluez l'évolution de la condition du client ? (B) vérifiez l'atteinte des objectifs de soins selon la condition du client ? (C) révisiez le plan de soins en fonction des besoins changeant du client ? (D) explorez auprès du client l'efficacité des interventions prévues au plan de soins ? 	Réponse :

<p>Dans sa pratique, l'infirmière maintient entre autres des relations interpersonnelles. Elle utilise les principes de la communication verbale et non verbale. Elle fait de l'enseignement auprès du client, de sa famille et même des autres membres de la profession. À partir de votre situation habituelle, dites-moi votre façon de faire pour chacun des énoncés suivant.</p>	
<p>8- Généralement, lorsque vous communiquez avec les clients et/ou famille, est-ce que vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> (A) identifiez les problèmes vécus par le client et/ou famille ? (B) explorez avec lui et /ou elle les différentes solution possibles au problème identifié ? (C) conseillez et/ou orientez le client et/ou famille ? (D) agissez à titre de personne ressource en utilisant et en coordonnant les autres ressources disponibles 	Réponse :
<p>9- Généralement, quant à la communication avec le personnel, est-ce que vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> (A) informez les autres membres de l'équipe de toute modification de l'état du bénéficiaire ? (B) intervenez auprès des autres membres de l'équipe ? (C) favorisez la tenue de rencontres pour discuter des problèmes reliés au travail ? (D) agissez en qualité de personne ressource auprès des autres membres de l'équipe étant donné vos connaissances et vos habiletés spécialisées ? 	Réponse :
<p>10- Généralement, quant à la communication au sein de l'équipe multidisciplinaire, est-ce que vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> (A) assistez aux rencontres multidisciplinaires ? (B) participez aux rencontres multidisciplinaires ? (C) informez les autres membres de l'équipe multidisciplinaire de tous changements chez le client afin d'assurer la continuité des soins ? (D) animez des rencontres multidisciplinaires, comité interdépartementaux et autres ? 	Réponse :

<p>11- Généralement, quant à l'enseignement au client et/ou famille, est-ce que vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> (A) identifiez leurs besoins d'enseignement ? (B) dispensez l'enseignement nécessaire en matière de santé ? (C) aidez à l'élaboration de programme d'enseignement aux bénéficiaires? (D) Élaborez des ressources matérielles d'enseignement aux bénéficiaires? 	Réponse :
<p>12- Généralement, quant à l'enseignement au personnel, est-ce que vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> (A) aidez les nouvelles infirmières durant leur orientation ? (B) faites l'orientation des nouvelles infirmières? (C) Aidez à l'élaboration des programmes d'intégration à l'emploi du personnel infirmier? (D) Intervenez auprès de toutes les infirmières en qualité de personne- ressource? 	Réponse :
<p>La recherche en sciences infirmières a pour but, comme dans toute sciences, de guider la pratique et de soutenir sa pratique. Elle génère de nouvelles connaissances et elle identifie plus spécifiquement les interventions efficace pour aider les infirmières dans leur pratique. À partir de votre situation habituelle, dites-moi votre façon de faire pour l'énoncé suivant.</p>	
<p>13- Généralement, quant à votre participation à la recherche en sciences infirmières, est-ce que vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> (A) vous intéressez à la recherche en sciences infirmières? (B) Collectez des données pour les recherches en sciences infirmières (C) Participez à la réalisation des projets de recherche en sciences infirmières? (D) Élaborez des projets de recherche en sciences infirmières? 	Réponse :

DÉVELOPPEMENT DE VOTRE CARRIÈRE					
<p>Pour la deuxième partie du questionnaire, il s'agit de fournir pour chacune des questions, la réponse qui correspond le mieux au développement de votre carrière.</p>					
<p>14- Pensez-vous que votre compétence en soins infirmiers s'est développée au cours de votre carrière</p> <p>1) Oui 2) Non 3) Ne sais pas</p>					
<p>15- En comparant votre niveau de compétence en soins infirmiers avec celui de vos pairs, à quel niveau vous placeriez-vous ?</p> <p>1) Novice 2) Débutante 3) Compétente 4) Avancée 5) Experte</p>					
<p>16- Croyez-vous pouvoir atteindre le niveau d'experte à un moment donné?</p> <p>1) Oui 2) Non 3) Ne sais pas</p>					
<p>17- Quelle importance accordez-vous aux exigences à atteindre pour devenir un infirmière experte</p>					
		PAS MPORTANT	PEU IMPORTANT	ASSEZ IMPORTANT	TRÈS IMPORTANT
1) L'accumulation de l'ancienneté	0	1	2	3	
2) L'expérience de travail dans une spécialité	0	1	2	3	
3) La diversification de l'expérience	0	1	2	3	
4) Le potentiel	0	1	2	3	
5) La motivation au travail	0	1	2	3	
6) La formation professionnelle	0	1	2	3	
7) La formation universitaire	0	1	2	3	
8) L'implication au travail	0	1	2	3	
9) Le leadership	0	1	2	3	
10) Les années de services	0	1	2	3	
11) La facilité de communication	0	1	2	3	
12) Autre(s) exigence(s). Spécifiez S.V.P :	0	1	2	3	
<hr/> <hr/> <hr/>					
<p>18- Est-il important pour vous d'avoir des opportunités d'avancement professionnel dans les soins directs aux bénéficiaires ?</p> <p>1) Oui 2) Non 3) Ne sais pas</p>					

22- Par qui aimeriez-vous être évaluée pour votre travail ?	PAS MPORTANT	PEU IMPORTANT	ASSEZ IMPORTANT	TRÈS IMPORTANT
1) par auto-évaluation 2) par un collègue de travail 3) par votre supérieur immédiat 4) par un comité d'évaluation 5) autre(s). Spécifiez S.V.P. : _____ _____ _____				
23- Quelle importance accordez-vous aux éléments suivants lors de l'évaluation ?				
1) la démarche de soins 2) les notes de l'infirmière au dossier 3) les rapport d'incident/accident 4) les habiletés de communication au travail 5) la participation à la recherche 6) l'implication personnelle au travail 7) la relation d'aide 8) l'enseignement aux clients 9) la participation à la formation du personnel 10) les habiletés techniques 11) la formation en cours d'emploi 11) autre(s). Spécifiez S.V.P. : _____ _____ _____	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3
24- À quelle fréquence aimeriez-vous être évaluée pour votre travail ?				
1) à tous les 6 mois 2) annuellement 3) jamais 4) autre(s). Spécifiez S.V.P. : _____ _____ _____				

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Cette dernière partie se rapporte à certains renseignements généraux nécessaires à l'interprétation des résultats de cette étude.

25- Combien d'années d'expérience avez-vous comme infirmière ?

_____ an (s)

26- Combien d'emplois avez-vous occupés depuis le début de votre carrière ?

_____ emploi (s)

27- Quel est votre poste de travail régulier ?

- 1) infirmière soignante
- 2) infirmière soignante sur l'équipe volante
- 3) chef d'équipe
- 4) assistante infirmière-chef
- 5) infirmière clinicienne spécialisée
- 6) autre. Spécifiez, S.V.P. : _____

28- Quel est votre champ principal d'activités ?

- 1) urgence
- 2) soins intensifs
- 3) unité d'admission adulte
- 4) unité d'admission géro-psycho-geriatrique
- 5) unité long terme
- 6) unité d'admission adolescent
- 7) unité des troubles alimentaires
- 8) autre. Spécifiez, S.V.P. : _____

29- Depuis combien d'année (s) travaillez-vous sur cette unité de soins ?

_____ an (s)

30- Quel est votre statut d'emploi actuel ?

- 1) temps complet avec poste
- 2) temps complet sans poste (temporaire)
- 3) temps partiel avec poste
- 4) temps partiel sans poste
- 5) temps occasionnel (liste de disponibilité ou de rappel)

31- Quel est votre quart de travail ?

- 1) jour
- 2) soir
- 3) nuit
- 4) rotation

32- Quel est votre formation de base en soins infirmiers ?

- 1) diplôme d'infirmière (hôpital)
- 2) recyclage auxiliaire (CEC)
- 3) technique infirmière (DEC)
- 4) baccalauréat de bas en sc. infirmière (BAC)

33- Après votre formation de base en soins infirmiers, avez-vous suivi une formation complémentaire ?

	En sciences infirmière		Autre discipline	
	Étude en cours	Étude terminer	Étude en cours	Étude terminer
Attestation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baccalauréat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maîtrise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34- Quel âge avez-vous ?

_____ ans

35- De quel sexe êtes-vous ?

- 1) féminin
- 2) masculin

APPENDICE B

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE L'HÔPITAL DOUGLAS