

# CANADIAN THESES ON MICROFICHE

I.S.B.N.

## THESES CANADIENNES SUR MICROFICHE



National Library of Canada  
Collections Development Branch

Canadian Theses on  
Microfiche Service

Ottawa, Canada  
K1A 0N4

Bibliothèque nationale du Canada  
Direction du développement des collections

Service des thèses canadiennes  
sur microfiche

### NOTICE

The quality of this microfiche is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us a poor photocopy.

Previously copyrighted materials (journal articles, published tests, etc.) are not filmed.

Reproduction in full or in part of this film is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30. Please read the authorization forms which accompany this thesis.

THIS DISSERTATION  
HAS BEEN MICROFILMED  
EXACTLY AS RECEIVED

### AVIS

La qualité de cette microfiche dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de mauvaise qualité.

Les documents qui font déjà l'objet d'un droit d'auteur (articles de revue, examens publiés, etc.) ne sont pas microfilmés.

La reproduction, même partielle, de ce microfilm est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30. Veuillez prendre connaissance des formules d'autorisation qui accompagnent cette thèse.

LA THÈSE A ÉTÉ  
MICROFILMÉE TELLE QUE  
NOUS L'AVONS REÇUE

UNIVERSITÉ D'OTTAWA

LES SOURCES ET LES DEGRÉS D'INSATISFACTION AU TRAVAIL  
DES INFIRMIÈRES EN MILIEU HOSPITALIER DE LA  
RÉGION DE L'OUTAOUAIS QUÉBÉCOIS

PAR

FERNANDE VIENS

FACULTÉ D'ÉDUCATION

THÈSE PRÉSENTÉE À L'ÉCOLE DES ÉTUDES SUPÉRIEURES EN  
VUE DE L'OBTENTION D'UNE MAÎTRISE ES ARTS  
EN ÉDUCATION (PSYCHO-PÉDAGOGIE)

AOÛT 1982



Fernande Viens, Ottawa, Canada, 1982.

## TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux.....	v
Sommaire.....	viii
Chapitre I.....	1
Introduction.....	1
But de la recherche.....	6
Définition des termes.....	6
Postulat de base et hypothèses de travail.....	7
Limites de l'étude.....	9
Chapitre II.....	10
Orientation théorique.....	10
La motivation au travail.....	11
La satisfaction au travail.....	19
Chapitre III.....	33
Méthodologie.....	33
Milieu et population de l'étude.....	33
Les variables.....	35
Le questionnaire de Porter.....	35
Étude pilote.....	38
Cueillette des données.....	39
Analyse des résultats.....	40

Chapitre IV.....	41
Présentation et interprétation des résultats.....	41
Méthode d'analyse des données.....	41
Données relatives aux variables.....	49
Facteurs spécifiques à l'infirmière.....	49
La variable sexe.....	49
La variable âge.....	55
La variable formation de base.....	62
La variable formation continue acquise.....	65
La variable formation continue en cours.....	69
La variable formation continue projetée.....	73
La variable années d'expérience.....	78
La variable années d'expérience dans le centre hospitalier.....	83
La variable modalité d'emploi.....	87
La variable quart de travail.....	91
La variable position occupée.....	94
La variable département.....	98
La variable programme d'orientation offert.....	102
La variable participation à la formation en cours d'emploi.....	106
Chapitre V.....	110
Conclusion.....	110
Remerciements.....	120
Références.....	121

## LISTE DES ANNEXES

- A. Données démographiques.
- B. Version française du questionnaire de Porter.
- C. Questionnaire de l'étude.
- D. Analyse de variance dans l'insatisfaction pour chacun des besoins entre les centres hospitaliers.
- E. Analyse de variance dans l'importance pour chacun des besoins entre les centres hospitaliers.
- F. Distribution des infirmières selon la formation continue projetée et l'accès à la formation universitaire.
- G. Distribution des répondantes selon le quart de travail et la modalité d'emploi.
- H. Distribution des répondantes selon les années d'expérience dans le centre hospitalier (C.H.) et le programme d'orientation offert.

## LISTE DES TABLEAUX

A.	Moyennes et écart-types de la situation actuelle, de la situation souhaitée et de l'importance accordée à chacune des caractéristiques reliées aux besoins par la population de l'étude (N: 305).....	42
1.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon le centre hospitalier.....	47
2.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon le centre hospitalier.....	48
3.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon le sexe.....	53
4.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon le sexe.....	54
5.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon l'âge.....	60
6.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon l'âge.....	61
7.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon la formation de base.....	63
8.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon la formation de base.....	64
9.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon la formation continue acquise.....	67
10.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon la formation continue acquise.....	68

11.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon la formation continue en cours.....	71
12.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon la formation continue en cours.....	72
13.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon les projets de formation continue.....	74
14.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon les projets de formation continue.....	75
15.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon les années d'expérience.....	81
16.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon les années d'expérience.....	82
17.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon les années d'expérience dans le centre hospitalier.....	85
18.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon les années d'expérience dans le centre hospitalier.....	86
19.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon la modalité d'emploi.....	89
20.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon la modalité d'emploi.....	90
21.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon le quart de travail.....	92
22.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon le quart de travail.....	93
23.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon la position occupée.....	96

24.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon la position occupée.....	97
25.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon le département.....	100
26.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon le département.....	101
27.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon le programme d'orientation offert en milieu hospitalier.....	104
28.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon le programme d'orientation offert en milieu hospitalier .....	105
29.	Moyennes et écart-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon la participation à la formation en cours d'emploi.....	108
30.	Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon la participation à la formation en cours d'emploi.....	109

## SOMMAIRE

Cette étude descriptive avait pour but d'identifier des sources et des degrés d'insatisfaction au travail des infirmières oeuvrant en milieu hospitalier de l'Outaouais québécois. Elle visait aussi à identifier des sources d'insatisfaction reliées au rôle professionnel défini par le Code des professions et la loi des infirmières et infirmiers, aux articles 36 et 37.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire de satisfaction au travail élaboré par Porter et modifié pour l'adapter à la population visée. Les facteurs de satisfaction étaient reliés aux besoins de sécurité, aux besoins sociaux, d'estime, d'autonomie, d'autonomie professionnelle et d'actualisation de soi. Trois cent onze infirmières et infirmiers des cinq centres hospitaliers généraux de l'Outaouais québécois ont participé à cette étude. Six questionnaires ont été rejetés.

Le profil général des insatisfactions indique que la source première d'insatisfaction pour l'infirmière en milieu hospitalier concerne l'exercice de l'autonomie professionnelle, c'est-à-dire les possibilités de s'impliquer dans l'amélioration des soins et dans le développement professionnel; de prendre les responsabilités des actions reliées à l'exercice de sa profession telles que définies par l'acte infirmier. La deuxième source d'insatisfaction concerne l'exercice de l'autonomie par les responsabilités reliées à la position occupée; les occasions de penser et d'agir librement; de participer aux objectifs poursuivis par les services

des soins infirmiers. Le besoin de sécurité est la troisième source d'insatisfaction. La quatrième source d'insatisfaction concerne l'actualisation de soi par la possibilité de développement personnel, le sentiment d'épanouissement personnel et d'accomplir une oeuvre utile. Par la cinquième source d'insatisfaction l'infirmière recherche l'estime de soi, le prestige accordé par les infirmières et les membres de l'équipe multidisciplinaire ainsi que l'estime de soi par le sentiment d'être mise au courant des décisions qui la concernent. La dernière source d'insatisfaction concerne la relation d'aide aux autres et les relations amicales par la satisfaction des besoins sociaux.

Les résultats ont permis de déceler des besoins de formation continue au niveau universitaire.

Les résultats de la variable autonomie professionnelle indiquent que l'infirmière québécoise impliquée dans une action directe auprès du bénéficiaire par la dispensation des soins ne semble pas avoir toutes les possibilités souhaitées d'exercer l'autonomie professionnelle telle que définie dans cette étude. Nous nous demandons si la formation reçue est responsable de cette situation ou si le milieu hospitalier est en cause. Nous sommes portés à croire que les deux facteurs sont en cause.

Au terme de l'étude nous présentons quelques suggestions pour la formation continue et nous suggérons quelques pistes de recherche.

## CHAPITRE I

### INTRODUCTION

Selon la Commission internationale sur le développement de l'éducation - Rapport Faure - (1972), l'éducation est appelée à devenir de plus en plus libératrice de toutes les potentialités créatrices de la conscience humaine (p. 170). Les finalités éducatives s'inspirent de l'homme capable d'observer son environnement, d'expérimenter et de classer les données de l'expérience. Il veut partager ses préoccupations et ses aspirations; il sait questionner son milieu et exercer sa créativité dans une action sur la réalité qui l'entoure. La motivation de ses actions est d'assurer l'actualisation de soi (p. 177). Dans ce processus d'«apprendre à être» l'éducateur est facilitateur de la découverte et du développement des potentialités individuelles. En conséquence, il doit tenir compte non seulement de l'apprenant, mais aussi de son milieu social. Pour ce faire, il doit connaître la dynamique apprenant-milieu.

"C'est ce milieu qui doit servir à déterminer non seulement l'étendue de la clientèle et le contenu des programmes, mais également les méthodes de la pédagogie." (p. 198)

Malcolm Knowles (1970, p. 20-33) s'inscrit dans cette vision éducative quand il définit la mission de l'éducateur d'adultes en relation avec la satisfaction des besoins et la réalisation des buts désirés par les individus, les institutions et la société.

L'infirmière engagée dans un programme de formation continue possède un bagage d'expériences professionnelles qui a contribué à sa croissance. Elle a aussi vécu des expériences qui ont été facteurs de conflit et qui souvent ont provoqué un état d'insatisfaction, d'impuissance et de stagnation. Face à cette insatisfaction, l'infirmière peut ré-évaluer ses attentes. Une des conséquences de cette évaluation l'amène à améliorer sa condition par l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences professionnelles. Il est donc important pour l'éducateur en soins infirmiers d'examiner les attitudes, les valeurs et les priorités professionnelles des infirmières, car, selon Rogers (1972, p. 158) l'apprentissage est significatif quand le sujet enseigné est perçu par l'étudiant comme étant relié aux buts qu'il poursuit.

L'expérience d'enseignement auprès d'infirmières oeuvrant surtout dans les milieux hospitaliers a permis d'identifier certains malaises reliés aux modifications apportées dans la profession tant sur le plan de la formation professionnelle, du statut professionnel que sur le plan de la dispensation des soins. En 1967, le ministère de l'Éducation a intégré la formation infirmière, jusque là dispensée dans les centres hospitaliers, aux Collèges d'Enseignement Général et Professionnel (CEGEP) (L.Q. Bill 21); en 1971, par la loi 65, le ministère des Affaires sociales a été autorisé à restructurer le système de dispensation de soins, admettant ainsi les infirmières dans une équipe multidisciplinaire; en 1973, par le Code des professions, le législateur a accordé l'exercice exclusif de la profession (Chap. 43, art. 32) et a défini l'acte infirmier (Chap. 48, art. 36, 37).

En accédant au statut professionnel, l'infirmière doit non seulement dispenser les soins selon les ordonnances médicales, mais elle doit être pleinement

autonome et responsable de ses actes professionnels tel que définis par la loi. Elle a la responsabilité de poser un diagnostic de soins infirmiers et d'élaborer une démarche d'intervention propre à sa profession.

En modifiant les responsabilités et les relations professionnelles, les décisions gouvernementales ont amené l'infirmière à redéfinir son rôle. Elles ont aussi demandé aux éducateurs, aux infirmières et aux autres membres de l'équipe de santé et aux administrateurs de développer de nouvelles attitudes. Cependant, après une décennie, les infirmières du Québec vivent encore des conflits par rapport à leur rôle qui n'est pas accepté dans toutes ses composantes au sein même de la profession et de l'équipe multidisciplinaire. L'impact des modifications gouvernementales a été reconnu par les éducateurs en soins infirmiers et par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), (Côté, 1979; gouvernement du Québec, 1980a, 1980b; Lambert, 1979; OIIQ, 1976, 1979, 1980).

Aux États-Unis des infirmières ont élaboré des modèles conceptuels en soins infirmiers afin de redéfinir le rôle spécifique de l'infirmière (Henderson, 1966; Orem, 1980; Riehl & Roy, 1980). Une redéfinition de rôle demande à l'infirmière une remise en question de son rôle actuel. Certaines infirmières sont ouvertes à l'expérience par contre d'autres ne sont pas prêtes à la vivre. En 1979, les infirmières ont énoncé leurs difficultés plus particulièrement lors d'un congrès d'orientation organisé par l'OIIQ (OIIQ, 1979; Côté, 1979, p. 4-17). Dans la région de l'Outaouais, la plupart des infirmières qui étudient au niveau universitaire ressentent les insatisfactions identifiées par les congressistes. Par contre, individuellement, elles ont de la difficulté à identifier les sources de satisfaction et d'insatisfaction professionnelles. Par conséquent, il est difficile de découvrir

l'ampleur de leur engagement professionnel de même que leurs besoins de formation, afin de planifier des programmes basés sur les valeurs et les besoins individuels et professionnels et pour mieux amorcer le processus éducatif. On peut se demander si les infirmières peuvent et désirent exercer pleinement les diverses composantes de leur rôle au sein de l'équipe multidisciplinaire. Sont-elles et veulent-elles s'impliquer dans l'évolution des soins infirmiers? Quels sont alors les besoins de formation continue des infirmières qui exercent en milieu hospitalier?

Nous constatons l'importance et la complexité des besoins exprimés par les infirmières et considérons que les besoins peuvent être facteurs de motivation à la formation continue. Il est alors important, dans une première étape de connaître les besoins manifestés par l'insatisfaction ressentie dans l'exercice de la profession. Afin que, dans une deuxième étape par une meilleure connaissance de l'infirmière nous puissions être des agents facilitateurs dans le processus de redéfinition de rôle par l'adoption d'un modèle conceptuel en soins infirmiers.

"Les composants essentiels d'une conception complète et explicite sont les suivants:

- (1) les postulats qui sous-tendent le tout;
- (2) les valeurs qui justifient le tout;
- (3) les éléments qui sont: a) Le but, idéal et limité; b) Le bénéficiaire du service; c) Le rôle du professionnel; d) La source de la difficulté éprouvée par le bénéficiaire; e) L'intervention du professionnel; f) Les conséquences." (Adam, 1979, p. 6)

Ce qui signifie l'explicitation d'une philosophie de soins infirmiers et d'un programme de formation ou d'une pédagogie appropriée. Il faut noter que très peu de recherches en éducation ont été faites au Canada et particulièrement au

Québec pour cerner les besoins de formation des infirmières en tenant compte des insatisfactions ressenties dans l'exercice de la profession. Un survol des documents permet de constater qu'il n'existe pas de recherches qui ont étudié la perception de l'exercice professionnel des infirmières québécoises en les comparant aux infirmières des autres provinces canadiennes qui n'ont pas de statut professionnel officiel.

L'impact des questions soulevées au congrès d'orientation déjà mentionné, les sentiments d'insatisfaction professionnelle ressentis par la plupart des infirmières, le souci de répondre aux besoins individuels de formation des apprenants et d'aider à l'analyse en profondeur de leurs aspirations soulèvent les questions de recherche suivantes:

- . Quelles sont les sources d'insatisfaction au travail des infirmières oeuvrant en milieu hospitalier?
- . Quels sont les degrés d'insatisfaction des divers facteurs?
- . Quelles sont les sources d'insatisfaction reliées au rôle professionnel défini par le Code des professions et la loi des infirmières et infirmiers aux articles 36 et 37?
- . Quelle importance les infirmières accordent-elles aux facteurs de satisfaction de leurs besoins dans l'exercice de leur profession?

## BUT DE LA RECHERCHE

Le but de la recherche est de recueillir un inventaire des perceptions de la vie professionnelle des infirmières en milieu hospitalier, afin d'établir des profils de besoins découlant des insatisfactions au travail, pour guider notre action éducative auprès des infirmières en formation continue au niveau universitaire.

Pour atteindre ce but, la présente étude veut plus spécialement:

- . Identifier les sources et les degrés d'insatisfaction au travail ressentis par les infirmières oeuvrant en milieu hospitalier de la région de l'Outaouais québécois;
- . Identifier l'importance accordée aux facteurs de satisfaction de leurs besoins dans l'exercice de leur profession;
- . Identifier les sources et les degrés d'insatisfaction ressentis et l'importance accordée au besoin d'autonomie professionnelle selon le Code des professions et les composantes de la définition légale de l'acte infirmier.

## DÉFINITION DES TERMES

**INFIRMIÈRE:** Selon la loi des infirmières et infirmiers (Ch. 48, art. 1), tout membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec constitué par la loi; qui a reçu un permis délivré conformément au Code des professions et à la loi; qui a été autorisé à exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier conformément à la loi et au Code des professions.

**ACTE INFIRMIER:** Selon le Code des professions (Chap. 48, art. 36, 37), "Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et de contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale."  
 "L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire."

**FORMATION CONTINUE:**

La formation de premier cycle dans un programme d'étude universitaire que suit l'infirmière diplômée d'un collège ou d'une école d'infirmière (formation traditionnelle).

**INSATISFACTION AU TRAVAIL:** Une attitude provenant de deux évaluations concurrentes de nature continue par laquelle l'individu évalue son travail et son environnement de travail, selon les possibilités offertes de réaliser ses besoins, de vivre ses valeurs et ses aspirations. Elle est relative à la différence perçue entre les besoins ressentis et leur réalisation. Elle est la différence entre la situation actuelle et la situation souhaitée.

**IMPORTANCE DES FACTEURS:** L'expression des valeurs professionnelles qui orientent l'infirmière vers l'actualisation de soi.

**BESOINS D'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE:** Le besoin de l'infirmière de s'impliquer dans l'amélioration des soins et dans le développement professionnel; de prendre les responsabilités des actions reliées à l'exercice de sa profession telles que définies par l'acte infirmier.

#### POSTULAT DE BASE ET HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

La présente étude repose sur le postulat que l'infirmière est motivée par des besoins fondamentaux qu'elle tend à réaliser dans l'exercice de sa profession. Elle est unique par l'expression de ses valeurs et de ses aspirations individuelles et professionnelles qui orientent ses actions vers l'atteinte des buts qu'elle poursuit. L'environnement de travail est agent facilitant dans ce processus de croissance par les possibilités de satisfaction et d'insatisfaction des besoins de l'infirmière dans l'exercice de sa profession.

Les hypothèses de travail sont par conséquent les suivantes:

- . Il existe des différences entre les insatisfactions au travail en fonction des diverses strates de la population infirmière exerçant en milieu hospitalier de l'Outaouais québécois;
- . Il existe des différences entre les degrés d'importance accordée aux besoins en fonction des diverses strates de la population infirmière exerçant en milieu hospitalier de l'Outaouais québécois.

Les strates de la recherche sont les groupes d'âge, le sexe, les niveaux de formation, les années d'expérience, les positions occupées, les départements, les

modalités d'emploi, les horaires de travail, les possibilités d'accès à la formation continue et en cours d'emploi, les projets de formation.

#### LIMITES DE L'ÉTUDE

Les limites de cette étude portent sur la population étudiée et les buts poursuivis. La population étudiée se limite aux infirmières oeuvrant dans cinq centres hospitaliers de la région de l'Outaouais québécois. Les buts de l'étude se limitent aux préoccupations éducatives. Strictement descriptive, cette étude ne cherche pas à prouver ou rejeter la théorie de la hiérarchie des besoins de Maslow appliquée à la satisfaction au travail. Elle ne compare pas statistiquement les perceptions de l'exercice professionnel des infirmières québécoises et celles des infirmières des autres provinces canadiennes.

## CHAPITRE II

### ORIENTATION THÉORIQUE

Avant de faire un survol de la littérature sur la motivation au travail, il est important de considérer le cadre conceptuel qui servira de véhicule pour l'approche théorique de la satisfaction au travail.

Steers et Porter (1975, p. 6) ont identifié trois composantes majeures de motivation au travail qui apparaissent dans les diverses théories de motivation ainsi que dans les recherches: une "force énergétique" sous-jacente au comportement, une "fonction directrice" qui guide ou oriente le comportement individuel vers l'atteinte d'un but et une "orientation des systèmes" individu-environnement en interaction dynamique. La rétroaction de cette interaction renforce l'intensité des désirs et la direction des énergies de l'individu et l'amène à modifier le cours de ses actions et à ré-orienter ses efforts.

De ces trois composantes découle un modèle général du processus de motivation que l'on peut appliquer à la motivation au travail de l'infirmière dans l'exercice de sa profession. Trois variables majeures sont impliquées dans ce processus: les besoins fondamentaux c'est-à-dire les "forces énergétiques" sous-jacentes au comportement de l'infirmière; les valeurs ou les "fonctions directrices" qui orientent le comportement de l'infirmière vers un but à atteindre et vers

la réalisation de ses aspirations enfin l'attitude de satisfaction et d'insatisfaction au travail, résultant de l'"orientation des systèmes" infirmière -environnement de travail.

Ce modèle dynamique de la motivation de l'infirmière au travail demande que l'on tienne compte des besoins individuels, des besoins liés à son exercice professionnel et à l'environnement de travail pour étudier l'impact de l'interaction individu-environnement manifesté par la satisfaction et l'insatisfaction au travail. L'infirmière, comme toute personne humaine, est motivée par des besoins fondamentaux. Tout en étant semblable aux autres, l'infirmière est différente par l'expression des besoins, des valeurs et des aspirations qu'elle veut et peut réaliser dans l'exercice de sa profession. Ainsi, la recherche des attitudes de satisfaction et d'insatisfaction au travail de l'infirmière sur des aspects spécifiques permettra d'identifier ses besoins, ses valeurs et ses aspirations individuelles et professionnelles.

## LA MOTIVATION AU TRAVAIL

La théorie de la motivation proposée par Maslow est privilégiée dans cette étude à cause de la vision dynamique et positive de la personne humaine en interaction avec son milieu. Maslow a développé la théorie de la motivation basée sur les besoins à partir de ses expériences en milieu clinique (1943, 1954). En 1965, il a étudié plus particulièrement la motivation de la personne en milieu de travail. McGregor a été un des premiers théoriciens (1960, 1967) à appliquer la théorie de Maslow, ensuite Herzberg en 1959 et 1966, puis Alderfer en 1969 et 1972. Beaucoup de recherches ont été effectuées, soit pour vérifier la théorie,

soit pour l'appliquer en milieu de travail.

Nous verrons premièrement les besoins dans leur ordre hiérarchique; deuxièmement, la théorie des besoins comme une philosophie de vie; troisièmement, les conditions facilitantes à l'expression des besoins et enfin, les conséquences de la satisfaction des besoins.

### La hiérarchie des besoins

Maslow a ordonné les besoins en une structure hiérarchique de cinq niveaux. Ils émergent selon leur force et leur priorité, c'est-à-dire que la satisfaction d'un besoin fondamental éveille le besoin supérieur suivant. Les trois premiers niveaux, soit les besoins physiologiques, les besoins de sécurité et les besoins sociaux ainsi que les besoins d'estime des autres, sont des besoins déficitaires. Ces besoins de base doivent être satisfaits pour assurer la santé de la personne. Au niveau supérieur apparaissent ensuite les besoins de croissance, la personne est alors motivée par les besoins d'estime de soi et par les besoins d'actualisation de soi.

Les besoins physiologiques peuvent être définis par le concept d'homéostasie et d'appétit qui provient de leur manque. Par l'homéostasie, l'organisme recherche le maintien de l'équilibre constant du milieu intérieur pour assurer sa survie. Les besoins physiologiques sont de ce fait prioritaires.

Par les besoins de sécurité, la personne recherche la stabilité, la dépendance et la protection. Elle évite la peur, l'anxiété, le chaos et l'inconnu. Elle a besoin

S

de structure, d'ordre, de discipline et d'un protecteur fort (Maslow, 1970, p. 39). Elle préfère un emploi pouvant remplir ces besoins en assurant par exemple la sécurité financière et la protection en cas de maladie, d'accident et de chômage.

Les besoins sociaux d'amour et d'appartenance portent la personne à rechercher l'affection des parents, des amis, de son partenaire et de ses enfants. Elle veut s'associer et interagir avec les membres de sa communauté et de son groupe de travail.

Par les besoins d'estime, la recherche du respect de soi ou d'estime de soi, ainsi que l'estime de la part des autres, deviennent prioritaires. Maslow divise ces besoins en deux catégories: premièrement, le désir de force, de réussite, de maîtrise, d'autonomie, de confiance en soi, de compétence, d'indépendance et de liberté; deuxièmement, le désir d'une bonne réputation, du prestige et d'un statut de reconnaissance; d'attention, d'importance, de dignité et d'appréciation (1970, p. 45). Ces besoins sont particulièrement importants en situation de travail où la personne a besoin d'être reconnue à sa propre valeur. Les désirs d'autonomie professionnelle et d'autogestion peuvent être considérés comme des manifestations de l'existence de ces besoins (Larouche et Delorme, 1972, p. 580).

Au dernier niveau de la hiérarchie, les besoins d'actualisation de soi incitent la personne à se réaliser dans toutes ses potentialités. Ces besoins varient selon les individus, car ils impliquent la réalisation de son identité réelle et l'exercice de ses capacités créatrices. Les besoins de réalisation de soi deviennent la préoccupation de la personne au milieu et à la fin de sa carrière professionnelle (Porter, Lawler, Hackman, 1975, p. 198).

L'importance des besoins de croissance varie selon les valeurs et les aspirations individuelles. Elle est aussi relative aux expériences antérieures ainsi qu'à la dynamique d'action de l'individu en interaction avec les valeurs socio-culturelles et professionnelles de son milieu. L'importance des besoins est alors différente suivant certaines caractéristiques telles que l'âge et les responsabilités personnelles et professionnelles.

Il faut noter les caractéristiques que Maslow donne aux besoins. Il soutient que, bien que les besoins émergent par ordre prioritaire pour tous les individus, la force du besoin est différente pour chaque personne. Dominé par un besoin, l'individu dirige toutes ses préoccupations et ses activités vers la satisfaction complète de ce besoin. En 1965, Maslow a modifié sa théorie en ajoutant que l'émergence graduelle du besoin suivant peut survenir lorsque le besoin actuel n'est pas satisfait totalement. La personne peut alors rechercher la satisfaction de plus d'un besoin à la fois. Le comportement humain est donc multidéterminé et multimotivé. Un besoin satisfait n'est plus objet de motivation et le manque d'un besoin à un niveau plus bas de l'échelle provoque une régression. La satisfaction de ce besoin devient alors prioritaire. Cependant, la privation prolongée d'un besoin peut créer une fixation de ce besoin. Les besoins plus élevés dans l'échelle peuvent émerger après un manque prolongé, après le renoncement ou la suppression d'un besoin inférieur dans l'échelle (Maslow, 1970, p. 55-60).

#### Théorie des besoins et philosophie de vie

Maslow (1972) croit que la nature humaine est intrinsèquement bonne et que la personne est une entité unique, holistique et dynamique. Cette conception

s'appuie sur la proposition que l'homme est doué "d'une nature essentiellement intérieure qui est instinctive, intrinsèque, donnée, "naturelle", c'est-à-dire avec une importante détermination héréditaire et qui tend fortement à persister" (1972, p. 216). La personne est motivée par des besoins fondamentaux, des capacités physiologiques et psychologiques qui tendent à s'exprimer dans toutes leurs potentialités. Tout en étant semblable aux autres, la personne est aussi différente par l'expression de ses potentialités. Elle détient une

"force qui possède sa dynamique propre, qui tend à s'exprimer, ouvertement, sans inhibitions (...) Cette force représente un aspect essentiel de la volonté de santé, de la pulsion de développement, de la poussée à se réaliser soi-même, de l'exigence d'identité. C'est elle qui rend possible la psychothérapie, l'éducation et l'amélioration de soi (Maslow, 1972, p. 219)."

#### Conditions facilitantes

Pour favoriser le développement de la personne, il faut un environnement facilitant et Maslow dit que

"La satisfaction des besoins fondamentaux dépend largement de la liberté d'expression et d'action ainsi que de la liberté de développer ses capacités perceptuelles, intellectuelles et d'apprentissage (Maslow, 1970, p. 47)."

Dans une lettre à Hall (1968, p. 32) Maslow conçoit une longue période entre l'émergence des divers besoins. Il suggère que lorsqu'une personne est placée dans un environnement favorable pendant l'enfance, les besoins de sécurité sont dominants et satisfaits; les besoins d'appartenance ou sociaux le sont pendant l'adolescence; les besoins d'estime surgissent au début de l'âge adulte. Ce n'est que vers cinquante ans que les besoins d'actualisation de soi deviennent fortement dominants. Par conséquent, l'adulte qui a bénéficié de conditions facilitant sa

croissance, recherche les besoins d'estime et d'actualisation de soi, s'il est placé dans un milieu de travail favorable.

### Conséquences de la satisfaction des besoins

En faisant apparaître un besoin nouveau, la satisfaction d'un besoin influence les valeurs et les aspirations individuelles. Maslow dit que

"certains phénomènes deviennent intéressants pour la première fois et que des phénomènes anciens deviennent ennuyeux. On peut dire qu'il survient des changements dans les valeurs humaines, ce qui provoque un autre phénomène, la reconstruction de sa philosophie de vie actuelle et future (1970, p. 60)."

Ce changement des valeurs et des aspirations modifie les capacités cognitives, c'est-à-dire que l'attention, la perception, l'apprentissage, la mémorisation, l'oubli et la réflexion deviennent plus élevés (Maslow, 1970, p. 61). De plus, la réalisation d'un besoin de base influence la formation du caractère et de la personnalité qui tend à l'unification de sa personne. Et Maslow affirme que l'être humain est

"poussé à chercher une plénitude de l'être toujours plus grande, c'est-à-dire qu'il est poussé vers ce que la plupart des gens nomment les valeurs positives, vers la sérénité, la bonté, le courage, l'honnêteté, l'amour, l'altruisme (1972, p. 176)."

Cette description de Maslow résume la psychologie dynamique et positive ainsi que la philosophie de vie de la personne en actualisation de soi.

## Application de la théorie de Maslow

La théorie de Maslow, selon Gable (1970, p. 36) peut être appliquée à presque chaque aspect de la vie individuelle et sociale, car elle relie les besoins au comportement de la personne en processus de croissance. Maslow reconnaît que, malgré sa popularité en situation clinique, les recherches en laboratoire et les recherches expérimentales n'ont pas réussi à vérifier et à confirmer sa théorie. Selon lui, la complication provient du fait que sa théorie des besoins est aussi une philosophie de vie, d'où la difficulté de chercher la preuve en laboratoire. Mais il propose que seule l'étude de la personne en interaction avec son milieu pourra confirmer ou rejeter sa théorie (1970, p. xii). Whaba et Bridwell (1976) ont fait un étude très poussée des recherches basées sur la théorie de Maslow en situation de travail afin d'évaluer la validité de la théorie. Les auteurs se sont contraints à l'étude des recherches qui ont appliqué la théorie en milieu de travail, des études qui ont utilisé une méthodologie statistique plutôt que clinique ainsi qu'aux éléments principaux de la théorie relatifs à la motivation au travail. Bien que les résultats de l'étude n'aient que partiellement supporté la théorie, Whaba et Bridwell n'ont pas rejeté la théorie pour autant, à cause de la nature de la théorie qui défie les tests empiriques et aussi à cause des problèmes reliés au cadre conceptuel, aux méthodologies et aux mesures des recherches étudiées. Hall et Nougaim (1968) ont reconnu l'importance des études longitudinales et transversales plutôt que statiques, pour vérifier la théorie dynamique de Maslow. Les résultats de leur étude longitudinale de cinq ans n'ont pas confirmé totalement la théorie de Maslow, car les auteurs ont noté la tendance de la satisfaction d'un besoin d'être en corrélation avec l'intensité de ce besoin. Or ce résultat contredit l'énoncé de Maslow qu'un besoin satisfait n'est plus objet de motivation. Toute-

fois, la forte corrélation de la satisfaction et de l'intensité des besoins supérieurs a confirmé la théorie de Maslow selon laquelle les besoins de croissance demeurent objet de motivation. En général, les recherches effectuées par Slocum, Susman et Sheridan (1972), Porter (1961, 1962, 1963), Haire, Ghiselli et Porter (1966) supportent la théorie de Maslow, bien qu'il soit difficile d'établir clairement l'existence d'une hiérarchie structurée des besoins (Munson et Heda, 1974).

La théorie de Maslow s'applique tout naturellement à la profession infirmière qui est centrée sur la préoccupation des besoins humains. Comme la personne en actualisation de soi, la profession infirmière fait appel aux valeurs positives de l'infirmière pour assurer la qualité des interactions avec les bénéficiaires de ses services professionnels. Coussy en préface au livre de Maslow, Vers une psychologie de l'Être, dit que "Maslow ne nous propose pas une psychologie de l'adaptation mais une psychologie du développement, ...le fait même de vivre dans l'attention à toutes les dimensions de l'existence est la meilleure préparation à la croissance." (Maslow, 1970, p. IX). Cette attention doit être la préoccupation de l'infirmière de même que celle de l'éducateur conscients de leur rôle de facilitateur de la découverte et développement des potentialités individuelles. Cette vision positive de la personne est un stimulant à l'action de l'éducateur et de l'employeur car elle démontre clairement l'importance de connaître les besoins et les aspirations des infirmières et d'y être attentif. La connaissance de ces besoins est possible en permettant aux infirmières d'exprimer leurs perceptions professionnelles qui dans cette étude, seront recueillies à l'aide d'un questionnaire de satisfaction et d'insatisfaction des besoins au travail.

## LA SATISFACTION AU TRAVAIL

La perception des désirs et des possibilités qu'a l'infirmière de réaliser ses besoins dans l'exercice de sa profession se manifeste par une attitude de satisfaction. La plupart des théoriciens définissent la satisfaction au travail comme un "état émotif résultant de l'évaluation individuelle du travail ou des expériences de travail" (Locke, 1976, p. 1300). Cette définition implique l'individu et le milieu de travail dans une relation dynamique. Locke et ses collaborateurs reconnaissent la dimension psychologique de la satisfaction au travail, ainsi que la dynamique de l'interaction individu-milieu en processus de croissance, donc de changement continu. Cette évaluation de la situation de travail fait appel aux valeurs et aux besoins de la personne pour assurer sa croissance bio-psycho-sociale. La personne veut, d'une part, assurer le maintien de la vie et réhausser la qualité de son environnement et, d'autre part, favoriser sa croissance psychologique et sociale par l'actualisation de soi. S'inscrivant dans la pensée de Locke, Seashore (1973, p. 28-37) reconnaît que les travailleurs perçoivent et réagissent de façon différente aux conditions de travail. La satisfaction au travail est alors un "phénomène psychologique et par conséquent dans tous les cas un phénomène individuel" (p. 30). La satisfaction et l'insatisfaction au travail, en résultant de l'interaction constante de l'individu avec son environnement de travail, comprend également une dimension sociale reliée aux réalités du monde extérieur également en changement.

Par conséquent, la satisfaction au travail peut être étudiée comme une attitude provenant de deux évaluations concurrentes de nature continue, par laquelle l'individu évalue son travail et son environnement de travail selon les

possibilités offertes de réaliser ses besoins, de vivre selon ses valeurs et ses aspirations. Donc, contrairement à l'hypothèse habituelle qui qualifie la satisfaction "bonne" et l'insatisfaction "mauvaise", la satisfaction au travail devient ainsi un processus dynamique où la satisfaction et l'insatisfaction sont potentiellement et normalement des valeurs positives dans le maintien de l'intégrité et de l'efficacité de la personne (Seashore, 1973, p. 31).

#### Les facteurs de satisfaction au travail

Les critiques des théories de satisfaction au travail et des définitions opérationnelles qui en découlent montrent que la satisfaction et l'insatisfaction au travail peuvent être définies selon plusieurs facteurs, soit généraux, soit spécifiques (Wanous et Lawler, 1972). Pour sa part, Locke (1976, p. 1302) présente un index de satisfaction au travail relié aux événements ou aux conditions de travail ainsi qu'aux individus. Les chercheurs qui désirent étudier des aspects spécifiques peuvent utiliser des facteurs reliés aux événements ou aux conditions de travail (nature du travail, salaire, promotion, reconnaissance, conditions de travail, bénéfices); des facteurs reliés aux individus (soi, superviseur, compagnons de travail, clients, membres de la famille, autres (McCormick et Ilgen, 1980, p. 304).

Cette étude veut identifier les sources et les degrés de satisfaction et d'insatisfaction au travail perçus par les infirmières, elle reconnaît l'infirmière comme l'unité d'analyse. Elle utilise alors des facteurs spécifiques aux individus, notamment les infirmières, l'équipe de santé, les administrateurs, les clients et leur famille. Elle utilise également des facteurs spécifiques aux événements et aux conditions de travail.

## Les définitions opérationnelles

Tenant compte de la définition de la satisfaction au travail et des facteurs qui peuvent être objets d'étude de satisfaction au travail, il est important de considérer certains processus par lesquels les individus déterminent la satisfaction au travail et par conséquent les diverses définitions opérationnelles qui en découlent. La satisfaction au travail a été définie de différentes façons soit à partir de la perception individuelle et de celle des autres, des attentes individuelles, des valeurs et des besoins de la personne.

La satisfaction au travail peut découler du sentiment d'équité que ressent la personne lorsqu'elle compare ce qu'elle apporte à son travail et ce qu'elle reçoit, avec ce que les autres apportent et ce qu'elles reçoivent (Adams, 1963; London et Klimoski, 1975; Posner et Randolph, 1980; Pritchard, Dunnette et Jorgenson, 1972; Steers et Porter, 1975, chap. 5, 135-179). Elle peut aussi être définie selon l'influence sociale provenant de la perception de satisfaction vécue par les autres travailleurs (Salancik, & Pfeffer, 1977; Weiss et Shaw, 1979).

La satisfaction au travail peut être perçue et définie par l'individu selon le degré de satisfaction provenant des bienfaits qu'il retire de son travail (Hackman et Porter, 1968; Ilgen et al, 1981; Mitchell, 1974; Peters, 1977; Vroom, 1964; Hurka, 1970; Kay, 1975). McCloskey (1974), Pryer et Distefano (1971) ont utilisé cette approche auprès des infirmières.

Herzberg et ses collaborateurs (Herzberg, Mausner et Snyderman, 1959; Herzberg, 1966) ont proposé que la satisfaction et l'insatisfaction au travail

proviennent de deux ensembles de facteurs complètement distincts. Les facteurs intrinsèques liés au contenu de la tâche exercée par l'individu sont facteurs de satisfaction. Ils sont aussi appelés "motivateurs" et comprennent les possibilités de promotion, la nature de la tâche elle-même et les responsabilités qui y sont reliées, la considération positive obtenue de sa propre évaluation et de la part d'autrui et enfin, le sentiment d'accomplissement de soi. Les facteurs extrinsèques sont des facteurs d'insatisfaction au travail, ils sont liés aux conditions externes dans lesquelles la personne travaille. Appelés facteurs préventifs ou "d'hygiène", ce dernier ensemble de facteurs doit être présent pour assurer la satisfaction au travail. Ils regroupent les conditions physiques d'accomplissement des tâches, le salaire et les avantages sociaux, le style de supervision, les politiques de l'employeur relatives au personnel et autres. Plusieurs recherches de satisfaction au travail auprès des infirmières exerçant en milieu hospitalier ont utilisé la théorie de Herzberg (Allen (1976), Cronin-Stubbs (1977), Everly II et Falcione (1976), Longest (1974) et White et Maguire (1973).

La satisfaction peut découler d'un processus cognitif de comparaison par lequel l'individu définit la satisfaction au travail selon les perceptions qu'il a de la possibilité de vivre selon ses valeurs et de satisfaire ses besoins (Alderfer, 1969; Hall, Schneider et Nygren, 1970; Herman et Hulin, 1973; Locke, 1969, 1976; Payne, 1970; Porter, 1961, 1962, 1963; Haire, Ghiselli et Porter, 1966; Smith, Kendall et Hulin, 1969; Schneider et Alderfer, 1973; Wanous et Zwany, 1977). Plusieurs chercheurs ont utilisé cette définition de la satisfaction au travail en milieu hospitalier (Bellinger, 1971; Benton et White, 1972; Faris, 1979; Graham, 1971; Howard et Sagar, 1974; Lysaught, 1972; Lyon et Ivancevich, 1974; MacEachron, 1975, 1977; Munson et Heda, 1974; Slavitt, Stamp, Piedmont et

Haase, 1978; Slocum, Susman, Sheridan, 1972).

La possibilité de vivre selon ses valeurs et de satisfaire ses besoins dépend en grande partie de la possibilité d'exercer sa profession selon la perception que s'en fait l'infirmière. Plusieurs chercheurs ont étudié le lien entre la perception du rôle et la satisfaction au travail (Hurka, 1970, 1972; Kramer, 1974; Kramer, McDonnell et Reed, 1972; Lyons, 1971; Mossholder, Bedian et Armanakis, 1981). D'autres chercheurs ont étudié le lien entre la satisfaction au travail et le comportement relié au rôle professionnel et aux conflits de rôle (Richards, 1968; Roehm, 1966).

La satisfaction au travail a été étudiée en relation à l'absentéisme, au roulement du personnel et au retrait du travail et de la profession (Catania, 1964; Diamond et Fox, 1958; Dodge, 1960; Everly et Falcione, 1976; Kramer, 1974; Lyons, 1971; McCloskey, 1974, 1975; Sheridan et Vredenburg, 1978; Saleh, Lee et Prien, 1965; Weiland, 1969).

Considérant que l'infirmière est l'unité d'analyse de la présente étude, qu'elle est motivée par la réalisation de ses besoins fondamentaux, qu'elle est en interaction dynamique avec son environnement de travail, la satisfaction au travail est définie de façon opérationnelle par un processus de comparaison. L'infirmière exprime alors ses perceptions de la vie professionnelle selon les possibilités de satisfaire ses besoins et de vivre selon ses valeurs.

## Recherches reliées au problème de l'étude

Cette recension des écrits se limite aux recherches qui ont étudié les facteurs de satisfaction au travail selon les divers aspects reliés à l'exercice de la profession et qui ont cherché à identifier les différences de perception dans la réalisation de ses besoins fondamentaux tels que définis par Maslow. Cette recension des écrits sur la satisfaction au travail des infirmières oeuvrant en milieu hospitalier rejoint la pensée de Lysaught "La profession qui existe pour répondre aux besoins humains n'a pas réussi à répondre aux besoins de ses membres" (1973, p. 198). Quels sont alors ces besoins? Nous verrons dans un premier temps les besoins dans l'ordre hiérarchique de Maslow, dans un deuxième temps les recherches qui ont identifié les différences entre les perceptions des infirmières étudiées en terme de satisfaction et d'insatisfaction au travail ainsi que l'importance accordée aux facteurs de satisfaction.

### Les besoins de sécurité

Les besoins de sécurité sont généralement satisfaits dans les centres hospitaliers et certaines études ont montré que les infirmières ne leur accordent pas une grande importance comparativement aux autres besoins (Howard et Sagar, 1974; Slocum et al., 1972). Cependant d'autres chercheurs ont trouvé que les besoins de sécurité définis de façon plus spécifique peuvent être source d'insatisfaction. Par exemple, le manque de personnel adéquat par quart de travail peut être facteur d'insécurité (Benton et White, 1972). La compétence de base pour dispenser les soins aux bénéficiaires est aussi facteur de sécurité selon Howard et Sagar (1974) et Lysaught (1972).

### Les besoins sociaux

La plupart des infirmières choisissent la profession pour aider les gens (Lysaught, 1972, p. 46). Cette possibilité d'aider les autres est par conséquent un facteur de satisfaction (Munson et Heda, 1974; Sirard, 1979). Les infirmières, pour réaliser leurs besoins sociaux, désirent oeuvrer à l'intérieur d'une équipe de soins qui partage leur souci de dispenser des soins de qualité (Benton et White, 1972; Graham, 1971; Munson et Heda, 1974) et qui veut coopérer (Bellinger, 1971; Slavitt et al., 1978, Stamps et al., 1978).

### Les besoins d'estime

Les besoins d'estime des infirmières sont satisfaits par la reconnaissance et le respect qu'elles reçoivent de leurs compagnes de travail et le respect des autres membres de l'équipe de soins. Les recherches de Slavitt et al. (1978), de Benton et White (1972) rejoignent cet énoncé de Lysaught (1971, p. 46).

### Les besoins d'autonomie

Dans l'exercice de leur profession, les infirmières veulent exercer leur leadership et prendre les responsabilités des soins qu'elles dispensent (Lysaught, 1972, p. 46). Cependant, elles sont souvent insatisfaites dans la réalisation de ces besoins (Benton et White, 1972; Lyon et Ivancevich, 1974; Slocum et al., 1972; Stamps et al., 1978) bien qu'elles y attachent beaucoup d'importance, selon Benton et White (1972) et Slavitt et al. (1978). Toutefois, Howard et Sagar (1974) ont trouvé que les infirmières ont accordé moins d'importance aux besoins d'autono-

mie.

### Les besoins d'actualisation de soi

Le sentiment d'exercer toutes ses compétences professionnelles et de servir de modèle de pratique est une caractéristique de l'infirmière en actualisation de soi (Lysaught, 1972, p. 46). Elles accordent une importance élevée à la réalisation de ces besoins (Benton et White, 1972; Slavitt et al., 1978; Slocum et al., 1972). Elles réalisent ces besoins dans un travail créateur et sans routine (Lyon et Ivancevich, 1974; Slocum et al., 1972). Elles désirent élargir leur champ de connaissances et de compétence (Benton et White, 1972; Graham, 1971; Sirard, 1979).

Le survol des études a permis de constater que la satisfaction des besoins est reliée aux valeurs et aux aspirations individuelles et professionnelles des infirmières. Elle est aussi reliée à la dynamique des interactions infirmière-milieu de travail. Certains auteurs ont étudié les différences qui peuvent exister entre les perceptions des infirmières étudiées en terme de satisfaction et d'insatisfaction et l'importance accordée à la réalisation des besoins dans l'exercice de la profession.

Bellinger (1971) a étudié auprès de 219 répondants les différences entre les perceptions de privation des besoins et de l'importance accordée à ces besoins par des auxiliaires, des infirmières auprès des bénéficiaires et des infirmières-chef dans un centre hospitalier. L'hypothèse de recherche était que lorsqu'il existe des différences de perception entre les groupes les infirmières professionnelles auprès

des bénéficiaires percevraient une plus grande privation que les autres groupes de l'étude. Se basant sur le questionnaire de Porter (1961), il a ajouté 27 caractéristiques reliés aux besoins fondamentaux. Les résultats n'ont pas confirmé l'hypothèse. Cependant, l'auteur a confirmé l'hypothèse par l'étude de deux dimensions de besoins, soit les relations interpersonnelles et les besoins d'autonomie reliés au rôle professionnel. Les résultats ont montré que les infirmières-chef ont accordé une plus grande importance aux facteurs de besoins que les autres groupes de répondants.

Selon Benton et White (1972), plus un facteur est perçu comme insuffisant, plus les infirmières sont insatisfaites concernant ce facteur et plus le moral est bas. Les individus qui ressentent une insatisfaction élevée ont tendance à investir plus d'énergie dans leur travail que ceux qui sont moins insatisfaits en autant que leurs efforts soient reconnus. Les auteurs ont effectué une étude de satisfaction de certains facteurs de travail auprès de 565 infirmières choisies au hasard et provenant de divers centres hospitaliers. Se basant sur la hiérarchie de Maslow, les facteurs ont été mis en catégories par 22 infirmières, tout en excluant les besoins physiologiques. Les auteurs ont étudié la satisfaction et l'importance des facteurs de besoins en relation avec le département de travail. Les résultats ont permis d'identifier des différences selon la nature des fonctions. Les infirmières en pédiatrie ont exprimé une plus forte insatisfaction, puis dans un ordre descendant, les infirmières en médecine-chirurgie, en soins spécialisés, en médecine, en chirurgie, en soins intensifs, en obstétrique et enfin les infirmières en milieu administratif. Ces dernières ont accordé une plus grande importance à toutes les caractéristiques. Les facteurs reliés à la sécurité ont été les plus importants, puis les facteurs sociaux, d'estime et d'actualisation de soi. Des

différences significatives ont été identifiées concernant les facteurs portant sur les soins aux bénéficiaires, l'appréciation des bénéficiaires, des compagnes de travail, les programmes de formation en cours d'emploi, les politiques du personnel et l'autorité et les responsabilités reliées à la tâche. Les auteurs ont noté que les différences d'insatisfaction ressenties étaient plus grandes entre les infirmières en administration et les infirmières des départements qu'entre les infirmières des divers départements. Les auteurs ont conclu qu'il est essentiel pour les personnes responsables de la supervision et du rendement des infirmières d'identifier les facteurs de travail qui sont importants pour chaque groupe de départements et pour chaque infirmière individuellement. L'identification des facteurs permettrait aussi d'apporter des actions correctives aux sources d'insatisfaction.

Au Canada, Graham (1971) a effectué une étude de satisfaction en relation avec le climat de travail dans deux centres hospitaliers ontariens. Se basant sur la définition de Herzberg et al. (1959) il a étudié la satisfaction au travail sous trois aspects: la satisfaction par les relations interpersonnelles (superviseurs, équipe de soins, sécurité, conditions de travail); la satisfaction par la réalisation de soi (utilisation de ses capacités, accomplissement, amour de son travail, défi à relever, formation ou croissance personnelle); la satisfaction par les possibilités d'avancement et de reconnaissance (promotion, salaire, responsabilités). La mesure de satisfaction comprenait une échelle de quatre points et la satisfaction individuelle était la moyenne obtenue de chaque dimension de satisfaction. Le climat de travail a été mesuré par un questionnaire de 72 points de Mulaik. Graham a trouvé que la réalisation dans son travail a été la source première de satisfaction (moyenne de 3.01) puis la satisfaction par les relations interpersonnel-

les (2.87) et enfin la satisfaction par les possibilités d'avancement (2.51). Il a conclu que le climat organisationnel a influencé le degré de satisfaction dans les trois aspects étudiés.

Lyon et Ivancevich (1974) ont effectué une recherche pour déterminer les différences entre les facteurs de climat et les différents facteurs de satisfaction chez 35 infirmières et 99 administrateurs d'un centre hospitalier universitaire. Ils ont utilisé le questionnaire de Halpin et Crofts pour mesurer les facteurs de climat organisationnel. Les facteurs de satisfaction au travail ont été mesurés par un questionnaire de neuf points portant sur les besoins d'estime (sentiment d'importance à l'intérieur et à l'extérieur du centre hospitalier), les besoins d'autonomie (formulation des buts, utilisation de sa formation et de son expérience) et les besoins d'actualisation de soi (croissance personnelle, sens d'accomplissement, possibilité de promotion, travail permettant de relever des défis). Les auteurs ont trouvé une corrélation fortement significative entre l'actualisation de soi et les facteurs de blocage (-.48,  $p < .01$ ) et de désintérêt chez les infirmières (-.44  $p < .01$ ). Selon les auteurs, la satisfaction du besoin d'actualisation de soi semble être relié à un travail sans routine et sans surcharge et le sentiment de ne pas être des automates. Pour améliorer la réalisation des besoins d'actualisation de soi, les administrateurs devraient réduire les travaux de routine ainsi que la surcharge de travail tout en améliorant les fonctions des infirmières. Cette approche doit être retenue également pour améliorer l'autonomie. La satisfaction des facteurs d'estime de soi peut aussi être assurée par un travail offrant des défis.

Slocum et al. (1972) ont étudié les différences entre la satisfaction au

travail auprès de 39 professionnels (infirmières) et 41 paraprofessionnels (infirmières-auxiliaires, aides, secrétaires) en milieu hospitalier. Ils ont vérifié quatre hypothèses reliées à la position et au rendement de travail. Pour mesurer la satisfaction au travail, ils ont utilisé un questionnaire élaboré par Porter et ayant comme cadre conceptuel la théorie de Maslow. Les résultats ont confirmé la première hypothèse que plus la position occupée est élevée dans l'organisation, plus la satisfaction des besoins psychologiques est grande (Porter, 1961; Slocum, 1971). Les infirmières ont obtenu des scores d'insatisfaction plus bas que les paraprofessionnels pour tous les besoins. Les besoins de sécurité, d'estime et d'autonomie ont été significatifs ( $p < .05$ ). Les résultats n'ont pas confirmé la deuxième hypothèse selon laquelle, entre les niveaux de positions, les plus grandes différences se trouvent parmi la réalisation des besoins d'estime, d'autonomie et d'actualisation de soi (Porter, 1961; Cummings et El Sami, 1970). Les résultats ont montré une différence significative pour les besoins d'estime et d'autonomie ( $p < .10$ ). La troisième hypothèse selon laquelle, les besoins d'actualisation de soi sont les moins satisfaits à tous les niveaux (Porter et Lawler, 1968) a été confirmée pour les infirmières ( $p < .05$ ) sauf le besoin d'autonomie. Cependant, les résultats ont montré que, pour les paraprofessionnels, les besoins d'actualisation de soi étaient moins satisfaits que les besoins sociaux ( $p < .01$ ). La quatrième hypothèse selon laquelle, la satisfaction des besoins d'actualisation de soi est significativement en corrélation avec le rendement au travail (Lawler et Porter, 1967; Slocum, 1970) a été confirmée pour les professionnels ( $p < .01$ ). Les auteurs ont conclu qu'il est important pour l'administration de réduire les insatisfactions de tous les besoins au travail et particulièrement les besoins d'actualisation de soi, en assurant les possibilités de croissance, de développement et d'accomplissement. Comme Lyon et Ivancevich (1974), ils ont suggéré que les infirmières recherchent

les occasions de relever des défis et désirent un travail intéressant et qui est source d'apprentissage. Ils ont aussi conclu que les infirmières souhaitent participer aux prises de décision dans la planification des soins ainsi qu'à l'administration des unités de soins.

Le questionnaire de Porter comprenant 13 caractéristiques de satisfaction des besoins a été utilisé par Howard et Sagar (1974) après avoir implanté le concept d'équipe de soins. Ils ont voulu évaluer l'impact des modifications sur la satisfaction au travail car en dégageant les infirmières des travaux autres que les soins, la satisfaction au travail pourrait être augmentée. Trente-quatre infirmières des unités expérimentales et 39 infirmières des unités de contrôle ont répondu au questionnaire. Les résultats ont montré que plus d'infirmières des unités de contrôle ont exprimé de l'insatisfaction. Cependant, les insatisfactions ont été minimales (1.6 maximum). Les plus grandes différences d'insatisfaction entre les unités ont été exprimées sur les besoins de sécurité (0.3) et d'autonomie (0.4). Les auteurs ont conclu que les résultats n'ont pas confirmé l'influence des modifications de l'organisation des soins sur la satisfaction au travail. Bien que certaines caractéristiques décrivant le besoin d'autonomie impliquaient la participation de l'infirmière dans l'organisation des soins et l'indépendance de jugement et d'action, les répondantes ont accordé une importance faible à ce besoin, soit 33,6% des répondantes des unités expérimentales et 46% des répondantes des unités de contrôle. Howard et Sagar ont supposé que les infirmières des unités expérimentales ont accordé moins d'importance au besoin d'autonomie à cause de l'insécurité associée au processus de changement ainsi qu'au manque d'expérience des jeunes diplômées, large proportion des répondantes.

Munson et Heda (1974) dans une préoccupation organisationnelle, ont vérifié la validité d'un questionnaire de satisfaction au travail basé sur l'instrument de mesure de Porter. Comprenant 22 caractéristiques, le questionnaire définissait les sources de satisfaction en quatre facteurs: intrinsèque, engagement, interpersonnelle et extrinsèque. Les infirmières licenciées au nombre de 351 étaient réparties dans cinq centres hospitaliers. Après un pré-test, la fiabilité telle qu'établie par des mesures de corrélation sur des échantillons fractionnés en deux a donné des coefficients de corrélation de .74, puis les réponses ont été soumises à une corrélation appariée. Les auteurs ont trouvé que le questionnaire a permis d'identifier, bien que faiblement, les différences de perception de satisfaction comme variable organisationnelle.

En résumé, dans une préoccupation organisationnelle, les auteurs ont étudié les insatisfactions et satisfactions au travail ainsi que l'importance accordée aux facteurs de satisfaction dans le but d'aider les personnes responsables de la supervision, du rendement au travail et du climat de travail. Les résultats des recherches ont permis de suggérer des actions correctives à l'organisation des soins. Le survol de la littérature n'a cependant pas permis de trouver des auteurs qui, dans une préoccupation de formation, ont voulu identifier les sources de satisfaction et d'insatisfaction au travail afin de les guider dans leur action éducative; leur préoccupation étant plutôt d'ordre administratif.

Dans ce chapitre, nous avons présenté l'orientation théorique de l'étude et une recension des études de satisfaction au travail auprès des infirmières en milieu hospitalier. Nous avons constaté que les infirmières réagissent à leur milieu de travail selon les possibilités de réaliser leurs besoins et de vivre selon leurs valeurs individuelles et professionnelles.

## CHAPITRE III

### MÉTHODOLOGIE

Le but de cette étude est d'identifier les sources et les degrés d'insatisfaction au travail ressentis par les infirmières oeuvrant en milieu hospitalier de la région de l'Outaouais québécois; d'identifier l'importance accordée aux facteurs de satisfaction de leurs besoins dans l'exercice de leur profession; en particulier d'identifier les sources et les degrés d'insatisfaction ressentis et l'importance accordée au besoin d'autonomie professionnelle selon le Code des professions et selon la définition légale de l'acte infirmier.

Ce chapitre décrit les méthodes utilisées pour atteindre le but de l'étude. Après une description du milieu et de la population étudiée, les étapes principales du déroulement de la recherche seront présentées: les variables indépendantes (les caractéristiques démographiques) et les variables dépendantes (les facteurs de satisfaction et d'importance des besoins); l'instrument de mesures; l'étude pilote et les modifications; les contacts avec les centres hospitaliers et la collecte des données.

#### Milieu et population de l'étude

Les données ont été recueillies à l'automne 1980, auprès de 311 infirmières exerçant leur profession dans cinq centres hospitaliers de la région législative no 7 de l'Outaouais québécois.

### Les centres hospitaliers

Les centres hospitaliers doivent dispenser des soins généraux et doivent être situés dans la région de l'Outaouais québécois. La région compte cinq centres hospitaliers généraux et tous les directeurs ont accepté de participer à l'étude. Les cinq centres sont des hôpitaux de l'État du Québec et sont accrédités. Ils offrent des services médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et pédiatriques; un service de cliniques externes et de soins spécialisés ainsi qu'un service d'urgence. Un des centres hospitaliers offre des services psychiatriques ainsi que des services spécialisés à des handicapés physiques et mentaux. Les capacités de bénéficiaires sont de 82 lits à 395 lits; le nombre d'infirmières est de 53 à 350, totalisant une population de 602 infirmières.

### La population de l'étude

Sur un total de 602 infirmières employées dans les cinq centres hospitaliers de l'Outaouais québécois, 311 (51%) ont accepté de participer à l'étude. Bien que le féminin soit utilisé, 25 infirmiers ont répondu au questionnaire. La participation étant volontaire, aucune sélection systématique n'a été faite des répondantes. L'annexe A présente les données démographiques des répondantes. Le pourcentage des participantes permet de croire qu'il est représentatif de la population cible. Les infirmières exercent leur profession dans une action directe par la dispensation des soins aux bénéficiaires; dans une action indirecte, par la supervision des équipes de soins infirmiers. Toutes les infirmières sont licenciées et détiennent un permis d'exercice émis par l'OIIQ. Les répondantes travaillent soit à temps complet, soit à temps partiel. Tous les quarts de travail et tous les départements

sont représentés. Les directeurs de soins infirmiers ne participent pas à l'étude, leurs responsabilités étant plutôt d'ordre administratif.

#### Les variables

Partant du postulat que l'infirmière dans l'exercice de sa profession est en interaction dynamique avec son milieu de travail, les caractéristiques démographiques (variables indépendantes) ont été choisies à partir des études antérieures. Elles comprennent deux groupes de variables, celles spécifiques à l'infirmière, et celles reliées à son milieu de travail. Les variables spécifiques à l'infirmière sont les suivantes: le sexe, l'âge, la formation de base, la formation continue acquise, la formation continue en cours, la formation continue projetée; les années d'expérience et les années d'expérience dans le centre hospitalier actuel. Les variables reliées au milieu du travail comprennent le centre hospitalier, la modalité d'emploi, le quart de travail; la position occupée, le département, le programme d'orientation et le programme de formation en cours d'emploi.

L'infirmière dans l'exercice de sa profession est motivée par des besoins fondamentaux, c'est-à-dire qu'elle veut vivre selon ses valeurs et ses aspirations. Se basant sur ce postulat, les facteurs de satisfaction des besoins ont été élaborés à partir du questionnaire de satisfaction des besoins de Porter (J.S.Q.) (1961, 1962, 1963, 1966).

#### Le questionnaire de Porter

Porter a élaboré son questionnaire en se basant sur la théorie de la

motivation de Maslow. Toutefois-il a modifié l'ordre hiérarchique des besoins. Il a omis les besoins physiologiques qu'il jugeait satisfaits chez les sujets de sa recherche. Il a séparé le besoin d'autonomie du besoin d'estime. Cette modification a été faite parce qu'il a jugé que les énoncés spécifiques au besoin d'autonomie étaient logiquement distincts des énoncés associés au besoin d'estime. Par conséquent, les énoncés définissant le besoin d'autonomie ont été insérés dans l'ordre hiérarchique entre les besoins d'estime et d'actualisation de soi auquel ils ont certaines relations. Le questionnaire comprend 15 caractéristiques reliées à la position occupée dans le milieu de travail.

Porter a utilisé ce questionnaire pour la première fois en 1961 dans une étude auprès de 139 gestionnaires de trois compagnies, afin de connaître leur satisfaction au travail. Il a émis l'hypothèse que les divers niveaux de supervision et de responsabilités offrent des possibilités différentes de satisfaction des besoins fondamentaux. Plus spécifiquement, il s'est préoccupé des perceptions des déficiences des besoins psychologiques à satisfaire et de l'importance accordée à ces besoins. Les résultats obtenus ont permis de déceler des différences de satisfaction au travail selon le niveau de gestion et de responsabilités.

Le questionnaire de Porter a été choisi pour quatre raisons. Premièrement, il mesure la satisfaction et l'insatisfaction des besoins de la personne dans un cadre conceptuel éprouvé (la théorie de Maslow); deuxièmement, il contient une mesure du besoin d'autonomie; troisièmement, il permet de comparer les divers groupes de répondants; quatrièmement, il a été traduit en français en 1966, lors d'une étude internationale (Haire, Ghiselli et Porter, 1966, annexe 7). (voir

annexe B)

### Validité et fidélité

A notre connaissance, Porter n'a fait mention d'aucune étude de validité et de fidélité de son questionnaire. Cependant, Munson et Heda (1974) mentionnent que Porter dans un test de stabilité, a observé des corrélations de .65 et .70 entre les réponses au questionnaire dispensé à deux semaines d'intervalle. Le questionnaire a été utilisé comme instrument de mesure dans des analyses critiques de la théorie de la motivation de Maslow (Hall, Schneider et Nygren, 1970; Herman et Hulin, 1973; Whaba et Bridwell, 1976). Il a été utilisé également dans des analyses critiques de la théorie de la satisfaction au travail (Payne, 1970; Schneider et Aldefer, 1971; Wanous et Lawler, 1972). Les études effectuées auprès des infirmières qui ont utilisé le questionnaire de Porter ont montré l'efficacité du questionnaire à déceler les différences de perception des besoins entre les groupes d'infirmières dans leur milieu de travail (Bellinger, 1970; Davis et Blalack, 1976; Munson et Heda, 1974; Slocum et al., 1972). Bien que certaines faiblesses aient été décelées dans ces analyses critiques, la présente étude en utilisant une analyse descriptive plutôt qu'inférentielle permet de croire que l'impact de ces faiblesses semble moins prononcé. A notre connaissance il n'existe pas de test de validité du questionnaire français, mais le type d'item permet de croire qu'on obtiendrait les mêmes indices et de même ordre de grandeur que ceux obtenus au questionnaire anglais.

Le questionnaire français a été modifié afin de l'adapter aux besoins des infirmières en milieu hospitalier. De plus, la profession étant reconnue par le

Code des professions, cinq caractéristiques reliées au besoin d'autonomie professionnelle ont été ajoutées. Cette modification a été faite afin de recueillir les perceptions des infirmières sous deux aspects spécifiques. Le premier aspect rejoint le concept profession en terme d'implication pour améliorer la qualité des soins et pour développer la profession. Le deuxième aspect définit l'autonomie professionnelle selon les composantes de l'acte infirmier, soit identifier les besoins de santé du client, contribuer aux méthodes de diagnostic, faire l'éducation de la santé au client et/ou à sa famille. Le terme "situation idéale" pour traduire "should be" a été remplacé par le terme "situation souhaitée" qui semble moins faire appel à la perfection et à l'absolu.

#### Étude pilote

Une première version du questionnaire a été administrée à 23 infirmières de divers centres hospitaliers. Il est à noter que ces dernières sont exclues de l'étude subséquente. Le but poursuivi était d'évaluer la clarté et la compréhension des énoncés, de mesurer le temps requis pour compléter le questionnaire, d'éprouver la procédure d'administration du questionnaire etc. Suite aux suggestions des infirmières certaines modifications mineures ont été apportées au questionnaire. La structure finale du questionnaire portant sur les variables de satisfaction des besoins (voir annexe C) est la suivante: besoin de sécurité, Q.3; besoins sociaux, Q.6, Q.14; besoins d'estime, Q.1, Q.5, Q.9, Q.13; besoins d'autonomie, Q.2, Q.4, Q.7, Q.10, Q.11, Q.16, Q.17, Q.18; besoins d'actualisation de soi, Q.8, Q.12, Q.15. Il est à noter que les questions 4, 10, 11, 16, 17, 18 se rapportent plus spécifiquement à l'autonomie professionnelle telle que définie dans cette étude.

En regard de chaque énoncé se rapportant à la position occupée dans le centre hospitalier, la participante devait indiquer sa perception a) de la situation actuelle; b) de la situation souhaitée; c) de l'importance personnelle attribuée à cet énoncé. Chacune des appréciations a été faite au moyen d'une échelle graduée de 1 à 7, 1 étant le minimum et 7 le maximum. La participante devait encercler le nombre qui représentait la part attribuée à l'énoncé étudié.

Pour chaque énoncé la réponse A à la question (a) représente le degré de la perception de la réalisation actuelle du besoin (situation actuelle); la réponse S à la question (b) représente le degré de la perception de la réalisation souhaitée du besoin (situation souhaitée); la réponse I à la question (c) représente l'importance personnelle attribuée au besoin. Le degré d'insatisfaction est obtenu par l'écart entre le degré de la perception de la réalisation souhaitée du besoin et le degré de la perception de la réalisation actuelle du besoin, soit  $S-A$  (situation souhaitée - situation actuelle). Lorsque l'insatisfaction d'un besoin est mesurée à l'aide de plusieurs énoncés, le degré d'insatisfaction du besoin correspond à la moyenne des degrés d'insatisfaction de chacun des énoncés relatifs à ce besoin. La mesure de l'importance d'un besoin correspond à la moyenne de l'importance des énoncés faisant partie de ce besoin.

#### Cueillette des données

Suite à une demande écrite les directeurs généraux des cinq centres hospitaliers de la région ont accepté de participer à l'étude. Une rencontre avec chacun des directeurs de soins infirmiers a permis de leur expliquer l'objet de la recherche et de planifier l'administration du questionnaire.

La procédure d'administration du questionnaire a été uniformisée dans la mesure du possible; lors de l'entrevue initiale les répondantes étaient priées de lire la feuille explicative; des explications supplémentaires étaient fournies sur demande; la participante devait compléter le questionnaire en présence de l'auteur de la présente étude (dans certains cas la participante devait compléter le questionnaire dans le plus bref délai possible et le déposer dans une enveloppe réservée à cette fin); la confidentialité des réponses était assurée pour chaque participante. La cueillette des données a été effectuée dans les centres hospitaliers au mois de novembre 1980, pendant deux semaines. Au total 311 questionnaires ont été complétés et six questionnaires ont dû être rejetés.

#### Analyse des résultats

Vu que l'intérêt de l'étude est de décrire la population infirmière en milieu hospitalier de la région de l'Outaouais québécois, l'accent de l'analyse statistique portera sur une analyse descriptive. Le pourcentage élevé (51%) des infirmières qui ont participé à l'étude permet d'assumer que les répondantes sont représentatives de la population visée.

Les contraintes qui pouvaient empêcher certaines infirmières à participer à l'étude semblent avoir affecté tous les centres hospitaliers de la même manière. En effet la même proportion des répondantes a été observée dans tous les centres hospitaliers, ce qui porte à croire que l'échantillon donne une représentation fidèle de la population. On peut alors maintenir l'hypothèse qu'une description de l'échantillon correspond à la population-cible.

## CHAPITRE IV

### PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre comprend deux parties. La première porte sur la méthode d'analyse des données. Dans la deuxième, l'auteur présente et analyse les principaux résultats afin d'identifier les sources et les degrés d'insatisfaction au travail ainsi que l'importance accordée aux besoins par les infirmières; des comparaisons sont effectuées avec les résultats obtenus par d'autres chercheurs.

Afin de faciliter la présentation des résultats, les facteurs de satisfaction des besoins ont été divisés en deux groupes. Le premier groupe comprend les facteurs de satisfaction spécifiques à l'infirmière, le deuxième groupe contient les facteurs reliés à son milieu de travail. Les profils d'insatisfaction ainsi que les profils de l'importance des besoins seront présentés à l'aide de statistiques descriptives (moyenne et écart-type).

### MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES

Les réponses au questionnaire ont été soumises au programme informatique Statistical Package for the Social Sciences (Nie et al., 1975). Un calcul de la moyenne et de l'écart-type a été effectué pour l'ensemble des données recueillies. Le tableau A illustre les perceptions des infirmières relatives à tous les énoncés, selon la situation actuelle (A), la situation souhaitée (S) ainsi que l'importance

Tableau A

Moyenne et écart-type de la situation actuelle, de la situation souhaitée et de l'importance accordée à chacune des caractéristiques reliées aux besoins par la population de l'étude (N: 305)

BESOINS	CARACTÉRISTIQUES	SITUATION ACTUELLE		SITUATION SOUHAITÉE		IMPORTANCE PERSONNELLE	
		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Sécurité							
Q.3	Sécurité	4.58	1.37	6.37	.79	6.32	.91
Social							
Q.6	Aide aux autres	5.34	1.21	6.25	.78	6.24	.82
Q.14	Relations amicales	4.88	1.49	5.87	1.10	5.85	1.11
Moyenne		5.11		6.06		6.04	
Estime							
Q.1	Prestige accordé (équipe multidisciplinaire)	4.43	1.30	5.74	1.02	5.65	1.14
Q.5	Estime de soi	4.82	1.27	6.17	.84	6.19	.91
Q.9	Prestige accordé (infirmière)	5.08	1.13	5.94	.98	5.95	1.14
Q.13	Au courant des décisions relatives à soi	3.92	1.59	6.18	.90	6.19	.97
Moyenne		4.56		6.00		6.00	

Tableau A (suite)

Moyenne et écart-type de la situation actuelle, de la situation souhaitée et de l'importance accordée à chacune des caractéristiques reliées aux besoins par la population de l'étude (N: 305)

BESOINS	CARACTÉRISTIQUES	SITUATION ACTUELLE		SITUATION SOUHAITÉE		IMPORTANCE PERSONNELLE	
		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
Autonomie							
Q.2	Responsabilités professionnelles	4.82	1.34	6.02	.90	6.04	.89
Q.4	Développement soins infirmiers	3.31	1.64	5.63	1.18	5.37	1.44
Q.7	Penser et agir librement	4.03	1.48	5.85	.93	5.98	.95
Q.10	Plans d'action... qualité des soins	3.99	1.70	5.98	1.04	5.87	1.16
Q.11	Méthodes de diagnostic	3.73	1.73	5.57	1.33	5.50	1.39
Q.16	Identification des besoins de santé	4.41	1.41	6.09	.85	6.03	1.03
Q.17	Objectifs... soins infirmiers	3.48	1.61	5.70	1.12	5.58	1.27
Q.18	Éducation client et/ou famille	4.20	1.70	6.02	1.25	5.96	1.27
Moyenne		3.99		5.86		5.73	

Tableau A (suite)

Moyenne et écart-type de la situation actuelle, de la situation souhaitée et de l'importance accordée à chacune des caractéristiques reliées aux besoins par la population de l'étude (N: 305)

BESOINS	CARACTÉRISTIQUES	SITUATION ACTUELLE		SITUATION SOUHAITÉE		IMPORTANCE PERSONNELLE	
		$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s	$\bar{X}$	s
Autonomie professionnelle							
Q.4	Développement soins infirmiers	3.31	1.64	5.63	1.18	5.37	1.44
Q.10	Plans d'action... qualité des soins	3.99	1.70	5.98	1.04	5.87	1.16
Q.11	Méthodes de diagnostic	3.73	1.73	5.57	1.33	5.50	1.39
Q.16	Identification des besoins de santé	4.41	1.41	6.09	.85	6.03	1.03
Q.17	Objectifs... soins infirmiers	3.48	1.61	5.70	1.12	5.58	1.27
Q.18	Éducation client et/ou famille	4.20	1.70	6.02	1.25	5.96	1.29
Moyenne		3.85		5.83		5.71	
Actualisation							
Q.8	Employer ses capacités	4.26	1.43	6.26	.79	6.19	.88
Q.12	Accomplir une œuvre utile	4.96	1.32	6.22	.88	6.19	.94
Q.15	Développement personnel	4.54	1.40	6.08	.90	6.04	1.05
Moyenne		4.59		6.18		6.14	

personnelle (I) attribuée aux besoins. Les résultats obtenus permettent les observations suivantes: les perceptions de la situation actuelle varient entre 3.85 valeur minimale et 5.11 valeur maximale. Les moyennes présentent le profil de réalisation des besoins suivant: les besoins sociaux (5.11), d'actualisation de soi (4.59), de sécurité (4.58), d'estime (4.56), d'autonomie (3.99) et d'actualisation de soi (3.85).

Les perceptions de la situation souhaitée varient entre 5.85, valeur minimale et 6.37 valeur maximale. Les moyennes présentent le profil des aspirations de réalisation de besoins suivant: les besoins de sécurité (6.37), d'actualisation de soi (6.18), sociaux (6.06), d'estime (6.00), d'autonomie (5.86) et d'autonomie professionnelle (5.83).

L'importance personnelle accordée aux besoins varient entre 5.70, valeur minimale et 6.32, valeur maximale. Les moyennes présentent le profil d'importance des besoins suivant: les besoins de sécurité (6.32), d'actualisation de soi (6.14), sociaux (6.04), d'estime (6.00), d'autonomie (5.79) et d'autonomie professionnelle (5.70).

Le tableau 1 illustre les moyennes et écarts-types de l'insatisfaction perçue par les infirmières selon le centre hospitalier et le tableau 2 illustre les moyennes et écart-types de l'importance accordée aux besoins par les infirmières selon le centre hospitalier.

Pour les fins d'analyse, des regroupements de certaines catégories ont été faits pour les variables suivantes: pour la variable formation continue acquise, les

diplômes universitaires "autres" qu'en Nursing communautaire ont été regroupés en une seule catégorie; pour la variable formation continue projetée, la catégorie "aux études dans un an" a été regroupée avec la catégorie "aux études dans deux ans"; pour la variable participation à la formation en cours d'emploi, les catégories ont été groupées en "jamais", "rarement"; pour la variable âge, la catégorie "moins de 20 ans" a été groupée avec celle de "20 à 25 ans". Les années d'expérience ont été réparties en cinq catégories.

La mesure d'insatisfaction d'un besoin provient de la moyenne obtenue par la sommation de mesures directes relatives aux différents énoncés définissant le besoin (situation souhaitée - situation actuelle). La mesure de l'importance d'un besoin provient de la moyenne obtenue par la somme des importances personnelles relatives aux différents énoncés définissant le besoin.

Tableau 1  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction  
perçue par les infirmières selon  
le centre hospitalier

Centre hospitalier		Insatisfaction					
		Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
1	Moyenne	1.97	1.08	1.52	2.09	2.25	1.60
	Écart-type	1.24	.98	1.04	1.07	1.15	.85
2.	Moyenne	1.38	.68	1.17	1.73	1.87	1.50
	Écart-type	1.63	1.29	1.16	.90	.98	1.03
3	Moyenne	1.53	.61	1.17	1.49	1.61	1.28
	Écart-type	1.16	.68	.78	.82	.96	.86
4	Moyenne	2.22	1.08	1.37	1.59	1.67	1.43
	Écart-type	1.58	.85	.74	.70	.79	.97
5.	Moyenne	1.82	1.05	1.61	2.00	2.11	1.74
	Écart-type	1.34	.96	1.00	.97	1.06	1.12
Moyenne totale (N: 305)		1.78	.95	1.45	1.85	1.97	1.59

Le nombre de répondantes de chacun des centres hospitaliers a été omis afin de respecter l'anonymat.

Tableau 2  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières selon  
le centre hospitalier

Centre hospitalier	Importance					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
1 Moyenne	5.76	5.85	5.89	5.83	5.72	6.07
Écart-type	1.14	.88	.85	.75	.86	.79
2. Moyenne	5.29	5.93	5.77	5.64	5.51	6.01
Écart-type	1.24	.76	.78	.88	1.01	.91
3 Moyenne	5.97	6.32	6.27	5.99	5.93	6.31
Écart-type	.96	.70	.49	.72	.80	.58
4 Moyenne	5.62	6.06	6.04	5.97	5.90	6.20
Écart-type	1.19	.75	.67	.69	.77	.51
5 Moyenne	5.66	6.05	6.03	5.78	5.71	6.15
Écart-type	1.11	.79	.76	.85	.97	.81
Moyenne totale (N: 305)	5.65	6.04	6.00	5.81	5.73	6.14

Le nombre de répondantes de chacun des centres hospitaliers a été omis afin de respecter l'anonymat.

L'interprétation des profils d'insatisfaction et de l'importance des besoins sera faite en décelant les différences de tendance entre les strates de la variable étudiée. Les différences seront étudiées par rapport à la moyenne totale.

Nous présenterons d'abord la distribution des répondantes, nous analyserons et interpréterons les résultats. Des comparaisons avec d'autres études faites en milieux hospitaliers aideront à l'interprétation des résultats et à l'identification des besoins de formation.

#### Données relatives aux variables

##### Facteurs spécifiques à l'infirmière

###### La variable sexe

La majorité des répondantes (92%) sont de sexe féminin soit 278 infirmières et 25 infirmiers (8%) font partie de l'étude. Il faut mentionner que deux participantes ont omis de répondre à cette question.

La société actuelle a tendance - tendance mise en cause - à donner à l'homme au travail un rôle de leadership et de décision et à la femme un rôle de soumission et d'exécution. Par conséquent, la différence entre les perceptions qu'ont l'homme et la femme de leur travail influence les sources et les degrés de satisfaction au travail.

Les résultats obtenus semblent indiquer en effet certaines différences entre

les perceptions des répondantes. Il faut noter toutefois que la différence entre le nombre de participants pourrait influencer les résultats.

On note au tableau 3, dans la strate féminin une insatisfaction plus élevée que la strate masculin par rapport aux besoins de sécurité et sociaux; dans la strate masculin, une insatisfaction plus élevée que la strate féminin pour tous les autres besoins. On observe aussi certaines différences entre les strates dans le degré d'importance accordée aux besoins. Selon le tableau 4, dans la strate féminin, une importance plus élevée que la strate masculin est accordée aux besoins de sécurité, sociaux, d'estime et d'actualisation de soi; dans la strate masculin une importance plus élevée que la strate féminin est accordée aux besoins d'autonomie et d'autonomie professionnelle.

La lecture des résultats permet de constater que plus l'insatisfaction du besoin est élevée plus l'importance de ce besoin est élevée. Les résultats semblent montrer que les infirmières sont plus insécures que les infirmiers. Le besoin de sécurité est difficile à interpréter car une seule caractéristique définit ce besoin, lequel peut être perçu soit en terme de sécurité financière, soit psychologique, etc. Mais on pourrait relier l'insécurité en considérant l'ensemble des insatisfactions exprimées par les infirmières. L'insatisfaction des besoins sociaux, d'estime et d'actualisation de soi peut être étudié par la recherche de la satisfaction de ces besoins dans les relations interpersonnelles avec les bénéficiaires et l'équipe de soins. Il semble que les infirmières perçoivent plus de barrières que les infirmiers dans leur communication avec autrui, tandis que pour ces derniers les contraintes à l'exercice de l'autonomie sont reliées surtout aux possibilités de s'impliquer dans le développement de la profession.

Les insatisfactions des infirmières et des infirmiers peuvent être étudiées par rapport à leur rôle dans l'équipe multidisciplinaire où les membres de l'équipe de soins doivent travailler en étroite collaboration. Cependant les relations interpersonnelles sont souvent difficiles à cause de la hiérarchie entre les professionnels de la santé. Il semble alors que cette situation se retrouve dans les milieux hospitaliers de l'étude, car on remarque d'une part que les infirmières sont insatisfaites dans la réalisation des besoins de sécurité, sociaux, d'estime et d'actualisation de soi et d'autre part, que les infirmiers en minorité dans la profession revendiquent les possibilités d'exercer davantage leur autonomie au sein de l'équipe de soins.

Existe-t-il réellement une différence entre les infirmières et les infirmiers quant à l'insatisfaction des besoins d'autonomie? Si on accepte la représentativité des infirmières et des infirmiers au congrès d'orientation (OIIQ, 1979) il n'existerait pas de différences car on a remarqué que dans tous les ateliers l'exercice de l'autonomie professionnelle a été exprimée comme source très forte d'insatisfaction.

Il ne semble pas exister de recherche en milieu hospitalier qui ont tenté de déceler les différences de satisfaction au travail selon la variable sexe. Les recherches de satisfaction au travail dans des milieux différents présentent des résultats variés à cause des perceptions souvent différentes qu'ont l'homme et la femme de leur rôle et de l'orientation de leur carrière. Hulin et Smith (1964) ont trouvé que les femmes étaient moins satisfaites que les hommes. Ils ont conclu que le sexe en soi n'est pas le facteur crucial mais un ensemble de variables: salaire, niveau de position, possibilités de promotion, normes sociales. Une étude

plus approfondie de certaines caractéristiques de besoin en relation avec d'autres variables indépendantes notamment la position occupée pourrait apporter des éléments intéressants pour la planification de programme de formation continue.

Tableau 3  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des  
besoins perçue par les infirmières  
selon le sexe

Sexe*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Masculin (N : 25)						
Moyenne	1.32	.90	1.51	2.02	2.12	1.75
Écart-type	1.35	.94	.83	.95	1.10	1.13
Féminin (N : 278)						
Moyenne	1.82	.95	1.44	1.84	1.96	1.58
Écart-type	1.39	1.00	1.00	.94	1.03	1.03
Moyenne totale (N: 303)						
	1.78	.95	1.45	1.85	1.97	1.59

\* Deux participantes ont omis de répondre à cette question.

Tableau 4  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières  
selon le sexe

Sexe*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Masculin (N : 25)*						
Moyenne	5.44	5.96	5.80	5.84	5.75	6.11
Écart-type	1.16	.80	.80	.73	.80	.91
Féminin (N : 278)						
Moyenne	5.67	6.05	6.02	5.81	5.73	6.14
Écart-type	1.13	.78	.74	.82	.93	.76
Moyenne totale (N: 303)						
	5.65	6.04	6.00	5.81	5.73	6.14

\* Deux participantes ont omis de répondre à cette question.

## La variable âge

Pour les fins d'analyse, les répondantes ont été réparties en huit groupes d'âge. Il convient de signaler que 89% des répondantes ont moins de 40 ans dont 26% moins de 25 ans; 28%, 25 à 29 ans; 20% 30 à 34 ans et 15%, 35 à 39 ans. Les répondantes âgées de 40 à 45 ans représentent 4%, celles de 45 à 49 ans, 5% et celles de 50 ans et plus, 2%.

Le développement psycho-social de l'infirmière est étroitement relié à son âge. Le tableau 5 montre qu'il existe des différences entre les insatisfactions au travail en fonction des groupes d'âge. On observe dans la strate moins de 25 ans une insatisfaction au-dessus de la moyenne par rapport aux besoins d'autonomie et d'autonomie professionnelle; 25 à 29 ans, les besoins de sécurité, sociaux, d'estime et d'actualisation de soi; 30 à 34 ans, les besoins sociaux et d'actualisation de soi; 35 à 39 ans, le besoin de sécurité; 40 à 44 ans, les besoins d'estime, d'autonomie, d'autonomie professionnelle; 45 à 49 ans, tous les besoins; 50 ans et plus, les besoins de sécurité, sociaux et d'estime. Les différences apparaissent surtout entre les répondantes de 35 à 39 ans qui semblent les moins insatisfaites et celles de 45 à 49 ans particulièrement insatisfaites.

L'insatisfaction élevée des besoins d'autonomie (1.90) et d'autonomie professionnelle (2.10) de la strate "moins de 25 ans" suggère que les jeunes répondantes vivent un conflit entre les valeurs professionnelles enseignées et les valeurs bureaucratiques du milieu de travail (Kramer, 1972, 1974). L'insatisfaction plus élevée des besoins de sécurité, sociaux, d'estime et d'actualisation de soi semble indiquer que les répondantes de 25 à 29 ans souhaitent se réaliser davantage dans

leurs relations avec le client et l'équipe de soins. Par conséquent les profils d'insatisfaction que présentent les strates "moins de 25 ans" et "25 à 30 ans" semblent indiquer que des contraintes provenant du milieu de travail empêchent les répondantes de se réaliser pleinement dans l'exercice de la profession.

L'insatisfaction moins élevée des répondantes âgées de 30 à 34 ans et 35 à 39 ans peut signifier d'une part que les contraintes du milieu diminuent et d'autre part que l'infirmière évolue soit par l'expérience, soit par la formation continue. Elle peut aussi être reliée à une promotion offrant des responsabilités plus grandes. Elle peut aussi signifier une certaine acceptation des valeurs bureaucratiques soit par la "mise en veilleuse" des valeurs professionnelles, soit par l'intégration des valeurs bureaucratiques et professionnelles (Kramer, 1972). Peut-on alors supposer que l'insatisfaction au dessus de la moyenne des répondantes de 40 ans et plus est reliée à une remise en question de ses valeurs professionnelles et que cette remise en question est reliée à la croissance de la personne tendant à l'actualisation de soi? L'interprétation de l'importance accordée aux besoins peut fournir des éléments de réponse à cette question.

Le tableau 6 indique une importance des besoins au-dessus de la moyenne chez les plus jeunes, puis une importance sous la moyenne entre 30 et 40 ans, ensuite une augmentation de l'importance de tous les besoins pour toutes les répondantes après 40 ans. Les profils d'importance qui ressortent du tableau 6 semblent indiquer que plus l'insatisfaction est grande, plus l'importance accordée au besoin est grande. Considérant que l'importance accordée aux besoins reflète les valeurs professionnelles, on peut supposer que les insatisfactions identifiées par cette variable sont d'autant plus significatives. Il semble alors que les

répondantes de 30 à 40 ans ont tendance à mieux accepter les valeurs bureaucratiques du milieu de travail; que l'importance élevée de tous les besoins après 40 ans peut signifier une période de reformulation des valeurs professionnelles. Une étude plus approfondie de cette variable pourrait peut être mettre en évidence le "choc de la réalité" de Kramer (1974) et l'importance de la formation au "biculturalisme" (Kramer et Schmalenberg, 1977).

Les recherches d'insatisfaction au travail par la réalisation de ses besoins fondamentaux auprès des infirmières en milieu hospitalier n'ont pas étudié l'influence de l'âge sur la satisfaction au travail. Cependant l'étude de Graham (1971, p. 102) permet certaines comparaisons. Graham a trouvé que la satisfaction au travail (sur une échelle de 1 à 5) définie par les relations interpersonnelles augmente avec l'âge (2.85 à 2.93), elle atteint un maximum entre 40 et 50 ans puis diminue légèrement (2.90). Dans la présente étude, c'est entre 35 à 39 ans que les répondantes sont les moins insatisfaites par rapport aux besoins sociaux et d'estime réalisés par les relations interpersonnelles avec le client et sa famille et avec les membres de l'équipe de soins. Au contraire de l'étude de Graham, les répondantes au-dessus de 40 ans semblent les plus insatisfaites par rapport à ces besoins. Toutefois, il ne faut pas croire à des différences entre les infirmières ontariennes et québécoises, car même à l'intérieur de l'étude de Graham, les résultats n'ont pas été constants dans les trois centres hospitaliers. Graham a alors supposé l'influence d'autres facteurs tels que les politiques du centre hospitalier, les possibilités de promotion etc. Ces facteurs peuvent aussi influencer les répondantes de la présente étude, on peut également supposer l'influence de la formation continue.

L'étude de Graham (1971, p. 103) aide également à interpréter les insatisfactions du besoin d'actualisation de soi qu'il a défini l'actualisation de soi par l'exercice de ses fonctions dans un travail désiré, l'utilisation de ses capacités, la croissance personnelle, les défis à relever et le sentiment de réalisation. Il a trouvé que la satisfaction est au maximum avant 25 ans (3.07), elle baisse à 2.90 entre 40 et 50 ans et augmente légèrement (2.91) après 50 ans. Il semble que les résultats de Graham rejoignent ceux de la présente étude, cependant dans l'étude de Graham les infirmières de plus de 50 ans semblent plus insatisfaites que celles de la présente étude. Les résultats obtenus n'ayant pas été constants dans les trois centres hospitaliers Graham a supposé l'influence de divers facteurs tels que les politiques et les possibilités de promotion, etc. On peut aussi croire à l'influence de ces facteurs dans la présente étude.

En résumé en utilisant la moyenne totale comme critère de différences, l'étude de cette variable permet d'identifier dans chacune des strates les préoccupations suivantes: moins de 25 ans, centrées sur la tâche par l'exercice de l'autonomie professionnelle; 25 à 29 ans, la sécurité, les relations interpersonnelles et le développement personnel; 30 à 34 ans, les relations d'aide et amicales et le développement personnel; 35 à 39 ans, la sécurité; 40 à 44 ans, l'exercice même des fonctions et des relations interpersonnelles; 45 à 49 ans, l'insatisfaction de tous les besoins; 50 ans et plus la sécurité et les relations interpersonnelles.

En conclusion, Graham a suggéré de questionner les groupes d'infirmières qui ont semblé les plus insatisfaites, afin de corriger les causes possibles d'insatisfaction. Compte tenu des résultats obtenus par l'étude de cette variable, une

investigation plus approfondie pourrait être faite avec un groupe représentatif des infirmières âgées de moins de 30 ans et avec celles âgées de plus de 40 ans. Cette étude permettrait de préciser les causes possibles d'insatisfaction au travail, par conséquent de préciser des besoins de formation continue.

Tableau 5  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des  
- besoins perçue par les infirmières  
selon l'âge

Âge	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Moins de 25 ans (N : 79)						
Moyenne	1.62	.79	1.31	1.90	2.10	1.45
Écart-type	1.46	1.10	1.09	.86	.95	.84
25 à 29 ans (N : 85)						
Moyenne	1.99	1.07	1.57	1.86	1.97	1.75
Écart-type	1.41	.93	.91	.92	.99	1.04
30 à 34 ans (N : 59)						
Moyenné	1.69	1.07	1.37	1.79	1.88	1.67
Écart-type	1.19	1.02	.82	1.07	1.20	1.09
35 à 39 ans (N : 46)						
Moyenne	1.87	.78	1.31	1.70	1.74	1.46
Écart-type	1.42	.94	.92	.91	.96	1.11
40 à 44 ans (N : 12)						
Moyenne	1.17	.83	1.79	2.01	2.15	1.44
Écart-type	1.19	1.05	1.33	1.26	1.40	1.39
45 à 49 ans (N : 15)						
Moyenné	1.80	1.13	1.78	2.21	2.21	1.93
Écart-type	1.52	.88	1.21	.89	.95	1.24
50 ans et plus (N : 7)						
Moyenne	2.00	1.07	1.46	1.71	1.93	.86
Écart-type	1.73	.45	.89	.75	.93	.72
Moyenne totale (N: 303)						
	1.78	.95	1.45	1.85	1.97	1.59

Deux répondantes ont omis de répondre à cette question.

Tableau 6  
Moyennes et écart-types de l'importance  
accordée aux besoins par les  
infirmières selon l'âge

Âge	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Moins de 25 ans (N : 79)						
Moyenne	5.62	6.15	6.07	5.95	5.87	6.27
Écart-type	1.12	.76	.67	.68	.78	.77
25 à 29 ans (N : 85)						
Moyenne	5.71	6.02	5.98	5.81	5.76	6.10
Écart-type	1.08	.73	.76	.78	.86	.74
30 à 34 ans (N : 59)						
Moyenne	5.58	6.02	5.90	5.70	5.61	6.09
Écart-type	1.23	.76	.87	.89	1.01	.72
35 à 39 ans (N : 46)						
Moyenne	5.40	5.83	5.78	5.53	5.38	5.95
Écart-type	1.29	.94	.77	.93	1.11	.92
40 à 44 ans (N : 12)						
Moyenne	6.08	6.23	6.35	6.08	5.92	6.11
Écart-type	.51	.72	.31	.74	.91	.80
45 à 49 ans (N : 15)						
Moyenne	6.13	6.17	6.42	6.09	6.03	6.36
Écart-type	.83	.88	.56	.74	.86	.72
50 ans et plus (N : 7)						
Moyenne	5.86	6.29	6.21	6.06	6.14	6.43
Écart-type	1.07	.76	.53	.79	.83	.53
Moyenne totale (N: 303)						
	5.65	6.05	6.00	5.81	5.73	6.14

Deux répondantes ont omis de répondre à cette question.

### La variable formation de base

La majorité des infirmières qui ont participé à l'étude ont été formées au niveau collégial (68%), comparativement à 32% des répondantes formées dans une école d'infirmière.

Les différences entre la formation reçue à l'école d'infirmière et celle de la formation collégiale peuvent influencer les perceptions de la vie professionnelle et par conséquent les attitudes de satisfaction au travail.

Le tableau 7 montre que la strate école d'infirmière diffère de la strate CEGEP, car on observe une moyenne plus élevée par rapport aux besoins de sécurité, sociaux, d'estime, d'autonomie et d'actualisation de soi. Seul le besoin d'autonomie professionnelle est au-dessus de la moyenne dans la strate CEGEP. Au tableau 8 on remarque un écart relativement grand entre les deux strates, les besoins les plus importants dans l'une sont moins uniformes dans l'autre.

Les différences identifiées semblent faire ressortir le but visé par la formation infirmière qui cherche de plus en plus à préparer la future graduée à l'exercice de l'autonomie professionnelle. Il semble alors que les valeurs professionnelles entrent en conflit avec celles du milieu hospitalier. Cependant la formation dans une école d'infirmière n'est plus dispensée depuis 15 ans, la différence d'années entre les formations de base fait intervenir d'autres variables telles que les années d'expérience, les responsabilités reliées à la position occupée etc. Les profils d'insatisfaction et d'importance de ces variables pourront aider à l'interprétation des résultats.

Tableau 7  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des  
besoins perçue par les infirmières selon  
la formation de base

Formation de base*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
<b>École d'infirmière (N : 97)</b>						
Moyenne	1.86	.97	1.47	1.90	1.95	1.65
Écart-type	1.49	.92	1.07	.97	1.04	1.24
<b>CEGEP (N : 206)</b>						
Moyenne	1.75	.94	1.45	1.85	1.99	1.57
Écart-type	1.36	1.03	.96	.94	1.04	.94
<b>Moyenne totale (N: 303)</b>						
	1.79	.95	1.46	1.87	1.98	1.60

\* Deux répondantes non incluses possédaient un baccalauréat.

Tableau 8  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières selon  
la formation de base

Formation de base*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
École d'infirmière (N : 97)						
Moyenne	5.72	6.02	6.05	5.71	5.59	6.11
Écart-type	1.21	.84	.78	.90	1.06	.79
CEGEP (N : 206)						
Moyenne	5.61	6.05	5.98	5.85	5.79	6.15
Écart-type	1.10	.76	.73	.76	.85	.76
Moyenne totale (N: 303)						
	5.65	6.04	6.00	5.81	5.73	6.14

\* Deux répondantes non incluses possédaient un baccalauréat.

### Formation continue

L'étude des variables portant sur la formation continue acquise, en cours et projetée sera faite en deux parties. La première portera sur la présentation des résultats, la deuxième sur l'interprétation des résultats.

#### La variable formation continue acquise

Par formation continue acquise, nous entendons toute formation obtenue après la licence infirmière. La majorité des répondantes soit 76% ne détiennent aucun diplôme après la formation de base. Les autres ont obtenu un diplôme universitaire dont 8% un certificat en nursing communautaire et 11% un diplôme autre et 5% détiennent un diplôme collégial.

Les différences entre les niveaux de formation continue acquise peuvent influencer la satisfaction au travail. En tenant compte des moyennes, les résultats montrent en effet deux tendances; la première regroupe les répondantes des strates "aucun" et "collégial" dont l'insatisfaction est sous la moyenne dans la plupart des besoins et la deuxième regroupe les répondantes de la strate "universitaire" qui ont exprimé une insatisfaction au-dessus de la moyenne.

Au tableau 9, nous remarquons que comparativement aux répondantes qui ne possèdent pas de diplôme professionnel universitaire celles possédant un certificat en nursing communautaire expriment une insatisfaction au-dessus de la moyenne quant aux besoins d'estime (1.58), d'autonomie (1.94) et d'autonomie professionnelle (2.03); celles qui détiennent un diplôme non identifié ici, une insatisfaction de

tous les besoins sauf dans le cas de l'autonomie professionnelle. Nous observons les mêmes tendances au tableau 10, dans l'importance accordée aux besoins par les mêmes répondantes. Ces résultats laissent suggérer que la formation reçue au certificat en nursing communautaire a formé les répondantes à l'exercice de l'autonomie professionnelle, qu'elle a prôné les valeurs humaines et d'autonomie. Ils laissent croire également que la formation reçue n'a pas tenu compte des contraintes du milieu et préparé la future graduée à exercer une influence dans son milieu, c'est-à-dire à devenir agent de changement. Cependant d'autres facteurs doivent être considérés tels que le temps écoulé depuis l'acquisition du certificat, le désir de quitter le milieu hospitalier pour exercer la profession en milieu communautaire etc. A cause de l'importance de ces hypothèses une étude approfondie de cette variable devrait être faite. On peut aussi poser les questions suivantes: Peut-on supposer une certaine influence de la formation continue acquise? Est-ce que cette influence s'exerce lorsque les répondantes étudient présentement? S'exerce-t-elle selon les projets de formation continue? L'étude des variables suivantes tentera d'identifier les différences en fonction des diverses strates.

Tableau 9  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des  
besoins perçue par les infirmières selon  
la formation continue acquise

Diplôme professionnel	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Aucun (N : 232)						
Moyenne	1.74	.98	1.42	1.85	1.99	1.59
Écart-type	1.36	1.02	.96	.94	1.03	.98
Collégial (N : 16)						
Moyenne	1.94	.72	1.33	1.80	1.79	1.81
Écart-type	1.57	.48	.80	.67	.72	1.32
Universitaire						
Certificat en nursing communautaire (N : 24)						
Moyenne	1.58	.60	1.58	1.94	2.03	1.40
Écart-type	1.10	.71	1.24	1.15	1.29	1.20
Autre (N : 33)						
Moyenne	2.36	1.06	1.57	1.87	1.83	1.84
Écart-type	1.89	0.87	1.15	0.81	0.84	1.33
Moyenne totale (N: 305)						
	1.78	.95	1.45	1.85	1.97	1.59

Tableau 10  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières selon  
la formation continue acquise

Diplôme professionnel	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Aucun (N : 232)						
Moyenne	5.62	6.06	5.98	5.78	5.70	6.10
Écart-type	1.07	.79	.73	.82	.92	.80
Collégial (N : 16)						
Moyenne	5.25	5.84	5.70	5.57	5.46	6.24
Écart-type	1.57	.81	1.04	.94	1.19	.60
Universitaire						
Certificat nursing communautaire (N : 24)						
Moyenne	5.79	6.02	6.20	6.18	6.18	6.40
Écart-type	1.38	.73	.68	.62	.69	.52
Autre (N : 33)						
Moyenne	5.80	6.02	6.01	5.77	5.63	6.40
Écart-type	1.53	0.81	0.99	0.95	1.16	0.56
Moyenne totale (N: 305)						
	5.65	6.04	6.00	5.81	5.73	6.14

### La variable formation continue en cours

Par formation continue en cours, nous entendons tout programme suivi au niveau universitaire et au niveau collégial. La majorité des répondantes (80%) ne suivent pas un programme de formation continue. Seize pour-cent sont inscrites au niveau universitaire dont 7% au programme de certificat en nursing communautaire et 9% au programme de baccalauréat en sciences de la santé (nursing) et 4% suivent des cours dans un programme collégial.

La formation continue en cours exerce-t-elle une influence sur la satisfaction au travail? Le tableau 11 montre en effet deux tendances dont l'une regroupe les répondantes des strates "aucun" qui expriment une insatisfaction sous la moyenne à tous les besoins sauf à celui de sécurité et l'autre regroupe celles des strates "universitaires" qui expriment une insatisfaction élevée. On observe au tableau 12 les mêmes tendances dans l'importance accordée aux besoins. Les résultats obtenus semblent donc montrer certaines différences entre les strates.

Comparativement aux répondantes qui ne suivent pas de cours, celles qui étudient au certificat en nursing communautaire expriment une insatisfaction au-dessus de la moyenne par rapport à tous les besoins; au baccalauréat, par rapport aux besoins d'estime (1.57), d'autonomie (2.16) et d'autonomie professionnelles (2.32); un programme non identifié par rapport à tous les besoins sauf à ceux d'estime et d'autonomie. Il semble que la formation exerce une certaine influence car nous observons que lorsque les répondantes étudient, l'insatisfaction et l'importance accordée aux besoins sont plus élevées.

Considérant l'insatisfaction exprimée par les répondantes en formation continue au niveau universitaire et autre, l'insatisfaction augmente-t-elle au cours des études en milieu "Universitaire" et "autre"? Où peut-on supposer une relation inverse, par laquelle plus l'infirmière est insatisfaite au travail et plus elle accorde de l'importance aux besoins, plus elle est motivée à améliorer ses connaissances? L'étude des résultats selon la formation projetée peut apporter des éléments de réponse.

Tableau 11  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des  
besoins perçue par les infirmières selon  
la formation continue en cours

Programme d'étude	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Aucun (N : 244)						
Moyenne	1.80	.96	1.43	1.83	1.94	1.60
Écart-type	1.36	1.00	1.02	.96	1.04	1.02
Universitaire						
Certificat nursing communautaire (N : 21)						
Moyenne	1.90	1.19	1.63	2.07	2.29	1.81
Écart-type	1.37	1.33	.49	.63	.77	1.06
Baccalauréat sciences de la santé (nursing) (N : 27)						
Moyenne	1.48	.72	1.57	2.16	2.32	1.52
Écart-type	1.53	.79	1.11	1.00	1.06	1.17
Autre (N : 13)						
Moyenne	2.31	1.00	1.40	1.87	2.01	1.64
Écart-type	1.70	.71	.85	.84	.95	1.10
Moyenne totale (N: 305)	1.78	.95	1.45	1.85	1.97	1.59

Tableau 12  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières selon  
la formation continue en cours

Programme d'étude	Besoins					
	Séc	Soc	Est	Aut	Autp	Act
<b>Aucun (N : 244)</b>						
Moyenne	5.59	6.06	5.97	5.78	5.68	6.12
Écart-type	1.17	.81	.78	.84	.96	.79
<b>Universitaire</b>						
<b>Certificat nursing communautaire (N : 21)</b>						
Moyenne	6.14	6.07	6.07	5.93	5.85	6.22
Écart-type	.85	.75	.72	.69	.75	.78
<b>Baccalauréat sciences de la santé (nursing) (N : 27)</b>						
Moyenne	5.70	5.98	6.13	5.95	5.93	6.17
Écart-type	1.03	.64	.58	.75	.86	.71
<b>Autre (N : 13)</b>						
Moyenne	5.92	6.04	6.15	6.01	6.00	6.25
Écart-type	1.32	.69	.64	.71	.78	.79
<b>Moyenne totale (N: 305)</b>						
	5.65	6.04	6.00	5.81	5.73	6.14

### La variable formation continue projetée

Les données relatives à cette strate montrent que 26% des répondantes n'ont pas de projet de formation; 25% sont indécises; 20% projettent étudier éventuellement; 8% projettent étudier dans 2 ans et que 21% projettent poursuivre leurs études. L'annexe F présente la distribution des infirmières selon les possibilités d'accès à la formation universitaire offertes par l'employeur.

Les projets de formation continue au niveau universitaire et collégial exercent-ils une influence sur la satisfaction au travail? Les résultats semblent montrer certaines différences entre les strates. Il semble en effet qu'une certaine influence s'exerce, car on peut observer au tableau 13 deux tendances, la première regroupe les répondantes qui n'ont pas de projet de formation et celles qui sont indécises, la deuxième regroupe celles qui projettent étudier éventuellement, dans 2 ans et celles qui désirent poursuivre les études actuelles. Il est intéressant de noter que le degré d'insatisfaction semble plus élevé selon la précision du projet d'étude. Nous observons au tableau 14 les mêmes tendances dans l'importance accordée aux besoins. Ces résultats laissent-ils supposer que plus l'infirmière est insatisfaite et plus elle accorde de l'importance aux besoins, plus son désir de formation continue augmente? L'interprétation des résultats relatifs à la formation continue tentera de répondre aux questions soulevées.

Tableau 13  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des besoins  
perçue par les infirmières selon les projets de  
formation continue

Projets de formation*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Aucun projet (N : 78)						
Moyenne	1.82	1.00	1.41	1.72	1.78	1.57
Écart-type	1.70	1.22	1.18	.79	.80	1.01
Indécise (N : 75)						
Moyenne	1.76	.84	1.31	1.78	1.91	1.55
Écart-type	1.18	.81	.91	.99	1.11	1.01
Éventuellement (N : 58)						
Moyenne	2.00	1.05	1.54	1.99	2.14	1.61
Écart-type	1.15	.99	1.06	1.15	1.27	1.08
Dans 2 ans (N : 25)						
Moyenne	1.36	1.08	1.58	2.04	2.18	1.89
Écart-type	.91	.79	.77	.93	.94	1.03
Poursuivre les études (N : 61)						
Moyenne	1.74	.88	1.54	2.00	2.15	1.58
Écart-type	1.49	.97	.86	.84	.93	1.09
<hr/>						
Moyenne totale (N: 297)	1.78	.95	1.45	1.85	1.97	1.59

\* Huit répondantes ont omis de répondre à cette question.

Tableau 14  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée aux  
besoins par les infirmières selon les projets  
de formation continue

Projets de formation*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Aucun projet (N : 78)						
Moyenne	5.61	5.99	5.71	5.63	5.94	6.02
Écart-type	1.07	.85	.76	.83	.94	.79
Indécise (N : 75)						
Moyenne	5.48	6.02	5.94	5.81	5.75	6.06
Écart-type	1.21	.77	.73	.80	.87	.83
Éventuellement (N : 58)						
Moyenne	5.69	6.17	6.02	5.81	5.75	6.19
Écart-type	1.15	.72	.86	.85	.94	.76
Dans 2 ans (N : 25)						
Moyenne	5.62	6.02	6.02	5.95	5.75	6.26
Écart-type	1.41	.95	.88	.96	1.23	.85
Poursuivre les études (N : 61)						
Moyenne	5.86	6.04	6.16	5.98	5.92	6.29
Écart-type	1.01	.69	.56	.68	.79	.64
Moyenne totale (N: 297)						
	5.65	6.04	6.00	5.81	5.73	6.14

\* Huit répondantes ont omis de répondre à cette question.

Nous avons constaté que deux tendances semblent ressortir des profils d'insatisfaction et d'importance. La première, où l'insatisfaction et l'importance sont au-dessus de la moyenne, regroupe les répondantes qui ont acquis un diplôme universitaire après la formation de base, celles qui étudient présentement et celles qui projettent étudier; la deuxième, où l'insatisfaction et l'importance sont au-dessous de la moyenne, regroupe les répondantes qui n'ont pas obtenu de diplôme universitaire après la formation de base, celles qui n'étudient pas présentement et celles qui n'ont pas de projet d'études. Nous avons trouvé une certaine influence de la formation continue sur l'insatisfaction et l'importance des besoins et une certaine influence de l'insatisfaction et de l'importance des besoins sur les projets de formation continue.

L'influence de la formation continue peut être exercée par les éducateurs qui valorisent, selon Kramer (1972, 1974), la participation aux prises de décision, l'actualisation de soi, l'exercice de la créativité mais qui ne semblent pas préparer les infirmières à harmoniser (devenir "biculturelles"), à intégrer les valeurs professionnelles du milieu d'éducation et les valeurs bureaucratiques du milieu de travail.

Par conséquent l'influence de l'insatisfaction et de l'importance des besoins comme facteurs motivant à la formation continue, peuvent découler du milieu de travail qui semble ne pas permettre aux répondantes d'exercer leur profession comme elles le souhaitent. D'autres facteurs peuvent provoquer cette insatisfaction, cependant en considérant que les participantes au congrès d'orientation représentaient la population des infirmières de la province de Québec, les résultats de la présente étude semblent rejoindre les préoccupations exprimées

dans les nombreuses interventions de tous les ateliers (O.I.I.Q., 1979). Les congressistes avaient alors considéré la formation continue comme "l'élément de base qui permettra à l'ensemble des membres d'évoluer vers un nursing plus humain et véritablement autonome" (O.I.I.Q., 1979, p. 18). Les infirmières au congrès d'orientation ont demandé non seulement l'existence de programme de formation mais aussi qu'on offre des bourses d'étude pour faciliter l'accès aux études universitaires. (O.I.I.Q., 1979, p. 9) Pouvons-nous alors déduire que le milieu n'offre pas à l'infirmière les possibilités souhaitées de se réaliser pleinement? Si oui, il apparaît très important que les éducateurs tiennent compte des contraintes du milieu (Kramer 1972, 1974) et comme le suggéraient les congressistes "L'idéal serait un heureux mélange des deux approches, d'une part les éducateurs, tout en valorisant l'aspect humain, tiennent compte des contraintes du milieu de travail, d'autre part, les personnes responsables du milieu hospitalier, tout en conservant l'aspect fonctionnel et pratique, tiennent compte de l'aspect humain" (O.I.I.Q., 1979, p. 16). Considérant l'importance élevée accordée aux besoins par ces mêmes répondantes, les éducateurs doivent tenir compte des valeurs individuelles.

A cause de leur importance dans la planification des programmes de formation universitaire, une étude plus approfondie de ces variables pourrait peut-être apporter d'autres réponses aux questions soulevées.

### La variable années d'expérience

Pour les fins d'analyse, les années d'expérience ont été réparties en cinq groupes. Quatorze pour-cent des infirmières ont moins de deux ans d'expérience, 34% entre deux à cinq ans; 32% entre cinq à dix ans; 15% entre 10 à 20 ans; 5% ont 20 ans et plus d'années d'expérience. Il est à noter que la distribution des répondantes selon l'âge et les années d'expérience ne concorde pas. On peut expliquer ce fait par l'arrêt temporaire de l'exercice professionnel et aussi par le recyclage des répondantes qui étaient auxiliaires auparavant.

Les années d'expérience semblent exercer une certaine influence sur la satisfaction au travail. Les résultats des tableaux 15 et 16 montrent en effet: une insatisfaction plus élevée au cours des cinq premières années d'expérience et après 20 ans; une baisse graduelle de l'insatisfaction et de l'importance des besoins entre 5 et 20 ans d'expérience, suivie par une augmentation au cours des années.

Faut-il croire que pendant les cinq premières années d'expérience le milieu de travail ne répond pas aux aspirations professionnelles? L'insatisfaction élevée des répondantes pendant les cinq premières années d'expérience peut être reliée aux responsabilités professionnelles. Considérant qu'au début de la carrière la plupart des infirmières sont en action directe auprès des clients et qu'elles s'en éloignent selon les responsabilités de supervision de l'équipe de soins infirmiers, la différence d'insatisfaction observée entre ces strates et celles où les répondantes ont 5 à 10 ans et 10 à 20 ans d'expérience laisse supposer qu'il est difficile d'exercer l'autonomie dans la dispensation des soins. D'où vient cette différence,

quand on sait que l'exercice de la profession demande que tout professionnel soit autonome et responsable des soins qu'elle ou il dispense. Cronin-Stubbs a observé une différence dans les sources d'insatisfaction entre les jeunes graduées de son étude et les superviseurs de White et Maguire (1973). La reconnaissance a été le seul facteur de satisfaction commun et les facteurs d'insatisfaction ont été complètement différents. Les jeunes graduées ont mentionné que "voir le résultat de son travail", "dispenser des soins de qualité", "être reconnue par les clients et les membres de l'équipe de soins" étaient facteurs de satisfaction (p .008). Tandis que "avoir des responsabilités trop grandes et trop tôt" (p .005), l'"incompétence des médecins, des superviseurs, des collègues de travail et des subordonnés" (p .008), les "relations interpersonnelles avec les subordonnées" (p .011) et les "conditions de travail" (p .012) ont été des facteurs d'insatisfaction les plus fréquemment cités. L'auteur a conclu que l'environnement du travail au début de la carrière est tout aussi important que le contenu du travail. L'insatisfaction élevée de tous les besoins chez la jeune graduée peut alors être reliée au manque d'expérience et à la surcharge de travail (O.I.I.G., 1979, p. 16). En parallèle le cumul d'expérience peut influencer le degré d'insatisfaction.

En tenant compte des responsabilités professionnelles et considérant l'écart qui semble exister entre les participantes qui ont moins de cinq ans d'expérience et celles qui ont entre cinq et 20 ans d'expérience, il semble que ces dernières devraient apprendre à déléguer des responsabilités propres à favoriser une plus grande implication de leurs subordonnées dans la planification des soins. Ce qui implique un meilleur exercice du leadership. L'insatisfaction et l'importance plus élevées des besoins chez les répondantes ayant 20 ans et plus d'années d'expérience peut indiquer une remise en question de ses valeurs professionnelles. Selon les

théoriciens de la satisfaction au travail elle peut aussi être reliée à un ensemble de facteurs. Il est alors difficile d'interpréter les profils sans tenir compte de l'ensemble des autres variables.

Tableau 15  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des  
besoins perçue par les infirmières selon  
les années d'expérience

Années d'expérience*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Moins de 2 ans (N : 44)						
Moyenne	1.77	1.08	1.47	1.91	2.14	1.46
Écart-type	1.24	.87	.77	.91	1.03	.72
2 à 5 ans (N : 99)						
Moyenne	1.80	.92	1.47	1.96	2.12	1.70
Écart-type	1.44	1.15	1.13	.96	1.03	1.07
5 à 10 ans (N : 97)						
Moyenne	1.71	.90	1.41	1.70	1.78	1.53
Écart-type	1.40	.90	.87	.94	1.06	.98
10 à 20 ans (N : 47)						
Moyenne	1.80	.87	1.36	1.86	1.89	1.57
Écart-type	1.38	.90	1.10	.84	.84	1.24
20 ans et plus (N : 16)						
Moyenne	1.88	1.19	1.72	2.03	2.10	1.73
Écart-type	1.63	.86	1.31	1.21	1.33	1.36
Moyenne totale (N: 303)						
	1.78	.95	1.45	1.86	1.97	1.59

\*Deux répondantes ont omis de répondre à cette question.

Tableau 16  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières selon  
les années d'expérience

Années d'expérience*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Moins de 2 ans (N : 44)						
Moyenne	5.89	6.30	6.23	6.02	6.00	6.43
Écart-type	.99	.68	.65	.68	.77	.62
2 à 5 ans (N : 99)						
Moyenne	5.55	5.99	5.89	5.84	5.75	6.08
Écart-type	1.05	.68	.73	.80	.88	.80
5 à 10 ans (N : 97)						
Moyenne	5.65	6.02	5.99	5.73	5.67	6.11
Écart-type	1.20	.80	.78	.79	.88	.70
10 à 20 ans (N : 47)						
Moyenne	5.43	5.92	5.88	5.61	5.47	6.03
Écart-type	1.30	.94	.80	.95	1.13	.80
20 ans et plus (N : 16)						
Moyenne	6.47	6.22	6.58	6.26	6.06	6.29
Écart-type	.64	.97	.44	.76	1.10	1.07
Moyenne totale (N: 303)						
	5.66	6.05	6.01	5.82	5.73	6.14

\*Deux répondantes ont omis de répondre à cette question.

## Facteurs spécifiques à l'infirmière selon le centre hospitalier

### La variable années d'expérience dans le centre hospitalier

Pour les fins d'analyse, les années d'expérience dans le centre hospitalier ont été réparties en cinq groupes: 19% des répondantes ont moins de 2 ans, 34% de 2 à 5 ans, 24% de 5 à 10 ans, 21% de 10 à 20 ans et 2% ont 20 ans et plus d'années d'expérience dans le centre hospitalier. Il convient de noter que dans la strate moins de 2 ans près de la moitié des répondantes ont plus de 2 années d'expérience professionnelle.

Les années d'expérience dans le centre hospitalier peuvent influencer la satisfaction au travail. Le tableau 17 indique en effet une certaine progression de l'insatisfaction pendant les 10 premières années d'emploi et le tableau 18 montre que le degré d'importance suit la même tendance. Il semble que pendant les deux premières années d'expérience en milieu hospitalier, l'infirmière recherche particulièrement la satisfaction des besoins de sécurité et des besoins sociaux. Kay (1975, p. 128) mentionne que les facteurs d'insatisfaction, pour la jeune graduée, sont alors reliés à la surcharge de travail, aux soins aux mourants et aux situations d'urgence. Au début de l'emploi quelque soit les années d'expérience, les relations interpersonnelles sont sources d'insatisfaction.

On observe dans la strate 2 à 5 ans, que l'infirmière souhaite plus d'autonomie pour s'actualiser dans l'exercice de sa profession. Cette insatisfaction peut être reliée à l'organisation des soins qui ne lui offre pas les possibilités souhaitées d'utiliser ses capacités professionnelles à leur juste valeur. La

situation ne semble pas s'améliorer, car dans la strate 5 à 10 ans, on note une insatisfaction au-dessus de la moyenne par rapport à tous les besoins. Entre 10 à 20 ans dans le centre hospitalier, l'insatisfaction moins élevée concernant tous les besoins peut être reliée à une certaine acceptation des conditions de travail. L'insatisfaction qui atteint un maximum après 20 ans peut signifier un besoin renouvelé d'améliorer les soins et la qualité de vie au travail. Selon Graham (1971, p. 105), l'insatisfaction est alors reliée aux relations interpersonnelles, à la réalisation de soi et aux possibilités d'avancement. Afin de corriger la baisse de la satisfaction au travail, Graham suggère une étude plus approfondie des causes d'insatisfaction en demandant aux infirmières, après quelques années d'expérience, de comparer la satisfaction actuelle avec celle ressentie au début de l'emploi et d'en citer les causes. Une étude semblable pourrait être faite dans un but de planification de programme de formation continue universitaire ou en cours d'emploi. L'insatisfaction observée particulièrement dans les strates 2 à 5 ans et 20 ans et plus peut être reliée à une période de remise en question de sa profession. L'infirmière peut alors décider d'améliorer sa vie professionnelle par un retour aux études. Il serait alors très important que les éducateurs en formation continue aient la possibilité d'individualiser leur enseignement afin d'assurer un support adéquat.

Tableau b7  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des  
besoins perçue par les infirmières selon  
les années d'expérience dans le  
centre hospitalier

Années d'expérience*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
<b>Moins de 2 ans (N : 58)</b>						
Moyenne	1.86	1.00	1.41	1.79	1.95	1.48
Écart-type	1.19	.94	.88	.99	1.12	1.00
<b>2 à 5 ans (N : 104)</b>						
Moyenne	1.76	.88	1.42	2.00	2.15	1.68
Écart-type	1.50	1.06	1.13	.93	1.00	1.06
<b>5 à 10 ans (N : 74)</b>						
Moyenne	1.88	1.07	1.59	1.88	1.96	1.76
Écart-type	1.49	.99	.96	.88	.94	1.04
<b>10 à 20 ans (N : 61)</b>						
Moyenne	1.58	.81	1.29	1.59	1.66	1.26
Écart-type	1.26	.87	.74	.86	.98	.90
<b>20 ans et plus (N : 7)</b>						
Moyenne	1.86	1.57	2.00	2.38	2.31	2.29
Écart-type	1.22	1.13	1.59	1.54	1.68	1.46
<b>Moyenne totale (N: 304)</b>						
	1.78	.95	1.45	1.85	1.97	1.59

\*Une répondante a omis de répondre à cette question.

Tableau 18

Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières selon les  
années d'expérience dans le  
centre hospitalier

Années d'expérience*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Moins de 2 ans (N : 58)						
Moyenne	5.59	6.09	5.99	5.72	5.63	6.18
Écart-type	1.21	.76	.75	.75	.89	.71
2 à 5 ans (N : 104)						
Moyenne	5.64	6.07	6.00	5.90	5.83	6.25
Écart-type	1.13	.75	.74	.79	.87	.73
5 à 10 ans (N : 74)						
Moyenne	5.64	5.95	5.99	5.71	5.64	6.03
Écart-type	1.20	.80	.81	.91	1.02	.78
10 à 20 ans (N : 61)						
Moyenne	5.68	6.03	5.97	5.84	5.71	6.02
Écart-type	1.01	.86	.70	.78	.95	.89
20 ans et plus (N : 7)						
Moyenne	6.43	6.50	6.54	6.27	6.28	6.52
Écart-type	.53	.50	.51	.61	.60	.50
Moyenne totale (N: 304)						
	5.66	6.04	6.00	5.81	5.73	6.14

\*Une répondante a omis de répondre à cette question.

### La variable modalité d'emploi

La distribution des répondantes selon la modalité d'emploi est la suivante: soixante-quatre pour-cent travaillent selon une modalité permanente à temps complet, 25% à temps partiel, 5% temporaire à temps complet et 6% à temps partiel.

Afin de faciliter l'interprétation des résultats le tableau de l'annexe G présente les répondantes selon le quart de travail. Il convient de signaler que les répondantes dont les fonctions sont d'ordre plutôt administratif ne travaillent qu'à temps complet.

La modalité d'emploi exerce une influence sur la satisfaction au travail et cette influence semble évidente par l'écart d'insatisfaction entre les répondantes qui travaillent "temporaire à temps partiel" et les autres répondantes. Les tableaux 19 et 20 montrent dans la strate "temporaire à temps partiel" une insatisfaction et une importance au-dessus de la moyenne concernant tous les besoins. Il est important de noter l'insatisfaction élevée du besoin d'estime (2.07) exprimée pour la première fois dans cette étude. On observe que plus la modalité d'emploi est provisoire plus l'insatisfaction est élevée. Ce fait peut être relié à l'aspect passager des modalités temporaires et d'un emploi à temps partiel, donc à l'incertitude dans le temps et le département de travail. Nos résultats semblent être en concordance avec ceux de Thomas (1972, p. 35) qui a observé que l'insatisfaction du besoin de sécurité peut être reliée au manque de familiarité avec les clients et à l'organisation des départements propre à retarder l'infirmière en cas d'urgence et être source d'erreur. La satisfaction de ce besoin dépend alors

du support de l'équipe de soins, donc des relations interpersonnelles (besoins sociaux et estime) et de l'organisation des soins (besoins d'autonomie professionnelle) pour assurer également la continuité des soins. Or la continuité des soins demande un bon mode de communication, soit par les relations interpersonnelles, soit au moyen d'un plan de soins bien structuré. On peut alors supposer qu'il existe un besoin de formation continue dans le domaine de la communication et de la planification des soins.

**Tableau 19**  
**Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des**  
**besoins perçue par les infirmières selon**  
**la modalité d'emploi**

Modalité d'emploi	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
<b>Permanente à temps complet (N : 195)</b>						
Moyenne	1.60	.90	1.39	1.79	1.90	1.60
Écart-type	1.35	1.02	1.01	.94	1.02	1.06
<b>Permanente à temps partiel (N : 77)</b>						
Moyenne	2.08	.97	1.45	1.88	1.97	1.53
Écart-type	1.42	.90	.91	.93	1.01	.97
<b>Temporaire à temps complet (N : 14)</b>						
Moyenne	2.14	1.32	1.54	1.84	1.95	1.64
Écart-type	1.10	1.05	.60	.84	.87	.88
<b>Temporaire à temps partiel (N : 19)</b>						
Moyenne	2.26	1.08	2.07	2.51	2.81	1.75
Écart-type	1.66	1.03	1.18	.93	1.12	1.23
<b>Moyenne totale (N: 305)</b>						
	1.79	.95	1.45	1.86	1.98	1.59

Tableau 20 -  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières selon  
la modalité d'emploi

Modalité d'emploi	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Permanente à temps complet (N : 195)						
Moyenne	5.62	6.03	6.00	5.84	5.77	6.15
Écart-type	1.12	.80	.73	.82	.93	.78
Permanente à temps partiel (N : 76)						
Moyenne	5.70	6.02	5.95	5.70	5.55	6.05
Écart-type	1.21	.78	.80	.79	.92	.79
Temporaire à temps complet (N : 14)						
Moyenne	5.57	6.00	5.80	5.66	5.64	6.07
Écart-type	.85	.62	.68	.96	1.05	.78
Temporaire à temps partiel (N : 19)						
Moyenne	5.84	6.26	6.36	6.09	6.08	6.49
Écart-type	1.17	.69	.66	.61	.65	.51
Moyenne totale (N: 305)						
	5.65	6.04	6.00	5.81	5.73	6.14

### La variable quart de travail

Les soins infirmiers impliquent une disponibilité constante et l'infirmière est appelée à travailler le plus souvent en rotation ou en service de soir et de nuit. La distribution des répondantes montre que 29% travaillent le jour seulement, tandis que 18% travaillent le soir seulement, 7% la nuit seulement, 38% en rotation et 8% dans un autre quart de travail sur appel ou selon un quart de travail flexible etc. Afin de faciliter l'interprétation des résultats l'annexe G présente les répondantes selon la modalité d'emploi et les années d'expérience.

Le quart de travail peut exercer une influence sur la satisfaction des besoins au travail. Le tableau 21 montre en effet que les répondantes qui travaillent le jour seulement et le soir seulement semblent moins insatisfaites comparativement aux autres répondantes. On note que celles qui travaillent la nuit seulement, en rotation et des quarts de travail variés "autre" expriment une insatisfaction élevée de tous les besoins. Le tableau 22 indique dans les strates "jour seulement" et "rotation" une importance élevée accordée à tous les besoins. L'insatisfaction élevée des besoins sociaux, d'estime et d'actualisation de soi exprimée dans les strates "nuit seulement", "rotation" et "autre" peut être reliée aux possibilités diminuées de créer des liens avec les collègues et d'échanger avec l'équipe de soins. L'insatisfaction élevée des besoins d'autonomie et d'autonomie professionnelle peut être reliée au manque d'information permettant de connaître le bénéficiaire et sa famille. Cette insatisfaction est particulièrement élevée dans la strate "nuit seulement". Les résultats semblent appuyer les besoins identifiés par l'étude des variables "modalité d'emploi". Par conséquent, ils laissent supposer des besoins de formation continue semblables.

Tableau 21  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des  
besoins perçue par les infirmières selon  
le quart de travail

Quart de travail	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Jour seulement (N : 88)						
Moyenne	1.72	.89	1.42	1.65	1.72	1.44
Écart-type	1.13	.97	.91	.97	1.03	1.02
Soir seulement (N : 53)						
Moyenne	1.53	.82	1.25	1.95	2.06	1.50
Écart-type	1.90	1.12	1.32	.85	.93	.97
Nuit seulement (N : 23)						
Moyenne	1.65	1.15	1.49	2.26	2.53	1.74
Écart-type	1.23	1.23	.91	1.06	1.06	1.06
Rotation (N : 117)						
Moyenne	1.90	.96	1.50	1.86	1.98	1.66
Écart-type	1.39	.90	.89	.91	1.00	1.05
Autre (N : 24)						
Moyenne	2.17	1.17	1.72	2.08	2.25	1.92
Écart-type	1.17	.96	1.06	.97	1.17	1.11
Moyenne totale (N: 305)						
	1.78	.95	1.45	1.85	1.97	1.59

Tableau 22  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières selon  
le quart de travail

Quart de travail	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Jour seulement (N : 88)						
Moyenne	5.74	6.09	6.06	5.83	5.74	6.15
Écart-type	1.06	.77	.69	.77	.88	.75
Soir seulement (N : 53)						
Moyenne	5.65	6.01	5.94	5.72	5.64	6.04
Écart-type	1.03	.85	.77	.87	.95	.86
Nuit seulement (N : 23)						
Moyenne	5.14	5.76	5.69	5.54	5.38	6.09
Écart-type	1.49	1.09	.90	.91	1.20	.83
Rotation (N : 117)						
Moyenne	5.74	6.10	6.08	5.97	5.91	6.20
Écart-type	1.16	.69	.71	.69	.75	.75
Autre (N : 24)						
Moyenne	5.38	5.94	5.89	5.44	5.35	6.12
Écart-type	1.06	.81	.86	1.10	1.27	.74
Moyenne totale (N: 305)						
	5.65	6.04	6.01	5.81	5.73	6.14

### La variable position occupée

La distribution des répondantes selon la position occupée est la suivante. Trois pour-cent sont coordonnatrices, 8% infirmières-chef, 21% assistantes infirmières-chef, 32% chefs d'équipe et 30% équipières.

La position occupée par l'infirmière est reliée directement à l'exercice de ses responsabilités, de son autonomie et de son engagement professionnel et de ce fait, elle exerce une influence sur la satisfaction au travail. Le tableau 23 montre un écart d'insatisfaction entre l'infirmière dont la position est plutôt d'ordre administratif (coordonnatrice et infirmière-chef) et l'infirmière impliquée dans une action directe aux soins des malades. On remarque la même tendance (tableau 24) dans l'importance accordée aux besoins.

Les résultats indiquent en effet certaines différences d'insatisfaction selon les strates. On observe que les répondantes des strates assistante infirmière-chef, chef-d'équipe et équipière, comparativement à leurs supérieurs, semblent plus insatisfaites, particulièrement en ce qui concerne les besoins d'autonomie, d'autonomie professionnelle et d'actualisation de soi. Il semble alors que l'infirmière impliquée dans une action directe auprès des malades souhaite exercer davantage son autonomie selon l'acte infirmier et le code des professionnels en prenant plus de responsabilités dans la planification des soins.

Les résultats semblent concorder avec ceux de Bellinger (1970) et de Cronin-Stubbs (1977), qui ont constaté des écarts semblables. Bellinger a trouvé une différence significative entre les infirmières-chef et leurs subordonnées dans

les relations interpersonnelles et dans l'autonomie reliée au contexte ou à l'environnement du travail. Cronin-Stubbs (1977) dans une comparaison de ses résultats avec ceux de White et Maguire (1973) a trouvé que la reconnaissance (recognition) a été le seul facteur de satisfaction commun et que les facteurs d'insatisfaction ont été différents entre les deux groupes. Selon les 30 nouvelles graduées, les sources d'insatisfaction ont été les suivantes: l'impossibilité de réaliser complètement son travail, trop de responsabilités et trop tôt, les relations interpersonnelles avec les subordonnées et les conditions de travail.

Considérant les points communs (centre hospitalier, infirmières) des études américaines avec la présente étude, on peut supposer qu'il existe certaines différences selon la position occupée. Par conséquent, les éducatrices en formation continue devraient tenir compte de ces différences dans la planification des programmes. L'estime de soi et celle des autres se reflétant dans les relations interpersonnelles, les résultats semblent indiquer des besoins de formation continue dans le domaine de la communication entre supérieur et subordonné. L'infirmière en position d'autorité peut alors apprendre à déléguer à l'infirmière sous sa supervision plus de responsabilités de soins en l'impliquant dans l'organisation des soins tout autant que dans la dispensation des soins. En corollaire, l'infirmière impliquée directement aux soins peut être formée à la prise de décision et à l'organisation des soins.

Tableau 23  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des  
besoins perçue par les infirmières  
selon la position occupée

Position	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Coordonnatrice (N : 10)						
Moyenne	1.70	1.20	1.20	1.61	1.72	1.60
Écart-type	.95	.98	.54	.57	.61	.41
Infirmière-chef (N : 25)						
Moyenne	1.52	.74	1.30	1.52	1.41	1.23
Écart-type	1.40	.66	.78	.84	.79	1.05
Assistante infirmière- chef (N : 81)						
Moyenne	1.84	1.04	1.40	1.89	2.03	1.70
Écart-type	1.28	1.05	1.02	1.04	1.13	.99
Chef d'équipe (N : 99)						
Moyenne	1.73	.99	1.52	1.94	2.10	1.68
Écart-type	1.33	.94	.94	.98	1.05	1.07
Équière (N : 90)						
Moyenne	1.89	.84	1.49	1.87	2.00	1.50
Écart-type	1.61	1.07	1.11	.86	.98	1.07
Moyenne totale (N: 305)						
	1.78	.95	1.45	1.85	1.97	1.59

Tableau 24  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières  
selon la position occupée

Position	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
<b>Coordonnatrice (N : 10)</b>						
Moyenne	5.80	6.30	6.08	5.86	5.70	6.40
Écart-type	1.32	.59	1.03	.87	.96	.54
<b>Infirmière-chef (N : 25)</b>						
Moyenne	6.08	6.15	6.27	5.90	5.85	6.25
Écart-type	.95	.73	.67	.81	.90	.72
<b>Assistante infirmière- chef (N : 81)</b>						
Moyenne	5.50	6.05	5.94	5.90	5.84	6.15
Écart-type	1.09	.78	.67	.64	.70	.63
<b>Chef d'équipe (N : 99)</b>						
Moyenne	5.60	5.99	5.98	5.78	5.70	6.04
Écart-type	1.08	.81	.65	.78	.90	.88
<b>Équière (N : 90)</b>						
Moyenne	5.66	6.03	6.01	5.74	5.63	6.19
Écart-type	1.25	.80	.88	.97	1.12	.79
<b>Moyenne totale (N: 305)</b>						
	5.64	6.04	6.01	5.81	5.73	6.14

### La variable département

La répartition des infirmières selon les départements est la suivante: 20% en médecine, 11% en chirurgie, 16% en médecine-chirurgie, 14% en obstétrique, 11% en soins intensifs, 9% en salle d'urgence, 12% en équipe volante et 7% autre qui regroupe les répondantes représentant moins de 1%.

Le département en général définit la nature des soins dispensés et par conséquent est un facteur qui influence la satisfaction de l'infirmière dans l'exercice de sa profession. On observe dans les tableaux 25 et 26 qu'il existe en effet certaines différences selon les strates. On note dans les strates, médecine, chirurgie une insatisfaction et une importance au-dessus de la moyenne concernant tous les besoins. Par contre, dans les strates obstétrique, en salle d'urgence et autre, l'insatisfaction de tous les besoins est sous la moyenne. On observe dans les strates médecine, médecine-chirurgie et soins intensifs une insatisfaction particulièrement élevée du besoin de sécurité. Benton et White (1972) ont relié cette insatisfaction au manque de personnel adéquat par quart de travail.

Il est intéressant de noter que les infirmières de l'équipe volante expriment une insatisfaction au-dessus de la moyenne pour les besoins d'autonomie (2.10) et d'autonomie professionnelle (2.36) et qu'elles accordent une importance au-dessus de la moyenne à tous les besoins. L'infirmière de l'équipe volante travaille dans différents départements, les résultats obtenus peuvent alors être reliés à la courte durée de son contact avec les bénéficiaires et les membres de l'équipe de soins. On peut alors supposer que l'infirmière est préoccupée, comme dans l'étude de Thomas (1972), du manque de familiarité avec l'environnement physique, de la

perte de temps et de l'augmentation des possibilités d'erreur, du manque de connaissance des clients et de continuité des soins ainsi que des difficultés de relations interpersonnelles avec les médecins et du manque d'appartenance à un groupe.

En tenant compte de l'importance accordée à tous les besoins par les infirmières de la strate équipe volante, on peut supposer qu'elles sont particulièrement préoccupées de la continuité des soins. Considérant que les infirmières de l'équipe volante travaillent dans divers départements les besoins de formation identifiés peuvent alors s'appliquer à tous les départements.

Tableau 25  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des  
besoins perçue par les infirmières  
selon le département

Département	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
<b>Médecine (N : 60)</b>						
Moyenne	2.03	1.12	1.62	2.11	2.24	1.88
Écart-type	1.41	.90	.93	.85	.91	1.02
<b>Chirurgie (N : 34)</b>						
Moyenne	1.68	1.37	1.71	2.05	2.12	1.89
Écart-type	1.32	.97	1.03	.96	1.01	1.00
<b>Médecine-chirurgie (N : 50)</b>						
Moyenne	1.92	.98	1.45	1.85	1.89	1.56
Écart-type	1.24	1.01	.98	1.01	1.12	1.16
<b>Obstétrique (N : 43)</b>						
Moyenne	1.63	.73	1.18	1.47	1.53	1.21
Écart-type	1.16	.85	.78	.92	1.00	.91
<b>Soins intensifs (N : 32)</b>						
Moyenne	2.16	.69	1.38	1.65	1.81	1.48
Écart-type	1.65	.66	.83	.68	.84	1.02
<b>Salle d'urgence (N : 27)</b>						
Moyenne	1.58	.90	1.46	1.73	1.89	1.47
Écart-type	1.39	1.22	.96	1.02	1.11	1.12
<b>Équipe volante (N : 37)</b>						
Moyenne	1.57	.89	1.44	2.10	2.36	1.58
Écart-type	1.86	1.32	1.48	1.01	1.15	.98
<b>Autre (N : 22)</b>						
Moyenne	1.36	.73	1.27	1.73	1.83	1.58
Écart-type	.73	.74	.63	.94	.95	.96
<b>Moyenne totale (N: 305)</b>						
	1.79	.95	1.45	1.86	1.98	1.60

Tableau 26  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières  
selon le département

Département	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Médecine (N : 60)						
Moyenne	5.57	6.10	6.02	5.92	5.88	6.23
Écart-type	1.06	.74	.67	.58	.65	.63
Chirurgie (N : 34)						
Moyenne	5.76	6.06	6.20	5.89	5.81	6.35
Écart-type	1.10	.89	.71	.94	.99	.88
Médecine-chirurgie (N : 50)						
Moyenne	5.53	5.88	5.82	5.48	5.30	6.01
Écart-type	1.32	.89	.91	1.09	1.29	.78
Obstétrique (N : 43)						
Moyenne	5.58	5.98	5.83	5.62	5.58	5.97
Écart-type	1.07	.84	.76	.82	.90	.76
Soins intensifs (N : 32)						
Moyenne	5.66	5.95	6.06	5.89	5.83	6.06
Écart-type	1.07	.59	.60	.65	.75	.84
Salle d'urgence (N : 27)						
Moyenne	6.00	6.04	6.08	6.06	5.96	6.26
Écart-type	1.04	.73	.77	.80	.91	.71
Équipe volante (N : 37)						
Moyenne	5.75	6.20	6.18	5.99	5.91	6.30
Écart-type	1.23	.80	.60	.60	.76	.77
Autre (N : 22)						
Moyenne	5.50	6.18	5.94	5.73	5.60	5.92
Écart-type	1.14	.70	.90	.85	.94	.84
Moyenne totale (N: 305)						
	5.65	6.04	6.00	5.81	5.72	6.14

### La formation offerte en milieu hospitalier

Les programmes d'orientation et de formation en cours d'emploi offrent à l'infirmière une possibilité de développement personnel. L'étude de la relation entre l'insatisfaction au travail et la participation aux programmes peut permettre d'identifier des besoins de formation continue.

### La variable programme d'orientation offert

Selon 11% des répondantes il n'existe pas de programme d'orientation dans le centre hospitalier. Pour 66% des répondantes, le programme est jugé inadéquat et 23% seulement le jugent adéquat. Le programme d'orientation étant relié au nombre d'années d'expériences dans le centre hospitalier, l'annexe H présente la distribution des répondantes en relation avec cette variable.

Le programme d'orientation offert au début de l'emploi est un facteur qui peut influencer la satisfaction au travail autant de la jeune graduée que de l'infirmière avec expérience. Les tableaux 27 et 28 reflètent de fait une certaine influence, car les répondantes qui connaissent l'existence du programme et le jugent inadéquat expriment une insatisfaction et une importance élevée concernant tous les besoins (à l'exception des besoins sociaux tableau 27). On note alors que la satisfaction au travail peut être reliée à la qualité perçue du programme. L'insatisfaction et l'importance élevées des besoins dans les strates aucun et oui non adéquat peuvent être reliées au stress occasionné par les demandes de la nouvelle employée (Kay, 1975). Dans une étude effectuée auprès de nouvelles employées en milieu hospitalier Kay (1975) a conclu que le programme d'orienta-

tion devrait tenir compte des besoins individuels et professionnels afin de diminuer le stress, autant de la nouvelle employée que de l'équipe de soins, et assurer ainsi une meilleure qualité de soins.

Considérant l'importance d'un programme d'orientation sur la satisfaction de l'infirmière préoccupée de la qualité des soins, l'étude de cette variable permet d'une part, d'identifier un besoin possible de formation continue en milieu hospitalier et d'autre part, elle semble appuyer les besoins de formation en milieu universitaire identifiés dans les autres variables notamment sur la planification des soins.

Tableau 27

Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des besoins  
perçue par les infirmières selon le programme  
d'orientation offert en milieu hospitalier

Programme d'orientation*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
Aucun (N : 34)						
Moyenne	1.39	1.02	1.43	1.87	2.00	1.69
Écart-type	1.12	.83	1.05	.81	.87	1.12
Oui, non adéquat (N : 198)						
Moyenne	1.82	.94	1.49	1.94	2.06	1.61
Écart-type	1.44	1.03	1.05	.94	1.03	1.06
Oui, adéquat (N : 68)						
Moyenne	1.90	.90	1.26	1.54	1.63	1.45
Écart-type	1.41	.94	.75	.91	1.00	.94
Moyenne totale (N: 300)						
	1.78	.95	1.45	1.85	1.97	1.59

\*Cinq répondantes ont omis de répondre à cette question.

**Tableau 28**  
 Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
 aux besoins par les infirmières selon la  
 formation offerte en milieu hospitalier

Programme d'orientation*	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
<b>Aucun (N : 34)</b>						
Moyenne	5.55	5.85	5.88	5.81	5.68	5.98
Écart-type	1.39	.91	.82	.81	1.07	.87
<b>Oui, non adéquat (N : 198)</b>						
Moyenne	5.68	6.08	6.04	5.85	5.77	6.20
Écart-type	1.07	.78	.74	.82	.91	.75
<b>Oui, adéquat (N : 68)</b>						
Moyenne	5.74	6.05	6.03	5.73	5.65	6.09
Écart-type	1.06	.74	.69	.79	.93	.70
<b>Moyenne totale (N: 300)</b>						
	5.65	6.04	6.02	5.81	5.73	6.14

\*Cinq répondantes ont omis de répondre à cette question.

### La variable participation à la formation en cours d'emploi

Les données relatives à la participation à la formation en cours d'emploi montrent que près de la moitié (42%) des répondantes ne participent pas à la formation en cours d'emploi, car 16% ignorent l'existence du programme dans leur centre hospitalier, 8% ne participent jamais et 18% ne participent que rarement. Trente pour-cent des répondantes participent occasionnellement et 28% y participent souvent.

La fréquence de la participation à la formation en cours d'emploi peut influencer la satisfaction au travail.

Le tableau 29 fait ressortir une certaine différence dans les degrés d'insatisfaction entre les répondantes qui ne participent jamais qui sont les plus insatisfaites et celles qui participent souvent à la formation en cours d'emploi. Selon le tableau 30, il existerait une différence semblable entre les strates dans le degré d'importance accordée aux besoins. A noter aussi la différence dans le degré d'insatisfaction et d'importance du besoin social de la strate "occasionnellement", comparativement aux degrés exprimés par les autres strates.

Les résultats suggèrent donc une certaine influence de la formation en cours d'emploi sur la satisfaction au travail et l'importance accordée aux besoins, car plus la participation augmente plus les répondantes sont satisfaites et plus l'importance accordée aux besoins augmente.

Compte tenu des caractéristiques qui définissent les besoins et considérant

que leur insatisfaction est facteur de motivation, les résultats semblent suggérer que les participantes les plus insatisfaites souhaitent participer davantage à la formation en cours d'emploi. On peut alors supposer que l'absence et la moins grande participation peut être due à des contraintes du milieu de travail plutôt qu'à l'infirmière (McClusky, 1974, 1975) ou à la pertinence et à la qualité des programmes (Benton et White 1972). Il faut noter aussi les 17% qui semblent ignorer l'existence d'un programme. Peut-être que les contraintes budgétaires ont un certain impact sur la qualité et la quantité des cours et les possibilités de participation. En supposant la représentativité des participantes au congrès d'orientation, il semblerait que les infirmières accordent une grande importance à la formation en cours d'emploi et souhaitent y participer (O.I.I.Q., 1979). Une étude plus approfondie de cette variable apporterait peut-être des informations utiles pour la planification des programmes de formation en cours d'emploi.

Tableau 29  
Moyennes et écart-types de l'insatisfaction des  
besoins perçue par les infirmières selon  
la participation à la formation  
en cours d'emploi

Participation	Besoins					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
N.A. (N : 52)*						
Jamais (N : 22)						
Moyenne	1.95	.84	1.68	1.98	2.05	1.97
Écart-type	1.09	1.14	1.18	1.27	1.37	1.47
Rarement (N : 55)						
Moyenne	1.71	.85	1.37	1.85	2.02	1.79
Écart-type	1.29	.94	.80	.90	.97	1.09
Occasionnellement (N : 91)						
Moyenne	1.77	.99	1.41	1.89	2.00	1.49
Écart-type	1.28	.90	.79	.99	1.06	.91
Souvent (N : 85)						
Moyenne	1.79	.93	1.34	1.70	1.81	1.37
Écart-type	1.29	.82	.81	.87	.96	.89
Moyenne totale (N: 253)						
	1.78	.95	1.45	1.85	1.97	1.59

\* Selon ces répondantes, il n'existe pas de programmes dans le centre hospitalier

Tableau 30  
Moyennes et écart-types de l'importance accordée  
aux besoins par les infirmières selon  
la participation à la formation  
en cours d'emploi

Participation	Besoins.					
	Sec	Soc	Est	Aut	Autp	Act
N. A. (N : 52)*						
Jamais (N : 22)						
Moyenne.	5.23	5.91	5.79	5.30	5.14	5.94
Écart-type	1.34	.81	.94	1.16	1.44	1.02
Rarement (N : 55)						
Moyenne	5.60	6.11	5.96	5.78	5.72	6.08
Écart-type	1.13	.64	.64	.59	.64	.73
Occasionnellement (N : 91)						
Moyenne	5.66	6.06	6.04	5.85	5.78	6.13
Écart-type	1.11	.85	.78	.84	.94	.84
Souvent (N : 85)						
Moyenne	5.69	6.08	6.05	5.92	5.83	6.18
Écart-type	1.22	.82	.71	.74	.84	.66
<hr/>						
Moyenne totale (N: 253)	5.65	6.04	6.00	5.81	5.73	6.14

\* Selon ces répondantes, il n'existe pas de programmes dans le centre hospitalier

## CHAPITRE V

### CONCLUSION

L'objet de la recherche portait sur les sources d'insatisfaction au travail des infirmières oeuvrant en milieu hospitalier; sur les degrés d'insatisfaction des divers facteurs; sur les sources d'insatisfaction reliées au rôle professionnel défini par le Code des professions et la loi des infirmières et infirmiers, aux articles 36 et 37; sur l'importance accordée aux facteurs de satisfaction des besoins dans l'exercice de la profession.

A l'aide d'un questionnaire, nous avons recueilli les perceptions de la vie professionnelle des infirmières. Les tableaux descriptifs de cet inventaire sont présentés dans le chapitre IV. En conclusion, l'étude des profils d'insatisfaction et d'importance attribuées aux besoins permettent d'énoncer premièrement, les points saillants de la recherche; deuxièmement, la contribution à la préoccupation éducative; troisièmement, les pistes de recherche.

#### Les points saillants de la recherche

Selon Maslow la personne est motivée par des besoins déficitaires et par des besoins de croissance et l'importance d'un besoin est en concordance avec l'insatisfaction de ce besoin. Les infirmières en milieu hospitalier de l'Outaouais québécois semblent insatisfaites dans la satisfaction des besoins déficitaires et

des besoins de croissance. La présente étude montre en effet le profil d'insatisfaction suivant. Les besoins d'autonomie professionnelle (1.97) et d'autonomie (1.85) sont les sources premières d'insatisfaction ainsi que le besoin de sécurité (1.78), puis les besoins d'actualisation de soi (1.59) et d'estime de soi (1.45). Nos résultats diffèrent quelque peu des résultats obtenus par Porter, Haire & Ghiselli (1966) dans une étude internationale en milieu industriel où les gestionnaires ont présenté un profil d'insatisfaction et d'importance des besoins qui se rapprochent davantage de la théorie de Maslow. Le profil d'insatisfaction a été le suivant: actualisation de soi (1.14), autonomie (.90), sociaux (.76), sécurité (.69) et estime (.62).

Le profil d'importance accordée aux besoins montre que les infirmières de l'étude accordent une importance aux besoins d'actualisation de soi (6.14), sociaux (6.04) et d'estime (6.00) puis les besoins d'autonomie (5.81), d'autonomie professionnelle (6.73) et enfin le besoin de sécurité (5.65). Les gestionnaires de l'étude de Haire Ghiselli et Porter ont accordé la première importance également aux besoins d'actualisation de soi (6.25) puis aux besoins d'autonomie (5.90) et de sécurité (5.74) ensuite aux besoins sociaux (5.37) et d'estime (5.26). Nous notons donc certaines différences entre les infirmières en milieu hospitalier et les gestionnaires en milieu industriel, ceci mériterait une étude plus approfondie.

Les infirmières recherchent l'exercice de l'autonomie professionnelle et la réalisation de soi dans les relations interpersonnelles. L'expérience vécue de satisfaction et d'insatisfaction des besoins contribue à l'évolution de ses valeurs.

### L'exercice de l'autonomie professionnelle

Les résultats obtenus, par l'étude des variables autonomie et autonomie professionnelle, laissent croire que l'infirmière souhaite exercer sa profession selon le Code des professions et l'acte infirmier. Cependant elle semble rencontrer certaines contraintes dans le milieu de travail. L'étude des variables indépendantes a fait ressortir une insatisfaction élevée des besoins d'autonomie et d'autonomie professionnelle. La variable "position occupée" (p. 94 à 97) a mis en évidence certaines difficultés lorsque l'infirmière (équipière et chef d'équipe) est impliquée dans une action directe à la dispensation des soins infirmiers. Nous avons émis l'hypothèse de besoins de formation à la prise de décision; à l'organisation des soins et à la délégation des responsabilités dans la dispensation des soins. Les variables "modalité d'emploi" (p. 87 à 90), "quart de travail" (p. 91 à 93), et "département" (p. 98 à 101) ont montré que l'insatisfaction augmente avec l'aspect provisoire dans le temps, la durée et l'endroit d'exercice professionnel. Nous avons relié cette insatisfaction au manque de connaissance adéquate du bénéficiaire et de sa famille pour assurer la continuité des soins. Nous avons émis l'hypothèse d'un besoin de formation dans le domaine de l'organisation des soins, en particulier de la planification des soins.

### Les relations interpersonnelles

La satisfaction du besoin d'estime peut être reliée à la qualité des relations interpersonnelles entre les membres de l'équipe de soins infirmiers et entre l'infirmière et les membres de l'équipe multidisciplinaire. Les variables "modalité d'emploi" (p. 87 à 90) et "quart de travail" (p. 91 à 93) ont montré une

insatisfaction élevée lorsque l'infirmière a moins de possibilités de recevoir le support de l'équipe de soins infirmiers et de l'équipe multidisciplinaire. Nous avons émis l'hypothèse d'un besoin de formation dans le domaine de la communication. La variable "position occupée" (p. 94 à 97) a montré une insatisfaction élevée lorsque l'infirmière est impliquée dans une action directe auprès du bénéficiaire par la dispensation des soins (équipière, chef d'équipe). Nous avons relié cette insatisfaction à la structure de l'organisation des soins. Afin de permettre à l'infirmière de réaliser l'estime de soi par la possibilité de dispenser les soins selon les valeurs professionnelles, nous avons émis l'hypothèse d'un besoin de formation dans le domaine de l'organisation des soins.

#### L'expérience de vie

Les résultats de l'étude des variables ont mis en évidence que l'infirmière est unique et que l'expérience vécue amène des degrés d'insatisfaction différents. Nous avons identifié des besoins de formation continue qui demandent de tenir compte de l'expérience de vie lors de la planification de programme.

#### Les valeurs professionnelles

L'infirmière vit des expériences qui contribuent à l'évolution de ses valeurs professionnelles. Les résultats obtenus semblent rejoindre la thèse de Kramer (1972, 1974) où le "choc de la réalité" provoque un conflit de valeurs qui peut être résolu par la "voie du biculturalisme" (Kramer et Schmalenberg, 1977).

Le choc de la réalité peut être mis en évidence par l'insatisfaction et

l'importance élevées des besoins au début de la carrière. Nous avons relié la baisse de l'insatisfaction et de l'importance des besoins pendant les années suivantes à la "mise en veilleuse" des valeurs professionnelles ou à l'abandon de certaines pour adopter des valeurs bureaucratiques du milieu de travail. Nous avons aussi supposé une intégration des valeurs professionnelles transmises et des valeurs bureaucratiques du milieu (biculturalisme).

Les variables "âge" (p. 55 à 61), "années d'expérience" (p. 78 à 82) et "années d'expérience dans le centre hospitalier" (p. 83 à 86) ont fait ressortir que l'infirmière âgée de 40 ans et plus (p. 55 à 61) celle qui a 20 ans et plus d'expérience (p. 78 à 82) expriment un degré d'insatisfaction le plus élevé et accorde un degré d'importance des besoins plus élevé dans ces variables. Nous avons alors relié ces résultats à une remise en question des valeurs professionnelles. Nous avons émis l'hypothèse d'un retour aux études par la formation continue universitaire et suggéré l'individualité de l'approche pédagogique pour assurer un support adéquat.

#### La formation continue

L'étude des variables "formation continue" (p. 65 à 77) a mis en évidence que l'insatisfaction et l'importance des besoins augmentent avec la précision du projet d'étude (p. 73 à 75), la formation continue en cours (p. 69 à 72) et la formation continue acquise (p. 65 à 66).

L'étude de la variable formation continue acquise porte à croire que les programmes universitaires en formation continue n'ont pas réussi à satisfaire les

besoins spécifiques de ces infirmières. Cependant nous avons reconnu l'influence possible d'autres facteurs et avons suggéré une étude plus approfondie de cette variable. Les résultats des variables formation continue en cours et formation continue projetée semblent indiquer que l'insatisfaction et l'importance des besoins peuvent être des facteurs motivant à la formation continue. Par conséquent étant donné l'importance de ces variables pour la planification des programmes en formation continue universitaire, nous suggérons une étude plus approfondie.

#### Le rôle professionnel

L'analyse des résultats rapportés par le questionnaire de satisfaction au travail a permis d'inférer certains besoins de formation continue en milieu universitaire. Cette étude a donné à l'auteur la possibilité d'étudier une question qui la préoccupait en tant qu'éducatrice. Elle lui a aussi permis de constater que les infirmières québécoises, dans la dispensation des soins, ne semblent pas avoir toutes les possibilités souhaitées d'exercer l'autonomie professionnelle tel que spécifiée par le Code des professions et la loi des infirmières et infirmiers aux articles 36 et 37. Est-ce la formation reçue qui est responsable de cette situation ou le milieu hospitalier? Nous sommes porté à croire que les deux facteurs sont en cause.

#### Contribution à la préoccupation éducative

Cette étude descriptive a mis en évidence des besoins de formation propre à guider l'action éducative auprès des infirmières en formation continue uni-

versitaire.

Nous suggérons donc que les éducateurs en formation continue portent une attention particulière aux suggestions suivantes:

Pour assurer la satisfaction des besoins exprimés dans la présente étude, les programmes de formation continue devraient tenir compte de l'expérience de vie de l'infirmière.

Pour assurer une meilleure participation de l'infirmière à l'organisation des soins, des connaissances reliées à la solution de problème et au processus décisionnel.

Pour assurer la continuité des soins, des connaissances reliées à la planification des soins, en particulier à l'utilisation d'un plan de soins contenant les informations essentielles à la connaissance du bénéficiaire; les objectifs de soins poursuivis et leur échéancier; les soins à dispenser et la relation d'aide à assurer; les modalités et les critères d'évaluation des soins dispensés.

Pour assurer l'exercice de l'autonomie et la délégation des responsabilités, des connaissances reliées à l'exercice du leadership.

Pour assurer la réalisation de l'estime de soi dans l'exercice de la profession, des connaissances dans le domaine de la communication propre à assurer le support par la qualité de la relation interpersonnelle (écoute active, ouverture à l'autre, etc).

Pour préparer l'infirmière en formation continue à devenir agent de changement dans son milieu, des connaissances reliées au changement planifié; la formation continue devrait faciliter l'expression des valeurs professionnelles et favoriser leur intégration avec les valeurs fonctionnelles du milieu.

#### Les pistes de recherche

Il convient de signaler que les résultats ne peuvent être généralisés en raison de la nature descriptive plutôt qu'inférentielle de l'étude. De plus, nous reconnaissons l'intervention possible de facteurs non étudiés dans cette recherche. Cependant les résultats suggèrent que l'on entreprenne les recherches suivantes:

Considérant qu'une analyse de variance dans l'insatisfaction pour chacun des besoins a permis de déceler une différence significative entre les centres hospitaliers concernant les besoins d'estime, d'autonomie et d'autonomie professionnelle, l'auteur suggère qu'une étude soit effectuée pour déceler les besoins de formation spécifiques au contexte de chacun des centres hospitaliers.

Concernant l'instrument de mesure utilisé, nous suggérons que d'autres caractéristiques soient ajoutées à la variable besoin de sécurité afin de définir ce besoin dans sa dimension physique, psychologique, socio-économique, etc. Des analyses statistiques devraient être effectuées pour valider le questionnaire.

Concernant les résultats de l'étude, nous suggérons une étude approfondie de

certaines variables, par l'analyse de chacune des caractéristiques définissant chacun des besoins, en particulier:

- la variable position occupée pour spécifier les besoins de formation en relation avec la variable autonomie professionnelle;
- la variable programme d'orientation en relation avec le stress vécu par la nouvelle employée et l'équipe de soins;
- les variables âges, années d'expérience en relation avec l'évolution des valeurs professionnelles.

Considérant les insatisfactions identifiées par la variable autonomie professionnelle et considérant que le milieu de travail joue un rôle dans la satisfaction au travail en étant agent facilitant la croissance personnelle et professionnelle de l'infirmière, nous suggérons que les caractéristiques définissant le besoin d'autonomie professionnelle deviennent variables indépendantes et que les besoins fondamentaux soient retenus comme variables dépendantes. Une première étude de satisfaction au travail pourrait être faite auprès d'infirmières exerçant en milieu hospitalier. Les sujets seraient choisis de façon aléatoire selon le poste occupé (action directe et action indirecte auprès des bénéficiaires des services professionnels). Cette étude permettrait de mesurer de façon plus précise les besoins de croissance personnelle et professionnelle de l'infirmière dans l'exercice de sa profession, elle pourrait s'avérer utile du point de vue éducatif et administratif. Une deuxième étude de satisfaction au travail pourrait être faite auprès

d'une population semblable dans la province de Québec et dans une autre province canadienne où le statut professionnel de l'infirmière n'est pas reconnu officiellement. Cette étude permettrait de mesurer s'il existe des différences entre les deux groupes et de ce fait l'impact d'un statut professionnel reconnu.

Notre préoccupation première était de faire une thèse portant sur la philosophie de l'éducation. L'identification des insatisfactions au travail ressenties par les infirmières en milieu hospitalier est une première étape dans la planification de programme de formation continue. L'expression des besoins et des valeurs professionnelles permettra de définir d'une façon plus réaliste une philosophie de l'éducation et d'élaborer ainsi une approche psycho-pédagogique personnalisée qui respecte et favorise l'autonomie personnelle et professionnelle.

Les résultats ont mis en évidence la complexité des facteurs qui interviennent dans la vie professionnelle de l'infirmière en milieu hospitalier. Nous avons obtenu certains indices pour guider notre action éducative.

De plus cette étude a mis en évidence l'importance des valeurs de la personne et de l'expérience de la vie. Expérience de vie qui est un apprentissage continu et donc de formation continue, d'«apprendre à être». (Faure, 1972)

Une philosophie réaliste de l'éducation doit donc tenir compte de ces divers facteurs, notamment la complexité de la vie professionnelle de l'infirmière, les valeurs de la personne et l'expérience de la vie.

## REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement le professeur Jean-Louis Allard, qui a bien voulu assumer la direction de cette thèse. La qualité de son soutien et sa disponibilité continue m'ont permis de mener à terme cette recherche.

Je veux exprimer ma reconnaissance à mon frère Ernest pour l'aide apportée par ses commentaires. Je tiens à remercier particulièrement mon ami Alan pour sa patience et ses constants encouragements.

Je désire mentionner l'appui financier reçu du Fonds Institutionnel de recherche de l'Université du Québec à Hull.

## RÉFÉRENCES

Adam, E. *Etre infirmière*. Montréal, Editions HRW Limitée, 1979.

Adams, J.S. Toward and understanding of inequity. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1963, 67, 422-536.

Alderfer, C.P. An emperical test of a new theory of human needs. Organizational Behavior and Human Performance, 1969, 4, 142-175.

Alderfer, C.P. Existence, relatedness, and growth. New York: Free Press, 1972.

Allen, J. The applicability of Herzberg's dual factor theory of job satisfaction to registered nurses in the hospital setting. Thèse de maîtrise, Université d'Ottawa, 1976.

Assemblée Nationale du Québec, Loi des infirmières et infirmiers du Québec, L.Q. 1973, Chap. 43, art. 32.

Assemblée Nationale du Québec, Loi des infirmières et infirmiers du Québec, L.Q. 1973, Chap. 48, art. 36-37.

Bellinger, A.C. A comparative analysis of need deprivation and need importance perceptions for three levels of hospital nursing personnel. Dissertation Abstracts International, 1971, 32, No 1-B, 602-603.

- Benton, D.A., & White, H.C. Satisfaction of job factors for registered nurses. Journal of Nursing Administration, 1972, p. 55-63.
- Catania, J.J. Why do nurses change jobs? Hospital Management, 1964, 98, 93-94.
- Côté, M. Les infirmières et infirmiers québécois. Leurs attitudes, leurs attentes et leur satisfaction professionnelle. Secor Inc., 1979, Rapport sommaire.
- Cronin-Stubbs, D. Job satisfaction and dissatisfaction among new graduate staff nurses. Journal of Nursing Administration 1977, Decembre, 44-49.
- Diamond, L.K., & Fox, D.J. Turnover among hospital staff nurses. Nursing Outlook, 1958, 6, 388-391.
- Dodge, J.S. Why nurses leave and what to do about it. The Modern Hospital, 1960, 94, 116-120, 170.
- Everly II, G. S., & Falcione, R.L. Perceived dimensions of job satisfaction for staff registered nurses. Nursing Research, 1976, 25, 346-348.
- Faris, M. D. Construct validation of a tool for measuring job satisfaction for nurses. Thèse de maîtrise, University of British Columbia, 1979.
- Faure, E., et al., Apprendre à être. Paris: UNESCO-Fayard, 1972.

Fédération des C.P.I.I.Q. Enquête. Infirmières et infirmiers de la fédération des C.P.I.I.Q.: caractéristiques insatisfactions revendications. No. 3, mars 1978.

Gable, The third force. The psychology of A Maslow. New York: Grossman Pu., 1970.

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. Rapport du Colloque des techniques infirmières, 1e, 2e, 3e partie (3 tomes), 1980. a

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. Rapport du comité d'étude sur la formation en sciences infirmières. Québec, juin 1980. b

Graham, H. C. Job satisfaction and environmental climates: a study of registered staff nurses in a public catholic and federal hospital in Ontario. Thèse maîtrise, Université d'Ottawa, 1971.

Hackman, J.R., & Porter, L.W. Expectancy theory predictions of work effectiveness. Organizational Behavior and Human Performance, 1968, 3, 417-426.

Haire, M., Ghiselli, E.E., & Porter, L.W., Managerial thinking: an international study. New York: John Wiley & Sons Inc., 1966.

Hall, D. T., Nougaim, K.E. An examination of Maslow's need hierarchy in an organizational setting. Organizational Behavior and Human Performance, 1968, 3, 12-35.

Hall, D. T., Scheiner, B., & Nygren, H.T. Personal factors in organizational identification. Administrative Science Quarterly, 1970, 15, 176-190.

Henderson, V. The Nature of nursing. Boston: Little Brown Co., 1973.

Herman, J.B., & Hulin, C. I. Managerial satisfactions and organizational roles: an investigation of Porter's need deficiency scales. Journal of Applied Psychology, 1973, 57, 118-124.

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B.B. The motivation to work. New York: Wiley, 1959.

Herzberg, F. Work and the nature of man. Cleveland: World, 1966.

Howard, F. M.; & Sagar, R.G. A nursing study of institute and evaluate an organizational pattern for nursing a group of patients in a general hospital using the unit manager, the nurse coordinator and team nursing, Kingston General Hospital, Kingston, 1974.

Hurka, S.J. The registered nurse as a professional employee: a study of perceived role orientations. Thèse de doctorat, Université de Washington, 1970.

Hurka, S.J. Career orientation of nurses working in hospitals. Hospital Administration, 1972, 17, 26-34.

- Ilgen, D.R., Nebeker, D.M., & Pritchard, R.D. Expectancy theory measures: an empirical comparison in an experimental simulation. Organizational Behavior and Human Performance, 1981, 28, 189-223.
- Johnston, R. Nurses and job satisfaction. A review of some research findings. Australian Nurses Journal, 1976, 5, 23-27.
- Kay, G. New staff nurses' perceptions of the practice environment of a university medical centre. SunnyBrook Medical Centre, 1975.
- Knowles, M. The modern practice of adult education: andragogy vs pedagogy. New York: Associated Press, 1970.
- Kramer, M., McDonnell, C., & Reed, J.L. Self actualization and role adaptation of baccalaureate degree nurses. Nursing Research, 1972, 21, 111-123.
- Kramer, M. Reality Shock: Why nurses leave nursing St-Louis. The C.V. Mosby Co., 1974.
- Lambert, C. Historique du programme des techniques infirmières, 1962-1978. Rapport présenté à la Direction générale de l'enseignement collégial en vue de l'évaluation du programme des techniques infirmières. Québec: Ministère de l'Éducation (D.G.E.C.), avril 1979, 180.
- Larouche, V., Delorme, F. Satisfaction au travail: reformulation théorique. Relation industrielles, 1972, 27, 567-599.

Locke, E.A. What is job satisfaction? Organizational Behavior and Human Performance, 1969, 4, 309-326.

Locke, E.A. The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunette (Ed.) Handbook of industrial and organizational psychology, Chicago: Rand McNally, 1976.

London, M., & Klimoski, R.J. Self-esteem and job complexity as moderators of performance and satisfaction. Journal of Vocational Behavior, 1975, 6, 293-304.

Longest, B.B. Job satisfaction for registered nurses in the hospital setting. Journal of Nursing Administration, 1974, 4, 46-52.

Lyon, H. L., & Ivancevich, J.M. An exploratory investigation of organizational climate and job satisfaction in a hospital. Academy of Management Journal, 1974, 17, 635-648.

Lyons, T. F. Role clarity, need for clarity, satisfaction, tension, and withdrawal. Organizational Behavior and Human Performance, 1971, 6, 99-110.

Lysaught, J. P. From abstract into action. New York: McGraw Hill, 1973, 198.

Lysaught, J.P. No carrots, no sticks: Motivation in nursing. Journal of Nursing Administration, 1972, 2, 43-50.

Mac Eachron, A. E. Job level, individual differences and job satisfaction: an interactive approach. Dissertation abstracts international, 1975, 36, 3106-B.

Mac Eachron, A. E. Two interactive perspectives on the relationship between job level and job satisfaction. Organizational Behavior and Human Performance, 1977, 19, 226-246.

McCloskey, J. Influence of rewards and incentives on staff nurse turnover rate. Nursing Research, 1974, 23, 239-247.

McCloskey, J. C. What rewards will keep nurses on the job. American Journal of Nursing, 1975, 4, 600-602.

McCormick, E.J., and Ilgen, D. Industrial psychology. New Jersey: Prentice-Hall, 1980.

McGregor, D. The human-side of enterprise. New York: McGraw-Hill, 1960.

McGregor, D. The professional manager. New York: McGraw-Hill, 1967.

Maslow, A. H. A theory of human motivation. Psychological Review, 1943, 50, 370-396.

Maslow, A. H. Motivation and personality. New York: Harper, 1954.

Maslow, A.H. Motivation and personality (2e ed.). New York: Harper and Row  
1970.

Maslow, A.H. Vers une psychologie de l'être. Paris: Fayard, 1972.

Mitchell, T.R. Expectancy models of job satisfaction, occupational preference  
and effort: a theoretical, methodological and empirical appraisal. Psycho-  
logical Bulletin, 1974, 81, 1052-1077.

Mossholder, K.W., Bredeian, A.G., & Armenakis, A.A. Role perceptions,  
satisfaction and performance: moderating effects of self-esteem and  
organizational level. Organizational Behavior and Human Performance,  
1981, 18, 224-234.

Munson, T.C., & Heda, S.S. An instrument for measuring nursing satisfaction.  
Nursing Research, 1974, 23, 159-166.

O.I.I.Q. Commentaires et recommandations du bureau suite à la publication du  
rapport sur l'état et les besoins de l'enseignement collégial "Le Collège" par  
le Conseil supérieur de l'Éducation. Montréal: O.I.I.Q., juin 1976.

O.I.I.Q. Tout sur le congrès d'orientation. Nursing Québec, 4, édition spéciale,  
juillet 1979.

O.I.I.Q. Commentaires du bureau de l'ordre relatifs au mémoire de l'Office des  
professions concernant la formation des professionnels. Mai 1980.

Orem, E. Nursing: concepts of practice. New York, McGraw-Hill Book Co., Second Edition, 1980.

Payne, R. Factor analysis of a Maslow type need satisfaction questionnaire. Personnel Psychology, 1970, 23, 251-268.

Peters, L. H. Cognitive models of motivation expectancy theory and effort: an analysis and empirical test. Organizational Behavior and Human Performance, 1977, 20, 129-148.

Posner, B.Z., & Randolph, W.A. Moderators of role stress among hospital personnel. Journal of Psychology, 1980, 105, 215-224.

Porter, L.W. A study of perceived need satisfactions in bottom and middle management jobs. Journal of Applied Psychology, 1961, 45, 1-10.

Porter, L.W. Job attitudes in management: I. perceived deficiencies in need fulfillment as a function of job level. Journal of Applied Psychology, 1962, 46, 375-384.

Porter, L.W. Job attitudes in management: II Perceived importance of needs as a function of job level. Journal of Applied Psychology, 1963, 47, 141-148.

Porter, L.W., Lawler, E.E., & Hachman, J.R. Behavior in organization. New York: McGraw-Hill, 1975, chapitre 2.

Pritchard, R.D., Dunnette, M.D., & Jorgenson, D.O. Effects of perceptions of equity and inequity on worker performance and satisfaction. Journal of Applied Psychology, 1972, 56, 75-94.

Pryer, M.W., & Distefano, M.K. Jr. Perceptions of leadership behavior, job satisfaction, and internal-external control across three nursing levels. Nursing Research, 1971, 20, 534-541.

R.N.A.O. Study of attitudes of registered nurses in Ontario, by Gruneau Research Ltd., 1964.

Riehl, J.P., & Roy, C. Conceptual models for nursing practice. New York: Appleton-Century-Crafts, 1974.

Richards, R.W. The relationships of certain structural characteristics of hospital wards and the role conflict and job satisfaction of nurses. Thèse de doctorat, Michigan State University, 1968. ↓

Roehm, M.E. An analysis of role behavior, role expectations, role conflict, job satisfaction, and coping patterns of associate degree, diploma, and baccalaureate degree graduates in beginning nursing positions. Thèse de doctorat, Indiana University, 1966, Microfilm Xerography 1973, Xerox Company.

Rogers, C.R. Le développement de la personne. Paris: Edition Dunod, 1972.

Saleh, S.O., Lee, R.J., & Prien, E.P. Why nurses leave their job: an analysis of female turnover. Personnel Administration, 1965, 27, 25-28.

Salancik, G.R. & Pfeffer, J. An examination of need satisfaction models of job satisfaction. Administrative Science Quarterly, 1977, 22, 427-456.

Schneider, B., & Alderfer, C.P. Three studies of measures of need satisfaction in organizations. American Science Quarterly, 1973, 18, 489-505.

Seashore, S.E. Job satisfaction as an indicator of quality of employment. Institute for Social Research, the University of Michigan. Présenté à un symposium On social indicators of the quality of working life, Travail Canada, 1973.

Sheridan, J.E., & Vredenburg, D.J. Usefulness of leadership behavior and social power variables in predicting job tension, performance and turnover of nursing employees. Journal of Applied Psychology, 1978, 63, 89-95.

Sirard, R. Les infirmiers et infirmières de la Fédération des S.P.I.I.Q. - leurs caractéristiques - leurs insatisfactions - leurs revendications (rapport de recherche fait pour la Fédération des S.P.I.I.Q.) (Québec), Fédération des S.P.I.I.Q., avril 1979.

Slavitt, D.B., Stamps, P.L., Piedmont, E.B., & Haase, A.M.B. Nurses' satisfaction with their work situation. Nursing Research, 1978, 27, 114-120.

Slocum, J.W. Jr., Susman, G.I., & Sheridan, J.E. An analysis of need satisfaction and job performance among professional and paraprofessional hospital personnel. Nursing Research, 1972, 21, 338-342.

Smith, P.C., Kendall, L.M. & Hulin, C.L. The measurement of satisfaction in work and retirement. Chicago: Rand McNally, 1969.

Stamps, P.L., Piedmont, E.B., Slavitt, D.B., Haase, A.M. Measurement of work satisfaction among health professionals. Medical Care, 1978, vol. XVI, 337-352.

Steers, R.H., & Porter, L.W. Motivation and work behavior. New York: McGraw-Hill Book Company, 1975.

Vroom, H.H. Work and motivation. New York: John Wiley & Sons Inc., 1964.

Wahba, M.A., Bridwell, L.G. Maslow reconsidered: a review of research on the need hierarchy theory. Organizational Behavior and Human Performance, 1976, 15, 212-240.

Wanous, J.P., Lawler, E.E. Measurement and meaning of job satisfaction. Journal of Applied Psychology, 1972, 56, 95-105.

Wanous, J.P., & Zwany, A. A cross-sectional test of need hierarchy theory. Organizational Behavior and Human Performance, 1977, 18, 78-97.

White, C.H., & Maguire, M.C. Job satisfaction and dissatisfaction among hospital nursing supervisors: the applicability of Herzberg's theory. Nursing Research, 1973, 22, 25-30.

Wieland, G.F. Studying and measuring nursing turnover. International Journal Nursing Studies, 1969, 6, 61-69.

ANNEXE A.

Données démographiques.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

DANS LE BUT DE RESPECTER L'ANONYMAT, NOUS VOUS PRIONS DE NE PAS INSCRIRE VOTRE NOM.

VEUILLEZ REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES DANS LES ESPACES FOURNIS.

1. Sexe: \_\_\_\_\_

2. Année de graduation infirmière 19

3. Combien d'années d'expérience avez-vous comme infirmière?  
\_\_\_\_\_

4. Depuis combien de temps travaillez-vous dans le centre hospitalier actuel? \_\_\_\_\_

VEUILLEZ ENCERCLER LE NOMBRE QUI CORRESPOND A VOTRE REPONSE.

5. Age:

- a) moins de 20 ans ..... 1
- b) 20 à 24 ans ..... 2
- c) 25 à 29 ans ..... 3
- d) 30 à 34 ans ..... 4
- e) 35 à 39 ans ..... 5
- f) 40 à 44 ans ..... 6
- g) 45 à 49 ans ..... 7
- h) 50 à 54 ans ..... 8
- i) 55 à 59 ans ..... 9
- j) 60 ans et plus ..... 10

5

6

8

10

6. Position actuelle occupée le plus souvent dans votre centre hospitalier:

- a) infirmière-chef du département ..... 1
- b) assistante infirmière-chef du département ... 2
- c) chef d'équipe ..... 3
- d) équipière ..... 4
- e) coordonnatrice ..... 5

14

7. Département actuel:

- a) médecine ..... 1
- b) chirurgie ..... 2
- c) pouponnière ..... 3
- d) salle d'urgence ..... 4
- e) soins intensifs ..... 5
- f) médecine-chirurgie ..... 6
- g) obstétrique ..... 7
- h) salle d'opération ..... 8
- i) cliniques externes ..... 9
- j) pédiatrie ..... 10
- k) équipe volante ..... 11
- l) si autre, spécifiez ..... 12

15-16

17-18

8. Quelle est votre modalité d'emploi actuel?

- a) permanente à temps complet ..... 1
- b) permanente à temps partiel ..... 2
- c) temporaire à temps complet ..... 3
- d) temporaire à temps partiel ..... 4

19

9. Quel est votre quart de travail habituel?
- a) le jour seulement ..... 1
  - b) le soir seulement ..... 2
  - c) la nuit seulement ..... 3
  - d) rotation ..... 4
  - e) si autre, spécifiez ..... 5

---



---

20

21 22

10. Quelle formation infirmière avez-vous reçue (formation de base)?
- a) école d'infirmière ..... 1
  - b) CEGEP ou collégiale ..... 2
  - c) Université (baccalauréat de base) ..... 3

23

11. Avez-vous obtenu un diplôme professionnel complémentaire après votre licence d'infirmière?
- a) non ..... 1
  - b) oui ..... 2

24

12. Quel diplôme complémentaire avez-vous reçu après avoir obtenu votre licence d'infirmière?
- a) ne s'applique pas ..... 0
  - b) Certificat en nursing communautaire ..... 1
  - c) Certificat en éducation ..... 2
  - d) Certificat en administration ..... 3
  - e) Certificat en animation ..... 4
  - f) Baccalauréat en sciences de la santé (nursing) ..... 5
  - g) si autre, spécifiez ..... 6

25

---



---

26 27

13. Etes-vous actuellement inscrit(e) à un programme d'étude?

a) non ..... 1

b) oui ..... 2

lequel \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

28

29 30

14. Avez-vous des projets de formation professionnelle?

a) poursuivre les études actuelles ..... 1

b) aucun projet ..... 2

c) indécis(e) ..... 3

d) aux études dans 1 an ..... 4

e) aux études dans 2 ans ..... 5

f) aux études éventuellement ..... 6

31

15. Quelle est la modalité souhaitée pour votre retour aux études?

a) ne s'applique pas ..... 0

b) temps complet ..... 1

c) temps partiel ..... 2

32

16. A votre connaissance, y a-t-il des possibilités d'accès à la formation universitaire offertes par votre centre hospitalier?

a) non ..... 1

b) oui ..... 2

c) je ne sais pas ..... 3

33

17. Quelles sont les modalités disponibles par votre centre hospitalier pour la formation universitaire?

Encerclez plus d'une réponse si nécessaire.

- a) ne s'applique pas ..... 0
- b) congé avec solde à temps plein ..... 1
- c) congé avec solde à temps partiel ..... 1
- d) congé sans solde à temps plein ..... 1
- e) congé sans solde à temps partiel ..... 1
- f) si autre, précisez: ..... 1

---



---

34

35 36

18. Existe-t-il, au début de l'emploi, un programme d'orientation dispensé par le centre hospitalier?

- a) non ..... 1
- b) oui, mais non adéquat ..... 2
- c) oui, adéquat ..... 3

37

19. Existe-t-il de la formation en cours d'emploi dans votre centre hospitalier?

- a) non ..... 1
- b) oui ..... 2
- c) je ne sais pas ..... 3

38

20. Lors des activités de formation en cours d'emploi, quelle est votre fréquence de participation?

- a) ne s'applique pas ..... 0
- b) jamais, à cause du manque de temps ..... 1
- c) jamais, par choix personnel ..... 2
- d) rarement, à cause du manque de temps ..... 3
- e) rarement, par choix personnel ..... 4
- f) occasionnellement ..... 5
- g) souvent ..... 6
- h) toujours ..... 7

39

20. S'il n'existe pas présentement dans votre centre hospitalier de la formation en cours d'emploi, et si on en offrait, quelle serait votre fréquence de participation?

- a) ne s'applique pas ..... 0
- b) jamais ..... 1
- c) rarement ..... 2
- d) occasionnellement ..... 3
- e) souvent ..... 4
- f) toujours ..... 5

40

70 | s | b | : | c | H | G | O | : | 78

**ANNEXE B**

**Version française du questionnaire de  
Porter (Haire, Ghiselli et Porter, 1966, annexe 7).**

- I. Besoin de sécurité
  - a. Le sentiment de sécurité que j'ai dans la position que j'occupe.
- II. Besoins sociaux
  - a. L'occasion que j'ai, dans ma position, d'aider les autres.
  - b. La possibilité que me donne ma position de développer des relations amicales.
- III. Besoins d'estime
  - a. L'estime de soi que j'acquiers dans ma position.
  - b. Le prestige qui m'est accordé dans le département (c'est-à-dire, le degré de respect montré par les infirmières de mon équipe).
  - c. Le prestige qui m'est accordé dans le département (c'est-à-dire, le degré de respect montré par les membres de l'équipe multidisciplinaire).
  - d. Le sentiment d'être mise au courant des décisions relatives à ma position.
- IV. Besoins d'autonomie
  - a. La responsabilité qui va de pair avec ma position.
  - b. Les occasions que j'ai de penser et d'agir librement dans ma position.
  - c. La possibilité que j'ai, dans ma position, de participer à la définition des objectifs poursuivis par les services des soins infirmiers.
  - d. La possibilité que j'ai, dans ma position, de participer à la définition des plans d'action pour améliorer la qualité des soins.
  - e. La possibilité que j'ai, dans ma position, de participer à la réalisation de projets de développement en soins infirmiers.
  - f. Le sentiment que tous les membres de l'équipe multidisciplinaire reconnaissent mes capacités d'identifier les besoins de santé du client.
  - g. La possibilité que j'ai, dans ma position, de contribuer aux méthodes de diagnostic.

h. La possibilité que j'ai, dans ma position, de faire l'éducation sanitaire au client et/ou à sa famille.

Les énoncés d, e, f, g et h se rapportent plus spécifiquement à l'autonomie professionnelle telle que définie dans cette étude.

V. Besoins d'actualisation de soi

a. La possibilité de développement personnel que me fournit ma position.

b. Le sentiment d'épanouissement personnel que j'éprouve dans ma position (c'est-à-dire la conscience de pouvoir employer mes capacités individuelles et de réaliser tout ce dont je suis capable).

c. Le sentiment d'accomplir une oeuvre utile dans ma position.

ANNEXE C.

Questionnaire de l'étude.

Hull, Québec  
Le 25 octobre 1980

Chère collègue,

En vue de l'obtention d'une Maîtrise es Arts en Education (psychopédagogie), j'effectue une recherche portant sur la perception de la vie professionnelle des infirmières en milieu hospitalier.

Je fais appel à votre collaboration dans le but d'identifier les différentes composantes de votre perception. Je vous serais très reconnaissante de bien vouloir participer à cette recherche en répondant à ce questionnaire dont je vous assure le plus strict anonymat.

Toutefois, je désire souligner qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse à ce questionnaire, l'important étant que chaque réponse soit l'expression de votre perception personnelle.

Je vous remercie de votre coopération et vous prie de me croire votre tout obligée.

*Fernande Viens*

Fernande Viens  
FV/80

INVENTAIRE DES PERCEPTIONS DE LA VIE PROFESSIONNELLE  
DES INFIRMIERES EN MILIEU HOSPITALIER.

S'il vous plaît, lire attentivement avant de répondre à ce questionnaire.

Dans les pages suivantes, vous trouverez une liste d'énoncés ou de caractéristiques se rapportant à la position que vous occupez dans votre centre hospitalier. Pour chacune de ces caractéristiques, nous vous demandons d'apprécier:

- a) quelle est la part de cette caractéristique attachée actuellement à la position que vous occupez (situation actuelle)?
- b) quelle est la part de cette caractéristique qui devrait être selon vous attachée à cette position (situation souhaitée)?
- c) quelle importance attribuer-vous personnellement à cet aspect de la vie professionnelle (importance personnelle)?

Chacune des appréciations se fera au moyen d'une échelle graduée de 1 à 7, qui se présentera de la façon suivante:

(minimum) 1 2 3 4 5 6 7 (maximum).

Veillez encircler le nombre qui représente la part attribuée à l'énoncé étudié. Les nombres voisins de 1 représentent des parts faibles ou minimes. Un nombre élevé indique la présence (actuelle ou idéale) importante de la caractéristique en question.

En d'autres termes, si vous pensez que cet énoncé représente une part très faible ou inexistante, vous encerclez le nombre 1.

... (min.) ① 2 3 4 5 6 7 (max.)

Si vous pensez que cet énoncé représente une part faible, vous encerclez le nombre 2 et ainsi de suite ...

... (min.) 1 ② 3 4 5 6 7 (max.)

Si vous pensez que cet énoncé représente une part très forte (sans atteindre le maximum), vous encerclez le nombre 6.

... (min.) 1 2 3 4 5 ⑥ 7 (max.)

Veuillez n'utiliser qu'un seul nombre par échelle.

Prrière de répondre à toutes les questions.

1. Le prestige qui m'est accordé dans le département (c'est-à-dire, le degré de respect montré par les membres de l'équipe multidisciplinaire):

a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6	7	(max.)	5
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6	7		6
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6	7		7

2. La possibilité d'exercer la responsabilité professionnelle qui va de pair avec ma position:

a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6	7	(max.)	8
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6	7		9
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6	7		10

3. Le sentiment de sécurité que j'ai dans la position que j'occupe:

a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6	7	(max.)	11
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6	7		12
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6	7		13

4. La possibilité que j'ai, dans ma position, de participer à la réalisation de projets de développement en soins infirmiers:

a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6	7	(max.)	14
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6	7		15
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6	7		16

5. L'estime de soi que j'acquiers dans ma position:

a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6	7	(max.)	17
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6	7		18
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6	7		19

6. L'occasion que j'ai dans ma position, d'aider les autres en général:

a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6	7	(max.)	20
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6	7		21
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6	7		22

7. Les occasions que j'ai de penser et d'agir librement dans ma position:
- a) situation actuelle (min.) 1 2 3 4 5 6 7 (max.) 23
  - b) situation souhaitée 1 2 3 4 5 6 7 24
  - c) importance personnelle 1 2 3 4 5 6 7 25
8. Le sentiment d'épanouissement personnel que j'éprouve dans ma position (c'est-à-dire la conscience de pouvoir employer mes capacités individuelles et de réaliser tout ce dont je suis capable):
- a) situation actuelle (min.) 1 2 3 4 5 6 7 (max.) 26
  - b) situation souhaitée 1 2 3 4 5 6 7 27
  - c) importance personnelle 1 2 3 4 5 6 7 28
9. Le prestige qui m'est accordé dans le département (c'est-à-dire le degré de respect montré par les infirmières de mon équipe):
- a) situation actuelle (min.) 1 2 3 4 5 6 7 (max.) 29
  - b) situation souhaitée 1 2 3 4 5 6 7 30
  - c) importance personnelle 1 2 3 4 5 6 7 31
10. La possibilité que j'ai, dans ma position, de participer à la définition des plans d'action pour améliorer la qualité des soins:
- a) situation actuelle (min.) 1 2 3 4 5 6 7 (max.) 32
  - b) situation souhaitée 1 2 3 4 5 6 7 33
  - c) importance personnelle 1 2 3 4 5 6 7 34
11. La possibilité que j'ai, dans ma position, de contribuer aux méthodes de diagnostic:
- a) situation actuelle (min.) 1 2 3 4 5 6 7 (max.) 35
  - b) situation souhaitée 1 2 3 4 5 6 7 36
  - c) importance personnelle 1 2 3 4 5 6 7 37

12. Le sentiment d'accomplir une oeuvre utile dans ma position:								
a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6 7 (max.)	38
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6 7	39
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6 7	40
13. Le sentiment d'être mise au courant des décisions relatives à ma position:								
a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6 7 (max.)	41
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6 7	42
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6 7	43
14. La possibilité, que me donne ma position, de développer des relations amicales:								
a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6 7 (max.)	44
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6 7	45
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6 7	46
15. La possibilité de développement personnel que me fournit ma position:								
a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6 7 (max.)	47
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6 7	48
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6 7	49
16. Le sentiment que tous les membres de l'équipe multidisciplinaire reconnaissent mes capacités d'identifier les besoins de santé du client:								
a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6 7 (max.)	50
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6 7	51
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6 7	52
17. La possibilité que j'ai, dans ma position, de participer à la définition des objectifs poursuivis par les services des soins infirmiers:								
a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6 7 (max.)	53
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6 7	54
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6 7	55

18. La possibilité que j'ai, dans ma position, de faire l'éducation sanitaire au client et/ou à sa famille:

a) situation actuelle	(min.)	1	2	3	4	5	6	7	(max.)	56
b) situation souhaitée		1	2	3	4	5	6	7		57
c) importance personnelle		1	2	3	4	5	6	7		58

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

DANS LE BUT DE RESPECTER L'ANONYMAT, NOUS VOUS PRIONS DE NE PAS INSCRIRE VOTRE NOM.

VEUILLEZ REpondre AUX QUESTIONS SUIVANTES DANS LES ESPACES FOURNIS.

1. Sexe: \_\_\_\_\_
2. Année de graduation infirmière 19
3. Combien d'années d'expérience avez-vous comme infirmière?  
\_\_\_\_\_
4. Depuis combien de temps travaillez-vous dans le centre hospitalier actuel? \_\_\_\_\_

VEUILLEZ ENCERCLER LE NOMBRE QUI CORRESPOND A VOTRE REPONSE.

5. Age:
- |                          |    |
|--------------------------|----|
| a) moins de 20 ans ..... | 1  |
| b) 20 à 24 ans .....     | 2  |
| c) 25 à 29 ans .....     | 3  |
| d) 30 à 34 ans .....     | 4  |
| e) 35 à 39 ans .....     | 5  |
| f) 40 à 44 ans .....     | 6  |
| g) 45 à 49 ans .....     | 7  |
| h) 50 à 54 ans .....     | 8  |
| i) 55 à 59 ans .....     | 9  |
| j) 60 ans et plus .....  | 10 |

1 1 1 1  
1 1 1 1

5  
6 7  
8 9



10 11

12-13

6. Position actuelle occupée le plus souvent dans votre centre hospitalier:

- a) infirmière-chef du département ..... 1
- b) assistante infirmière-chef du département ... 2
- c) chef d'équipe ..... 3
- d) équipière ..... 4
- e) coordonnatrice ..... 5

14

7. Département actuel:

- a) médecine ..... 1
- b) chirurgie ..... 2
- c) pouponnière ..... 3
- d) salle d'urgence ..... 4
- e) soins intensifs ..... 5
- f) médecine-chirurgie ..... 6
- g) obstétrique ..... 7
- h) salle d'opération ..... 8
- i) cliniques externes ..... 9
- j) pédiatrie ..... 10
- k) équipe volante ..... 11
- l) si autre, spécifier ..... 12

15-16

---



---

17-18

8. Quelle est votre modalité d'emploi actuel?

- a) permanente à temps complet ..... 1
- b) permanente à temps partiel ..... 2
- c) temporaire à temps complet ..... 3
- d) temporaire à temps partiel ..... 4

19

9. Quel est votre quart de travail habituel?

- a) le jour seulement ..... 1
- b) le soir seulement ..... 2
- c) la nuit seulement ..... 3
- d) rotation ..... 4
- e) si autre, spécifiez ..... 5

---



---

20

21 22

10. Quelle formation infirmière avez-vous reçue (formation de base)?

- a) école d'infirmière ..... 1
- b) CEGEP ou collégiale ..... 2
- c) Université (baccalauréat de base) ..... 3

23

11. Avez-vous obtenu un diplôme professionnel complémentaire après votre licence d'infirmière?

- a) non ..... 1
- b) oui ..... 2

24

12. Quel diplôme complémentaire avez-vous reçu après avoir obtenu votre licence d'infirmière?

- a) ne s'applique pas ..... 0
- b) Certificat en nursing communautaire ..... 1
- c) Certificat en éducation ..... 2
- d) Certificat en administration ..... 3
- e) Certificat en animation ..... 4
- f) Baccalauréat en sciences de la santé (nursing) ..... 5
- g) si autre, spécifiez ..... 6

25

---



---

26 27

13. Êtes-vous actuellement inscrit(e) à un programme d'étude?

a) non ..... 1

b) oui ..... 2

    lequel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

28

1	1
29	30

14. Avez-vous des projets de formation professionnelle?

a) poursuivre les études actuelles ..... 1

b) aucun projet ..... 2

c) indécis(e) ..... 3

d) aux études dans 1 an ..... 4

e) aux études dans 2 ans ..... 5

f) aux études éventuellement ..... 6

31

15. Quelle est la modalité souhaitée pour votre retour aux études?

a) ne s'applique pas ..... 0

b) temps complet ..... 1

c) temps partiel ..... 2

32

16. A votre connaissance, y a-t-il des possibilités d'accès à la formation universitaire offertes par votre centre hospitalier?

a) non ..... 1

b) oui ..... 2

c) je ne sais pas ..... 3

33

17. Quelles sont les modalités disponibles par votre centre hospitalier pour la formation universitaire?

Encerclez plus d'une réponse si nécessaire.

- a) ne s'applique pas ..... 0
- b) congé avec solde à temps plein ..... 1
- c) congé avec solde à temps partiel ..... 1
- d) congé sans solde à temps plein ..... 1
- e) congé sans solde à temps partiel ..... 1
- f) si autre, précisez ..... 1

---



---

34

35 36

18. Existe-t-il, au début de l'emploi, un programme d'orientation dispensé par le centre hospitalier?

- a) non ..... 1
- b) oui, mais non adéquat ..... 2
- c) oui, adéquat ..... 3

37

19. Existe-t-il de la formation en cours d'emploi dans votre centre hospitalier?

- a) non ..... 1
- b) oui ..... 2
- c) -je ne sais pas ..... 3

38

20. Lors des activités de formation en cours d'emploi, quelle est votre fréquence de participation?

- a) ne s'applique pas ..... 0
- b) jamais, à cause du manque de temps ..... 1
- c) jamais, par choix personnel ..... 2
- d) rarement, à cause du manque de temps ..... 3
- e) rarement, par choix personnel ..... 4
- f) occasionnellement ..... 5
- g) souvent ..... 6
- h) toujours ..... 7

39



20. S'il n'existe pas présentement dans votre centre hospitalier de la formation en cours d'emploi, et si on en offrait, quelle serait votre fréquence de participation?

- a) ne s'applique pas ..... 0
- b) jamais ..... 1
- c) rarement ..... 2
- d) occasionnellement ..... 3
- e) souvent ..... 4
- f) toujours ..... 5


40

15 | 10 | 5 | 0 | 5 | 10 | 15  
70 78



**ANNEXE D**

**Analyse de variance dans l'insatisfaction pour  
chacun des besoins entre les centres hospitaliers**



Une analyse de variance dans l'insatisfaction pour chacun des besoins a permis de déceler une différence significative ( $F = .05$ ) entre les centres hospitaliers quant aux besoins sociaux ( $F = 2.69$ ), d'estime ( $F = 2.77$ ), d'autonomie ( $F = 3.81$ ) et d'autonomie professionnelle ( $F = 3.45$ ). Aucune différence n'a été décelée quant aux besoins de sécurité ( $F = 2.35$ ) et d'actualisation de soi ( $F = 1.93$ ).

Analyse de variance (sécurité)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	18.09	4	4.52	2.35	2.40
Int.	573.56	299	1.92		
Total	591.65	303			

Conclusion: Aucune différence significative entre les hôpitaux

Analyse de variance (sociaux)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	10.31	4	2.58	2.69	2.40
Int.	286.17	299	0.96		
Total	296.48	303			

Conclusion: Différence significative entre les hôpitaux

Analyse de variance (estime)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	13.63	4	2.66	2.77	2.40
Int.	287.3	299	0.96		
Total	297.93	303			

Conclusion: Différence significative entre les hôpitaux

Analyse de variance (autonomie)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	13.40	4	3.35	3.81	2.40
Int.	264.29	299	0.88		
Total	277.69	303			

Conclusion: Différence significative entre les hôpitaux

Analyse de variance (autonomie professionnelle)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	14.37	4	3.59	3.45	2.40
Int.	311.38	299	1.04		
Total	325.75	303			

Conclusion: Différence significative entre les hôpitaux

Analyse de variance (actualisation de soi)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	8.18	4	2.05	1.93	2.40
Int.	317.37	299	1.06		
Total	325.55	303			

Conclusion: Aucune différence significative entre les hôpitaux



ANNEXE E

Analyse de variance dans l'importance pour  
chacun des besoins entre les centres hospitaliers

Une analyse de variance dans l'importance accordée à chacun des besoins a permis de déceler une différence significative ( $F .05$ ) entre les centres hospitaliers pour les variables estime ( $F 2.65$ ). Aucune différence significative n'a été décelée quant aux besoins de sécurité ( $F 1.99$ ), sociaux ( $F 2.00$ ), d'autonomie ( $F 1.36$ ), d'autonomie professionnelle ( $F 1.41$ ) et d'actualisation de soi ( $F 0.92$ ).

Analyse de variance (sécurité)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	10.12	4	2.53	1.99	2.40
Int.	381.02	299	1.27		
Total	391.14	303			

Conclusion: Aucune différence significative entre les hôpitaux

Analyse de variance (sociaux)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	4.87	4	1.22	2.00	2.40
Int.	183.69	299	0.61		
Total	188.56	303			

Conclusion: Aucune différence significative entre les hôpitaux

Analyse de variance (estime)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	5.73	4	1.43	2.65	2.40
Int.	163.28	299	0.54		
Total	169.01	303			

Conclusion: Différence significative entre les hôpitaux

Analyse de variance (autonomie)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	3.60	4	0.90	1.36	2.40
Int.	196.89	299	0.66		
Total	200.49	303			

Conclusion: Aucune différence significative entre les hôpitaux

Analyse de variance (autonomie professionnelle)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	4.79	4	1.20	1.41	2.40
Int.	254.94	299	0.85		
Total	259.73	303			

Conclusion: Aucune différence significative entre les hôpitaux

Analyse de variance (actualisation)

Source de variance	S. des carrés	d.l.	Variance	F	F 0.05
Ext.	2.16	4	0.54	0.92	2.40
Int.	177.45	299	0.59		
Total	179.61	303			

Conclusion: Aucune différence significative entre les hôpitaux

**ANNEXE F**

**Distribution des infirmières selon la formation  
continue projetée et l'accès à la formation universitaire.**

Accès à la formation universitaire	Formation continue projetée				
	Aucun	Indécise	Éventuel	2 ans	Poursuivre
Aucun (N: 54)	18	9	10	4	13
Oui (N: 191)	46	43	36	16	50
Je ne sais pas (N: 56)	17	20	12	5	2
Total (N: 301)	81	72	58	25	65

Quatre répondantes ont omis cette question.

**ANNEXE G**

**Distribution des répondantes selon le  
quart de travail et la modalité d'emploi.**

Modalité d'emploi	Quart de travail				
	Jour	Soir	Nuit	Rotation	Autre+
Permanente à temps complet (N: 195)	76	32	12	62	13
Permanente à temps partiel (N: 77)	9	19	8	37	4
Temporaire à temps complet (N: 14)	1	2	1	9	1
Temporaire à temps partiel (N: 19)	2	0	2	9	6
Total (N: 305)	88	53	23	117	24

**ANNEXE H**

**Distribution des répondantes selon les années d'expérience  
dans le centre hospitalier (C.H.) et le programme d'orientation offert.**

Programme d'orientation	Années d'expériences dans le C.H.				
	-de 2 ans	2 à 5	5 à 10	10 à 20	20 +
Aucun (N: 34)	4	7	12	10	1
Oui, non adéquat (N: 198)	39	67	52	35	4
Oui, adéquat (N: 68)	15	26	9	16	2
Total (N: 300)	58	100	73	61	7

Cinq répondantes ont omis cette question.