

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 RECUE

4

ETUDE SUR L'APPRENTISSAGE
DU ROLE PROFESSIONNEL DE L'INFIRMIERE

par S. Michèle Léveillé

Thèse présentée à l'Ecole des Etudes supérieures
et de la Recherche de l'Université d'Ottawa en
vue de l'obtention du Ph.D. en Education.

Montréal, Canada, 1980



S.M. Léveillé, Ottawa, Canada, 1982

RECONNAISSANCE

Cette thèse fut préparée sous la direction de
Pierre Poirier, Ph.D., professeur à la Faculté d'Éduca-
tion de l'Université d'Ottawa.

CURRICULUM STUDIORUM

Suzanne Michèle Léveillé naquit à Acton Vale, dans la Province de Québec, le 16 mai 1940. Elle obtint son B.Sc. N. de l'Université d'Ottawa en 1966 et son M.Ed. de cette même université en 1970.




TABLE DES MATIERES

Chapitres	pages
INTRODUCTION	viii
I.- LE CADRE THEORIQUE	1
1. La théorie du rôle et l'apprentissage du rôle	
2. Les études sur l'apprentissage d'un rôle professionnel	
3. Les études sur l'apprentissage du rôle de l'infirmière	
4. Les hypothèses de recherche	
II.- LES PROCEDURES DE RECHERCHE	24
1. Le milieu	
2. Les sujets observés	
3. Les variables intervenantes	
4. Les instruments d'observation	
5. Les techniques d'analyse des données	
III.- ANALYSES DES RESULTATS	51
1. Les variables intervenantés	
2. Les hypothèses principales	
RESUME ET CONCLUSION	90
BIBLIOGRAPHIE	94
Appendices	
1. LES INSTRUMENTS D'OBSERVATION	98
2. SOMMAIRE DE <u>L'étude de l'apprentissage du rôle professionnel de l'infirmière</u>	107

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	pages
I.- Distribution des professeurs et des étudiantes selon le nombre de sujets visés et le nombre de sujets obtenus	29
II.- Distribution des sujets suivant la position qu'ils occupent en milieu pratique	31
III.- Les catégories d'activités et leur représentation dans le questionnaire	39
IV.- Synthèse des qualités métrologiques de l'instrument	43
V.- Synthèse des qualités métrologiques des sous-dimensions du test	45
VI.- Matrice d'intercorrelations entre les sous-tests du test A	47
VII.- Matrice d'intercorrelations entre les sous-tests du test B	47
VIII.- Résumé des analyses de la variance: Travail à temps partiel des étudiantes/Formes A et B du test de perceptions	53
IX.- Résumé des analyses de la variance: Etudiantes de première année/institutions/Formes A et B du test de perceptions	54
X.- Résumé des analyses de la variance: Etudiantes de deuxième année/institutions/Formes A et B du test de perceptions	55
XI.- Résumé des analyses de la variance: Etudiantes de troisième année/institutions/Formes A et B du test de perceptions	56
XII.- Résumé des analyses de la variance: Professeurs classifiés par niveau d'enseignement/Formes A et B du test de perceptions	59

LISTE DES TABLEAUX

vi

Tableaux	pages
XIII.- Résumé des analyses de la variance: Les professeurs classés suivant leur institution/Formes A et B du test de perceptions	60
XIV.- Résumé des analyses de la variance: Les infirmières classées suivant leur institution/Formes A et B du test de perceptions ..	62
XV.- Résumé des analyses de la variance: Formation de base des professionnelles/ Formes A et B du test de perceptions	64
XVI.- Ordre séquentiel des moyennes sur la Forme B du test de perceptions chez les professionnelles classées selon les institutions qui les ont formées	65
XVII.- Comparaisons des moyennes sur les Formes A et B du test de perceptions entre les infirmières qui n'ont pas d'études complémentaires et celles qui ont étudié après leur cours de base	67
XVIII.- Résumé des analyses de la variance: Position des infirmières/Formes A et B du test de perceptions	69
XIX.- Résumé des analyses de la variance: Sujets des milieux hospitaliers classifiés suivant leurs années d'expérience/Formes A et B du test de perceptions	70
XX.- Comparaison des moyennes sur les Formes A et B du test de perceptions entre les infirmières (modèle pratique) et les professeurs (modèle académique)	76
XXI.- Comparaison des moyennes sur les sous-dimensions de la Forme B du test de perceptions entre les infirmières (modèle pratique) et les professeurs (modèle académique)	77

LISTE DES TABLEAUX

vii

Tableaux	pages
XXII.- Résumé des analyses de la variance: Étudiantes classées par niveau/Formes A et B du test de perceptions	81
XXIII.- Comparaisons des moyennes au test de perceptions, suivant la procédure de Tuckey B, entre les étudiantes infirmières classifiées par niveau	82
XXIV.- Comparaison des moyennes sur les Formes A et B du test de perceptions entre les étudiantes finissantes et les professeurs des collèges (modèle académique)	84
XXV.- Comparaison des moyennes sur les Formes A et B du test de perceptions entre les étudiantes finissantes et les infirmières des centres hospitaliers (modèle pratique) .	87

INTRODUCTION

En 1964, l'acceptation par le parlement du Québec du Rapport de la Commission Royale d'Enquête sur l'Education (Rapport Parent) a eu pour effet le transfert de la formation des infirmières des écoles rattachées aux hôpitaux, aux collèges d'enseignement général et professionnel.

Ce passage de la formation infirmière dans le contexte d'un système général d'éducation fut très controversé. Le profil de réforme de l'enseignement infirmier a suscité l'enthousiasme de plusieurs groupements; cependant, de nombreuses inquiétudes furent exprimées quant aux conséquences d'une formation donnée hors des murs de l'hôpital. Toutefois, la pression conjuguée des forces économiques, sociales et politiques l'emportèrent sur celles qui désiraient que les hôpitaux, par le biais de leurs écoles, continuent de dispenser l'enseignement infirmier.

Douze ans après ce transfert, les responsables de services de soins infirmiers des centres hospitaliers ont toujours tendance à voir les graduées des collèges comme mal préparées pour le monde du travail. Ces responsables reprochent aux maisons d'enseignement de négliger la formation pratique du nursing; en conséquence, les nouvelles graduées sont mal préparées et l'on doit leur donner de la formation additionnelle avant qu'elles puissent répondre aux attentes

de ces institutions.

Un fait demeure, les centres hospitaliers sont les organismes qui emploient la majorité des infirmières débutantes. Face aux inquiétudes soulevées par l'enseignement infirmier au Québec, il serait utile de savoir si la formation donnée à l'étudiante inscrite au programme de techniques infirmières la prépare à répondre de façon adéquate aux attentes de rôle, tel que formulées par les définisseurs de rôle du milieu hospitalier.

Les divergences d'opinion qui existent entre les définisseurs de rôle des milieux académique et hospitalier, en ce qui concerne la compétence des graduées en techniques infirmières, invitent à croire qu'il y a discontinuité dans les perceptions et les attitudes entre ces deux groupes de définisseurs du rôle de l'infirmière.

La théorie du rôle offre un cadre de référence pour l'étude de l'apprentissage du rôle professionnel de l'infirmière. Cette théorie permet de prédire qu'il y aura des conflits de rôle lorsqu'un acteur est exposé à des attentes de rôle divergentes durant les phases successives de son apprentissage.

Ce cadre de référence permet aussi d'expliquer les changements d'attitude ou de perception chez la néophyte quand celle-ci évolue dans des milieux différents, comme c'est le

cas pour la future infirmière durant sa formation académique, ou encore au moment où la nouvelle diplômée entre sur le marché du travail.

✓ Le but de la présente recherche est d'aborder l'apprentissage du rôle de l'infirmière par l'étude de l'évolution des perceptions de rôle chez l'étudiante engagée dans un programme de formation en techniques infirmières, en les comparant aux perceptions de rôle des deux groupes de définisseurs de rôle auxquels cette dernière est exposée durant les différentes phases successives de son apprentissage. Si l'on observe une discontinuité dans les perceptions de rôle entre les deux groupes de définisseurs (milieu académique et milieu pratique), il sera alors plausible de prédire des conflits de rôle chez les néophytes.

Le premier chapitre de ce rapport présentera les fondements théoriques du cadre de la recherche. Le second chapitre décrira les procédures de recherche. Les résultats seront analysés et discutés dans le troisième chapitre. Finalement, compte tenu du cadre théorique sur l'apprentissage d'un rôle professionnel, le rapport se terminera par un résumé des conclusions tirées de cette recherche sur la formation des infirmières au niveau collégial en milieu québécois.

CHAPITRE I

LE CADRE THEORIQUE

Ce chapitre comprend d'abord un exposé de la théorie du rôle; vient ensuite une revue des études qui utilisent la théorie du rôle comme cadre de référence pour l'apprentissage d'un rôle professionnel; en dernier lieu, sont présentées les études sur l'apprentissage du rôle de l'infirmière qui utilisent ce même cadre de référence.

1. La théorie du rôle et l'apprentissage du rôle.

Avant d'aborder l'apprentissage d'un rôle professionnel, il est nécessaire de développer certains concepts fondamentaux de la théorie du rôle.

Le rôle a été défini de plusieurs façons. Pour les fins de cette étude, la définition utilisée est celle de Gross et al qui, dans leur volume sur l'analyse du rôle du superintendant d'école situent le rôle dans une perspective organisationnelle.

A set of expectations applied to an incumbent of social positions.¹

¹ Neal Gross, Ward S. Mason et Alexander W. Mc Eachern, Explorations in Role Analysis: Studies of the School Superintendency Role, New York, John Wiley and Sons, 1958, p. 60.

Le rôle s'actualise dans une position. Une position dans une structure sociale équivaut à un système organisé d'attentes de rôle; ainsi, un ensemble de normes et d'attentes est associé à chacune des positions reconnues sociologiquement.

Ces attentes sont déterminées par la société en général ou par des groupes de définisseurs de rôle. Ces attentes de rôle déterminent les actions que l'occupant d'une position peut initier envers les occupants des autres positions et celles que ces occupants peuvent leur retourner de façon appropriée.

Les actions d'un individu sont organisées à partir d'antécédents cognitifs d'attentes de rôle et les perceptions de rôle peuvent être vues comme des réponses organisées d'une personne aux stimuli dans un contexte social. Les perceptions de rôle ont une influence sur l'adoption d'un comportement. Selon Combs,² le comportement d'un individu dépend de ses perceptions; si celles-ci sont adéquates, son comportement sera approprié.

Un autre concept de la théorie du rôle est celui de "standardisation" du rôle. Selon Linton, pour qu'un rôle puisse être appris, il doit avoir une certaine consistance.

² Arthur Combs, "Intelligence from a Perceptual Point of View", Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol. 47, 1952, p. 662-673.

The successful training of the individu for particular place in a society depends upon the standardization of the behavior of the society's members...³

Getzels et Guba⁴ ont développé le concept de "role rigor". Ce concept fait référence à la possibilité plus ou moins grande qu'a l'occupant d'une position de dévier du rôle tel que défini. Plus le rôle est fortement organisé, plus les attentes de rôle sont consistantes, plus il est difficile pour l'occupant de ce poste de résoudre ses conflits en déviant des attentes de rôle. La flexibilité ou la rigidité des limites de la structure du rôle est imposée par les groupes de définisseurs de rôle.

Les résultats de leur étude sur le rôle de l'officier professeur amènent ces auteurs à conclure que l'amplitude et l'intensité des conflits expérimentés dépendent de certaines variables. L'amplitude des conflits est fonction de l'incompatibilité des attentes de rôle et de la force de coercition que représentent ces attentes pour l'acteur. L'intensité des conflits est reliée à des variables situationnelles et personnelles.

³ Ralph Linton, The Cultural Background of Personality, Appleton-Century-Crofts, 1945, p. 19.

⁴ J.W. Getzels et E.G. Guba, "Role, Role Conflicts and Effectiveness: An Empirical Study", American Sociological Review, Vol. 19, No.1, fév. 1954, p. 164-175.

La socialisation est souvent définie en terme d'apprentissage d'un rôle social qui prépare le socialisé à accomplir un rôle d'adulte. Dans le cadre de l'apprentissage d'un rôle professionnel, Moore définit ainsi la socialisation.

Acquiring the requisite knowledge and skills and also the sense of occupational identity and internalization of occupational norms typical to the fully qualified practitioner.⁵

Merton ajoute une notion importante pour l'étude de l'apprentissage d'un rôle professionnel lorsqu'il présente la notion de "séquences dans le statut".

The succession of statuses occurring with sufficient frequency as to be socially patterned will be designated as a status sequence, as in the case, for example, of the statuses successively occupied by a medical student, intern, resident, and independent medical practitioner.⁶

La socialisation ou l'acquisition d'attentes de rôle et de comportement, telle que définie pour le rôle professionnel, est un processus continu "developmental" qui implique un passage à travers plusieurs phases.

⁵ W.E. Moore, The Professions Roles and Rules, New York, Russel Sage Foundation, 1970, p. 57.

⁶ Robert K. Merton, Social Theory and Social Structure, New York, The Free Press, 1957, p. 370.

Thornton et Nardi⁷ dans leur article sur la dynamique d'acquisition du rôle énumèrent les quatre phases d'acquisition d'un rôle, soit: la phase d'anticipation, la phase formelle, la phase informelle et la phase personnelle.

Lorsque l'acquisition d'un rôle requiert un entraînement formel avant que l'individu puisse s'engager sur le marché du travail, le processus éducatif expérimenté par l'occupant prospectif d'un rôle constitue la première phase de socialisation.

Cette première phase de la socialisation est dispensée par des institutions de formation (au Québec, dans le cadre de cette étude, par des collèges d'enseignement général et professionnel). Selon Parsons, ces institutions sont des organisations formelles.

An organization is a system which as the attainment of its goal, produces an identifiable something which can be utilized in some way by another system; that is, the output of the organization is for some other system, an input (...) in that of an educational organization it may be a certain type of "trained capacity" on the part of the students who have been subjected to its influence.⁸

7 Russel Thornton and Peter M. Nardi, "The Dynamics of Role Acquisition", American Journal of Sociology, Vol. 80, No. 4, Janvier 1975, p. 870-882.

8 Talcott Parsons, "Suggestions for Sociological Approach to the Theory of Organizations - I", dans Administration Science Quarterly, Vol. 1, Juin 1956, p. 65.

Un tel énoncé sous-entend que le système de formation accepte les valeurs du système pour lequel il forme la main-d'oeuvre.

Durant cette phase, l'individu acquiert les habiletés, les connaissances et les attentes de rôle requises pour qu'il puisse occuper de façon adéquate son rôle dans une structure sociale.

Pour Conway, le contenu de la socialisation, les attentes de rôle, les comportements de rôle rattachés aux différents rôles sont acquis par deux processus qui se produisent simultanément: le processus d'interaction et le processus d'apprentissage qui impliquent différents agents ou agences de socialisation.⁹

Parsons, qui fit du rôle le concept central de sa théorie sur le système social, considère l'apprentissage d'un rôle comme le principal mécanisme de socialisation. Il définit ainsi l'apprentissage:

Learning is defined broadly as the set of processes by which new elements of action orientation are acquired by the actor, new cognitive orientations, new values, new objects, new expressive interests. Learning is not confined to the early stages of the life cycle but continues throughout

⁹ Mary E. Conway and Margaret E. Hardy, "Theoretical Approaches to the Study of Roles" dans Role Theory: Perspectives for Health Professionals, New York, Appleton-Century-Crofts, p. 36.

life. What is ordinarily called a "normal" adaptation to a change in the situation or the "unfolding" of an established dynamic pattern is a learning process.¹⁰

Toujours selon Parsons, les principaux mécanismes d'apprentissage de rôle sont: le renforcement et l'extinction, l'inhibition, la substitution, l'imitation et l'identification. Les mécanismes d'imitation et d'identification sont à la base du concept de modèle de rôle.

Selon Sarbin, les rôles sont appris de la manière suivante:

The actions which are patterned into roles are learned through two broadly defined processes "intentional instruction" and "incidental learning". It should be explicitly stated that both forms of acquiring roles may operate conjointly. Any set of expectations acquired through intentional instruction and incidental learning. In intentional instruction the culture carriers in any society attempt to teach prescribed acts.¹¹

L'auteur poursuit son exposé en citant des études où il est fait mention que l'apprentissage dépend des opportunités offertes: "the absence of the opportunities for learning to enact roles appropriate to define positions leads to deviant conduct."¹²

¹⁰ Talcott Parsons, The Social System, New York, The Free Press, 1951, p. 203.

¹¹ Theodor R. Sarbin, "Role Theory" dans Handbook of Social Psychology, Vol. 1, Chap. 6, Addison Wesley, 1954, p. 226.

¹² Idem, *ibid.*, p. 227.

En plus de présenter une synthèse de la théorie du rôle, cet auteur propose une approche pour aborder l'étude de l'apprentissage d'un rôle professionnel.

If we accept the premise that perception is an intraorganism response of the organism to stimulus objects and events, then the extension to the social act is obvious (...). Role perception may be thought of as a sequence of behaviors in which the perceptual response is the first part of a social act.¹³

La perception de rôle est utilisée par plusieurs auteurs pour étudier l'apprentissage du rôle et observer des modelés (étudiants) et des modèles (groupes de référence).

Sargent¹⁴, dans son étude sur les conceptions de rôle, prédit des conflits de rôle quand un acteur doit s'adapter trop rapidement aux exigences de différents rôles ou quand l'acteur est confronté à des attentes de rôle conflictuelles.

Thornton et Nardi, dans leur article sur la dynamique de l'acquisition d'un rôle, démontrent l'impact qu'a la phase d'anticipation sur le succès ou le non succès du néophyte qui entre sur le marché du travail.


¹³ Idem *ibid.*, p. 229.

¹⁴ Stanfield Sargent, "Conceptions of Role Ego in Contemporary Psychology", dans John Rohrer and Museser Sherif ed., Social Psychology at the Crossroads, New York, Harper and Bros, 1951, p. 355-370.

People first develop preconceptions from exposure to anticipatory expectations presented by mass media and by others enacting the type of role anticipated and strictly reciprocal roles. Once neophytes enter social positions, the process of learning and reacting to more formalized expectations begins. Initial success is partly dependent on the closeness of the anticipatory experiences to these actual ones. Overt and covert, behavioral, attitudinal and cognitive, formal expectations typically are ones necessary for the achievement of the objectives of the system in which the role is located and are fixed by it.¹⁵

Les données qui précèdent permettent de formuler un cadre de référence pour l'étude de l'apprentissage d'un rôle. Le rôle est défini à partir des attentes de rôle formulées par les définisseurs de rôle pour l'occupant d'une position sociale (Gross et al, 1958). Les actions d'un individu sont organisées à partir de perceptions de rôle, le comportement d'un individu dépend de ses perceptions; si celles-ci sont adéquates, son comportement le sera (Combs, 1952). Lorsqu'un rôle est fortement structuré et que les attentes de rôle sont consistantes, l'occupant d'une position peut difficilement, pour éviter des conflits, dévier des attentes de rôle (Getzels et Guba, 1954). Ces auteurs concluent que l'amplitude des conflits de rôle est fonction de l'incompatibilité entre les attentes de rôle et de la force de coercition que représentent ces attentes pour l'acteur.

¹⁵ Russel Thornton et Peter M. Nardi, op. cit., p. 882.



La socialisation est le mécanisme par lequel un rôle est appris. L'apprentissage d'un rôle est un processus continu qui implique le passage à travers plusieurs phases successives (Merton, 1957, Thornton et Nardi, 1975) durant lesquelles les attentes de rôle sont présentées à l'individu de façon intentionnelle ou accidentelle par le groupe de définisseurs de rôle (Sarbin, 1954). Lorsqu'avant de s'engager sur le marché du travail, l'acquisition d'un rôle requiert un entraînement formel, celui-ci prend place dans des institutions de formation qui sont des organisations formelles. Le système de formation doit accepter les valeurs du système pour lequel il forme la main-d'oeuvre (Parsons, 1956).

Pour qu'il puisse y avoir apprentissage d'un rôle, deux conditions sont essentielles: l'opportunité de vivre le rôle (Sarbin, 1954) et des modèles de rôle doivent être disponibles (Parsons, 1951). L'individu expérimentera des conflits s'il doit s'adapter trop rapidement aux exigences de différents rôles ou s'il est confronté à des attentes de rôle conflictuelles de la part des définisseurs de rôle qui interagissent avec lui (Sargent, 1951).

Le succès du néophyte qui entre dans une position sociale après la phase d'anticipation ou d'entraînement formel dépend en grande partie de la continuité qui existe entre le rôle anticipé et le rôle qu'il doit actualiser (Thornton et Nardi, 1975). Des conflits de rôle peuvent se présenter lors-

que le processus de socialisation n'a pas fourni à l'individu les attitudes, les émotions, les valeurs, les habiletés et le mode social.

Appliquées à l'apprentissage d'un rôle professionnel, ces données permettent de prévoir l'efficacité d'un programme de formation, si l'on peut déterminer le degré de continuité qui existe entre les attentes de rôle telles que formulées par les définisseurs de rôle des milieux académique et pratique. Le cadre théorique suggère aussi de tenir compte dans l'étude de l'apprentissage d'un rôle professionnel, de la disponibilité des modèles de rôle et des opportunités offertes à l'occupant prospectif d'un poste pour que celui-ci puisse vivre ce rôle (Sarbin, 1954).

Voici maintenant une synthèse d'études où les auteurs ont utilisé de façon explicite ou non la théorie du rôle pour aborder l'étude de l'apprentissage d'un rôle professionnel.

2. Les études sur l'apprentissage d'un rôle professionnel.

Merton, Reader et Kendall, dans leur étude s'intéressent aux processus par lesquels l'étudiant en médecine acquiert la connaissance de son rôle. Ils insistent aussi sur la valeur des groupes de référence dans l'acquisition d'un rôle professionnel. Voici comment ces auteurs voient l'apprentissage du rôle du médecin:

It is useful to think of the processes of role acquisition in two broad classes: direct learning through didactic teaching of one kind or another and indirect learning, in which attitudes, values, and behavior patterns are acquired as by products of contact with instructors and peers, with patients and with members of health teams. It would seem particularly useful to attend systematically to the less conspicuous and more easily neglected processes of indirect learning. (...). It is clear that not all which is taught in medical school is actually learned by students and that not all which is taught there, if by teaching is meant the didactic forms of instruction.¹⁶

Plus loin dans ce même ouvrage, ces auteurs soulignent qu'à cause de leurs objectifs en fonction de la recherche médicale, les professeurs des facultés de médecine peuvent présenter aux étudiants un modèle de rôle idéalisé et différent de la pratique. Les auteurs insistent pour que les modèles de pratique médicale du milieu pratique et du milieu académique soient comparables: "it must remain an impression merely until there are systematic comparisons of practice in medical schools and among medical practitioners at large."¹⁷

Les données offertes par ces auteurs invitent, dans le cadre d'une étude sur l'apprentissage d'un rôle professionnel, à contrôler le degré de coïncidence entre les définitions de rôle et les modèles de rôle présentés par des

¹⁶ Robert K. Merton, George C. Reader et Patricia J. Kendall, The Student Physician, Cambridge, Harvard University Press, 1957, p. 41-42.

¹⁷ Idem, *ibid.*, p. 76.

définisseurs de rôle des milieux académique et pratique. Le degré de congruence ou d'incongruence entre l'apprentissage durant la phase académique et l'apprentissage durant la phase pratique peut servir d'indice et permettre de prévoir s'il y aura ou non des conflits possibles chez le néophyte qui entre sur le marché du travail.

Gross et Herriot ont réalisé une étude sur le rôle du principal dans les écoles publiques. Dans cette étude, les auteurs parlent des phases du processus de socialisation dans lesquelles les principaux s'engagent durant l'apprentissage de leur rôle.

The first phase takes place in institutions of higher learning where prospective school principals and teachers must complete formal training before they can practice. But like social workers and ministers, principals and teachers can serve as practitioners only as members of an organization. They undergo a second process of socialization when actually at work, and they must learn or work out the standards that hold for their position and those related to it. The norms and values they encounter in the two settings in college or universities inculcate in them ideal images of their roles. But these ideal conceptions of their roles may be at variance with those held by significant others in the organizations in which they work.¹⁸

Les résultats de leur étude amènent à vérifier la congruence entre les attentes de rôle définies par les définisseurs de rôle théorique et pratique.

¹⁸ Neal Gross, Robert E. Herriot, Staff Leadership in Public School: A Sociological Inquiry, New York, John Wiley and Sons, 1965, p. 95.

L'étude de Becker et Carper sur les changements d'identité manifestés par les étudiants en philosophie, en physiologie et en génie durant la phase académique de l'apprentissage de leur rôle professionnel démontrent que ceux-ci peuvent intérioriser durant cette phase les comportements et l'habileté professionnelle seulement si on leur offre l'opportunité d'observer un modèle de rôle en l'occurrence, leur professeur.

Thus constrained by school situation, perhaps with the opportunity to observe his professor making use of these skills, he (l'étudiant) acquires them and the interest they presuppose and so becomes associated in the eyes of others with the particular work identity they symbolize.¹⁹

Horowitz²⁰ suggère que dans l'apprentissage d'un rôle professionnel, les opportunités offertes pour intérioriser un rôle sont tout aussi importantes que le modèle de rôle.

Léveillé²¹, dans son étude sur l'apprentissage du rôle du maître, démontre qu'il y a discontinuité entre les modèles de rôle présentés durant les phases théorique et

19 Howard S. Becker et James Carper, "The Development of Identification with an Occupation", The American Journal of Sociology, Vol. 61, No. 4, Jan. 1956, p. 297.

20 Myer Horowitz, Role Relationship in Student Teaching Settings, Unpublished Doctoral Thesis, Sanford University, 1965, 296 p.

21 C. Jean Léveillé, L'apprentissage du rôle du maître: exploration d'un modèle théorique, Thèse de doctorat non publiée, Université d'Ottawa, 1970, 174 p.

pratique d'apprentissage. Les résultats de sa recherche indiquent qu'il y a apprentissage du rôle vers le modèle proposé durant la première année de la phase académique d'apprentissage. Cet apprentissage atteint toutefois un plateau à la fin de cette première année.

Durant la phase pratique d'apprentissage, il y a évolution rapide de perception; celles-ci s'éloignent du modèle proposé par le milieu académique pour s'orienter vers le modèle proposé par les praticiens.

3. Les études sur l'apprentissage du rôle de l'infirmière.

Alutto et ses collègues, à la suite de leur étude sur les différents programmes d'enseignement offerts pour la formation des infirmières, suggèrent que l'ampleur des conflits de rôle anticipés par les étudiantes infirmières en ce qui concerne leur rôle prospectif est fonction des opportunités offertes pour interioriser le rôle et les modèles de rôle présentés.

Difference in the magnitude of anticipated role conflict may very well be generated by the extensive work site experiences of students in many three year hospital affiliated programs, and the emphasis on professional ideals rather than existing practices in baccalaureat programs.²²

²² Joseph A. Alutto, Lawrence G. Hrebiniak et Ramon C. Alonso, "A Study of Differential Socialisation for Members of One Professional Occupation", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 12, June 1971, p. 144-145.

Corwin et Taves²³, dans un article sur les différentes conceptions de rôle de l'infirmière véhiculées par deux programmes de formation en nursing, soit celui affilié à un hôpital et l'autre à un collège, démontrent que, comparative-ment à l'infirmière formée dans une école rattachée à un hôpital, l'infirmière formée dans un collège expérimente plus de conflits de rôle au moment de son entrée sur le marché du travail. Ils attribuent cette différence à deux facteurs: l'influence du programme d'étude et les modèles de rôle proposés à l'étudiante. Selon eux, les valeurs et les standards de la profession peuvent être idéalisés dans l'environnement éducatif.

Hugues fait une observation similaire. Il suggère que la vision du rôle de l'infirmière présentée à l'étudiante par le professeur est une vision idéalisée du travail à l'hôpital.

The nurses who educate nurses cherish the most consistent opinions as to who does and who should perform a given task. In the manner of teacher, they are dogmatic. Removed from some degree of reality, they may preach an idealized version of hospital work.²⁴

23 Ronald G. Corwin et Marvin J. Taves, "Some Concomitants of Bureaucratic and Professional Conceptions of The Nurse Role", Nursing Research, Vol. 11, No. 4, Fall 1962, p. 223-227.

24 Everest C. Hugues, "The Making of a Physician: General Statement of Ideas and Problems", Human Organization, Vol. 14, Winter 1956, p. 21.

Smith²⁵ détermine dans une étude sur les aspects du rôle valorisé par les définisseurs de rôle théorique et pratique jusqu'à quel point ceux-ci sont divergents quant aux valeurs qu'ils privilégient. Cette étude démontre l'importance de tenir compte des attentes de rôle présentées aux étudiantes par les modèles pratique et théorique durant les différentes phases de l'apprentissage d'un rôle professionnel.

Lorsqu'il y a discontinuité entre les attentes des définisseurs de rôle théorique et pratique, on peut prévoir des conflits pour la néophyte qui entrera sur le marché du travail si la conception qu'elle a de son rôle est différente de celle du groupe critère des infirmières pratiquantes.

Kramer²⁶ croit que le transfert de l'enseignement infirmier dans les institutions de formation a eu pour effet d'accroître les conflits de rôle pour l'infirmière qui commence sa carrière car dans les institutions de formation, les professeurs présentent à leurs étudiantes une image idéalisée du rôle de l'infirmière et souhaitent voir cette image transmise plus tard lorsque celles-ci deviendront des professionnelles en nursing.

25 Kathryn M. Smith, "Discrepancies in the Role Specific Value of Head Nurses and Nurse Educators", Nursing Research, Vol. 14, Summer 1965, p. 196-202.

26 Marlene Kramer, "Role Models, Role Conceptions and Role Deprivation", Nursing Research, Vol. 17, No. 2, March-April 1968, p. 115-120.

Enseigner aux étudiantes "l'idéal" est une approche souhaitable, mais Kramer insiste pour que celles-ci soient aussi conscientes des réalités de l'environnement où elles devront pratiquer, sinon elles feront face à de graves désillusions.

With the increasing localization of the control nurse education programs within educational institutions, there has been a corresponding decrease in the opportunity for aspirant nurses to learn the nurse role through imitation or modeling of staff or head nurses. The nurse model now provided by the instructor is frequently labeled "idealistic". As a result, the nurse role learned by the student frequently reflects the instructor's "ideal" image of nursing, rather than the head nurse or staff nurse's "reality" image. When the neophyte subsequently encounters employment, she is faced with a situation in which the idealization role is perceived as less than functional. Unfortunately, the result of this disillusionment is frequently flight rather than fight.²⁷

Dans cette même étude, l'auteur démontre qu'après leur entrée sur le marché du travail, les néophytes abandonnent la conception du rôle véhiculée par le milieu académique pour s'orienter vers celle véhiculée par le milieu de travail.

Brief et ses collègues, à la suite de leur étude sur le stress expérimenté par l'infirmière dans son milieu de travail, suggèrent que le niveau de stress expérimenté est influencé en partie par le programme de formation.

²⁷ Idem, *ibid.*, p. 115.

Thus the degree of role stress experienced by an organizational member during the second phase of socialization is in part a function of the incongruities between his/her definition of the role and the definition of role senders in the employing organization.²⁸

Cette étude démontre la nécessité de tenir compte dans l'apprentissage d'un rôle professionnel des attentes de rôle définies par les définisseurs de rôle théorique et pratique.

Un autre auteur, Ondrack, dans son article sur la socialisation dans les institutions de formation professionnelle, prévoit que la socialisation de l'étudiant sera moins prononcée ou peut être négative à la fin du programme de formation, si celle-ci est soumise durant cet apprentissage à des modèles de rôle inconsistants ou divergents

If teachers in a school of nursing define goals and objectives for the professional program and if staff nurses and head nurses hold similar attitudes and values as teachers, a pronounced positive socialization effect should be found in students in that school. In a school where considerable dissimilarity in attitudes and values exists between teachers, head nurses and staff nurses, the socialization effect would be less pronounced and may even be negative by the end of program.²⁹

28 Arthur P. Brief et al, "Anticipatory Socialization and Role Stress Among Registered Nurses", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 20, June 1979, p. 161.

29 D.A. Ondrack, "Socialization in Professional Schools: A Comparative Study", Administrative Science Quarterly, Vol. 20, March 1975, p. 97.



Les résultats des études sur l'apprentissage d'un rôle professionnel démontrent l'importance de tenir compte dans ce genre d'étude de la disponibilité de modèles de rôle (Horowitz, 1965, Kramer, 1968, Léveillé, 1970), de la consistance ou de la convergence des modèles de rôle présentés durant la phase d'apprentissage formel (Léveillé, 1970, Ondrack, 1975) et finalement, de la continuité qui existe entre les attentes des définisseurs de rôle des milieux académique et pratique (Kramer, 1968).

Essentiellement, le rôle est un mode de comportement appris et son adoption dépend de la disponibilité et de la consistance des modèles de rôle. Ces notions permettent de prévoir des conflits de rôle possibles si le néophyte est soumis durant les phases successives d'acquisition de son rôle professionnel, à des attentes inconsistantes ou divergentes de la part des différents groupes de définisseurs de rôle. Des conflits de rôle peuvent alors se présenter si celui-ci n'a pas eu l'opportunité, grâce à des expériences adéquates, d'acquérir les attitudes, les habiletés et le mode de comportement social nécessaire pour accomplir de façon adéquate le rôle qui lui est dévolu.

L'étude de l'apprentissage du rôle professionnel de l'infirmière est intéressante, car elle offre une étude de cas où le rôle est plus structuré (Getzels, 1954) que celui du maître, mais l'est toutefois moins que celui du soldat.

De plus, la phase académique de la formation présente un aspect distinctif car il y a, durant cette phase, présence simultanée de deux modèles de rôle, l'un académique, l'autre pratique. Cette présence simultanée de deux modèles de rôle durant la phase formelle de l'apprentissage du rôle laisse l'opportunité d'envisager la possibilité que, s'il y a incongruence entre les modèles de rôle présentés, compte tenu que le rôle de l'infirmière est plus structuré, le modèle de rôle pratique ait plus d'influence que le modèle de rôle académique.

Finalement, la méthodologie la plus courante utilisée pour l'étude sur la socialisation dans un rôle vérifie habituellement seulement le changement d'attitudes ou de comportement ou l'évolution de ces changements, sans les comparer aux attitudes ou au comportement présentés par les modèles de rôle.

Il est important dans l'étude du processus de socialisation d'utiliser une méthodologie qui permette de fournir de l'information sur l'identification et l'imitation, deux mécanismes reliés au concept de modèle de rôle, à savoir l'imitation ou l'identification "à quoi" au modèle de rôle académique ou au modèle de rôle pratique. On entend par modèle de rôle, la norme perceptuelle ou autre présentée par un groupe de définisseurs sur un rôle. Lorsqu'il y a deux groupes de définisseurs de rôle, le modèle de rôle académique représente la norme du milieu de formation, tandis que le modèle pratique est

représenté par la norme du milieu du travail.

La présente recherche tentera de vérifier si, dans l'apprentissage du rôle professionnel de l'infirmière en milieu collégial:

- 1) les modèles de rôle présentés à l'étudiante infirmière sont consistants;
- 2) s'il existe une continuité entre les modèles de rôle proposés à la future infirmière;
- 3) s'il y a évolution dans les perceptions de rôle;
- 4) si l'évolution dans les perceptions de rôle est orientée vers le modèle de rôle proposé.

De façon plus spécifique, l'étude tentera d'éprouver un ensemble d'hypothèses portant sur l'apprentissage du rôle de l'infirmière durant la phase d'anticipation (académique) et la phase formelle (pratique) ou sur la continuité qui existe entre les modèles de rôle présentés durant ces mêmes phases d'apprentissage académique et pratique.

Les hypothèses de recherche sont les suivantes.

4. Les hypothèses de recherche.

1. Il n'y a pas de différences significatives entre le modèle académique et le modèle pratique du rôle de l'infirmière.

Cette hypothèse veut vérifier la consistance qui existe entre les modèles de rôle présentés au néophyte durant les phases successives de son apprentissage.

2. Les perceptions de rôle de l'étudiante infirmière évoluent vers le modèle de rôle présenté par les professeurs en milieu académique et deviennent consistantes avec celui-ci.

Cette hypothèse tente de vérifier par un schème transversal ex-post-facto s'il y a évolution dans les perceptions de rôle des étudiantes infirmières et si cette évolution est orientée vers le modèle de rôle du milieu académique.

3. Il n'y aura pas de différences significatives dans les perceptions de rôle entre les étudiantes infirmières finissantes de collèges et le modèle de rôle pratique.

Cette hypothèse permet de vérifier la continuité qui existe entre le résultat de l'apprentissage produit par chacune de ces phases.

Le prochain chapitre décrira les procédures qui ont permis de vérifier les hypothèses sur l'apprentissage du rôle de l'infirmière en milieu québécois.

CHAPITRE II

LES PROCÉDURES DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, sont décrites les procédures utilisées pour vérifier les hypothèses de recherche en présentant d'abord le milieu étudié, les sujets observés et finalement, les instruments d'observation.

1. Le milieu.

L'expérimentation s'est déroulée dans des organismes situés dans la ville de Montréal. Ce choix, en plus d'offrir sur le plan pratique l'accès à plusieurs institutions de formation et à plusieurs centres hospitaliers, présente des avantages d'ordre méthodologique. D'abord l'homogénéité de l'échantillon de sujets, ce qui permet d'éviter l'introduction dans la recherche de variations qui pourraient être attribuées à des disparités régionales. En second lieu, tous les stages pratiques des étudiantes en techniques infirmières sont réalisés dans les centres hospitaliers de cette ville. Finalement, ces mêmes centres hospitaliers emploient la plupart des graduées de ces collèges.

L'échantillon est composé d'étudiantes inscrites en techniques infirmières dans les trois collèges d'enseignement général et professionnel de Montréal et par les infirmières oeuvrant dans quatre grands centres hospitaliers

universitaires de courte durée de cette même ville. Un cinquième centre a dû être enlevé de l'échantillon de départ à cause des conflits syndicaux qui sévissaient dans cette institution au moment de l'expérimentation.

Le milieu académique

Le système d'éducation de la Province de Québec est sous la responsabilité du Ministère de l'Education. Celui-ci contrôle de façon générale les programmes de formation. Ce contrôle s'effectue sous forme de budgets, de lois et de règlements qui proviennent du Ministère ou de ses représentants.

La formation infirmière offerte par les collèges d'enseignement général et professionnel relève du système d'éducation. Le programme de formation en techniques infirmières a pour but de former des infirmières pour le système de santé. Ce programme s'échelonne sur trois ans et comprend un ensemble de cours théoriques et des stages pratiques qui offrent à l'étudiante infirmière l'opportunité d'appliquer les connaissances acquises.

Le milieu pratique

Le système de santé de la Province de Québec relève de la juridiction du Ministère des Affaires Sociales. Celui-ci contrôle de façon générale des programmes de distribution

de soins. Ce contrôle s'effectue par l'émission de budgets, de règlements et de lois qui émanent du Ministère ou de ses délégués. Les programmes de soins offerts à la population par le biais des centres hospitaliers de courte durée relèvent du système de santé. Toutefois, pour atteindre leurs objectifs, les centres hospitaliers s'appuient en grande partie sur la qualité de la main-d'oeuvre en science de la santé formée par le système d'éducation sur lequel il n'a aucun contrôle.

La formation des infirmières qui oeuvrent en milieu hospitalier relève de la compétence du système d'éducation. Théoriquement, il devrait y avoir un lien entre le système d'éducation et le système de santé. Cependant, aucune communication officielle n'existe entre les définisseurs de rôle de ces deux systèmes, si ce n'est qu'à l'occasion du stage clinique des étudiantes en techniques infirmières.

2. Les sujets observés.

Des questionnaires furent distribués dans chacun des organismes visés par la recherche. Les questionnaires furent distribués et recueillis entre le 15 avril et le 1er mai 80. Pour le milieu académique, l'expérimentation a eu lieu à la toute fin de l'année scolaire au moment où les étudiantes étaient en voie de terminer, ou avaient terminé leur stage clinique. Dans les centres hospitaliers, la distribution et

la cueillette des questionnaires a eu lieu avant la période des vacances annuelles.

Les réponses au questionnaire se faisant sur une base volontaire, il fut décidé de chercher à obtenir un échantillon représentatif des milieux académique et pratique, soit environ cinq cents répondants pour chacun des secteurs, pour un total approximatif de mille sujets.

Les sujets du milieu académique

L'échantillon de cinq cents sujets du milieu académique fut fractionné en sous-catégories: les étudiantes et les professeurs. Les étudiantes ont été choisies pour permettre l'étude de l'évolution de l'apprentissage du rôle et comprend des étudiantes de première, deuxième et troisième années. Le nombre d'étudiantes visées était de cent cinquante par institution, soit cinquante par année, pour un total de quatre cent cinquante sujets pour les trois institutions.

Comparativement à l'échantillon de départ, quatre cent sept ou 90.4% des questionnaires ont été retenus après élimination. Les questionnaires retenus l'ont été parce que les répondants avaient complété les données socio-biographiques et avaient répondu soit à la Forme A ou à la Forme B de l'inventaire des perceptions de l'infirmière sur son rôle professionnel. Le taux des répondants chez les étudiantes de première année est inférieur par rapport au nombre de

répondants de deuxième et de troisième années, parce que celles-ci se disaient incapables de répondre à certaines questions de l'inventaire des perceptions à cause de leur manque d'expérience dans le domaine.

L'apprentissage étant en fonction du modèle de rôle proposé, des professeurs de première, deuxième et troisième années de l'option techniques infirmières constituent l'échantillon qui représente le modèle pratique du rôle. Le nombre de professeurs visés était de soixante, soit vingt par institution. Cinquante-huit ou 96.6% des questionnaires ont été retenus pour fins d'analyse. Tous les sujets de l'échantillon du milieu académique occupent une fonction à plein temps et oeuvrent dans la section régulière du cours de techniques infirmières.

Le Tableau I permet de visualiser la distribution des sujets de l'échantillon du milieu académique.

Tableau I.- Distribution des professeurs et des étudiantes selon le nombre de sujets visés et le nombre de sujets obtenus.

Catégories de sujets	No de sujets visés	No de sujets obtenus
Professeurs	60	58
Etudiantes		
1e	150	104
2e	150	145
3e	150	158
TOTAL	510	465

Les sujets du milieu pratique

Dans le milieu pratique, les sujets choisis pour constituer l'échantillon occupent des positions qui, selon la littérature, ont un impact sur l'apprentissage du rôle de l'infirmière. Les sujets qui constituent le modèle pratique du rôle se répartissent dans quatre catégories: les chefs d'unité, les assistantes chef d'unité, les chefs d'équipe et les infirmières soignantes.

Les infirmières du secteur pratique choisies pour faire partie de l'échantillon occupent un emploi à plein temps au sein d'une unité de médecine ou de chirurgie dans un centre hospitalier universitaire de courte durée. A cause du mouvement du personnel et de la diversité des structures organisationnelles des différents centres hospitaliers, il fut impossible de déterminer pour ce milieu un nombre de sujets fixes par catégorie. Toutefois, le nombre de sujets visés par institution fut de cent vingt-cinq. Le minimum de questionnaires retenus pour un centre hospitalier fut de quatre-vingt-dix-sept. Le nombre total de répondants pour ce secteur fut de quatre cent cinquante-huit, soit 91.6% de l'échantillon défini au départ.

Le Tableau II présente la distribution des sujets de l'échantillon du milieu pratique.

Tableau II.- Distribution des sujets suivant la position qu'ils occupent en milieu pratique.

Position occupée	Nombre de sujets
Chefs d'unité	43
Assistants chef d'unité	58
Chefs d'équipe	104
Infirmières soignantes	253
TOTAL	458

3. Les variables intervenantes.

Les comparaisons faites doivent refléter véritablement le phénomène étudié; il faut donc contrôler le plus possible les variables qui peuvent intervenir et qui sont susceptibles d'influencer la perception du rôle de l'infirmière.

L'absence, en milieu québécois, de données scientifiques sur l'influence que certaines variables peuvent avoir sur la perception du rôle de l'infirmière nous obligent à introduire dans le présent questionnaire socio-biographique, à titre exploratoire, des questions qui permettront de contrôler ces variables.

Les réponses à certaines questions dudit questionnaire, comme l'horaire de travail, l'emploi à plein temps ou à temps partiel servent à contrôler les caractéristiques des répondants et à éliminer de l'échantillon les individus qui ne répondent pas aux caractéristiques des sujets visés par la recherche. La plupart des autres variables sont suggérées par Rheiner¹. Celui-ci, dans sa recherche sur la perception qu'a l'infirmière de son rôle et de son statut, donne une liste de variables qui peuvent influencer les perceptions de rôle et qui doivent être contrôlées dans une

¹ Neil W. Rheiner, The Role and Status of Nursing as Perceived by Nurses, Unpublished Doctoral Thesis, University of Nebraska, 1970, p. 84.

telle étude: l'âge, la formation de base, la position occupée, les études complétées après la formation de base.

Par ailleurs, en ce qui concerne le travail occasionnel chez l'étudiante infirmière, Olesen et Wittaker² suggèrent, après avoir observé que soixante-sept pourcent des étudiantes infirmières avaient un emploi en milieu hospitalier, soit comme aide, réceptionniste, bénévole, etc. que de tels emplois connexes à la profession faciliteraient l'acquisition du rôle de l'infirmière.

4. Les instruments d'observation.

Dans l'étude de l'apprentissage du rôle de l'infirmière, les instruments d'observation servent à observer les perceptions (la variable dépendante) qui portent sur des activités qui sont actualisées par l'infirmière dans l'exécution de son rôle professionnel en milieu hospitalier. Le choix de cette approche est courant et s'inspire des recherches présentées dans la littérature reliée à la théorie du rôle ou à l'apprentissage du rôle.

² V. Olesen, E. Wittaker, The Silent Dialogue, San Francisco, Jossey-Bass, 1968.

Littérature spécifique à l'instrument de mesure

Argyle³ dans son article sur le concept de rôle et de statut, fait mention de plusieurs études où la perception de rôle est utilisée comme variable dépendante.

Fishburn⁴ utilise la perception du degré d'importance attribué à des comportements de l'enseignant pour déterminer les discontinuités qui existent entre les groupes de sujets observés. Zalkind et Costello⁵ font ressortir dans leur étude les facteurs qui peuvent influencer la perception. Certains de ces facteurs relèvent de la personnalité de celui qui perçoit, d'autres sont inhérents à l'objet perçu tandis que d'autres font partie intégrante de la situation où survient la perception. Leur article signale un cas où l'entraînement intentionnel d'un groupe de sujets a eu pour effet de les rendre inférieurs, quant à la qualité de leur perception, à un groupe non entraîné.

3 Michael Argyle, "The Concept of Role and Status", Social Review, Vol. 41, No. 1, 1952, p. 39-52.

4 C.E. Fishburn, "Teacher Role Perception in the Secondary School", The Journal of Teacher Education, Vol. 13, No. 1, Mars 1962, p. 55-59.

5 Sheldon S. Zalkind et Timothy N. Costello, "Perception: Some Research and Implications for Administration", Administrative Science Quarterly, Vol. 7, No. 2, Sept. 62, p. 218-235.

Léveillé⁶ dans sa recherche sur l'apprentissage du rôle du maître en milieu québécois utilise la perception pour comparer ses groupes de sujets sur deux dimensions du rôle: ses aspects pratique et théorique. Il démontre qu'il y a discontinuité entre les modèles de rôle présentés durant les différentes phases d'apprentissage.♦

Field et Pierce Jones⁷ dans leur étude sur l'apprentissage du rôle de l'infirmière en psychiatrie arrivent à la conclusion que les définisseurs de rôle pratique et théorique véhiculent des conceptions de rôle différentes, ce qui produit une barrière et rend difficile la communication et la compréhension entre l'étudiante et le professeur en nursing.

La revue de la littérature sur l'apprentissage du rôle de l'infirmière nous fournit des instruments d'observation et une foule d'informations nécessaires pour déterminer quelles sont les données appropriées pour cette étude. Cependant, aucun des instruments utilisés permet d'étudier l'évolution des perceptions de l'étudiante durant les différentes phases de son apprentissage. Il fut donc décidé de construire un instrument approprié.

6 C. Jean Léveillé, L'apprentissage du rôle du maître: exploration d'un modèle théorique, Thèse de doctorat non publiée, Université d'Ottawa, 1970, X- 174 p.

7 William E. Jr. Field, John Pierce Jones, "Role Perception and Acquisition in Psychiatric Nursing", Nursing Research, Vol. 16, No. 1, Winter 1967, p. 61-66.

Construction et validation de l'instrument de mesure

L'instrument de mesure est composé d'une liste d'activités que l'infirmière est appelée à réaliser dans l'exercice de son rôle professionnel en milieu hospitalier. Ces activités sont présentées à la future infirmière dans un questionnaire de type Likert comme des perceptions de rôle, c'est-à-dire des comportements professionnels. Celle-ci peut réagir perceptiblement en indiquant soit le degré d'importance ou le degré de difficulté rattaché à l'actualisation de ces comportements.

La construction de cette liste d'activités professionnelles a permis de réaliser la diversité des attentes que les définisseurs de rôle ont face à la définition du rôle de l'infirmière. Il fut décidé devant cette diversité, que la liste comprendrait seulement un échantillon des activités reliées à la réalisation du rôle de l'infirmière qui oeuvre en milieu hospitalier dans des unités de médecine et de chirurgie. La liste des activités fut construite en se basant sur des indications qui proviennent de la description de tâches de l'infirmière dans les cinq centres hospitaliers choisis pour faire partie de la recherche, de la littérature qui traite de l'évaluation du rendement de

l'infirmière^{8 9 10 11} et sur des documents émis par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec^{12 13 14}.

Soixante-dix-huit item furent ainsi recueillis et ont servi de base à la construction d'une première liste. Les item de cette liste pouvaient se regrouper sous trois grandes catégories d'activités qui découlent des objectifs du programme de formation en techniques infirmières au niveau collégial¹⁵. Ces objectifs visent l'acquisition d'habiletés dans trois domaines, soit: technique, communication et administration.

8 Arthur P. Brief, "Developing a Usable Performance Appraisal System", The Journal of Nursing Administration, Vol. IX, No. 10, Oct. 1979, p. 7-10.

9 Cecilia Golightly, "MBO and Performance Appraisal", The Journal of Nursing Administration, Vol. IX, No. 9, Sept. 1979, p. 11-20.

10 Ann B. Hamric, M. Lorry Gresham and Mary Eccard, "Staff Evaluation of Clinical Leaders", The Journal of Nursing Administration, Vol. VIII, No. 1, Jan. 1978, p. 18-26.

11 John C. South, "The Performance Profile: A Technique for Using Appraisals Effectively", The Journal of Nursing Administration, Vol. XIII, No. 1, Jan. 1978, p. 27-34.

12 Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Nursing en soins prolongés, Montréal, avril 1976, 44 p.

13 Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Nursing dans les C.L.S.C., Montréal, septembre 1978, 131 p.

14 Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Nursing en santé mentale, Montréal, avril 1978, 58 p.

15 Direction générale de l'enseignement collégial, Cahier de l'Enseignement Collégial, "Objectifs du programme de techniques infirmières", 1979-80, Tome 1, p. 84

Deux procédures ont été utilisées pour déterminer la validité de contenu de la liste d'activités. La première procédure visait à éprouver le réalisme des activités de rôle présentées dans la liste. La seconde procédure visait à établir la représentativité des items dans les trois grandes catégories d'activités définies soit: technique, communication et administration.

La liste des soixante-dix-huit activités fut soumise pour consultation à 15 juges qui provenaient des cinq centres hospitaliers de Montréal visés dans la recherche. La répartition des juges était la suivante: huit chefs d'unité, cinq coordonnateurs et deux directeurs de soins ou adjoints. Les juges devaient déterminer si chacune des activités décrites étaient des activités réalisées par l'infirmière d'une unité de médecine et de chirurgie, dans l'exercice de ses fonctions en milieu hospitalier.

Soixante-huit des soixante-dix-huit items ont obtenu un consensus de cent pourcent entre les juges. Dix autres items ont obtenu un consensus de quatre-vingt-treize pourcent entre les juges. En conséquence, tous les items de la banque de départ ont été considérés valides sur ce critère.

La classification des items par catégories a été faite à l'aide de cinq juges choisis au hasard parmi le personnel permanent de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. Cette procédure a permis de valider l'appartenance

des item aux catégories d'activités déterminées par les objectifs de l'enseignement collégial pour la formation des infirmières.

A la suite de cette deuxième procédure, il fut convenu que le questionnaire expérimental était trop long et que certains item se répétaient ou se recoupaient. Le questionnaire fut réduit à cinquante-quatre énoncés dont quarante ont reçu, sur le critère de l'appartenance à des catégories, un consensus de cent pourcent entre les juges alors que quatorze autres énoncés ont obtenu sur ce même critère un consensus de quatre-vingt pourcent. La distribution des item selon les trois catégories d'activités est présentée au Tableau III.

Tableau III.- Les catégories d'activités et leur représentation dans le questionnaire.

Catégories d'activités nursing	Nombre d'item	Pourcentage des item
Technique	23	43
Communication	20	37
Administration	11	20
TOTAL	54	100

Le formulaire expérimental

Le formulaire expérimental présenté à l'annexe se divise en quatre parties: les directives, les données socio-biographiques, l'inventaire des perceptions de l'infirmière sur son rôle professionnel et finalement la feuille réponse.

La feuille de directives indique au répondant le temps requis pour compléter le questionnaire et lui présente la démarche à suivre pour répondre adéquatement au questionnaire de recherche.

L'inventaire des perceptions de l'infirmière sur son rôle professionnel est constitué d'une liste comprenant cinquante-quatre activités que l'infirmière, qui travaille en milieu hospitalier dans une unité de médecine ou de chirurgie, est appelée à réaliser dans l'exécution de son rôle professionnel. Les activités proposées se répartissent en trois catégories: technique (vingt-trois item), communication (vingt item) et administration (onze item).

L'inventaire des perceptions de l'infirmière sur son rôle professionnel permet d'évaluer les perceptions des sujets sur les degrés de difficulté et d'importance associés à la réalisation des activités reliées au rôle de l'infirmière.

L'aspect pratique du rôle est observé en demandant au sujet de déterminer le degré de difficulté rattaché à la

réalisation d'un échantillon d'activités reliées au rôle de l'infirmière. Le second, l'aspect théorique du rôle est observé en demandant aux sujets de déterminer s'il est important de réaliser l'échantillon d'activités reliées au rôle de l'infirmière pour réussir dans cette profession.

Il se peut qu'il y ait discontinuité dans les deux aspects du rôle entre les milieux académique et pratique. Il est aussi possible qu'il n'y ait discontinuité que sur un seul des aspects étudiés dans l'apprentissage du rôle.

Pour faciliter l'analyse statistique des données recueillies, la feuille réponse se détache du questionnaire. Sur un côté de la feuille réponse apparaît la forme A du questionnaire. Le répondant indique, par son choix pour chaque item en utilisant une échelle de cinq points, s'il est facile ou difficile pour une infirmière qui travaille dans un milieu hospitalier de réaliser les activités décrites dans la liste. Au verso de cette même feuille réponse, apparaît la forme B du questionnaire. Le répondant indique, par son choix pour chaque item en utilisant une échelle de cinq points, s'il est important ou non important que les activités de la liste soient réalisées adéquatement pour réussir comme infirmière dans un milieu hospitalier.

La pré-expérimentation

Lors de la pré-expérimentation, les sujets qui composaient l'échantillon avaient été sélectionnés pour couvrir les différents types de comportements perceptifs observés dans cette recherche. L'échantillon de 107 sujets était composé, pour le secteur académique, de 17 professeurs et soixante étudiantes réparties sur les trois années du cours de techniques infirmières. Le secteur pratique était représenté par sept chefs d'unité ou assistantes chef d'unité et par vingt-trois chefs d'équipe ou infirmières soignantes.

Les réponses obtenues des cent sept sujets ont fait l'objet d'une analyse statistique d'item.

Les indices de corrélation item-test ont été calculés à l'aide du programme RELIABILITY¹⁶. Les deux formes du test ont un degré d'homogénéité élevé et l'indice de fidélité est de .95 pour la forme A et de .95 pour la forme B du questionnaire. La synthèse des qualités métrologiques de l'instrument est présenté au Tableau IV.

¹⁶ Normand Nie et al., Statistical Package for the Social Sciences, 1975, McGraw Hill, 675 p.

Tableau IV.- Synthèse des qualités métrologiques de l'instrument.

Indice r_{it}	Nombre d'item Test A	Nombre d'item Test B
.20	1	1
.21 à .30	2	-
.31 à .40	3	10
.41 à .50	14	12
.51 à .60	26	19
.61 à .70	8	11
.71 à .80	-	1
M	119.50	79.45
σ	25.10	20.00
r_{tt}	.95	.95

Dans la recherche finale, les mêmes analyses ont été reprises pour permettre une vérification des indices de fidélité. Sur la Forme A du questionnaire, l'indice de fidélité obtenu est de .9382. Sur la Forme B, l'indice de fidélité est de .9513. De plus, le calcul de l'indice de corrélation entre la Forme A (difficulté) et la Forme B (importance) du test est .3315 pour 843 sujets qui ont répondu adéquatement aux deux formes du test. Cette information complémentaire indique que les deux formes du questionnaire mesurent des aspects distincts du rôle professionnel de l'infirmière.

Lors de la construction du questionnaire, celui-ci fut conçu en fonction des objectifs du cours d'infirmière au niveau collégial. Les trois objectifs se reflètent dans le contenu des item qui se subdivisent en trois catégories: technique (23 item), communication (20 item) et administration (11 item).

Une analyse d'item fut conduite sur les trois dimensions de chacune des formes du test. La synthèse des qualités métrologiques de chacune des dimensions est présentée au Tableau V.

Tableau V.- Synthèse des qualités métrologiques des sous-dimensions du test.

Sous-dimensions	Nombre d'item	r_{tt}	Fréquences des item/valeurs r_{it}				
			<.30	.31 à .40	.41 à .50	.51 à .60	>.61
<u>Test A</u>							
1	23	.8719	1	5	11	6	-
2	20	.8878	1	1	6	12	-
3	11	.8229	-	1	4	6	-
<u>Test B</u>							
1	23	.8911	-	3	8	11	1
2	20	.9124	-	1	2	11	6
3	11	.8471	-	-	5	4	2

Il ressort de ce tableau qu'aucun indice de fidélité n'est inférieur à .8229. En conséquence, on pourra à l'occasion utiliser ces sous-dimensions comme des sous-tests pour des fins de recherche.

Les item un à vingt-trois constituent le sous-test un, les item vingt-quatre à quarante-trois, le sous-test deux, et les item quarante-quatre à cinquante-quatre le sous-test trois. (Voir appendice A).

Dans les Tableaux VI et VII sont présentées les matrices d'intercorrélation entre les sous-test et leur test principal respectif. Il est à noter que dans les deux formes de l'inventaire de perception, la dimension trois (administration) est celle qui se distingue le plus du test principal et des deux autres sous-dimensions d'un même test.

Tableau VI.- Matrice d'intercorrélations entre les sous-test du test A.

	ST 2	ST 3	Test A
Sous-test 1	.6906	.5893	.8921
Sous-test 2		.6649	.9125
Sous-test 3			.8082

Tableau VII.- Matrice d'intercorrélations entre les sous-test du test B.

	ST 2	ST 3	Test B
Sous-test 1	.7713	.6204	.9168
Sous-test 2		.6653	.9337
Sous-test 3			.8044

5. Les techniques d'analyse des données.

Les analyses statistiques des données de la recherche ont été exécutées par ordinateur. Avant de procéder à l'entrée des données, deux types de contrôle manuel des questionnaires ont été faits.

Les données socio-biographiques ont permis d'éliminer de l'échantillon les sujets qui ne correspondaient pas aux caractéristiques désirées. Ainsi, tout sujet qui occupait un emploi à temps partiel fut exclu. De même en fut-il pour les infirmières qui travaillaient de nuit seulement. L'âge des étudiantes infirmières a été rendu homogène en excluant de cette catégorie tout sujet âgé de plus de vingt-deux ans. Une autre élimination préalable fut faite dans les cas où aucune des deux formes de l'inventaire des perceptions de l'infirmière sur son rôle professionnel n'avait été complétée.

L'échantillon final compte neuf cent vingt-trois (923) sujets qui ont répondu à l'une ou l'autre des deux formes de l'inventaire des perceptions de l'infirmière sur son rôle professionnel. Cette procédure permet de conserver le plus de sujets possibles pour les différentes études, surtout celle où il y a peu de répondants disponibles, tels les professeurs des collèges, les chefs d'unité et les assistantes chef d'unité. Huit cent quarante-trois (843) sujets ont complété les deux formes de l'inventaire perceptuel; huit

cent quatre-vingt-dix-sept (897) ont complété la forme A et huit cent soixante-cinq (865) ont complété la forme B de l'inventaire perceptuel.

Le fichier final de neuf cent vingt-trois (923) sujets sur lesquels sont basées les analyses statistiques est réduit selon que ces analyses sont réalisées sur la forme A ou la forme B de l'inventaire perceptuel. Il y a réduction aussi lorsque dans certaines études particulières le sujet n'a pas répondu à l'une ou l'autre des questions socio-biographiques, quand une telle question est utilisée comme clef de commande pour le repérage des sujets dans ces études particulières. Cependant, quelle que soit l'étude statistique, le taux des sujets retenus est supérieur à quatre-vingt pourcent des sujets visés par la recherche.

L'étude utilisera deux catégories d'hypothèses: celles qui permettront d'établir si certaines variables socio-biographiques peuvent avoir une influence sur l'apprentissage du rôle de l'infirmière et celles qui serviront à explorer l'apprentissage du rôle professionnel ou la continuité entre les modèles de rôles théorique et pratique.

La vérification de ces deux séries d'hypothèses se fera en comparant sur l'inventaire perceptuel les moyennes de deux ou de plusieurs groupes de sujets. S'il n'y a pas de différences significatives, les échantillons de sujets seront considérés comme provenant d'une seule population.

Dans les cas contraires, les groupes de sujets seront considérés comme distincts.

L'analyse de la variance à une seule dimension avec le sous-programme "Oneway"¹⁷ est utilisée dans les études où plus de deux catégories de sujets sont comparées. Le sous-programme "Oneway" est adapté aux études où les fréquences par catégorie sont inégales et aussi utilisé dans les cas où le postulat de l'homogénéité de la variance n'est pas réalisé. A moins d'indication contraire, les comparaisons multiples seront de type "a posteriori" suivant la procédure de Tuckey B avec un seuil de signification de $p = .05$.

Dans les analyses où seulement deux catégories de sujets sont comparées, le test t de Student¹⁸ est utilisé, s'il y a homogénéité de la variance; le test t' est choisi s'il n'y a pas homogénéité de la variance. Sauf indication contraire, le seuil de signification sera de $p = .05$ (bilatéral).

Le chapitre suivant présentera le résultat des analyses statistiques effectuées sur les données de la recherche.

¹⁷ Normand Nie, op. cit., p. 422-433.

¹⁸ Idem, ibid., p. 267-275.

CHAPITRE III

ANALYSES DES RESULTATS

Avant d'aborder l'étude des hypothèses principales, on traitera en premier lieu les variables qui peuvent avoir une incidence sur les perceptions de rôle.

1. Les variables intervenantes.

Parmi les variables intervenantes, quelques-unes s'adressent exclusivement aux sujets du milieu hospitalier, d'autres ne sont présentes qu'en milieu académique. Quelques-unes d'entre elles ont pu être contrôlées directement par la pré-sélection des sujets au moment de la distribution des questionnaires.

Milieu académique

Pour le milieu académique, l'âge des étudiantes a été rendu homogène en enlevant de l'échantillon tous les sujets âgés de plus de vingt-deux ans. De plus, l'étude ne considère que les étudiantes à temps complet.

Une analyse de la variance a été effectuée afin de déterminer si le travail occasionnel de l'étudiante en milieu hospitalier peut avoir un impact sur l'apprentissage de son rôle professionnel. L'analyse a permis de vérifier s'il y avait des différences de perceptions sur les deux

formes de l'inventaire des perceptions, entre les étudiantes qui n'ont aucun travail à temps partiel, celles qui ont un emploi à temps partiel en dehors du nursing et celles qui ont un emploi à temps partiel en nursing. Les résultats de ces analyses sont présentés au Tableau VIII.

Contrairement aux conclusions de l'étude d' Olesen et Wittaker¹, les résultats de la présente analyse montrent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les groupes au niveau de $p = .05$ et qu'en conséquence, cette variable n'aura pas d'incidence dans l'étude des hypothèses principales.

Afin de vérifier si le fait que les étudiantes soient formées dans différentes institutions d'enseignement puisse amener des variations indues dans la perception du rôle une autre analyse de la variance a été effectuée sur les deux formes du test de perceptions entre les étudiantes regroupées selon leur institution respective et leur niveau d'étude. Les résultats de cette dernière étude sont résumés dans les Tableaux IX, X et XI.

Quand on classifie les étudiantes par institution en contrôlant leur niveau d'étude:

- a) On ne trouve pas de différence significative sur les deux formes du test de perception entre les institutions en ce qui concerne les étudiantes de première et de troisième année.

¹ V. Olesen et E. Wittaker, op. cit.

Tableau VIII - Résumé des analyses de la variance:
Travail à temps partiel des étudiantes/Formes A
et B du test de perceptions.

Source de variation	d.l.	Somme des carrés	Carrés moyens	F	p
FORME A					
Inter-groupes	2	2,144.13	1,072.06	1.82	.16
Intra-groupe	387	227,556.44	588.00		
Total	389	229,700.57			
FORME B					
Inter-groupes	2	2,877.64	1,438.82	2.86	.06
Intra-groupe	381	191,880.05	503.62		
Total	383	194,757.69			

Tableau IX - Résumé des analyses de la variance:
Etudiantes de première année/institutions/Formes A et B du test de perceptions.

Source de variation	d.l.	Somme des carrés	Carrés moyens	F	p
FORME A					
Inter-groupes	2	1,955.14	977.57	1.75	.18
Intra-groupe	98	54,895.00	560.15		
Total	100	56,850.14			
FORME B					
Inter-groupes	2	1,446.08	723.04	1.73	.18
Intra-groupe	99	41,342.00	417.60		
Total	101	42,788.08			

Tableau X - Résumé des analyses de la variance:
Etudiantes de deuxième année/institutions/For-
mes A et B du test de perceptions.

Source de variation	d.l.	Somme des carrés	Carrés moyens	F	p
FORME A					
Inter-groupes	2	2,255.33	1,127.67	1.75	.18
Intra-groupe	134	86,381.75	644.64		
Total	136	88,637.08			
FORME B					
Inter-groupes	2	9,284.11	4,642.05	8.51	.000
Intra-groupe	135	73,664.54	545.66		
Total	137	82,948.65			

Tableau XI - Résumé des analyses de la variance:
Etudiantes de troisième année/institutions/For-
mes A et B du test de perceptions.

Source de variation	d.l.	Somme des carrés	Carrés moyens	F	p
FORME A					
Inter-groupes	2	1,616.41	808.21	1.63	.20
Intra-groupe	153	75,838.43	495.67		
Total	155	77,454.84			
FORME B					
Inter-groupes	2	173.84	86.92	.19	.83
Intra-groupe	147	66,839.52	454.69		
Total	149	67,013.36			

- b) Chez les étudiantes de deuxième année, l'on trouve cependant une institution qui se distingue des autres quant au mode perceptif sur le degré d'importance ($p = .0003$).

Dans le cadre de cette étude, tenant compte du fait que les étudiantes de troisième année ne se distinguent pas d'une institution à l'autre et que la différence observée quant au mode perceptif sur le degré d'importance au niveau des étudiantes de deuxième année n'est que transitoire et disparaît en troisième année, la variable institution d'enseignement ne sera pas retenue dans l'étude des hypothèses principales de la recherche.

Toujours en milieu académique, pour ce qui concerne le modèle théorique ou académique du rôle, les professeurs, un contrôle préalable a permis d'éliminer de l'échantillon tous les sujets qui n'occupaient pas un poste à plein temps dans l'un ou l'autre des trois collèges d'enseignement général et professionnel considérés dans l'étude.

Puisque les professeurs constituent le modèle de rôle théorique, il est important de savoir si leur mode perceptif est influencé par le niveau d'enseignement. Une analyse de la variance a donc été faite en tenant compte du niveau d'enseignement. Ont été exclus de l'étude les professeurs qui enseignaient à plus d'un niveau.

Le résumé des résultats de ces analyses est consigné dans le Tableau XII.

Les résultats de ces analyses indiquent qu'il n'y a pas de différence significative entre les trois groupes de professeurs classés selon leur niveau d'enseignement. L'homogénéité des perceptions de rôle chez les professeurs à travers les niveaux d'enseignement permet de les considérer comme le modèle de rôle théorique et de les traiter comme un seul groupe.

Finalement, une autre analyse de la variance fut entreprise pour déterminer si le mode perceptif des professeurs variait d'une institution à l'autre. Les résultats de cette analyse de la variance montrent que le mode perceptif des professeurs ne varie pas d'une institution à l'autre et que les professeurs peuvent être considérés comme un seul groupe de définisseurs de rôle. Le résumé de cette étude est présenté au Tableau XIII.

Une pré-sélection des sujets du milieu hospitalier a été effectuée en ne distribuant des questionnaires qu'aux infirmières qui occupaient un poste dans une unité de soins de médecine ou de chirurgie dans des centres hospitaliers universitaires de courte durée. Un autre contrôle fut fait à la réception des questionnaires pour éliminer de l'échantillon les sujets qui travaillaient à temps partiel ainsi que ceux qui ne

Tableau XII - Résumé des analyses de la variance:
Professeurs classifiés par niveau d'enseignement/
Formes A et B du test de perceptions.

Source de variation	d.l.	Somme des carrés	Carrés moyens	F	p
FORME A					
Inter-groupes	2	771.49	385.74	.463	.63
Intra-groupe	50	41,672.40	833.45		
Total	52	42,443.89			
FORME B					
Inter-groupes	2	1,516.17	758.09	.96	.39
Intra-groupe	49	38,643.89	788.65		
Total	51	40,160.06			

Tableau XIII - Résumé des analyses de la variance:
 Les professeurs classés suivant leur institution/
 Formes A et B du test de perceptions.

Source de variation	c.l.	Somme des carrés	Carrés moyens	F	p
FORME A					
Inter-groupes	2	437.81	219.90	.27	.77
Intra-groupe	54	44,173.17	818.02		
Total	56	44,612.98			
FORME B					
Inter-groupes	2	463.39	231.69	.29	.75
Intra-groupe	52	41,250.00	793.27		
Total	54	41,713.39			

travaillaient que la nuit.

La littérature signale cinq (5) autres variables qui peuvent avoir des incidences sur les perceptions du rôle de l'infirmière à savoir: la formation de base, les études complémentaires, la position occupée, l'âge et les années d'expérience professionnelle.

L'âge et le nombre d'années d'expérience étant en très forte corrélation, on ne tiendra compte que de ce dernier dans l'étude des hypothèses principales.

Afin de vérifier si les différents milieux hospitaliers véhiculent des perceptions de rôles différentes, une analyse de la variance fut effectuée sur les scores obtenus dans les deux dimensions du test de perception après avoir classifié les infirmières selon le centre hospitalier où elles travaillent. Un résumé de ces analyses de la variance est présenté dans le Tableau XIV.

Les tests F sont non significatifs. En conséquence, l'institution où travaillent les infirmières n'influence pas leur mode perceptif. Cette variable ne sera pas considérée dans l'interprétation des résultats sur les hypothèses principales.

Parmi les autres variables suggérées par la littérature comme facteurs pouvant influencer les perceptions de rôle, le type d'institution où la formation de base a été reçue est mentionnée.

Tableau XIV - Résumé des analyses de la variance:
Les infirmières classées suivant leurs institu-
tions/Formes A et B du test de perceptions.

Source de variation	d.l.	Somme des carrés	Carrés moyens	F	p
FORME A					
Inter-groupes	3	3,831.59	1,277.20	2.315	.08
Intra-groupe	439	242,230.64	551.78		
Total	442	246,062.23			
FORME B					
Inter-groupes	3	2,272.46	757.48	1.50	.21
Intra-groupe	413	208,694.81	505.31		
Total	416	210,967.27			

Dans cette étude, la question trois du questionnaire socio-biographique permet de vérifier si les professionnelles qui oeuvrent au Québec offrent des perceptions de rôle différentes selon qu'elles ont été formées dans une école rattachée à un hôpital, dans un collège ou dans une université. Le mode perceptif de ces trois catégories de sujets est étudié à l'aide de l'analyse de la variance et les résultats de ces analyses sont présentés dans le Tableau XV.

Il ressort de ces analyses qu'il y a des différences significatives sur la dimension théorique du test de perception, c'est-à-dire sur les perceptions du degré d'importance attribué aux comportements énoncés dans le test. Une étude plus poussée des données à l'aide de la procédure de Tuckey B permet de noter que les sujets qui ont reçu leur formation de base à l'université se distinguent nettement des sujets formés dans les collèges. Dans cette étude, le test de Bartlett pour l'homogénéité de la variance donne un $p = .340$ et le Tableau XVI montre l'ordre séquentiel des moyennes des groupes de sujets.

L'on doit cependant noter que dans cette analyse, les professionnelles étudiées comprennent à la fois les infirmières et les professeurs. Sur les vingt-cinq (25) sujets formés dans les universités, treize (13) sont des professeurs, les douze (12) autres sujets sont des infirmières oeuvrant en milieu hospitalier.

Tableau XV - Résumé des analyses de la variance:
Formation de base des professionnelles/For-
mes A et B du test de perceptions.

Source de variation	d.l.	Somme des carrés	Carrés moyens	F	P
FORME A					
Inter-groupes	2	534.19	267.10	.460	.63
Intra-groupe	489	284,178.64	581.14		
Total	491	284,712.83			
FORME B					
Inter-groupes	2	3,529.83	1,764.92	3.38	.04
Intra-groupe	457	238,939.55	522.84		
Total	459	242,469.38			

Tableau XVI - Ordre séquentiel des moyennes sur la
Forme B du test de perceptions chez les profes-
sionnelles classées selon les institutions qui
les ont formées.

	Formées dans les universités	Formées dans les écoles rattachées à un hôpital	Formées dans les collèges
N	25	173	262
M	87.76	96.68	99.54

En conséquence, les douze (12) infirmières représentent un très petit nombre parmi les définisseurs de rôle en milieu hospitalier où l'on compte près de quatre cent soixante (460) sujets. Il est donc peu probable que cette variable ait des incidences sur la définition du rôle en milieu pratique. Tel n'est pas le cas en ce qui concerne le modèle de rôle du milieu académique où les treize (13) professeurs qui ont une formation universitaire peuvent influencer le mode perceptif. Ces professeurs constituent le 1/5 de l'échantillon qui compte au total environ soixante (60) sujets. Il faudra donc tenir compte de ces constatations dans les conclusions sur les hypothèses principales de la recherche.

Afin de vérifier si les infirmières qui ont poursuivi, après leur formation de base, des études complémentaires ont des perceptions de rôle différentes de celles qui n'ont pas poursuivi leurs études, un test t a été effectué sur les différences de moyennes de ces deux groupes de sujets. Les résultats de cette étude apparaissent dans le Tableau XVII.

Les différences entre les moyennes n'étant pas significatives la variable études complémentaires après la formation de base ne sera pas retenue pour la vérification des hypothèses principales de la recherche.

La position occupée par l'infirmière dans l'organisation est une variable importante de l'étude car elle permet de déterminer s'il y a discontinuité entre les définisseurs

Tableau XVII - Comparaisons des moyennes sur les Formes A et B du test de perceptions entre les infirmières qui n'ont pas d'études complémentaires et celles qui ont étudié après leur cours de base.

	N	M	Homogénéité de variance	Valeur t	d.l.	p bi- latéral
FORME A						
sans étude	271	137.46	p = .97	-.68	443	.50
avec étude	174	139.01				
FORME B						
sans étude	263	98.03	p = .22	1.18	416	.27
avec étude	155	95.51				

de rôle du milieu pratique. Une analyse de la variance a été effectuée afin de comparer les modes perceptifs des chefs d'unité, des assistantes chef d'unité, des chefs d'équipe et des infirmières. Le Tableau XVIII présente les résultats de ces analyses.

Les valeurs F ne montrent aucune différence significatives sur l'une ou l'autre des dimensions du test de perceptions. En conséquence, on peut considérer que sur cet aspect il n'y a, en milieu hospitalier, qu'un seul modèle de rôle.

Avant d'aborder l'étude des hypothèses de recherche une dernière variable doit être considérée, le nombre d'années d'expérience professionnelle. Afin de vérifier si cette variable influence le mode perceptif du rôle de l'infirmière, les sujets du milieu hospitalier ont été subdivisés en seize catégories représentant les infirmières qui ont un an ou moins d'expérience, deux ans, trois ans... quinze ans, seize ans et plus. Une analyse de la variance sur les deux dimensions du test de perception montre qu'il n'y a aucune différence significative entre les groupes, c'est-à-dire que sur cette variable le milieu hospitalier offre un modèle de rôle unique et cohérent. Les résultats de ces analyses sont présentés au Tableau XIX.

Tableau XVIII - Résumé des analyses de la variance:
Position des infirmières/Formes A et B du test de
perceptions.

Source de variation	d.l.	Somme des carrés	Carrés moyens	F	p
FORME A					
Inter-groupes	3	2,319.51	773.17	1.39	.25
Intra-groupe	441	245,268.46	556.16		
Total	444	247,587.97			
FORME B					
Inter-groupes	3	3,526.13	1,175.38	2.33	.07
Intra-groupe	414	209,217.23	505.36		
Total	417	212,743.36			

Tableau XIX - Résumé des analyses de la variance:
Sujets des milieux hospitaliers classifiés suivant
leurs années d'expérience/Formes A et B du test de
perceptions.

Source de variation	d.l.	Somme des carrés	Carrés moyens	F	p
FORME A					
Inter-groupes	15	8,733.41	582.23	1.09	.36
Intra-groupe	406	216,782.35	533.95		
Total	421	225,515.76			
FORME B					
Inter-groupes	15	6,499.18	433.28	.89	.58
Intra-groupe	379	185,052.56	488.27		
Total	394	191,551.74			

2. Les hypothèses principales.

La présente recherche veut vérifier, à l'aide de la théorie de rôle, si le programme en techniques infirmières offert par les collèges d'enseignement général et professionnel prépare les futures professionnelles à remplir leur rôle d'infirmière dans un centre hospitalier.

La théorie du rôle et la littérature sur l'apprentissage d'un rôle professionnel permettent d'émettre certaines hypothèses sur des conflits de rôle possibles, plus particulièrement dans les cas où un néophyte est exposé durant les phases successives de son apprentissage à des modèles de rôle inconsistants ou divergents, c'est-à-dire quand le modèle de rôle offert durant la phase académique d'apprentissage ne correspond pas au modèle de rôle véhiculé par le milieu pratique.

Pour vérifier s'il y a continuité entre les modèles de rôle présentés durant les différentes phases de l'apprentissage du rôle professionnel de l'infirmière, trois hypothèses principales ont été énoncées et permettront de répondre aux questions suivantes:

- a) Quelle est la continuité entre les modèles de rôle présentés à l'infirmière en devenir?
- b) Comment réagit-elle au modèle présenté par le milieu académique ou encore, le modèle de rôle présenté par le milieu académique est-il assimilé?

- c) Comment réagit-elle devant le modèle de rôle présenté par le milieu pratique ou encore, le modèle de rôle présenté par le milieu pratique est-il assimilé?

Cette dernière question amène les deux sous-questions suivantes. Premièrement, y a-t-il une discontinuité entre les perceptions développées par l'étudiante durant la phase académique d'apprentissage et les perceptions du modèle de rôle qui lui sera présenté lorsqu'elle commencera sa carrière comme infirmière débutante dans un centre hospitalier? Cette sous-question se posera advenant le cas où le modèle académique n'est pas complètement assimilé.

Finalement, si la réponse à cette sous-question est affirmative, combien de temps faut-il à l'infirmière débutante pour se conformer au modèle de rôle du milieu pratique, c'est-à-dire pour résoudre ses conflits de rôle possibles?

L'instrument de mesure construit pour les fins de cette recherche permet d'observer des perceptions de rôle portant sur des activités professionnelles que l'infirmière réalisera en milieu hospitalier.

Cet instrument comprend deux grandes dimensions appelées Forme A et Forme B du test de perceptions, à savoir:

FORME A - degré de difficulté que comporte la réalisation des activités

FORME B - degré d'importance que mérite l'exécution de ces activités.

Chacune de ces deux dimensions principales est

constituée de trois catégories d'item: technique, communication et administration qui représentent les sous-dimensions du test. Chacune de ces sous-dimensions peut être utilisée dans la recherche comme des sous-tests. Ces sous-tests serviront à l'occasion pour expliquer avec plus de précision le sens qu'il faut donner aux discontinuités lorsque celles-ci sont manifestes.

Les hypothèses de la recherche sont formulées dans le langage familier de la théorie du rôle. Le terme modèle de rôle représente des perceptions de rôle provenant de deux groupes de définisseurs de rôle: les définisseurs académiques (les professeurs des collèges) et les définisseurs pratiques (les infirmières des centres hospitaliers). Le modèle académique et le modèle pratique seront utilisés pour représenter ces deux groupes de définisseurs de rôle.

La moyenne statistique obtenue sur le test de perceptions devient alors le symbole mathématique d'un modèle de rôle. Par exemple, le modèle académique sera représenté par la moyenne obtenue sur le test de perceptions par les professeurs des collèges qui ont complété adéquatement la forme A ou la forme B du test de perceptions.

La consistance ou la continuité d'un modèle ou de plusieurs modèles est conçu en terme de consistance statistique entre les groupes de définisseurs de rôle. Advenant le cas où les moyennes obtenues sur le test de perceptions entre

deux groupes de définisseurs n'offrent pas de différences significatives, ces deux groupes sont considérés comme homogènes et, en conséquence, le ou les modèles seront considérés comme consistants. On peut alors parler de consistance intra-groupe et inter-groupes.

Les études préliminaires ont montré, par exemple, que les définisseurs de rôle du milieu académique ne diffèrent pas entre eux quand on les classifie d'après leur institution d'origine ou leur niveau d'enseignement. De même en est-il des définisseurs de rôle pratique qui ne montrent aucune différence entre leurs perceptions de rôle quelle que soit leur position dans l'institution ou quelle que soit l'institution où ils oeuvrent.

La consistance intra-groupe des modèles de rôle ayant été déjà reconnue, les hypothèses principales de la recherche portent sur la consistance ou la continuité entre les groupes de définisseurs de rôle (inter-groupes) et sur l'adaptation des infirmières en devenir devant ces modèles de rôle.

La première hypothèse vérifie s'il y a continuité entre les modèles de rôle.

Hypothèse 1. Il n'y a pas de différences significatives entre les modèles académique et pratique du rôle de l'infirmière.

Pour vérifier cette hypothèse, une étude comparative a été effectuée à l'aide du test t de Student sur les

moyennes obtenues au test de perceptions par les professeurs des collèges et des infirmières des centres hospitaliers. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le Tableau XX et montrent qu'il y a des différences significatives sur la Forme A du test de perceptions, c'est-à-dire, sur la dimension qui porte sur le degré de difficulté dans la réalisation de certaines activités professionnelles.

Sur la Forme B du test, le degré d'importance de ces activités, le niveau de probabilité du test t , bien que non significatif est peu élevé et invite à tenir compte des sous-dimensions de la Forme B du test de perceptions. L'analyse a donc été poursuivie dans ce sens et le Tableau XXI décrit les résultats obtenus sur chacune des sous-dimensions de la Forme B du test de perceptions. Il ressort de ce tableau que seule la sous-dimension III, qui porte sur des activités reliées à l'administration, offre des différences significatives.

On peut conclure qu'en ce qui concerne la première hypothèse, il y a discontinuité entre les modèles de rôle sur la dimension pratique du rôle (degré de difficulté) et sur l'aspect des activités reliées à l'administration de la dimension théorique du rôle (degré d'importance). La discontinuité entre les modèles de rôle présentés par les milieux pratique et théorique pourrait s'expliquer à partir des ré-

Tableau XX - Comparaison des moyennes sur les Formes A et B du test de perceptions entre les infirmières (modèle pratique) et les professeurs (modèle académique).

	N	M	Homogénéité de la variance	Valeurs t	d.l.	p bi-latéral
FORME A						
Infirmières	445	138.07	p = .06	-2.23	500	.03
Professeurs	57	145.65				
FORME B						
Infirmières	418	97.09	p = .03	-1.54	471	.13
Professeurs	55	102.22				

Tableau XXI - Comparaison des moyennes sur les sous-dimensions de la Forme B du test de perceptions entre les infirmières (modèle pratique) et les professeurs (modèle académique).

	N	M	Homogénéité de la variance	Valeurs t	d.l.	p bi- latéral
FORME B						
SOUS-DIMENSION I						
Infirmières	422	40.18	p = .001	-0.61 ^b	61.95	.544
Professeurs	55	41.27				
SOUS-DIMENSION II						
Infirmières	421	37.46	p = .02	-1.35	474	.178
Professeurs	55	39.44				
SOUS-DIMENSION III						
Infirmières	421	19.49	p = .85	-2.40	474	.017*
Professeurs	55	21.51				

^b Valeur t'

* t est significatif à p = .05

sultats obtenus dans l'étude préliminaire sur la variable formation universitaire. Les résultats de cette étude montrent que, contrairement aux infirmières du milieu pratique, un grand nombre de professeurs ont une formation universitaire. Cette observation confirmerait les constatations de Kramer² qui suggère que l'infirmière formée à l'université expérimente plus de conflits de rôle comme infirmière débutante et que pour les résoudre, elle se tourne vers l'enseignement. Elle continue ainsi à véhiculer une conception idéalisée du rôle de l'infirmière, ce qui explique les différences entre les perceptions de rôle des modèles de rôle théorique et pratique. Outre la formation de base, le fait que les professeurs aient peu ou pas exercé le rôle d'infirmière soignante ou aient quitté depuis longtemps le milieu hospitalier peut aussi expliquer cette divergence du mode perceptif.

L'infirmière en devenir est donc exposée à expérimenter des conflits de rôle au moment de son entrée sur le marché du travail, advenant le cas où durant la phase académique d'apprentissage de son rôle, elle aurait assimilé le modèle qui lui a été présenté.

2 Marlene Kramer, op. cit.

Avant de conclure trop rapidement à des conflits de rôle possibles pour la future infirmière, il y a lieu de répondre à la seconde question de la recherche: L'infirmière en devenir assimile-t-elle le modèle de rôle qui lui est présenté durant la phase académique de son apprentissage? Les stages prévus dans le programme de formation freinent-ils l'évolution vers un modèle de rôle jugé trop idéalisé ou irréaliste?

La seconde hypothèse de recherche tentera de répondre à cette question en vérifiant d'abord s'il y a, durant la phase académique d'apprentissage, une évolution des perceptions de rôle de l'étudiante vers le modèle de rôle présenté par les professeurs et, en second lieu, y a-t-il assimilation complète du modèle de rôle proposé?

Hypothèse 2. Les perceptions de rôle de l'étudiante infirmière évoluent vers le modèle de rôle présenté par les professeurs en milieu académique et deviennent consistantes avec celui-ci.

Cette hypothèse nécessite deux types d'analyses. En premier lieu, pour vérifier s'il y a évolution des perceptions de la future infirmière vers le modèle présenté, on comparera les moyennes obtenues sur le test de perceptions par les étudiantes infirmières classées d'après leur niveau d'étude dans leur programme de formation. En deuxième lieu, la vérification de la seconde partie de l'hypothèse qui cherche à établir s'il y a une assimilation du modèle proposé

sera effectuée en comparant les perceptions de rôle des étudiantes finissantes à celles des perceptions de rôle du modèle théorique (les professeurs).

Dans le premier cas, une analyse de la variance permettra de comparer les trois groupes d'étudiantes entre elles en postulant a priori qu'il devrait y avoir une évolution continue des perceptions vers le modèle de rôle présenté par les professeurs (voir au Tableau XXIV les moyennes obtenues par les professeurs sur le test de perceptions). Dans le second cas, le test t sera utilisé pour comparer les moyennes obtenues par les deux groupes de sujets concernés.

Y a-t-il évolution des perceptions vers le modèle de rôle?

Le Tableau XXII résume les analyses de la variance exécutées entre les groupes de sujets sur les Formes A et B du test de perceptions.

Les résultats de l'analyse de la variance montrent qu'il y a des différences significatives entre les moyennes obtenues par les groupes de sujets; la procédure de Tuckey B (Tableau XXIII) fait voir qu'au seuil de signification de $p = .05$, la moyenne du groupe d'étudiantes de première année se distingue nettement des moyennes des deux autres groupes d'étudiantes, c'est-à-dire que les étudiantes de deuxième et de troisième années forment un seul groupe homogène quelle que soit la dimension du test de perceptions.

Tableau XXII - Résumé des analyses de la variance:
Etudiantes classées par niveau/Formes A et B du
test de perceptions.

Source de variation	d.l.	Somme des carrés	Carrés moyens	F	p
FORME A					
Inter-groupes	2	8,306.82	4,153.41	7.28	.000
Intra-groupe	391	222,942.06	570.18		
Total	393	231,248.88			
FORME B					
Inter-groupes	2	4,825.32	2,412.66	4.84	.008
Intra-groupe	387	192,750.08	498.06		
Total	389	197,575.40			

Tableau XXIII - Comparaisons des moyennes au test de perceptions, suivant la procédure Tuckey B, entre les étudiantes infirmières classifiées par niveau.

	FORME A			FORME B		
	Etudiantes 1ère année	Etudiantes 2e année	Etudiantes 3e année	Etudiantes 1ère année	Etudiantes 2e année	Etudiantes 3e année
Homogénéité de la variance	p = .28			p = .09		
M	120.83	128.15	132.47	81.86	90.38	89.24
N	101	137	156	102	138	150
Premier sous- ensemble	*			*		
Deuxième sous- ensemble		(*	*)		(*	*)

On doit conclure de ces résultats qu'il y a chez l'étudiante une évolution dans les perceptions de rôle et que cette évolution s'oriente vers le modèle théorique du rôle; que cette évolution se stabilise dès la fin de la deuxième année et atteint alors un plateau qui se maintient jusqu'à la fin de la dernière année de formation. En conséquence, il y a apprentissage du rôle de l'infirmière par les étudiantes infirmières formées au niveau du collège.

Y a-t-il assimilation du modèle de rôle présenté?

Le Tableau XXIV présente les résultats de l'analyse statistique effectuée à l'aide du test t entre les moyennes obtenues sur les Formes A et B du test de perceptions de rôle par les étudiantes finissantes et par les professeurs des collèges.

Les résultats montrent des différences significatives sur les deux dimensions du test de perceptions; cela signifie que le modèle de rôle n'est pas complètement assimilé. L'étudiante infirmière résiste dans son évolution vers le modèle de rôle proposé par le milieu académique. Cette résistance se manifeste d'ailleurs dès la seconde année de formation où l'on voit apparaître le début du plateau dans l'apprentissage de rôle de la future infirmière.

Cette résistance s'expliquerait par la nature hautement structurée du rôle professionnel de l'infirmière et par

Tableau XXIV - Comparaison des moyennes sur les Formes A et B du test de perceptions entre les étudiantes finissantes et les professeurs de Cegep (modèle académique).

	N	M	Homogénéité de la variance	Valeurs t	d.l.	p uni- latéral
FORME A						
Finis- santes	156	132.47	p = .03	3.54	211	.000
Profes- seurs	57	145.65				
FORME B						
Finis- santes	150	89.24	p = .011	3.56	203	.000
Profes- seurs	55	102.22				

la présence simultanée, lors des stages cliniques, de deux modèles de rôle; l'un théorique et l'autre pratique. En effet, contrairement aux études faites sur l'apprentissage d'un rôle professionnel (Merton³) (Léveillé⁴), où les futurs professionnels sont exposés successivement à des modèles de rôle discontinus, l'étudiante infirmière est en fait exposée simultanément aux deux modèles de rôle durant les stages cliniques inclus dans la phase académique de son apprentissage, puisque le professeur en techniques infirmières est responsable de l'étudiante durant sa formation pratique et est toujours présent lors des stages cliniques de l'étudiante.

Le fait que l'étudiante n'ait pas assimilé complètement les perceptions de rôle véhiculées par le modèle académique et que l'apprentissage du rôle atteigne un plateau dès la deuxième année de formation ne signifie pas que la future infirmière expérimentera nécessairement des conflits de rôle lorsqu'elle commencera sa carrière en milieu hospitalier. Il est possible en effet qu'à travers ses stages pratiques, l'étudiante infirmière ait assimilé le modèle de rôle du milieu pratique ou encore que l'apprentissage acquis en milieu académique soit inhibé quand elle commence sa carrière de professionnelle.

La possibilité que l'étudiante infirmière ait assi-

3 Robert K. Merton, op. cit.

4 C. Jean Léveillé, op. cit.

milé le modèle de rôle du milieu pratique rend opportune l'exploration de la troisième hypothèse de la recherche qui propose que, durant ses stages cliniques, la future infirmière aura assimilé le modèle pratique plutôt que le modèle académique et, qu'en conséquence:

Hypothèse 3. Il n'y aura pas de différences significatives dans les perceptions de rôle entre les étudiantes infirmières finissantes des collèges et le modèle de rôle pratique.

Pour vérifier cette dernière hypothèse, un test t a été effectué entre les moyennes obtenues sur le test de perceptions par les étudiantes de troisième année des collèges et les infirmières du milieu hospitalier.

Le Tableau XXV résume les résultats de cette analyse et montre que, malgré les stages en milieu hospitalier, les étudiantes infirmières n'ont pas assimilé le modèle de rôle pratique qu'elles y ont rencontré. En effet, durant les stages pratiques, à cause des conflits possibles suscités par la présence simultanée de modèles de rôle discontinus, les étudiantes infirmières atteignent un plateau dans leur apprentissage et n'assimilent aucun des modèles de rôle auxquels elles sont exposées. Ces résultats confirment l'opinion d'Ondrack⁴ qui dit que lorsque l'étudiant est soumis à des modèles de rôle inconsistants, la socialisation peut être moins accentuée ou négative à la fin du programme.

4 D.A. Ondrack, op. cit.

Tableau XXV - Comparaison des moyennes sur les Formes A et B du test de perceptions entre les étudiantes finissantes et les infirmières des centres hospitaliers (modèle pratique).

	N	M	Homogénéité de la variance	Valeurs t	d.l.	p bi- latéral
FORME A						
Finis- santes	156	132.47	p = .42	-2.58	599	.01
Infir- mières	445	138.07				
FORME B						
Finis- santes	150	89.24	p = .37	-3.71	566	.000
Infir- mières	418	97.09				

Cette explication est d'autant plus plausible que l'apprentissage du rôle reprend dès que le modèle académique disparaît, c'est-à-dire lorsque la finissante entre sur le marché du travail pour occuper son premier emploi.

D'autre part, les données du Tableau XIX montraient qu'il n'y a aucune différence significative entre les perceptions de rôle des infirmières classifiées selon leurs années d'expérience. Cet état de fait incite à croire que le rôle de l'infirmière est fortement structuré, au sens de la définition de Getzels et Guba⁵, ce qui explique cette consistance dans les perceptions de rôle observée chez les infirmières pratiquantes.

Toutefois, la classification des infirmières par année d'expérience empêche de préciser davantage ce qui se passe entre le début et la fin de cette première année sur le marché du travail.

On peut cependant conclure que c'est durant cette période que se produit la phase personnelle d'apprentissage du rôle (intériorisation du rôle) et que sont résolus les conflits de rôle possibles dus à l'inconsistance des modèles de rôle présentés durant la phase académique d'apprentissage du rôle.

5 J.W. Getzels et E.G. Guba, op. cit.

De plus, les centres hospitaliers où s'est déroulée la recherche offrent aux infirmières qui entrent sur le marché du travail une période d'orientation d'environ six semaines. Il se peut que cette période d'orientation soit le facteur principal qui permette au néophyte de s'adapter rapidement au modèle de rôle du milieu pratique.

RESUME ET CONCLUSION

Le but visé par la présente recherche était d'étudier à la lumière de la théorie du rôle, l'apprentissage du rôle professionnel de l'infirmière formée en milieu collégial. Cette théorie prédit des conflits de rôle dans le cas où l'infirmière en devenir est exposée successivement à des modèles de rôle inconsistants durant les différentes phases de son apprentissage.

Afin de réaliser une telle étude, trois hypothèses ont été formulées. D'abord, on a voulu vérifier s'il existait une consistance ou une continuité entre les modèles de rôle présentés par le milieu académique et le milieu pratique. En second lieu, on a cherché à découvrir s'il y avait apprentissage du rôle par l'étudiante infirmière, c'est-à-dire: a) y a-t-il un apprentissage du modèle académique? b) Y a-t-il un apprentissage du modèle pratique?

Pour répondre à ces questions de recherche, on a construit un test de perceptions portant sur des activités professionnelles réalisées par l'infirmière en milieu hospitalier. Les répondantes indiquaient alors quel degré de difficulté (Forme A du test) et quel degré d'importance (Forme B du test) elles attribuaient à la réalisation de chacune de ces activités. Le test de type Likert a permis

d'obtenir des moyennes des groupes de sujets que l'on a pu comparer entre eux. Dans des études préliminaires, l'homogénéité intra-groupe de chacun des milieux pris séparément a été vérifié. Les comparaisons inter-groupes ont servi à étudier les discontinuités.

L'échantillon de sujets observés comprend cinquante-huit (58) professeurs de niveau collégial, quatre cent sept (407) étudiantes réparties dans les trois années de formation et quatre cent cinquante-huit (458) infirmières occupant différentes positions au sein d'unités de médecine et de chirurgie dans des centres hospitaliers universitaires de courte durée.

Les études préliminaires ont démontré que les modèles de rôle sont consistants à l'intérieur de chacun des groupes de définisseurs de rôle.

Dans la vérification des hypothèses principales, l'analyse des données montre que le modèle de rôle présenté par le milieu académique se distingue du modèle de rôle du milieu pratique.

On observe en outre que la future infirmière évolue, jusqu'à un certain point, vers le modèle de rôle académique et que dans ce sens, il y a apprentissage de rôle. Cet apprentissage connaît toutefois un plateau dès la fin de la deuxième année de sa formation académique. De ces constatations, l'on peut déduire que l'arrêt momentané dans l'appren-

tissage serait dû à des conflits de rôle explicables par la présence simultanée, durant la phase académique d'apprentissage du rôle, de deux modèles de rôle inconsistants.

L'on note aussi que les perceptions de rôle de l'étudiante infirmière finissante se distinguent de celles du modèle pratique, donc qu'elle n'a pas assimilé davantage le modèle de rôle pratique, bien qu'elle ait été exposée à celui-ci durant les périodes de stages pratiques.

L'apprentissage du rôle reprend dès que la nouvelle infirmière débute dans son premier emploi. Elle s'adapte rapidement (en moins d'un an) au modèle pratique du rôle. Cette adaptation rapide serait due à trois facteurs: la disparition du modèle théorique du rôle, la structure fortement organisée du rôle et la consistance du modèle de rôle proposé par le milieu pratique.

Contrairement à la littérature courante sur l'apprentissage d'un rôle professionnel, les données de la présente recherche montrent que l'efficacité d'un apprentissage de rôle dépend non seulement de la continuité entre les modèles successifs présentés au professionnel prospectif durant les différentes phases de son apprentissage, mais aussi de la consistance entre les modèles de rôle présentés simultanément au futur professionnel durant une des phases d'apprentissage, comme ce pourrait être le cas à l'occasion des stages de formation pratique chez l'infirmière durant la

phase académique d'apprentissage.

BIBLIOGRAPHIE

Alutto, Joseph A., Lawrence G. Hrebiniak et Ramon C. Alonso, "A Study of Differential Socialization for Members of One Professional Occupation", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 12, June 1971, p. 140-147.

Argyle, Michael, "The Concept of Role and Status", Social Review, Vol. 41, No. 1, 1952, p. 39-52.

Becker, Howard S. et James W. Carper, "The Development of Identification with an Occupation", The American Journal of Sociology, Vol. 61, No. 4, Jan. 1956, p. 289-298.

Brief, Arthur P., "Developing a Usable Performance Appraisal System", The Journal of Nursing Administration, Vol. IX, No. 10, Oct. 1979, p. 7-10.

-----, Mary Van Sell, Ramon J. Aldag et Nancy Melone, "Anticipatory Socialization and Role Stress among Registered Nurses", Journal of Health and Social Behavior, Vol. 20, June 1979, p. 161-166.

Combs, Arthur, "Intelligence from a Perceptual Point of View", Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol. 47, 1952, p. 662-673.

Conway, Mary E. et Margaret E. Hardy, "Theoretical Approaches to the Study of Roles", Role Theory: Perspectives for Health Professionals, New York, Appleton-Century-Crofts, 1978, 354 p.

Corwin, Ronald G. et Marvin J. Taves, "Some Concomitants of Bureaucratic and Professional Conceptions of the Nurse Role", Nursing Research, Vol. 11, No. 4, Fall 1962, p. 223-227.

Direction générale de l'enseignement collégial, Cahier de l'Enseignement Collégial, "Objectifs du programme de techniques infirmières", 1979-80, Tome 1, p. 84.

Field, William E. Fr. et John Pierce Jones, "Role Perception and Acquisition in Psychiatric Nursing", Nursing Research, Vol. 16, No. 1, Winter 1967, p. 61-66.

Fishburn, C.E., "Teacher Role Perception in the Secondary School", The Journal of Teacher Education, Vol. 13, No. 1, Mars 1962, p. 55-59.

Getzels, J.W. et E.G. Guba, "Role, Role Conflicts and Effectiveness: An Empirical Study", American Sociological Review, Vol. 19, No. 1, Feb. 1954, p. 164-175.

Golightly, Cecilia, "MBO and Performance Appraisal", The Journal of Nursing Administration, Vol. IX, No. 9, Sept. 1979, p. 11-20.

Gross, Neal et Robert E. Herriot, "Staff Leadership in Public School: A Sociological Inquiry", New York, John Wiley and Sons, 1965, XI, 247 p.

-----, Ward S. Mason et Alexander W. Mc Eachern, Explorations in Role Analysis Studies of the School Superintendency Role, New York, John Wiley and Sons, 1958, 379 p.

Hamric, Ann B., M. Lorry Gresham and Mary Eccard, "Staff Evaluation of Clinical Leaders", The Journal of Nursing Administration, Vol. VIII, No. 1, Janvier 1978, p. 18-26.

Horowitz, Myer, Role Relationships in Student Teaching Settings, Unpublished Doctoral Thesis, Stanford University, 1965, 296 p.

Hugues, Everett C., "The Making of a Physician General Statement of Ideas and Problems", Human Organization, Vol. 14, Winter 1956, p. 21-25.

Kramer, Marlene, "Role Models Role Conceptions and Role Deprivation", Nursing Research, Vol. 17, No. 2, March April 1968, p. 115-120.

Léveillé, C. Jean, L'Apprentissage du rôle du maître: exploration d'un modèle théorique, Thèse de doctorat non publiée, Université d'Ottawa, 1970, 174 p.

Linton, Ralph, The Cultural Background of Personality, New York, Appleton-Century-Crofts, 1945, p. 19.

Merton, Robert K., Social Theory and Social Structure, New York, The Free Press, 1957, 645 p.

-----, George C. Reader et Patricia Kendall, The Student Physician, Cambridge, Harvard University Press, 1957, 360 p.

Moore, W.E., The Professions Roles and Rules, New York, Russel Sage Foundation, 1970, 390 p.

Nie, Normand et al, Statistical Package for the Social Sciences, Mac Graw Hill, 1975, 675 p.

Olesen, V. et E. Wittaker, The Silent Dialogue, San Francisco, Jossey Bass, 1968.

Ondrack, D.A., "Socialization in Professional Schools: A Comparative Study", Administrative Science Quarterly, Vol. 20, March 1975, p. 97-103.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, Nursing en soins prolongés, Montréal, Août 1976, 44 p.

-----, Nursing dans les C.L.S.C., Montréal, Septembre 1978, 131 p.

-----, Nursing en santé mentale, Montréal, Août 1978, 58 p.

Parsons, Talcott, The Social System, New York, The Free Press, 1951, 575 p.

-----, "Suggestions for Sociological Approach to the Theory of Organizations - I", dans Administration Science Quarterly, Vol. 1, Juin 1956, p. 63-85.

Rheiner, Neil, W., The Role and Status of Nursing as Perceived by Nurses, Unpublished Doctoral Thesis, University of Nebraska, 1970, p. 84.

Sarbin, Theodor, R., "Role Theory" dans Handbook of Social Psychology, Chap. 6, Vol. 1, Mass., Addison Wesley, 1954, p. 223-258.

Sargent, Stanfield, "Conceptions of Role Ego is Contemporary Psychology", dans John Rohrer and MUSAfer Sherif ed., Social Psychology at the Crossroads, New York, Harper & Bros, 1951, p. 355-370.

Smith, Kathryn, M., "Discrepancies in the Roles Specific Value of Head Nurses and Nurse Educators", Nursing Research, Vol. 14, Summer 1965, p. 196-202.

South, John, C., "The Performance Profile: A Technique for Using Appraisals Effectively", The Journal of Nursing Administration, Vol. VIII, No. 1, Jan. 1978, p. 27-34.

Thornton, Russell et Peter M. Nardi, The Dynamics of Role Acquisition, American Journal of Sociology, Vol. 80, No. 4, Jan. 1975, p. 870-882.

Zalkind, Sheldon, S. et Timothy N. Costello, "Perception: Some Research and Implications for Administration", Administrative Science Quarterly, Vol. 6, No. 2, Sept. 1962, p. 218-235.

APPENDICE 1

LES INSTRUMENTS D'OBSERVATION

DIRECTIVES

- Avant de commencer à répondre au questionnaire, assurez-vous de disposer d'une période de temps ininterrompue d'environ 40 minutes; le fait de dévier à cette directive pourrait introduire dans la recherche des variables non désirées.
- Eviter de discuter avec vos collègues du contenu du questionnaire ou de vos réponses à ce questionnaire avant que le matériel de recherche ait été complété et remis par TOUS.
- L'inventaire des perceptions de l'infirmière sur son rôle professionnel est constitué d'une liste d'activités numérotées de 1 à 54 et de deux (2) questions distinctes auxquelles il vous est demandé de répondre pour chacune des activités de la liste:
 - 1) la première question est inscrite sur la feuille réponse - FORME "A" et a pour but de déterminer le degré de difficulté impliqué dans chacune des activités de la liste;
 - 2) la seconde question est inscrite sur la feuille réponse - FORME "B" à l'endos de la FORME "A" et a pour but de déterminer l'importance de chacune de ces activités (même liste) dans l'exercice de la profession d'infirmière.
- Compléter d'abord la FORME "A" en appliquant la question à TOUTES les activités de la liste avant de compléter la FORME "B". Vous économiserez ainsi du temps et vous éviterez l'interférence entre les deux questions posées.
- Avant de commencer à répondre à la FORME "A" du questionnaire, il est suggéré d'effectuer une première tentative en répondant mentalement à quelques activités proposées dans la liste. La même suggestion s'applique à la FORME "B".

QUESTIONNAIRE SOCIO-BIOGRAPHIQUE

I - ENCERCLEZ le nombre correspondant à votre réponse.

TOUS	1. POSITION dans l'organisation _____	Infirmière-chef	1
		Ass. inf. chef	2
		Chef d'équipe	3
		Infirmière soignante	4
		Professeur	5
		Etudiant	6
TOUS EXCEPTE ETUDIANT	2. Votre emploi actuel est-il un travail à temps complet? _____	oui	1
		non	2
TOUS EXCEPTE ETUDIANT	3. Dans quel type d'institution avez-vous reçu votre formation de base? _____	Ecole rattachée à un hôpital	1
		Collège.	2
		Université	3
TOUS EXCEPTE ETUDIANT	4. Quelles études avez-vous poursuivie après votre formation de base? _____	Crédits pr certificat	1
		1 certificat	2
		2 certificats	3
		3 certificats ou bacc.	4
		Maîtrise	5
		Doctorat	6
ETUDIANT	5. En quelle année de CEGEP êtes-vous présentement? _____	Techniques inf. 1	1
		Techniques inf. 2	2
		Techniques inf. 3	3
ETUDIANT	6. Avez-vous un travail à temps partiel? _____	Aucun travail	1
		En nursing	2
		Autres que nursing	3
PROFESSEUR	7. En quelle année enseignez-vous au collège? _____	Techniques inf. 1	1
		Techniques inf. 2	2
		Techniques inf. 3	3
-CHEF D'EQUIPE INFIRMIERE	8. Quel est votre horaire de travail? _____	Jour seulement	1
		Soir seulement	2
		Nuit seulement	3
		Jour & rotation	4

QUESTIONNAIRE SOCIO-BIOGRAPHIQUE ...

II - Pour répondre aux questions qui suivent, vous inscrivez un nombre d'années dans les cases réservées pour les réponses. N'inscrivez jamais plus d'un chiffre par case, si le nombre d'années est inférieur à 10, le nombre devra être inscrit dans la case d'extrême droite précédé d'un 0 dans la case de gauche. Si la réponse est zéro (0), inscrivez 0 dans chacune des cases.

TOUS

9. Votre AGE _____

--	--

TOUS
EXCEPTE
ETUDIANT

10. Nombre total d'années d'expérience en nursing reconnu dans votre dossier officiel depuis votre entrée sur le marché du travail _____

--	--

TOUS
EXCEPTE
ETUDIANT

11. Nombre d'années d'expérience reconnu dans votre dossier officiel comme infirmière soignante ou chef d'équipe:

si moins d'une année complète
(inscrire le nombre de mois) _____

--	--

si plus d'une année complète
(inscrire le nombre d'années) _____

--	--

INF. CHEF
SEULEMENT

12. Depuis combien d'années occupez-vous un poste d'infirmière-chef? _____

--	--

PROFESSEUR
SEULEMENT

13. Nombre d'années d'expérience dans l'enseignement reconnu dans votre dossier officiel _____

--	--

INVENTAIRE DES PERCEPTIONS DE L'INFIRMIERE
SUR SON ROLE PROFESSIONNEL

1. Recueillir des données pertinentes en regard des besoins physiologiques, psychologiques et sociaux de chacun de ses clients.
2. Utiliser l'observation pour recueillir des données sur ses clients.
3. Utiliser les techniques de l'entrevue pour recueillir de l'information sur ses clients.
4. Rédiger une histoire nursing pour chacun de ses clients.
5. Etablir les besoins prioritaires du client en tenant compte des données recueillies.
6. Déterminer en collaboration avec le client et sa famille des objectifs à court et à long terme.
7. Etablir des objectifs de soins atteignables.
8. Analyser les différentes alternatives d'interventions et choisir l'action appropriée.
9. Impliquer le client dans l'élaboration de son plan de soins.
10. Ecrire un plan de soins individualisé pour chacun de ses clients.
11. Prodiguer les soins infirmiers en tenant compte des objectifs spécifiés et des interventions nursing choisies.
12. Exécuter les traitements spéciaux tels: changement de pansement, irrigation, etc. prescrits par le médecin en tenant compte des besoins du client.
13. Favoriser chez le client une élimination normale par des mesures rééducatives.
14. Favoriser chez le client le sommeil, la détente et le calme.
15. Respecter les croyances du client.
16. Favoriser pour le client la pratique religieuse.
17. Procurer au client une variété de moyens d'expression, de distraction et de récréation.
18. Prodiguer des soins à un groupe de malades.
19. Connaître le mode d'action des médicaments et les administrer avec discernement.
20. Appuyer et renforcer le plan de traitement initié par les autres professionnels pour le soin de ses clients.
21. Noter les réactions du client aux soins médicaux et nursing.
22. Analyser les effets des interventions nursing afin de vérifier l'atteinte des objectifs.
23. Réviser et mettre à jour le plan de soins de ses clients.

INVENTAIRE DES PERCEPTIONS DE L'INFIRMIERE
SUR SON ROLE PROFESSIONNEL

24. Apprendre au client à exécuter certains soins infirmiers (ex.: injection).
25. Enseigner au client l'effet des médicaments, leur mode d'administration et les précautions à prendre à leur égard.
26. Informer le client sur ses droits.
27. Informer le client des politiques du centre hospitalier.
28. Informer le client sur les services offerts par le centre hospitalier.
29. Renseigner le client sur sa maladie et ses incapacités.
30. Renseigner le client sur les ressources communautaires.
31. Informer le client et sa famille en matière de santé.
32. Reformuler ou clarifier pour le client certaines informations données par d'autres professionnels de la santé.
33. Trouver des méthodes d'enseignement qui rendront plus facile l'acquisition par le client des notions que l'on veut lui enseigner.
34. Vérifier le niveau de compréhension du client et de sa famille concernant les renseignements, les informations et les conseils donnés.
35. Travailler avec les autres professionnels de la santé dans une relation d'interdépendance et de complémentarité.
36. Participer aux rencontres multidisciplinaires.
37. Transmettre aux professionnels concernés les données pertinentes concernant ses clients.
38. Justifier et motiver son action auprès des autres professionnels de la santé.
39. Aider le client à verbaliser ses appréhensions face à sa condition.
40. Aider le client à verbaliser ses appréhensions face à la mort.
41. Echanger avec le client, répondre à ses questions, l'écouter, s'intéresser à ses inquiétudes, ses désirs, ses pensées, ses souvenirs et ses narrations.
42. Informer la famille de l'évolution, de l'état du client.
43. Contribuer à l'orientation du personnel.
44. Respecter son horaire de travail.
45. Respecter les politiques du centre hospitalier.
46. Anticiper la charge de travail journalier et déléguer de façon appropriée les tâches au personnel auxiliaire.

INVENTAIRE DES PERCEPTIONS DE L'INFIRMIERE
SUR SON ROLE PROFESSIONNEL

47. Rédiger son plan de travail en tenant compte des priorités.
48. Démontrer de la flexibilité dans l'organisation de son travail afin de répondre aux imprévus.
49. Coordonner les activités thérapeutiques et de diagnostic impliquant d'autres services.
50. Rédiger les rapports nécessaires au bon fonctionnement du service.
51. Participer tous les jours à la conférence d'équipe.
52. Superviser la qualité de soins infirmiers exécutés par le personnel auxiliaire.
53. Participer à l'évaluation du personnel auxiliaire.
54. Evaluer le degré de satisfaction du client et de sa famille face aux soins reçus.

FEUILLE REPOSE

FORME "A" - (PREMIERE QUESTION)

QUESTION à laquelle il faut répondre pour chacune des activités de la liste.

EST-IL FACILE OU DIFFICILE POUR UNE INFIRMIERE QUI TRAVAILLE EN MILIEU HOSPITALIER DE REALISER LES ACTIVITES DECRITES DANS LA LISTE?

Vis-à-vis le numéro correspondant à l'activité, ENCERCLER un des chiffres suivants, si vous considérez que l'activité décrite est:

- 1 - TOUJOURS FACILE à réaliser
- 2 - PLUS SOUVENT FACILE à réaliser que difficile à réaliser
- 3 - AUSSI SOUVENT FACILE à réaliser que DIFFICILE à réaliser
- 4 - RAREMENT FACILE à réaliser
- 5 - JAMAIS FACILE à réaliser

Il est nécessaire de répondre à chacune des 54 activités de la liste.

No de liste						No de liste					
	TOUJOURS	PLUS SOUVENT	AUSSI SOUVENT	RAREMENT	JAMAIS		TOUJOURS	PLUS SOUVENT	AUSSI SOUVENT	RAREMENT	JAMAIS
1-	1	2	3	4	5	28-	1	2	3	4	5
2-	1	2	3	4	5	29-	1	2	3	4	5
3-	1	2	3	4	5	30-	1	2	3	4	5
4-	1	2	3	4	5	31-	1	2	3	4	5
5-	1	2	3	4	5	32-	1	2	3	4	5
6-	1	2	3	4	5	33-	1	2	3	4	5
7-	1	2	3	4	5	34-	1	2	3	4	5
8-	1	2	3	4	5	35-	1	2	3	4	5
9-	1	2	3	4	5	36-	1	2	3	4	5
10-	1	2	3	4	5	37-	1	2	3	4	5
11-	1	2	3	4	5	38-	1	2	3	4	5
12-	1	2	3	4	5	39-	1	2	3	4	5
13-	1	2	3	4	5	40-	1	2	3	4	5
14-	1	2	3	4	5	41-	1	2	3	4	5
15-	1	2	3	4	5	42-	1	2	3	4	5
16-	1	2	3	4	5	43-	1	2	3	4	5
17-	1	2	3	4	5	44-	1	2	3	4	5
18-	1	2	3	4	5	45-	1	2	3	4	5
19-	1	2	3	4	5	46-	1	2	3	4	5
20-	1	2	3	4	5	47-	1	2	3	4	5
21-	1	2	3	4	5	48-	1	2	3	4	5
22-	1	2	3	4	5	49-	1	2	3	4	5
23-	1	2	3	4	5	50-	1	2	3	4	5
24-	1	2	3	4	5	51-	1	2	3	4	5
25-	1	2	3	4	5	52-	1	2	3	4	5
26-	1	2	3	4	5	53-	1	2	3	4	5
27-	1	2	3	4	5	54-	1	2	3	4	5

FEUILLE REPONSE

FORME "B" - (SECONDE QUESTION)

QUESTION à laquelle il faut répondre pour chacune des activités de la liste.

EST-IL IMPORTANT OU NON IMPORTANT QUE LES ACTIVITES DECRITES DANS LA LISTE SOIENT REALISEES ADEQUATEMENT POUR REUSSIR COMME INFIRMIERE DANS UN CENTRE HOSPITALIER?

Vis-à-vis le numéro correspondant à l'activité, ENCERCLER un des chiffres suivants, si vous considérez que la réalisation de l'activité est:

- 1 - TOUJOURS MPORTANTE pour réussir comme ...
- 2 - PLUS SOUVENT IMPORTANTE que non importante pour réussir comme ...
- 3 - AUSSI SOUVENT IMPORTANTE QUE NON IMPORTANTE pour réussir comme ...
- 4 - RAREMENT IMPORTANTE pour réussir comme ...
- 5 - JAMAIS IMPORTANTE pour réussir comme ...

Il est nécessaire de répondre à chacune des 54 activités de la liste.

No de liste	TOUJOURS	PLUS SOUVENT	AUSSI SOUVENT	RAREMENT	JAMAIS	No de liste	TOUJOURS	PLUS SOUVENT	AUSSI SOUVENT	RAREMENT	JAMAIS
1-	1	2	3	4	5	28-	1	2	3	4	5
2-	1	2	3	4	5	29-	1	2	3	4	5
3-	1	2	3	4	5	30-	1	2	3	4	5
4-	1	2	3	4	5	31-	1	2	3	4	5
5-	1	2	3	4	5	32-	1	2	3	4	5
6-	1	2	3	4	5	33-	1	2	3	4	5
7-	1	2	3	4	5	34-	1	2	3	4	5
8-	1	2	3	4	5	35-	1	2	3	4	5
9-	1	2	3	4	5	36-	1	2	3	4	5
10-	1	2	3	4	5	37-	1	2	3	4	5
11-	1	2	3	4	5	38-	1	2	3	4	5
12-	1	2	3	4	5	39-	1	2	3	4	5
13-	1	2	3	4	5	40-	1	2	3	4	5
14-	1	2	3	4	5	41-	1	2	3	4	5
15-	1	2	3	4	5	42-	1	2	3	4	5
16-	1	2	3	4	5	43-	1	2	3	4	5
17-	1	2	3	4	5	44-	1	2	3	4	5
18-	1	2	3	4	5	45-	1	2	3	4	5
19-	1	2	3	4	5	46-	1	2	3	4	5
20-	1	2	3	4	5	47-	1	2	3	4	5
21-	1	2	3	4	5	48-	1	2	3	4	5
22-	1	2	3	4	5	49-	1	2	3	4	5
23-	1	2	3	4	5	50-	1	2	3	4	5
24-	1	2	3	4	5	51-	1	2	3	4	5
25-	1	2	3	4	5	52-	1	2	3	4	5
26-	1	2	3	4	5	53-	1	2	3	4	5
27-	1	2	3	4	5	54-	1	2	3	4	5

APPENDICE 2

SOMMAIRE DE

Etude de l'apprentissage
du rôle professionnel de l'infirmière

APPENDICE 2

SOMMAIRE DE

L'étude de l'apprentissage du rôle professionnel de l'infirmière¹

Le but de la recherche était de vérifier à l'aide de la théorie du rôle si le programme de formation en techniques infirmières dispensé au niveau collégial favorisait l'apprentissage du rôle de l'infirmière.

Trois hypothèses ont été émises pour tenter de vérifier:

- a) s'il y avait consistance entre les modèles de rôle théorique et pratique;
- b) si l'étudiante infirmière évoluait vers le modèle de rôle académique et l'assimilait;
- c) si l'étudiante infirmière avait au cours de ses stages cliniques assimilé le modèle pratique du rôle.

Cinquante-huit (58) professeurs de niveau collégial, quatre cent sept (407) étudiantes réparties dans les trois années de formation et quatre cent cinquante-huit (458) infirmières occupant différentes positions au sein d'unités

¹ S. Michèle Léveillé, Thèse présentée à la Faculté d'Education de l'Université d'Ottawa, 1980, x-107 p.

de médecine et de chirurgie dans un centre hospitalier universitaire de courte durée ont répondu à un test de perceptions de type Likert. Ce test de perceptions portait sur une liste d'activités professionnelles que l'infirmière doit réaliser en milieu hospitalier.

Les résultats de la recherche montrent:

1. Qu'il y a inconsistance entre les modèles académique et pratique du rôle.
2. Que l'étudiante infirmière évolue vers le modèle de rôle académique sans toutefois l'assimiler complètement.
3. Que malgré les stages cliniques l'étudiante infirmière n'assimile pas le modèle pratique du rôle.
4. Que l'apprentissage du rôle en milieu académique cesse dès la deuxième année d'étude.
5. Que l'apprentissage du rôle reprend dès que l'infirmière débutante occupe son premier emploi sur le marché du travail.

Il est alors suggéré que l'arrêt momentané dans l'apprentissage du rôle durant la phase académique serait dû, non pas tel que le suggère la littérature sur l'apprentissage d'un rôle professionnel à la présence successive de modèles de rôle discontinus, mais à la présence simultanée de deux modèles de rôle discontinus.

Finale­ment, que l'apprentissage rapide du rôle observé dans la phase formelle d'apprentissage (entrée sur le marché du travail) serait dû à la disparition du modèle de rôle académique, à la nature fortement structurée du rôle de l'infirmière et à la consistance du modèle de rôle présenté par le milieu pratique.