

**UNIVERSITE DU QUEBEC  
EN ABITIBI-TEMISCAMINGUE**

**LES MOTIFS DE NON-PERFECTIONNEMENT CHEZ  
LES INFIRMIÈRES EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE**

**RAPPORT DE RECHERCHE**



**PRÉSENTÉ DANS LE CADRE  
DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION  
SOUS LA DIRECTION DE NICOLE MAILLOUX**

**PAR  
CLAIRE GERMAIN**

**DÉCEMBRE 1992**



# BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue  
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

## Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

## REMERCIEMENTS

Ce rapport de recherche a été préparé sous la direction de madame Nicole Mailloux Ph.D.. Une reconnaissance particulière lui est adressée tant pour son intérêt et ses précieux conseils que son support constant.

Nous remercions toutes les infirmières et les infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue qui ont bien voulu répondre à notre questionnaire.

Nos remerciements vont également à la Corporation des infirmières et infirmiers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue pour leur aide technique et financière, ainsi qu'à la directrice du module des sciences santé de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.

Un merci tout à fait spécial est adressé à monsieur Yves Pépin, agent de recherche au Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour avoir traité toutes nos données sur informatique.

Nous désirons exprimer notre gratitude à monsieur Marcelin Chaumont, directeur de la liaison avec le réseau au CRSSSAT, pour nous avoir accordé le support technique et financier tant nécessaire à la réalisation d'un tel ouvrage.

Enfin, nous remercions très chaleureusement madame Manon Cliche pour son excellent travail de secrétariat ainsi que pour sa patience et compréhension tout au long du processus.

## RÉSUMÉ

Quels sont les motifs qui expliquent le fait que peu d'infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue s'engagent dans un processus de perfectionnement?

Après plusieurs recherches sur ce sujet, une revue de littérature nous amena à découvrir une étude faite par André Duquette en 1986 intitulée : *Obstacles à l'éducation des adultes, motifs de non-perfectionnement des infirmières du Québec*. Cette recherche d'échelle provinciale fut effectuée auprès d'un échantillon de 22 494 infirmières québécoises, dans lequel 42 infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue étaient représentées. Malheureusement, les résultats de cette recherche étendue à la grandeur de la province, ne sont pas regroupés par région et nous ne retrouvons aucune donnée spécifique à notre région.

Compte tenu des caractéristiques propres à notre région : éloignement, cours à temps partiel, limite de choix des cours, il nous est apparu intéressant de reprendre la recherche de Duquette. En conservant le même plan méthodologique que l'auteur, nous avons distribué à nouveau le questionnaire aux infirmières qui n'ont pas suivi de cours de formation conduisant à une attestation universitaire. Pour les fins de la recherche, le perfectionnement se situe ici au niveau des cours universitaires avec l'obtention de crédits (certificat, baccalauréat, etc.). Le non-perfectionnement signifie donc la non-adhésion à des cours universitaires ou la non-poursuite de ces cours après l'admission. De plus, nous avons inclus dans notre population de recherche, les infirmières qui se sont inscrites à des cours universitaires, mais qui ont abandonné par la suite.

Nous voulions donc connaître les motifs de non-perfectionnement des infirmières en Abitibi-Témiscamingue. Ces derniers étaient-ils les mêmes que ceux des infirmières de la province de Québec? De plus, est-ce que les infirmières qui ont abandonné leurs études après l'admission arrêtent leur perfectionnement pour les mêmes motifs que celles qui n'ont pas amorcé des études de perfectionnement?

Les résultats démontrent que les principaux obstacles au perfectionnement sont ceux reliés aux conditions de travail, à l'enseignement et aux dispositions personnelles de l'infirmière. Ces résultats ont plusieurs similitudes avec ceux de la province. Par contre les pourcentages relevés en Abitibi-Témiscamingue sont nettement plus éloquentes.

Ces résultats permettent de faire des recommandations tant au niveau des conditions de travail qu'au niveau de l'enseignement qui faciliteront, nous l'espérons, l'engagement des infirmières dans un processus de perfectionnement.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
RESUMÉ .....	iii
TABLE DES MATIÈRES .....	v
LISTE DES TABLEAUX .....	viii
LISTE DES SIGLES .....	x
INTRODUCTION .....	1
OBJECTIFS ET LIMITES DE L'ETUDE .....	3
CHAPITRE 1 - LA PROBLEMATIQUE .....	7
1.1 Les besoins de santé de la population versus les compétences requises	7
1.2 La scolarité chez les infirmières .....	9
1.3 Les manifestations de la formation inadéquate .....	14
1.4 L'étude du non-perfectionnement .....	15
CHAPITRE 2 - CADRE DE REFERENCE .....	18
2.1 Historique de la formation infirmière .....	18
2.2 La nécessité de la formation initiale et continue .....	22
2.3 Les obstacles au perfectionnement .....	41
2.4 Les conditions de travail .....	45

CHAPITRE 3 - LA METHODOLOGIE DE RECHERCHE .....	53
3.1    Méthode ou stratégie de recherche .....	53
3.2    Choix de l'instrument de mesure .....	53
3.3    Population de la recherche .....	57
3.4    Collecte des données .....	57
3.5    Traitement des données .....	58
 CHAPITRE 4 - LA PRESENTATION DES RESULTATS .....	 62
4.1    Caractéristiques personnelles et professionnelles des répondantes ..	62
4.2    Résultats relatifs aux motifs de non-perfectionnement .....	66
4.3    Motifs de non-perfectionnement les plus influents .....	67
4.4    Liens entre les motifs et les caractéristiques sociodémographiques ..	75
 CHAPITRE 5 - L'INTERPRETATION DES RESULTATS .....	 82
5.1    Motifs de non-perfectionnement les plus influents .....	82
5.2    Comparaison avec les résultats de Duquette .....	86
5.3    Interprétation faite par Duquette comparée à notre interprétation ...	92
5.4    Comparaison avec une recherche américaine .....	94
5.5    Motifs les plus influents chez les répondantes ayant suivi des cours universitaires .....	95
5.6    Motifs les plus influents chez les répondantes n'ayant suivi aucun cours universitaire .....	98
5.7    Comparaison des motifs des répondantes ayant suivi des cours et celles n'ayant suivi aucun cours .....	101
5.8    Caractéristiques sociodémographiques des répondantes ayant suivi des cours universitaires et de celles n'ayant suivi aucun cours .....	103

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	107
BIBLIOGRAPHIE .....	113
ANNEXES .....	116

## LISTE DES TABLEAUX

## CHAPITRE 1 - LA PROBLÉMATIQUE

Tableau 1.1	Formation universitaire de la population infirmière de l'Abitibi-Témiscamingue comparée à la province .....	13
-------------	---	----

## CHAPITRE 4 - LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Tableau 4.1	Caractéristiques personnelles des répondantes .....	63
Tableau 4.2	Caractéristiques professionnelles des répondantes .....	64
Tableau 4.3	Motifs influents reliés aux conditions de travail .....	67
Tableau 4.4	Motifs influents reliés aux conditions d'enseignement .....	68
Tableau 4.5	Motifs influents reliés aux conditions personnelles et professionnelles ....	68
Tableau 4.6	Motifs moins influents reliés à la situation personnelle et professionnelle de l'infirmière .....	69
Tableau 4.7	Motifs moins influents reliés aux conditions de l'enseignement .....	70
Tableau 4.8	Motifs moins influents reliés aux conditions de travail .....	70
Tableau 4.9	Motifs de non-perfectionnement - résultats globaux .....	72
Tableau 4.10	Motifs les plus influents en relation avec les variables sociodémographiques	77

## CHAPITRE 5 - L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Tableau 5.1	Comparaison entre les recherches : provinciale et régionale .....	88
Tableau 5.2	Motifs les plus influents chez les répondantes ayant suivi des cours universitaires .....	97

Tableau 5.3	Motifs les plus influents chez les répondantes n'ayant suivi aucun cours universitaire .....	100
Tableau 5.4	Comparaison entre les motifs des répondantes ayant suivi des cours et celles n'ayant suivi aucun cours .....	102
Tableau 5.5	Caractéristiques sociodémographiques des répondantes ayant suivi des cours universitaires et de celles n'ayant suivi aucun cours .....	104

## LISTE DES SIGLES

AHQ:	Association des hopitaux du Québec
CAH:	Centre d'accueil d'hébergement
CH:	Centre hospitalier
CIIRAT:	Corporation des infirmières et infirmiers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue
CLSC:	Centre local de services communautaires
CRSSSAT:	Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
CS:	Centre de santé
DSI:	Directrices ou Directeurs des soins infirmiers
MEQ:	Ministère de l'Education du Québec
MSSS:	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ:	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS:	Organisation mondiale de la santé
SSP:	Soins de santé primaires
UQAT:	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

## INTRODUCTION

Pendant plusieurs années de travail, comme infirmière dans un centre hospitalier, lieu où les connaissances et la technologie sont en constante évolution, une interrogation nous revenait souvent à l'esprit. Pourquoi si peu d'infirmières s'engagent dans un processus de perfectionnement alors que plusieurs professionnelles de la santé et des services sociaux désirent augmenter leur niveau de compétence afin de répondre aux besoins de plus en plus changeants de la population québécoise?

Des statistiques nous démontrent d'ailleurs que très peu d'infirmières s'engagent dans un processus de perfectionnement.

Nous nous sommes donc intéressée à ce sujet et avons voulu connaître les motifs de ce non-perfectionnement. Cette étude reprend celle de Duquette intitulée : Obstacles à l'éducation des adultes, motifs de non-perfectionnement des infirmières du Québec en 1986. Nous désirons connaître les motifs de non-perfectionnement chez les infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue et vérifier si ces motifs sont comparables à ceux identifiés par Duquette.

Ce document présente dans un premier temps, la problématique sous-jacente au non-perfectionnement des infirmières ainsi que le cadre de référence qui soutient cette recherche.

Nous présentons par la suite, la méthodologie de la recherche, l'analyse et l'interprétation des résultats.

Des recommandations et une conclusion terminent ce rapport, recommandations qui reflètent, croyons-nous, la position de l'Association des hôpitaux du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ainsi que d'une grande majorité d'infirmières de la région.

## OBJECTIFS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

L'étude vise, dans un premier temps, à connaître les motifs de non-perfectionnement des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue, c'est-à-dire quels sont les motifs les plus influents qui font obstacles à l'engagement des infirmières dans des études universitaires, autant chez les infirmières qui n'ont jamais suivi de cours que chez celles qui ont abandonné après l'admission?

Nous croyons également que, du point de vue pratique, les résultats de la recherche peuvent éclairer les instances concernées par cette problématique (milieu universitaire, milieu de travail, etc.) et leur permettre ainsi de trouver des moyens concrets pour faciliter l'accès universitaire aux infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue.

Notre étude se limite à suggérer des pistes de solution au niveau régional, que nous croyons justes et réalistes eu égard aux résultats de notre recherche. En aucun temps, nous ne prétendons apporter toutes les solutions pour régler la problématique de la formation dans sa globalité.

**CHAPITRE PREMIER**

**LA PROBLÉMATIQUE**

## **CHAPITRE PREMIER**

### **LA PROBLÉMATIQUE**

Les problèmes touchant les motifs de non-perfectionnement des infirmières se présentent sous plusieurs aspects dont : les besoins de santé de la population versus les compétences requises, la scolarité des infirmières, les manifestations de cette formation inadéquate et l'étude du non-perfectionnement.

#### **1.1 LES BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION VERSUS LES COMPÉTENCES REQUISES**

La dernière décennie amena un accroissement important de connaissances scientifiques, technologiques, sociologiques et environnementales. Ces changements ont influencé les soins infirmiers, ces derniers sont devenus plus complexes et obligent la profession infirmière à hausser son niveau de compétence (Groupe Services - Formation, 1981).

Les besoins de santé de la population québécoise sont différents d'il y a vingt ans. Plusieurs maladies aiguës et infectieuses ont été enrayerées voire même éliminées de la planète grâce à la venue des antibiotiques, des vaccins, de l'amélioration des réseaux sanitaires et de l'adoption

de saines habitudes de vie. Depuis, on a vu apparaître des maladies dites de civilisation comme des maladies cardiaques, cancers, suites d'accidents, etc. Le stress, les conditions de travail, l'environnement, le rythme de vie, la modernisation ont une influence sur la santé des gens. Les problèmes de santé des individus sont devenus aussi variés que complexes (Besner, 1983).

Les consommateurs de soins ont également changé. La scolarisation plus élevée, la conscientisation et la responsabilisation des individus et des groupes ont amené ces derniers à être plus revendicateurs.

Avec la venue des «ombudsmen», on parle du besoin d'humanisation des soins. Le consommateur déplore la production dans la distribution des soins au détriment de son bien-être. Les clients ou bénéficiaires revendiquent le droit à l'information, au respect et à la participation à la prise de décision (commentaires des directeurs de programmes universitaires à la commission Rochon, 1986).

La conception des soins a également changé. Lalonde en 1974 prônait la globalité de l'individu en insistant sur quatre principaux éléments :

- . la biologie humaine,
- . l'environnement,
- . les habitudes de vie,
- . l'organisation de soins.

Cette conception globale signifie la prise en charge des soins par l'individu lui-même, le contrôle de son propre milieu. Depuis 1976-1977, le ministère de la Santé et des Services sociaux

(MSSS) intensifie ses campagnes de promotion, prévention, vaccination, etc. (Groupe Service - Formation, 1981).

L'organisation des soins s'est également modifiée depuis 1970 avec l'enquête Castongay-Nepveu, l'infirmière n'est plus cantonnée dans les hôpitaux, elle doit dispenser des soins en milieu naturel (domicile), scolaire, de travail, en centre d'accueil. Et plus près de nous, l'avènement de la désinstitutionnalisation fait ressortir davantage des problèmes d'ordre psychosocial, de réadaptation, de réinsertion sociale, etc.

Le rôle de l'infirmière a aussi évolué. Après avoir connu la suprématie médicale où elle se devait d'être servile et dévouée, l'infirmière a pris conscience de la contribution qui lui est propre au service des malades. Les soins infirmiers passant des soins de confort, de compassion, d'accomplissement de tâches quotidiennes de base (alimentation, propreté, etc.), l'enseignement structuré est devenu une de ses responsabilités. L'acquisition de compétences en relation d'aide se révéla une nécessité ainsi que l'utilisation d'une démarche de soins (cueillette de données et plan de soins) afin de s'assurer d'une continuité de soins auprès des bénéficiaires (Besner, 1983).

Les résultats de la commission d'enquête Rochon (1986), nous démontrent que la société doit faire en sorte que les individus et les familles soient des personnes responsables de leur propre santé. Et on reconnaît également à l'infirmière son rôle d'agent intégrateur pour permettre à l'individu de participer à son plan de style de vie, c'est-à-dire, promotion de la santé, identification des besoins et des ressources, planification des actions à entreprendre et évaluation de l'ensemble de sa situation.

Les infirmières, pour faire face aux changements de la société en matière de santé et répondre aux nouvelles attentes de la population québécoise, doivent posséder plus de connaissances scientifiques solides, des connaissances de pointe en soins infirmiers, des habiletés de communication, de gestion, de prise de décision en situation complexe et l'exercice d'un jugement professionnel sûr. Elles doivent aussi être capables de voir la personne dans sa globalité. Ces connaissances et habiletés peuvent être acquises au niveau de la formation universitaire. C'est pourquoi devant tous les changements survenus au sein de la société et dans les soins de santé, le Groupe Service Formation (1981 : 30) croit que seule la formation universitaire peut préparer adéquatement les infirmières à répondre aux besoins de la population. Gisèle Besner (1983) croit également que la formation universitaire apprend à l'infirmière à devenir autonome.

En soins infirmiers, tant au Québec qu'à l'étranger, la nécessité de la formation universitaire est de plus en plus reconnue. Aux États-Unis, un mouvement important s'oriente vers l'obligation pour les infirmières de participer à des activités de formation continue en vue de renouveler leur droit de pratique (Rochill, 1983). Au Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers de la province de Québec (OIIQ) adoptait, en 1982, la résolution voulant que le baccalauréat de base, soit l'exigence minimum pour l'admission en l'an 2000 à l'exercice de la pratique infirmière. De plus, les infirmières consultées lors d'une étude faite par des experts en éducation en nursing, affirment que le perfectionnement est nécessaire pour le maintien à jour des connaissances scientifiques et le développement professionnel (Ministère de l'Éducation, rapport du comité d'étude, 1980).

L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), dans son mémoire (1988), privilégie également la présence d'infirmières bachelières en milieu hospitalier.

L'AHQ a comparé le nombre d'infirmières bachelières du Québec avec celui des Etats-Unis. En 1987, dans les centres hospitaliers de courte durée au Québec (CHCD), 7,8 % des infirmières non cadres possédaient un baccalauréat ou plus. Dans les CHCD américains, 20 % avaient un baccalauréat, et, dans les hôpitaux de plus de 500 lits, 33,7 % des infirmières avaient un baccalauréat en nursing. On privilégie les bachelières dans les unités les plus spécialisées. Aux Etats-Unis, les associations d'infirmières des États américains croient que le pourcentage d'infirmières requis pour l'an 2000 serait le suivant: 33 % d'infirmières diplômées, 46 % de baccalauréat, 20 % de maîtrise, 1,5 % de doctorat.

L'AHQ croit qu'au Québec, pour l'an 2000, une proportion de 30 % d'infirmières ayant une formation universitaire serait plus que raisonnable et considérée comme un minimum (AHQ, 1988).

Ces orientations prises par différentes instances devraient stimuler les infirmières à participer davantage à la formation continue. Pourtant, des statistiques nous démontrent qu'au Québec et plus particulièrement en Abitibi-Témiscamingue, peu d'infirmières y participent.

## **1.2 LA SCOLARITÉ CHEZ LES INFIRMIÈRES**

En mai 1989, l'Ordre des infirmières et infirmiers de la province de Québec (OIIQ) publiait des statistiques (1988) relatives à la formation des infirmières au Canada, au Québec et en Abitibi-Témiscamingue.

Les statistiques canadiennes nous révèlent que la province de Québec se classe avant-dernière avec 9,35 % de bachelières au sein de sa population suivi par l'Île du Prince Édouard avec 6,85 %. Les provinces qui viennent en tête sont le Yukon et les territoires du Nord-Ouest (19,1 %) ainsi que l'Alberta (16,03 %).

Les statistiques de l'OIIQ nous indiquent que sur 56 890 infirmières au Québec, 37 924 (66,65 %) ne possèdent que leur diplôme de formation initiale; 11 323 (19,89 %) ont un certificat en sciences infirmières ou autres; 6 158 (10,8 %) possèdent un baccalauréat de base, en sciences infirmières ou autres; 1 432 (2,47 %) détiennent une maîtrise de base en sciences infirmières ou autres; et 53 (0,08 %) ont complété un doctorat en sciences infirmières ou autres.

Au niveau des infirmières enseignantes de collèges, sur 976 enseignantes, 146 (11,08 %) n'ont que la formation de base, 186 (19,07 %) possèdent un certificat en sciences infirmières ou autres, 511 (52,36 %) ont un baccalauréat de base en sciences infirmières ou autres, 161 (16,49 %) détiennent une maîtrise en sciences infirmières ou autres et 2 (0,20 %) ont complété un doctorat.

Chez les professeures d'universités, sur 135 infirmières, 9 (6,66 %) n'ont que leur diplôme de base, 6 (4,44 %) possèdent un certificat en sciences infirmières, 27 (21,47 %) ont un baccalauréat de base en sciences infirmières ou autres, 77 (57,03 %) ont une maîtrise en sciences infirmières ou autres et 11 (10,36 %) détiennent un doctorat en sciences infirmières ou autres.

La formation chez les directrices des soins infirmiers se répartit comme suit: sur 834 directrices des soins infirmiers, 285 (34,17 %) ne possèdent que leur diplôme initial, 267 (31,99 %)

ont un certificat en sciences infirmières ou autres, 183 (21,88 %) possèdent un baccalauréat de base en sciences infirmières ou autres, 96 (11,50 %) détiennent une maîtrise en nursing, en sciences infirmières ou autres et 3 (0,36 %) ont complété un doctorat.

Au niveau des infirmières cadres, sur 4 883 infirmières, 2 274 (46,56 %) ne possèdent aucune formation additionnelle, 1 433 (29,33 %) ont un certificat en sciences infirmières ou autres, 913 (18,68 %) possèdent un baccalauréat de base, en sciences infirmières ou autres, 259 (5,25 %) détiennent une maîtrise en sciences infirmières ou autres et 4 (0,08 %) ont complété un doctorat en sciences infirmières ou autres.

En santé communautaire, des 4 796 infirmières qui y travaillent, 1 845 (38,47 %) n'ont aucune formation additionnelle, 1 789 (37,3 %) possèdent un certificat en sciences infirmières ou autres, 1 095 (20,75 %) ont un baccalauréat de base en sciences infirmières ou autres, 163 (3,39 %) détiennent une maîtrise en nursing ou autres et 4 (0,08 %) ont complété un doctorat en nursing ou autres.

Quand ces mêmes statistiques sont dispersées au niveau de chaque région, nous remarquons que c'est la région de l'Abitibi-Témiscamingue qui vient en tête de liste avec le plus fort pourcentage d'infirmières (74 %) qui ne possèdent aucune formation additionnelle à leur cours de base.

Sur 1243 infirmières, 921 (74 %) ne possèdent aucune formation additionnelle, 240 (19,29 %) ont un certificat en nursing ou autres, 67 (5,58 %) détiennent un baccalauréat de base

en nursing ou autres, 14 (1,48 %) ont une maîtrise en nursing ou autre et une seule personne a complété un doctorat (Tableau 1.1).

Pour les enseignantes, sur 24 infirmières, 10 (41,67 %) ne possèdent aucune formation additionnelle, 4 (16,67 %) ont un certificat en nursing ou autres, 10 (41,67 %) détiennent un baccalauréat de base, en nursing ou autres et aucune n'a complété une maîtrise ou un doctorat.

Chez les quatre professeures d'université, une possède un baccalauréat en nursing et trois détiennent une maîtrise en nursing.

Sur 24 directrices des soins infirmiers, 12 (50 %) n'ont que leur diplôme de base, 9 (34,48 %) possèdent un certificat en nursing ou autres, 3 (12,48 %) possèdent un baccalauréat en nursing ou autres et aucune ne détient de maîtrise ou de doctorat.

Chez 102 infirmières cadres, 52 (50,92 %) n'ont que leur diplôme initial, 37 infirmières (36,26 %) possèdent un certificat en nursing ou autres, 11 (10,78 %) ont un baccalauréat de base en nursing ou autres, 2 détiennent une maîtrise et aucune n'a complété un doctorat.

En santé communautaire, 173 infirmières y travaillent. Sur ce nombre, 57 (39,95 %) ne possèdent que leur formation initiale, 90 (52,56 %) ont un certificat en nursing ou autres, 22 (12,72 %) possèdent un baccalauréat en nursing ou autres, 3 (1,74 %) détiennent une maîtrise en nursing ou autres et aucune n'a complété un doctorat.

Le tableau 1.1 de la page suivante nous permet de visualiser la formation des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue et celle des infirmières du Québec.

**TABLEAU 1.1 FORMATION UNIVERSITAIRE CHEZ LA POPULATION INFIRMIÈRE DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE COMPARÉE À LA PROVINCE**

CATÉGORIES / FORMATION	Nombre d'infirmières	% RÉGIONAL	Nombre d'infirmières	% PROVINCIALE
<b>POPULATION INFIRMIERE TOTALE</b>	<b>1 243</b>		<b>56 890</b>	
.Aucune formation additionnelle	921	74,00	37 924	66,65
.Certificat en nursing ou autres	240	19,29	11 323	19,89
.Baccalauréat de base, nursing ou autres	67	5,58	6 158	10,80
.Maîtrise en nursing, ou autres	14	1,48	1 432	2,47
.Doctorat	1	-	53	0,08
<b>ENSEIGNANTES (COLLEGES)</b>	<b>24</b>		<b>976</b>	
.Aucune formation additionnelle	10	41,67	146	11,88
.Certificat en nursing ou autres	4	16,67	186	19,07
.Baccalauréat de base, nursing ou autres	10	1,67	511	52,36
.Maîtrise en nursing ou autres	0	-	161	16,49
.Doctorat	0	-	2	0,20
<b>ENSEIGNANTES (UNIVERSITÉS)</b>	<b>4</b>		<b>135</b>	
.Aucune formation additionnelle	-		9	6,66
.Certificat en sciences infirmières	-		6	4,44
.Baccalauréat en nursing	1	25,00	27	21,47
.Maîtrise en nursing	3	75,00	77	57,03
.Doctorat	-	-	11	10,36
<b>DIRECTRICES DE SOINS INFIRMIERS</b>	<b>24</b>		<b>834</b>	
.Aucune formation additionnelle	12	50,00	285	34,87
.Certificat en nursing ou autres	9	34,48	267	31,99
.Baccalauréat nursing ou autres	3	12,48	183	21,88
.Maîtrise en nursing	-	-	96	11,50
.Doctorat	-	-	3	0,36
<b>INFIRMIERES CADRES</b>	<b>102</b>		<b>4 883</b>	
.Aucune formation additionnelle	52	50,92	2 274	46,56
.Certificat en nursing ou autres	37	36,26	1 433	29,33
.Baccalauréat de base, nursing ou autres	11	10,78	913	18,68
.Maîtrise en nursing ou autres	2	0,02	259	5,25
.Doctorat	0	-	4	0,08
<b>INFIRMIERES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE</b>	<b>173</b>		<b>4 796</b>	
.Aucune formation additionnelle	57	39,95	1 845	38,47
.Certificat en nursing ou autres	90	52,56	1 789	37,30
.Baccalauréat de base, nursing ou autres	22	12,72	1 095	20,75
.Maîtrise en nursing ou autres	3	1,74	163	3,39
.Doctorat	-	-	4	0,08

À la lumière de ces statistiques, nous remarquons que la région de l'Abitibi-Témiscamingue compte dans sa population infirmière totale, un pourcentage plus élevé d'infirmières n'ayant aucune formation additionnelle que celle du Québec. La situation se répète pour toutes les autres formations additionnelles sauf au niveau du certificat en nursing et autres, là l'Abitibi-Témiscamingue est sur le même pied que le Québec. Notre population infirmière totale possède effectivement le même taux de certificats en nursing que celle de la province.

En santé communautaire, nous retrouvons pour l'Abitibi-Témiscamingue et le Québec, sensiblement le même pourcentage d'infirmières sans formation additionnelle. L'Abitibi-Témiscamingue a par contre un pourcentage beaucoup plus élevé d'infirmières ayant un certificat en nursing que les infirmières du Québec.

### **1.3 LES MANIFESTATIONS DE LA FORMATION INADÉQUATE**

Notre observation dans les milieux de travail (CH, CLSC, CAH) et dans les milieux universitaires nous a amené au constat suivant : peu d'infirmières s'inscrivent à des cours de perfectionnement et plusieurs abandonnent leurs études après inscription.

Cette insuffisance de qualification chez les infirmières produit une situation d'incohérence en soi, à savoir un statut professionnel avec une formation technique. Une situation d'infériorité se manifeste également lorsque ces infirmières avec une formation collégiale sont appelées à travailler avec d'autres professionnels de la santé qui, eux, ont une formation universitaire. Nous croyons qu'il est difficile pour ces infirmières, de se bâtir une crédibilité.

Au Québec, parmi les professionnels du domaine de la santé (médecins, pharmaciens, dentistes, optométristes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.), seules les infirmières ont une formation collégiale alors que leur rôle les situe au coeur de l'équipe multidisciplinaire et que leurs responsabilités sont des plus diversifiées (OIIQ, Hypertension, 1989).

La pratique infirmière au Québec révèle également un malaise majeur qui se manifeste par l'incapacité d'énoncer clairement le rôle de l'infirmière, le manque d'autonomie, l'incapacité d'exercer un leadership, la faiblesse au niveau des connaissances scientifiques et la difficulté à identifier les besoins du client. On mentionne également la présence de personnel insuffisamment préparé à la pratique infirmière (Groupe Service Formation, 1981).

Depuis quelques années, nous trouvons difficilement du personnel qualifié pour combler des postes de direction ou de recherche au niveau des soins infirmiers. Nous constatons que le nombre d'infirmières formées au niveau universitaire reste en deçà des besoins actuels prévisibles ( Hill, Jomphe, 1987).

L'AHQ préconise une proportion d'infirmières bachelières à 30 % pour l'an 2000, alors qu'au Québec, dans les centres hospitaliers, on en retrouve actuellement 7 à 8 % (AHQ, 1989).

#### **1.4 ÉTUDE DU NON-PERFECTIONNEMENT**

Les nouveaux besoins de santé identifiés dans notre population québécoise (maladies chroniques, maladies du travail, séquelles d'accidents, etc.), les changements survenus au sein même du rôle des infirmières, passant de dispensatrice de soins à un rôle intégrateur auprès des

individus, des familles et des collectivités ainsi que la nécessité reconnue par les experts pour accroître la formation des infirmières pour répondre aux besoins de la population et aux exigences du rôle infirmier, devraient, selon nous, être des raisons évidentes pour motiver les infirmières à se perfectionner.

Pourquoi, alors, si peu d'infirmières poursuivent des études de perfectionnement? Quelles sont donc les raisons de ce non-engagement universitaire chez les infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue?

Cette question est l'objet de notre recherche. Nous avons cru trouver la réponse dans la recherche de Duquette (1986) intitulée Obstacles à l'éducation des adultes, motifs de non-perfectionnement des infirmières du Québec et pouvoir utiliser les données recueillies auprès des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue (42 infirmières de notre région faisaient partie de l'échantillon provincial). Après vérification auprès du chercheur, ce dernier nous confirma que les résultats obtenus chez les répondantes de l'Abitibi-Témiscamingue n'étaient plus disponibles.

La recherche de Duquette ne peut donc pas répondre à notre question de recherche. Nous ne connaissons pas non plus les motifs pour lesquels celles qui s'engagent dans des cours de perfectionnement ne poursuivent pas ces études. Notre question demeure donc ouverte et fait toujours l'objet de notre recherche. Quels sont les motifs de non-perfectionnement des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue?

## **CHAPITRE 2**

### **CADRE DE RÉFÉRENCE**

## **CHAPITRE 2**

### **CADRE DE RÉFÉRENCE**

Ce chapitre présente l'historique de la formation infirmière, la nécessité de la formation initiale et continue, les obstacles au perfectionnement et les conditions de travail en vigueur dans nos institutions de santé. Il essaie de dégager, à travers les écrits, les raisons qui peuvent expliquer que les infirmières ne s'inscrivent pas à des cours universitaires ou abandonnent leurs études avant d'être diplômées, de même que la justification du besoin de perfectionnement.

Ces écrits portent uniquement sur des ouvrages québécois, canadiens et américains. Nous avons omis délibérément de consulter les ouvrages français car, selon nous, la formation infirmière et les soins de santé sont très différents du modèle québécois et difficilement comparables.

#### **2.1 HISTORIQUE DE LA FORMATION INFIRMIÈRE**

Cette rétrospective de la formation infirmière nous ramène à l'époque où l'infirmière professionnelle fit son apparition, soit à la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle. Avant la venue de Florence Nightingale, les infirmières se formaient selon un mode artisanal, acquérant leur savoir à même leur

pratique, soit à l'hôpital, soit auprès de leurs consœurs des communautés, soit auprès des médecins. C'est Florence Nightingale, infirmière anglaise, qui, en 1860 à Londres, fonda une école d'infirmières dont le programme d'une durée de trois ans avait pour but de préparer des infirmières compétentes et autonomes dans l'exercice de la profession.

Au Québec, en 1909, les hôpitaux ouvrent les écoles d'infirmières. Au début, la formation pratique est doublée de cours théoriques; puis, peu à peu, c'est la formation théorique qui est doublée de stages pratiques. La formation infirmière est ainsi étendue à trois ans et lentement se dessine la professionnalisation du métier d'infirmière. Cette formation est dispensée presque exclusivement par les religieuses, lesquelles sont également administratrices des hôpitaux.

La formation infirmière est donc dispensée par des hôpitaux reconnus par le ministère de l'Éducation du Québec. Et il en sera ainsi jusque dans les années soixante.

Après le «Rapport Parent» (1960), il fut décidé que la formation infirmière devait faire partie intégrante de l'éducation publique au Québec. Cette formation professionnelle a donc été intégrée à l'enseignement collégial en 1967, ceci afin de donner aux infirmières un plus fort bagage de connaissances générales (philosophie, déontologie, français, chimie, etc.) en diminuant la dimension stage pratique (Ministère de l'Éducation, 1980).

Après plusieurs années de ce mode d'enseignement, on s'est aperçu que les infirmières, à leur sortie du cégep, possèdent plus de connaissances générales, mais manquent d'habiletés. Selon Cécile Lambert (1981), l'expérience des treize dernières années a démontré que le niveau collégial ne peut former une infirmière capable de répondre à tous les besoins de santé de la société québécoise. C'est pourquoi, dans les années quatre-vingt, des expériences pilotes ont été tentées

dans quelques cégeps de la province afin de ramener un équilibre entre la théorie et la pratique, car on s'est aperçu du fossé qui séparait les enseignantes des infirmières des milieux de travail (Colette Fortier Havelka, 1986).

En 1970, une réforme du système de santé au Québec a été instituée suite au rapport Castongay-Nepveu. Les religieuses ont quitté peu à peu les institutions hospitalières. Les soins de santé sont devenus gratuits et accessibles à tous. Les infirmières ont ensuite élargi leur champ d'action et d'activités de travail. On les a vues se diriger vers les milieux scolaires, les industries et vers les autres institutions de santé mises en place avec le nouveau système de santé.

Avec l'avancement de la technologie médicale et les découvertes de la science, le travail de l'infirmière est devenu de plus en plus spécialisé, de nouvelles dimensions se sont développées : infirmière soignante en néonatalogie, cardiologie, néphrologie, neurologie, infirmière enseignante, infirmière clinicienne, etc.. Les infirmières occupent aussi des postes de direction : directrices de soins infirmiers et directrices générales. Ces dernières forment cependant une minorité.

La formation continue s'est développée afin de répondre aux changements survenus dans le monde médical et au niveau du travail des infirmières. On initia des services de formation en cours d'emploi, des cours de perfectionnement collégial et universitaire. De 1945 à 1967, plusieurs universités québécoises ont mis sur pied des programmes de baccalauréat ou de certificat en nursing. Les conditions d'admission à certaines universités y sont qualifiées de très exigeantes par les infirmières. Plusieurs infirmières diplômées optent pour l'éducation permanente (ministère de l'Éducation, rapport du comité d'étude, 1980). Ces universités dispensent maintenant des maîtrises en nursing. Seul le doctorat en nursing demeure inaccessible au Québec et au Canada.

En 1990, il existe des universités dans presque toutes les régions du Québec. Toutes offrent des certificats en santé communautaire, en soins infirmiers cliniques ou autres. Plusieurs d'entre elles offrent soit un baccalauréat de base, c'est-à-dire des cours dispensés aux étudiantes qui ont terminé deux années d'études en science de la santé au niveau collégial, soit un baccalauréat de perfectionnement, c'est-à-dire des cours dispensés aux infirmières formées au cégep et/ou à l'hôpital et qui possèdent une expérience de travail. Dans les deux cas, la durée du baccalauréat est de trois ans à temps complet.

Parallèlement à cette formation universitaire, se donne la formation infirmière au niveau collégial, c'est-à-dire une technique en soins infirmiers d'une durée de trois ans.

C'est ainsi qu'au Québec actuellement, on se retrouve avec une voie d'entrée double à la profession infirmière : une technique en soins infirmiers et un baccalauréat. Et à ce jour, la voie d'entrée la plus utilisée est la formation collégiale, car seulement 3,97 % des infirmières admises à l'exercice de la profession ont un baccalauréat de base (OIIQ, projet 2000, 1989).

La profession infirmière a donc, au fil des années, modifié sa formation. Les infirmières se sont d'abord instruites dans les écoles d'infirmières rattachées aux hôpitaux, puis ont acquis leur formation de base au niveau collégial; elles progressent maintenant vers un niveau universitaire (Besner, 1983).

Cette professionnalisation du métier d'infirmière a modifié son image à certains égards, mais la pratique d'une médecine de plus en plus sophistiquée entraîne la valorisation excessive des soins médicaux curatifs. Encore aujourd'hui, la valorisation des soins curatifs conduit à sous-estimer les soins infirmiers et à les ramener à des gestes techniques qui, aux yeux de plusieurs, ne

requièrent pas un haut niveau de connaissances et de compétence. On a toujours tellement pris pour acquis les soins infirmiers qu'on sous-estime l'expertise professionnelle qui les sous-tend (OIIQ, Hypertension, 1989).

## 2.2 LA NÉCESSITÉ DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la formation infirmière s'est continuellement adaptée à l'évolution des besoins de la population et à l'avancement des connaissances scientifiques et technologiques.

C'est de la complexité croissante des soins aux bénéficiaires qu'est née la transformation de la formation infirmière. L'accent mis sur l'apprentissage était très répandu dans les écoles d'infirmières de jadis; celui-ci est aujourd'hui remplacé par des exigences universitaires plus poussées (Elms Roslyn, 1983).

Il y a 25 ans, les unités de soins intensifs ainsi que les tomodensitométries n'existaient pas. Les transplantations d'organes et les greffes de peau synthétique sont devenues des interventions courantes. La radiothérapie et la chimiothérapie ont diminué la nécessité d'opérations mutilantes. Elles ont cependant augmenté le besoin de soins de soutien auprès des bénéficiaires et de leurs familles. Autrefois, le médecin demandait à l'infirmière de prendre la température du malade, de lui faire ses pansements et d'effectuer des intraveineuses. Aujourd'hui, l'infirmière fait partie intégrante de l'équipe de soins; elle assume la plus grande part de la gestion des soins du bénéficiaire. L'infirmière doit donc être capable de prendre des décisions quant aux soins à dispenser aux patients. Elle est de plus en plus responsable des résultats (Elms Roselyn, 1983).

L'infirmière d'aujourd'hui doit planifier, dispenser et évaluer les soins qu'elle dispense, elle doit donc être mieux préparée.

Même en milieu hospitalier, aujourd'hui on ne peut plus penser et travailler, à soigner le patient de sa maladie et ensuite à le retourner dans son milieu de vie. L'enseignement s'impose. Depuis, Lalonde (1974), en passant par la commission Rochon (1986) jusqu'à la réforme sur les services de santé et les services sociaux (1992), la société tend de plus en plus à rendre les individus et les familles responsables de leur propre santé.

C'est cette notion de responsabilisation de l'individu et de la détermination de ces comportements en matière de santé qui exigent un changement du rôle de l'infirmière. L'infirmière ne peut plus uniquement exercer un rôle dépendant (qui est de dispenser des soins sous une ordonnance médicale) mais elle doit développer son rôle clinique et autonome (Groupe Service Formation, 1981).

Reconnaissant le désir et la recherche de la santé par l'homme moderne, son potentiel de santé à développer et sa capacité d'être en processus constant de santé, le but de l'exercice de la profession d'infirmière est maintenant la prise en charge de la santé par l'individu lui-même, sa famille et la collectivité. Dans ce contexte, l'infirmière devient un agent intégrateur. Elle doit pour cela être capable d'utiliser une approche globale de la situation de l'individu afin d'aider ce dernier à chercher des moyens pour développer son potentiel de santé (Groupe Service Formation, 1981).

Ce rôle d'agent intégrateur de l'infirmière s'acquiert par une formation initiale qui doit développer chez l'infirmière son savoir, son savoir-être et son savoir-faire.

Cela nécessite l'acquisition de connaissances scientifiques (savoir), d'habiletés en termes de relations d'aide avec les clients et leurs comportements de santé (savoir-être), de la capacité de dispenser des soins de qualité et d'établir des rapports de collégialité avec les autres membres de l'équipe multidisciplinaire (savoir-faire).

Les connaissances scientifiques doivent être constituées de sciences bio-psycho-sociales, les habiletés doivent être fondées sur une conception nursing (modèle conceptuel) et les situations cliniques variées où évoluera l'infirmière devront lui permettre de développer son savoir-faire, eu égard aux caractéristiques et aux lieux où se situe la clientèle (Elms Roselyn, 1983).

Cette formation permettra à l'infirmière d'apprendre des connaissances scientifiques générales, des concepts-clés en soins infirmiers, d'acquiescer de la maturation personnelle et d'être capable de travailler en collégialité avec les autres professionnels. Selon Le Groupe Service Formation (1981), cette formation doit être une formation universitaire de 1<sup>er</sup> cycle.

Avec la constante préoccupation des associations d'infirmières d'adapter la formation infirmière aux besoins de santé de la population et aux changements scientifiques et technologiques, les soins infirmiers sont devenus des sciences infirmières, sciences ayant pour but de hausser continuellement la qualité des soins.

Comme d'autres disciplines, les sciences infirmières utilisent un schème conceptuel ou cadre de référence. La profession infirmière a sa façon à elle de concevoir le service qu'elle rend à la société. Tout le travail infirmier qui en découle est basé sur l'utilisation d'une démarche scientifique. Au cours des années 1950, l'expression «nursing process» était utilisée dans la

documentation américaine; elle est devenue officielle en 1960. En 1967, un comité d'infirmières américaines définissait la démarche scientifique.

Evelyn Adam (1979), en nous présentant le modèle conceptuel de Virginia Henderson, décrit bien ce qu'est une démarche scientifique de soins.

Cette démarche que nous poursuivons auprès de chaque client comporte cinq étapes importantes, soit :

- . la collecte des données,
- . l'interprétation des données,
- . la planification de l'intervention,
- . l'exécution de l'intervention,
- . l'évaluation.

Cette démarche est de caractère cyclique, et aussitôt la cinquième étape franchie, l'infirmière revient à la première, car des données nouvelles exigent une autre interprétation, et ainsi de suite. Le processus ne cesse que lorsque la relation client-infirmière est terminée.

La **collecte des données** : elle s'effectue auprès du client principalement, mais également auprès de la famille, des membres de l'équipe de santé, du dossier médical, des ouvrages de référence, et des connaissances propres de l'infirmière.

L'infirmière, pour effectuer cette **cueillette des données**, doit avoir un sens aigu de **l'observation et maîtriser les techniques de l'entrevue**.

**L'interprétation des données** : une fois les renseignements obtenus, l'infirmière doit en faire l'analyse et identifier ici les besoins personnels du client et cette identification se fait autant que possible avec la participation du client. Quand l'infirmière recherche la collaboration active du client, celle-ci ne fait pas uniquement preuve de respect envers le client, mais également de réalisme car l'infirmière a de meilleures chances d'obtenir des résultats satisfaisants pour le client et pour elle-même.

Pour l'interprétation des données, l'infirmière doit aussi tenir compte du plan médical.

**L'interprétation des données** exige de l'infirmière un **esprit d'analyse**, une **capacité d'entrer en communication avec le client**, de le **comprendre et de respecter ses choix**.

**La planification de l'intervention** : afin de contribuer à la satisfaction des besoins individuels du client, l'infirmière doit prévoir ses interventions. Face aux besoins identifiés chez le client, l'infirmière dispose des moyens d'intervention suivants : renforcer, remplacer, ajouter, compléter, substituer et augmenter.

Lequel de ces moyens sera le plus justifié pour répondre aux besoins identifiés? Ces considérations influencent la planification de l'intervention.

Cette planification de l'intervention exige chez l'infirmière un **sens de l'organisation** et une **capacité de juger** de façon **prioritaire** les besoins les plus urgents à combler.

**L'exécution de l'intervention** : cette exécution est le résultat concret des trois étapes précédentes. Pour remplir cette fonction, l'infirmière **doit connaître** et être **habilitée à exécuter** toutes les techniques ou procédés de soins nécessaires au traitement du client.

**L'évaluation** : cette étape consiste en soi à évaluer toutes les étapes subséquentes et repose sur la considération du but poursuivi. Est-ce que la démarche de l'infirmière a augmenté l'indépendance du client dans la satisfaction de ses besoins?

Cette évaluation vérifiera l'intervention : a-t-elle été efficace? A-t-elle été exécutée de façon compétente? Elle vérifiera également si le besoin a été bien identifié et de façon réaliste (c'est-à-dire, pouvait-il être satisfait?).

L'évaluation vérifiera également si la collecte des données était assez complète pour en permettre une bonne interprétation, l'entrevue était-elle satisfaisante, etc.?

**L'infirmière pour exécuter cette fonction doit avoir une capacité d'auto-critique et connaître tous les mécanismes de l'évaluation.**

Cette démarche scientifique résume en fait toute la fonction «autonome» de l'infirmière que l'on retrouve dans la description de l'exercice de la profession aux articles 36 et 37 de la «Loi sur les infirmières et les infirmiers» (1977).

Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers, que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale.

L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire.

Dans cette description, on reconnaît facilement que la fonction dépendante de l'infirmière est uniquement contenue dans la mention «prodiguer des soins selon une ordonnance médicale et

contribuer aux méthodes de diagnostic». Tout le reste du libellé concerne la fonction autonome de l'infirmière (Riopelle, Grondin, Phaneuf, 1984).

Vers les années 1970, apparut le diagnostic infirmier. Ce dernier est défini comme suit : «c'est l'énoncé d'un état de santé actuel ou potentiel du client, provenant de la cueillette des données faite par l'infirmière et exigeant son intervention». En 1973, aux États-Unis, un groupe de théoriciennes américaines ont travaillé à l'identification, à la description et classification d'une liste de diagnostic infirmier. A ce jour, plus de 50 diagnostics ont été adoptés par l'Association canadienne des infirmières et infirmiers. Ces diagnostics infirmiers servent à décrire des états de santé que l'infirmière peut traiter de façon légale et indépendante.

Cette utilisation du diagnostic infirmier exige chez l'infirmière une connaissance de la démarche scientifique et des modèles conceptuels en nursing, connaissances nécessaires à la prise de décision, car le processus menant au diagnostic infirmier naît de la cueillette des données et se termine par un jugement sur l'état de santé du client (Caissie Marie, 1985).

En 1978, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lance un appel aux gouvernements et à la société pour qu'ils s'engagent à développer la santé pour tous en l'an 2000 grâce aux soins de santé primaires. Madame Marie-France Thibaudeau décrit ce que sont les soins de santé primaires dans un article de la revue infirmière canadienne d'octobre 1984, intitulé «La pratique infirmière en 1984 et au-delà» :

Ces soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels, fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays. Les

soins de santé primaires ont pour vocation de maîtriser les principaux problèmes de santé et ils revêtent diverses formes : actions de promotion, de prévention, de soins curatifs et de réadaptation.

Ce qui est fondamental à cette approche, c'est son orientation générale vers la santé, c'est-à-dire, le soin pour amener à la santé et non le soin comme industrie; c'est la responsabilité de chacun envers la santé et non l'abandon à l'État providence; c'est la recherche de la connaissance et de moyens pour libérer l'homme de la souffrance, de l'aliénation et de l'autodestruction, et non l'acceptation béate de la routine et des mythes; c'est le respect de l'équilibre entre la nature et l'homme.

La complexité des besoins de notre société et l'analyse détaillée du rôle et des responsabilités de la profession infirmière ont amené les associations d'infirmières à privilégier une formation qui prépare les infirmières à faire face aux exigences de son rôle et à ses engagements professionnels. Jean-Guy Paquet, recteur de l'Université Laval, cité par Marie-France Thibaudeau dans l'*Infirmière canadienne*, octobre 1984, croit que :

L'homme doit être en mesure de s'adapter rapidement aux changements technologiques, aux nouvelles découvertes de la science. Plutôt que des connaissances techniques raffinées, il doit plutôt posséder une sorte de «faculté de rebondissement» qui lui permette de s'ajuster rapidement à des situations nouvelles. Or, cette faculté de rebondissement, ce n'est pas une formation ultra-spécialisée qui peut la donner mais, au contraire, une formation de base générale et fondamentale qu'il aura appris à utiliser dans plusieurs domaines...

Madame Thibaudeau croit que l'infirmière de demain devra être flexible, car les sciences de la santé vont changer rapidement. Sa formation devra l'habiliter à analyser des problèmes (exercice parfois douloureux) pour créer de nouvelles solutions et non seulement pour apprendre à brancher des appareils, exécuter des ordonnances médicales ou appliquer des techniques. L'infirmière de demain devra assumer le leadership dans son milieu de travail et la responsabilité de ses décisions.

Toujours selon madame Thibaudeau, les découvertes scientifiques et technologiques ainsi que celles faites dans les sciences infirmières, façonnent une base de plus en plus scientifique à la pratique.

Madame Thibaudeau ajoute : cela ne veut pas dire que la compassion sera devenue vieux jeu, mais que celle-ci sera plus efficace si les actions qui l'accompagnent sont mieux réfléchies et orientées vers le bien-être du client. Elle poursuit en affirmant que l'infirmière de demain devra développer ou adopter de nouveaux rôles pour remplir les engagements de la profession infirmière face à la société. Cependant, la création de nouveaux rôles exigera que les infirmières acquièrent une formation adéquate pour faire face à la taille de leur mission (Thibaudeau, 1984).

Plusieurs infirmières, associations, instances gouvernementales partagent cette vision de formation supérieure pour les infirmières.

Déjà en 1932, on reconnaissait l'exigence d'une formation universitaire. En effet, cette année-là, une enquête nationale (Rapport Weir) concluait à la nécessité de la formation initiale universitaire pour l'infirmière.

Aux Etats-Unis, dès 1965, l'American Nurser's Association prenait position en faveur d'une formation universitaire initiale. Depuis, cinquante associations d'infirmières américaines ont recommandé le baccalauréat comme diplôme d'entrée à la profession. Le Dakota du Nord est le seul État à reconnaître le titre d'infirmière uniquement aux bachelières en nursing.

Les associations professionnelles des infirmières des dix provinces canadiennes ont également réclamé la formation universitaire des infirmières. L'île du Prince Édouard est la seule à avoir adopté (novembre 1988) le baccalauréat comme unique voie d'accès à la profession.

Plusieurs pays dans le monde sont également désireux de hausser le niveau de la formation initiale des infirmières dont l'Australie, le Royaume-Uni et l'Islande. L'Islande a adopté en 1986, le baccalauréat comme critère minimal d'admission à la profession. Certains regroupements tels le Regroupement nursing européen et la Fédération nordique des infirmières ont manifesté aussi leur désir de hausser la formation des infirmières.

En 1982, lors de l'Assemblée générale annuelle, l'OIIQ adoptait une résolution mettant de l'avant que l'accès à la profession exigera en l'an 2000 une formation initiale de premier cycle universitaire en sciences infirmières.

D'après une enquête menée par l'OIIQ en 1983, auprès des jeunes diplômées, la majorité des répondantes formées au niveau collégial inscrivait le besoin d'une plus grande possibilité de formation et de perfectionnement au premier rang de leurs priorités. Près du tiers d'entre elles désiraient maintenir à jour leurs connaissances en nursing ou se perfectionner (Hypertension, 1989).

Certaines infirmières croient qu'une formation plus poussée peut les éloigner du chevet du malade. Au contraire, affirment les professeurs universitaires, nous enseignons aux infirmières à devenir plus autonomes. Plutôt que de recevoir des directives, les infirmières sont capables de prendre des initiatives et de collaborer avec les médecins. L'infirmière universitaire au chevet du malade sera pourvue de ressources pour répondre aux nouvelles exigences de la clientèle. Le

programme universitaire rend l'infirmière apte à prendre des décisions importantes. Un apport de connaissances requises est donc nécessaire à ces prises de décision (French, Donovan, 1983).

En 1987, un sondage de l'OIIQ, sur le rôle des infirmières dans le système de santé québécois, montrait que chez les diplômées du cégep, 7 % jugent leur formation tout à fait appropriée, 40 % la considèrent peu appropriée et 10 % pas du tout. Par ailleurs, 30 % et plus des infirmières ont terminé des études universitaires après leur diplôme initial, plusieurs d'entre elles en poursuivent actuellement.

L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), en 1988, affirmait que vingt ans après la fermeture des écoles d'infirmières, la formation collégiale ne peut plus répondre à l'ensemble des besoins du milieu hospitalier qui fait face à une évolution fulgurante sur les plans scientifiques, cliniques et technologiques. Les attentes des bénéficiaires, en termes de réponses aux besoins psychosociaux et aux besoins d'informations, posent également de nouvelles exigences aux infirmières.

L'AHQ (1988) affirme également l'impossibilité du milieu hospitalier de combler les insuffisances de la formation de base par de la formation en cours d'emploi laquelle, par définition, doit viser d'autres objectifs. Et c'est pour les mêmes raisons qu'en 1987-1988, l'internat en médecine a été prolongé d'un an, en raison de l'augmentation et de l'évolution des connaissances scientifiques et cliniques.

L'AHQ (1988) énonce aussi les exigences adressées aux infirmières dans les hôpitaux.

- . Tout d'abord le remplacement des cadres crée à lui seul une forte demande d'infirmières ayant une formation universitaire.
  
- . Plusieurs activités, où l'on retrouve des fonctions non-cadres, requièrent des infirmières bachelières, compte tenu des caractéristiques des fonctions exercées par ces infirmières : les soins intensifs, urgence, hémodialyse, soins aux brûlés, requièrent des infirmières ayant davantage de connaissances scientifiques de base, des connaissances de pointe en soins infirmiers, des capacités de prise de décision en situation complexe, et l'exercice d'un jugement sûr.
  
- . La psychiatrie interne ou externe, l'hôpital à domicile, et la santé communautaire requièrent des infirmières capables de fonctionner avec un encadrement professionnel ou hiérarchique réduit.
  
- . Les cliniques externes de grossesse à risque, la dialyse péritonéale, les patients stomisés, la réadaptation cardiaque, requièrent des infirmières capables d'évaluer les besoins d'enseignement aux bénéficiaires.
  
- . Les unités d'évaluation psychiatrique ou gériatrique requièrent des infirmières capables de fonctionner en multidisciplinarité.

L'AHQ (1988), dans son mémoire, estime qu'il faut à court terme, pour répondre aux besoins immédiats des bénéficiaires hospitalisés, au moins 30 % de bachelières alors qu'il n'y en a que 10,8 % à l'heure actuelle. Cette dernière constate également que 70 % des infirmières bachelières occupent un emploi à temps plein.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans son rapport du comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, en mars 1987, considère que le rôle de l'infirmière en est un de professionnel authentique, doté d'un bagage scientifique et d'une approche nursing régie par les normes d'intervention et d'éthique qui justifient sa position dominante dans le champ d'exercice qui lui est reconnu par la loi.

L'OIIQ, dans plusieurs documents, dont «Le projet 2000» (1989), fait la preuve de la nécessité de la formation universitaire chez les infirmières. Dans tous les domaines, compétence et qualité de rendement vont de pair avec la formation. Selon Adèle Jomphe Hill :

La compétence clinique de l'infirmière universitaire, si elle est utilisée de façon rationnelle, a des répercussions positives à plusieurs niveaux, elle imprime une orientation santé au système de soins, elle satisfait les soins individualisés et globaux du bénéficiaire et de sa famille et peut favoriser à court et à long terme une réduction des coûts (Nursing, Québec, Rencontre d'un nouveau type, Septembre octobre, 1981 : 18).

L'OIIQ fonde l'exigence d'une formation universitaire des infirmières tout d'abord sur les besoins de santé de la population québécoise et elle réfère ici aux données relatives à la morbidité et à la mortalité, aux changements démographiques et socio-économiques ainsi qu'aux phénomènes qui ont une répercussion sur la santé (Projet 2000, 1989).

D'autres événements ou changements viennent également appuyer la nécessité d'une formation accrue chez les infirmières, dont entre autres l'augmentation de la longévité des personnes apportant de nouveaux problèmes de santé, les changements démographiques, les phénomènes sociaux et le concept des soins de santé primaires.

Selon l'Enquête Santé Québec, les québécois et québécoises vivent en moyenne 8,1 ans et 10,8 ans en mauvaise santé (invalides et perte d'autonomie). Les principales causes de décès sont les maladies du système circulatoire, les tumeurs, les accidents et les traumatismes. Les facteurs prédisposant à ces causes de décès sont : l'obésité, l'usage du tabac, l'hypercholestérolémie, la consommation d'alcool et de drogue, le manque d'exercice, le mode de vie et

l'environnement physique et social de la population. La maladie mentale est également un des problèmes de santé prioritaires et est la deuxième cause d'hospitalisation au Québec.

De profonds changements démographiques se sont produits au cours des vingt dernières années. Au Québec, les gens vivent plus vieux, il y a moins d'enfants et la population est de plus en plus multi-éthnique. Des changements socio-économiques sont également survenus, dont les fluctuations de la croissance économique, l'importance accrue du rôle de l'État, les transformations du marché du travail, l'émergence de nouvelles formes de pauvreté, la multiplication des modèles de familles, l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, les nouvelles solidarités communautaires, les nouvelles façons de penser, de sentir et d'agir en matière de santé. La société québécoise se heurte maintenant à l'insécurité, à la tension, aux conflits et à l'essoufflement.

La pauvreté, le chômage et les autres formes d'inégalités sociales sont des facteurs reconnus comme étant fortement associés à des taux élevés de morbidité et de mortalité. Les maladies transmises sexuellement (MTS) et le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ont atteint un stade endémique.

La violence est également un problème social majeur et les conséquences sont graves pour les victimes : dépression, isolement, blessures, horizons sans issues et parfois même mort par homicide ou suicide.

D'autres phénomènes ont aussi une influence sur la santé de la population : la désinstitutionnalisation en santé mentale, le maintien à domicile des personnes âgées et les disproportions qui existent entre les besoins des familles et les services ou ressources disponibles.

Ces faits nous confirment qu'à long terme, la nature et le cadre de distribution des soins infirmiers seront modifiés. La profession infirmière, pour répondre à l'ampleur des besoins de santé et à leur complexité, doit s'assurer que la formation initiale donnée aux infirmières puisse répondre aux besoins qui se dessinent dès aujourd'hui.

Les soins infirmiers (quantitatifs et qualitatifs) doivent tenir compte des besoins de valorisation sociale, des interactions familiales et sociales et de l'autonomie des personnes.

L'OIIQ croit également que le concept des soins de santé primaires, a un impact sur la formation et la pratique des soins infirmiers. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 1978, définissait les soins de santé primaires.

La base de l'approche des soins de santé primaire est une conception de développement holistique de la santé, et fait référence aux concepts de totalité, d'unité, de continuité et d'ensemble relatifs à la personne et à son environnement. Cette vision holistique de la santé a comme pierre angulaire l'unité des éléments bio-psycho-sociaux et spirituels de l'être humain ainsi que son indissociabilité avec l'univers.

L'approche des soins de santé primaires est une approche de vie et demande l'engagement de tous dans la démarche continue d'amélioration de sa propre qualité de vie et de celle du milieu. C'est une démarche d'autoprise en charge et de développement, et fait appel à une implication multisectorielle dans les prises de décision devant être envisagées dans la promotion de la qualité de vie au plan de la santé et au plan économique. C'est plus qu'un engagement personnel.

La finalité des soins de santé primaires vise donc une réponse adéquate aux besoins réels de santé de toute la population. Le moyen privilégié pour y parvenir est la promotion de la

santé, vue comme étant l'ensemble des activités humaines visant un niveau maximal de bien-être et d'actualisation du potentiel de chaque individu, famille et communauté.

La promotion de la santé (processus de développement de la santé) intègre tout d'abord l'autosoin aux plans individuel, familial ou collectif et des services de support (préventif, curatif, réadaptation, intégration sociale), compte tenu des phénomènes qui interfèrent avec le bien-être des individus, des familles et des communautés.

Compte tenu de l'approche d'autosanté, les infirmières des services de santé, ne peuvent plus prétendre offrir leurs services de façon appropriée si elles ne créent pas les conditions nécessaires pour que les individus, les familles et les groupes interviennent logiquement dans le processus de leur croissance personnelle, de l'amélioration de leur condition et de guérison de la maladie.

Les orientations gouvernementales ont elles aussi, souligne l'OIIQ, une influence sur la formation des infirmières. La santé pour tous devient une priorité au Québec et on revient au principe de la responsabilité personnelle dans une communauté où existent support et entraide. Les stratégies de soins doivent se déplacer vers la promotion et le maintien de la santé en plus du traitement et de la prévention de la maladie. Madame Thérèse Lavoie Roux, dans son allocution du 4 juillet 1988, reconnaissait l'absolue nécessité de se doter d'une politique globale de santé et de bien-être en identifiant des objectifs de l'autoprise en charge aux plans individuel, familial et collectif. A cet égard, la profession infirmière a un rôle de premier plan à jouer dans l'élaboration de cette politique puisque l'infirmière est la principale intervenante en santé auprès de la population. La

ministre de la Santé et des Services sociaux a d'ailleurs qualifié l'infirmière «d'épine dorsale du système de santé».

C'est également pour les raisons ci-haut mentionnées que l'OIIQ croit que la formation appropriée aux infirmières doit fournir une vaste étendue de connaissances, la maîtrise d'habiletés reliées au rapport d'égalité, un support dans le processus de prise de décision qui repose sur des systèmes de valeurs différents de celui de l'infirmière et un degré élevé de conscience sociale et d'engagement professionnel.

Plus près de nous, la nécessité de la formation anima les organismes régionaux dont la Corporation des infirmières et infirmiers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (CIIRAT).

Suite à la publication des statistiques de l'OIIQ, relatives à la formation des infirmières, qui révélaient qu'en Abitibi-Témiscamingue, seulement 26 % des infirmières possédaient une formation universitaire, le conseil d'administration de la Corporation des infirmières et des infirmiers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue décida, en janvier 1990, de former un comité ad hoc afin de promouvoir la formation universitaire des infirmières en Abitibi-Témiscamingue.

Ce comité est composé de la présidente de la CIIRAT, d'une représentante de l'UQAT, du CRSSSAT, d'un CLSC et d'un CH. Le comité débuta ses travaux par l'inventaire des actions entreprises dans le passé dans la région en regard de la formation des infirmières. Cet inventaire révéla que des actions avaient été menées de façon isolée et sans concertation, ce qui n'apporta pas de changement et n'eut pas de suite.

Ensuite, le comité a voulu vérifier, auprès de toutes les instances concernées, leur position en regard de la formation des infirmières. Le comité rencontra donc tous les députés provinciaux (3) de l'Abitibi-Témiscamingue, les directeurs généraux des CH, les directeurs généraux des CLSC-CS, les directeurs généraux des CAH, les directrices et les directeurs des soins infirmiers des CH, les coordonnatrices et les coordonnateurs des CLSC-CS, le directeur du cégep, le recteur de l'UQAT ainsi que les représentantes syndicales des principaux établissements de santé de la région.

Les comptes rendus des rencontres (1990-1991) du Comité de promotion de la formation universitaire (CPFU) nous rapportent les positions des instances rencontrées. Tous sont d'accord pour une formation plus poussée des infirmières, mais certains montrent des réticences en regard des modalités ou moyens pour favoriser cette formation.

Les représentantes syndicales sont en faveur qu'un baccalauréat de base soit accessible aux infirmières de la région. Par contre, elles s'opposent à ce que l'obtention d'un baccalauréat soit obligatoire pour toute la main-d'oeuvre infirmière.

Les directeurs généraux aimeraient avoir plus d'infirmières bachelières au sein de leurs établissements mais les budgets octroyés par le MSSS ne leur permettent pas d'embaucher de telles professionnelles.

Les directrices et directeurs des soins infirmiers des CH désirent élever le taux d'infirmières bachelières au sein des soins infirmiers. Les représentants des CAH (DG et DSI) croient à l'avantage d'avoir des infirmières bachelières pour les postes cadres, mais pour les autres infirmières à leur emploi, ils privilégient le certificat en gérontologie.

Les principales intéressées, soit les infirmières, croient, elles aussi, que la formation universitaire aurait des impacts positifs sur la profession.

Lors de l'Assemblée générale annuelle de la Corporation des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue, tenue le 15 juin 1990, le thème de cette journée était «La formation universitaire». Les infirmières ont discuté en ateliers de l'opportunité d'une formation universitaire de premier cycle comme diplôme initial donnant accès à la profession. Elles devaient répondre à trois questions : Une formation universitaire ferait-elle de vous de meilleures infirmières ? Quels impacts apporteraient une telle formation? Quelles sont les conditions nécessaires pour accéder à cette formation?

Les résultats des discussions, suite aux questions posées plus haut lors de l'assemblée générale annuelle de la CIIRAT furent que la formation collégiale est déjà une formation très valable et pertinente aux tâches à accomplir. Toutefois, une formation universitaire donnerait plus de connaissances ainsi qu'une vision plus globale du système de soins. Les impacts d'une telle formation, outre les effets professionnels, pourraient accroître la crédibilité de l'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire où plusieurs intervenants ont une formation universitaire à la base. De plus, on croit qu'une telle formation pourrait accroître l'attraction vers la profession.

Mais l'assemblée se questionne à savoir : Quelles conditions seraient nécessaires pour accéder à une formation universitaire?

Les infirmières en atelier ont énumérées quelques conditions qui, croyons-nous, sont des pistes de solution à ne pas négliger : la disponibilité de prêts et des bourses à intérêt minimum, la facilité de libération au niveau du travail, la reconnaissance de cette scolarité dans les conventions

collectives, la non-dévalorisation du travail de celles qui ont une formation collégiale, un système d'enseignement à distance, avec des laboratoires et des moniteurs sur place. Finalement, le comité ad hoc s'est associé au comité UQAT-CRSSHAT, comité régional qui s'est donné comme mandat de promouvoir la formation des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Après toutes ces consultations et en s'appuyant sur les orientations privilégiées par l'OIIQ et décrites antérieurement, le comité de promotion de la formation universitaire mis en place par la Corporation des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue s'est fixé deux objectifs spécifiques afin de favoriser la formation universitaire des infirmières en Abitibi-Témiscamingue :

1. Travailler à la mise en place d'un baccalauréat de base en sciences infirmières dispensé par l'UQAT. (La directrice du module des sciences santé de l'UQAT participe à un comité provincial visant à élaborer un programme de baccalauréat de base en sciences infirmières qui sera dispensé par le réseau des universités du Québec. A noter que l'Université du Québec à Hull a reçu (en 1990) des budgets pour développer ce programme qui sera dispensé en 1993).
2. Rendre plus accessible le baccalauréat de perfectionnement aux infirmières à l'emploi des établissements et multiplier les conditions facilitantes à ce perfectionnement à l'intérieur de ces mêmes établissements.

### **2.3 LES OBSTACLES AU PERFECTIONNEMENT**

Quoique la nécessité de la formation universitaire ait été démontrée de façon assez éloquente par plusieurs instances, l'accès à cette formation s'avère difficile pour plusieurs infirmières. Depuis plusieurs années, les associations professionnelles et les chercheurs s'interrogent sur les facteurs pouvant faire obstacle au perfectionnement. En 1971, l'Association des infirmières et

infirmiers du Canada (AICC), a interrogé 6 493 infirmières à travers le Canada. Le manque d'aide financière de même que les responsabilités familiales apparaissent comme les deux principaux obstacles à la formation continue. Parmi les commentaires recueillis, des raisons d'ordre scolaire (horaires, régions où se donnent les cours, conditions d'admission, nécessité de s'inscrire à temps complet) ressortent comme des barrières importantes.

André Duquette (1983) dans une étude québécoise intitulée «Les conditions du milieu peuvent entraver la motivation à l'éducation continue», dresse un portrait des motifs psychologiques pouvant entraver ou influencer la motivation à l'éducation continue. Les motifs psychologiques les plus influents en regard de la motivation à l'éducation continue seraient : l'amélioration de la compétence professionnelle, le maintien des connaissances à jour et la satisfaction personnelle; les motifs les moins influents seraient l'augmentation salariale et l'avancement.

Les motifs liés aux conditions du milieu les plus influents sur la motivation à l'éducation continue sont le fait de pouvoir s'inscrire à des cours à temps partiel et le fait que les infirmières doivent se tenir à jour. Les facteurs assistance financière de l'employeur et aménagement de l'horaire de travail se retrouvent au dernier rang.

Il est à noter que cette étude a été faite auprès de 42 infirmières de Montréal et de 40 infirmières de Granby.

Selon Helen Berg, citée par Duquette (1983), l'environnement éducatif du milieu de travail et les horaires de travail sont identifiés comme facteurs contraignants. Elle note également le manque d'information sur les activités éducatives offertes, l'endroit des activités, la pertinence des

programmes offerts, la libération du temps de travail en faveur des études et l'appui financier de l'employeur (Duquette, 1983 : 24).

Plus tard en 1986, Duquette, dans sa recherche intitulée Obstacles à l'éducation des adultes, motifs de non-perfectionnement des infirmières du Québec, identifia les facteurs liés à la participation et à la non-participation des adultes à l'éducation continue. Il a analysé quatre modèles de participation. Le premier modèle (Boshier 1973) qui déduit que la participation aux activités éducatives serait le résultat d'interaction entre des facteurs psychologiques internes et des variables externes de l'environnement. Le deuxième (Cross 1981) explique que la participation en éducation des adultes est le résultat de plusieurs forces cumulatives liées entre elles; ces forces proviennent de l'individu et s'orientent vers l'extérieur, la variable de départ est l'auto-évaluation, la perception qu'un individu entretient à propos de ses possibilités. Le modèle d'interactions psychosociales est axé sur les forces externes venant de l'environnement; les facteurs sont répartis selon deux périodes : l'âge pré-adulte et l'âge adulte. Le dernier propose une approche globale qui met en relief les variables biophysiques de l'environnement, les caractéristiques sociales, les traits de personnalité, les capacités intellectuelles, les attitudes reliées à la motivation de l'adulte, l'information retenue et la situation immédiate.

L'analyse des modèles étudiés par Duquette fait ressortir que la participation des adultes à l'éducation apparaît comme un phénomène complexe influencé par des motifs d'ordre psychologique et des variables externes de situation et d'environnement; ces variables agissent comme forces cumulatives entre elles. Les indicateurs les plus puissants liés à la participation et à la non-participation à l'éducation seraient la scolarité et l'âge. Les principaux obstacles au non-perfectionnement seraient liés aux institutions, à la situation de l'adulte et à ses dispositions.

Duquette (1986), en conclusion de son étude, identifia dix motifs comme étant majeurs et faisant obstacle au perfectionnement : les motifs liés au milieu de travail, ceux liés aux dispositions de l'infirmière et les motifs liés à sa situation. Ces motifs sont par ordre d'importance décroissant. Ceux liés au milieu de travail réfèrent au travail qui prend beaucoup de temps, à la libération du travail, aux conditions de travail, au travail épuisant et aux difficultés pour les études à temps partiel. Les motifs liés aux dispositions de l'infirmière sont la pratique satisfaisante, le temps pour obtenir un diplôme, le diplôme non nécessaire et les difficultés pour les études à temps partiel. Finalement, ceux liés à la situation de l'infirmière réfèrent aux engagements nombreux et à la vie privée prioritaire.

De plus, deux chercheuses américaines (Malcolm et Reuther, 1988) suite à une revue de littérature et à des interview auprès d'étudiantes infirmières, ont identifié douze conceptions pouvant faire obstacle au retour aux études chez les infirmières (voir annexe II). Ces conceptions ressemblent beaucoup aux motifs évoqués par les infirmières lors de la recherche de Duquette au Québec en 1986. Dans les deux cas (Etats-Unis, Québec), nous y retrouvons l'incertitude d'une promotion après l'obtention du diplôme (questions 1 et 49), la non-nécessité d'avoir un baccalauréat pour exercer la profession d'infirmière de chevet (questions 4 et 37), la non garantie d'un meilleur salaire suite au diplôme (questions 6 et 39), la formation en cours d'emploi suffisante pour satisfaire leurs besoins de perfectionnement (questions 8 et 6), le manque de support et d'encouragement à suivre des cours (questions 11, 5 et 28), la période de temps trop longue pour l'obtention du baccalauréat, les cours à temps partiel (questions 12, 4, 48 et 50).

---

\*. Ces motifs ont été classés par l'auteur comme appartenant aux trois regroupements.

Ces ressemblances ne sont guère surprenantes car les conditions de travail dans les hôpitaux aux Etats-Unis de même que la formation universitaire sont très similaires à celles existantes au Québec et en Abitibi-Témiscamingue.

L'OIIQ, en 1982, dans son livre *Hypertension*, nous rapporte que la profession infirmière est la seule profession où une meilleure formation se fait entièrement aux frais des infirmières sans gratification ou presque de nature salariale.

## **2.4 LES CONDITIONS DE TRAVAIL**

La littérature fait état de la situation dramatique que vivent les infirmières dans les hôpitaux. Au Québec, l'état de santé des soins infirmiers dans les centres hospitaliers est qualifié de lamentable. On les compare à des usines où productivité et rentabilité financière sont devenues d'intérêt primordial. On y ressent l'impact des pressions gouvernementales, administratives et syndicales (Larose, 1981).

L'AHQ déplore les difficultés à combler des postes d'infirmières dans les hôpitaux depuis cinq ans. Selon elle, le développement des centres locaux de services communautaires (CLSC) est le facteur qui a le plus contribué à créer cette pénurie d'infirmières. De fait, ces établissements de santé (CLSC) offrent des conditions de travail plus alléchantes : travail de jour, milieu plus dynamique et valorisation de l'autonomie (AHQ, 1988).

Les infirmières ne sont plus attirées par le milieu hospitalier, qui ne peut retenir celles déjà sur le marché du travail; plusieurs quittent pour d'autres professions. Nous constatons une diminution des postes à temps complet (7,3 %) chez les infirmières depuis 1974 (Côté, 1979).

Cette diminution de poste à temps complet fut également relevée par l'OIIQ lors de la publication de ses statistiques de 1988 relative à la formation des infirmières. En effet, cette dernière a compilé et comparé le nombre de postes à temps plein et à temps partiel depuis les années 1977-1978, jusqu'en 1987-1988. Nous remarquons que tous les établissements de santé (centres hospitaliers, centres de santé, santé communautaire) ainsi que la formation professionnelle ont subi une baisse de leurs postes à temps complet en faveur d'une augmentation de postes à temps partiel. Ce sont dans les centres hospitaliers que cette inversion de poste s'est faite le plus sentir. Les postes à temps plein sont passés de 71,3 % à 54,09 %, sur une période de dix ans, tandis que les postes à temps partiel ont augmenté en passant de 28,7 % à 45,91 %.

Une étude réalisée par Jean Goyette, en collaboration avec les CRSSS de la Côte-Nord et de l'Abitibi-Témiscamingue (octobre 1989) intitulée Les facteurs qui provoquent les intentions de départ des infirmières oeuvrant en régions périphériques, révèle qu'en plus du taux d'insatisfaction au travail comme facteur d'intention de départ, il y a l'accessibilité à la formation hors de l'établissement. Les infirmières dénoncent les lacunes au niveau des choix de cours disponibles, l'absence de politique favorisant l'accessibilité de la formation offerte hors établissement et le manque de décentralisation de l'enseignement.

Il en est de même aux Etats-Unis, où l'on constate également un exode des infirmières vers d'autres professions. Les infirmières des hôpitaux, de New-York à Los Angeles, dénoncent les

conditions de travail dans ces institutions. Celles des soins intensifs, notamment, affirment qu'il n'y a pas suffisamment de personnel pour assurer un travail efficace sur tous les quarts de travail, et que les soins aux patients sont toujours compromis. Quelles seraient les solutions pour empêcher cette exode? Le salaire? Peut-être, mais les experts en nursing aux Etats-Unis croient que le concept «nursing» et le rôle traditionnel de l'infirmière doivent être redéfinis. Ces experts croient aussi qu'il faut repenser les normes d'éducation et les stages des programmes en nursing. (Gorman, 1988).

Depuis l'adoption en 1982 de l'exigence de la formation initiale universitaire en l'an 2000 pour les nouvelles infirmières, l'OIIQ publia plusieurs articles dans Nursing Québec. Dans une étude faite en 1989, «Hypertension, l'urgence des choix», l'Ordre dénonce une situation devenue intenable pour les infirmières au Québec. Selon cette dernière, un nombre inquiétant d'infirmières quittent la profession. Celles qui restent, aménagent différemment leurs champs de pratique : elles oeuvrent en cabinet privé, dans des centres pour personnes âgées ou personnes mourantes. Elles se dirigent vers les CLSC : soins à domicile, santé des jeunes, santé au travail ou vers d'autres approches de soins; d'autres s'inscrivent à des agences privées.

Parmi les infirmières qui continuent à travailler dans le système hospitalier (70 % d'entre elles), nombreuses sont celles qui optent pour l'horaire de sept jours de travail par quinzaine. Plusieurs d'entre elles, pour éviter le burn-out, prennent des congés de maladie ou des congés sans solde.

Les moins de 35 ans refusent de plus en plus le travail de nuit. La perspective d'y demeurer 7 à 8 ans avant d'obtenir un poste de jour, au moment où elles commencent une vie de

couple, élèvent des jeunes enfants ou sont déjà seules soutien de famille, rend cette perspective inacceptable, d'autant plus qu'elles n'obtiennent qu'une maigre compensation monétaire de cinq dollars par nuit (prime).

Ce sont les nouvelles diplômées des cégeps qui délaissent en premier la profession. Le travail en centres hospitaliers les décourage et les effraie. Elles font parties d'équipes volantes, sont sur des listes de rappel, travaillent à temps partiel, sans sécurité d'emploi ni de revenu. Une étude menée par l'OIIQ en 1984 auprès de jeunes infirmières inscrites au tableau de l'ordre depuis 1981 et ayant un, deux ou trois ans d'expérience, démontre que 66 % d'entre elles travaillent à temps partiel ou occasionnel. Seulement 18 % sont en service de jour et 47 % le sont par rotation de jour, soir et nuit.

On demande souvent à ces infirmières qui n'ont pas acquis l'expérience de base au sein d'une équipe stable et structurée sans l'encadrement nécessaire, d'assumer à pied levé des responsabilités trop grandes ou des spécialités qui exigent une forte expérience. Qu'en est-il alors de leur degré d'insécurité et de stress, de la sécurité des bénéficiaires et de la qualité des soins?

La profession infirmière est nettement dévalorisée alors que l'éventail des choix de carrières qui s'offrent aux filles comme aux garçons n'a jamais été aussi étendu. Entre 1977 et 1987, parmi les 122 choix de carrières offerts aux cégepiens et cégepiennes, la profession d'infirmière est passée du 4<sup>ième</sup> choix au 91<sup>ième</sup> (OIIQ, Hypertension, 1989).

Le salaire des infirmières est également fort peu attrayant. La scolarité additionnelle et la formation spécialisée ne sont à peu près pas rémunérées. Au Québec, une bachelière en nursing

gagne en commençant 1,53 \$ seulement de plus l'heure qu'une diplômée de cegep en technique de soins infirmiers. Après vingt-cinq ans, qu'importe son niveau de formation, l'infirmière d'expérience gagne 8 780 \$ de plus par année qu'une débutante (OIIQ, Hypertension, 1989).

L'OIIQ croit également que la source du problème se trouve dans la discrimination envers les femmes. L'injustice salariale réside dans le fait que les métiers traditionnellement féminins continuent d'être systématiquement moins rémunérés que ceux à prédominance masculine. L'analyse de 300 conventions collectives, dans les années 1980, démontre la persistance de cette discrimination à l'endroit des femmes (Garon, Bélanger, Ledoyen, 1986).

Un autre problème relié à la profession infirmière est la structure d'emploi marquée par une augmentation considérable du travail à temps partiel. Au Québec en 1989, 60 % des infirmières travaillent à temps partiel (OIIQ, Hypertension, 1989).

Les conditions de travail imposées aux infirmières se détériorent alors que les responsabilités augmentent et que les compétences requises se diversifient. Elles sont bousculées de toutes parts, happées par une surcharge de soins techniques difficiles à exécuter et forcées à des tâches fragmentées, minutées comme dans une chaîne de montage (Bergeron Françoise et Coll., 1984 : 43).

Il y a aussi, de toute évidence, la mauvaise utilisation que l'on fait des infirmières. Dans une période aussi aigüe de manque de personnel, on leur demande d'accomplir des tâches qui ne relèvent pas des soins infirmiers (répondre au téléphone, faire du secrétariat, de l'entretien, s'occuper

des réserves de fournitures). C'est une preuve évidente du peu de valeur accordée aux soins de santé et à l'expertise professionnelle de celles qui les dispensent.

L'OIIQ ajoute même que les problèmes de main-d'oeuvre ne sont en fait que la non-reconnaissance d'une profession et du rôle primordial qu'elle joue dans le système de santé. La profession infirmière ne peut exercer pleinement sa propre autonomie. Cette absence de liberté d'action est une cause profonde de l'insatisfaction grandissante chez les infirmières et de la détérioration des soins de santé (OIIQ, Hypertension, 1989).

L'absence d'autonomie dans l'organisation de leur travail et l'impossibilité pour elles d'influencer ou de modifier les politiques concernant les soins aux patients sont des facteurs clés dans leur décision de quitter leur emploi. Ces facteurs étaient également cités comme influents, dans la recherche de Goyette (1989) sur les intentions de départ des infirmières oeuvrant en régions périphériques.

La Fédération québécoise des infirmières et infirmiers soulignait dans leur mémoire présenté à la commission Rochon (1986) :

En plus de ne pas être consultées, ni associées aux prises de décision en tant qu'intervenantes autonomes, elles doivent faire face aux attitudes paternalistes ou sexistes des médecins qui ont tendance à les traiter comme de simples exécutantes, voire des servantes.

Le seul pouvoir des infirmières est un pouvoir informel non reconnu à l'instar de celui des femmes dans la société. L'image que les politiciens se font des infirmières est encore influencée par le pouvoir de la profession médicale. Les enquêtes qui ont pour objectifs d'analyser le système

de santé et de proposer des réformes globales témoignent, elles aussi, de la méconnaissance totale du rôle des infirmières et de la nature même des soins infirmiers. L'OIIQ en a fait la critique à la commission Rochon.

Devant toutes ces difficultés rencontrées au niveau du travail des infirmières, de leur fonctionnement au sein de l'équipe de soins et de leur place dans le système de santé québécois, les directrices des programmes universitaires des sciences infirmières, l'Association canadienne des écoles universitaires en nursing région du Québec et les directrices des soins infirmiers des établissements de santé québécois considèrent que ces difficultés sont dues à une formation de base insuffisante et que la formation universitaire doit être le critère d'admission à la profession.

## **CHAPITRE 3**

### **LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

## **CHAPITRE 3**

### **LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE**

Ce chapitre présente la méthode utilisée pour répondre à notre question de recherche. Nous y traitons du choix de l'instrument de mesure, de notre population de recherche, de la collecte des données et du traitement de ces données.

#### **3.1 MÉTHODE OU STRATÉGIE DE RECHERCHE**

Notre stratégie de recherche est le sondage parce qu'il constitue une méthode peu coûteuse en termes de temps et qu'il favorise un contact direct avec une population à l'étude sans pour autant influencer de quelque façon que ce soit les sujets de la recherche (Tremblay, 1991).

#### **3.2 CHOIX DE L'INSTRUMENT DE MESURE**

La recherche de Duquette (1986) mentionnée auparavant et intitulée Obstacles à l'éducation des adultes, motifs de non-perfectionnement des infirmières au Québec, constitue à notre avis un ouvrage clé.

En effet, le questionnaire utilisé par Duquette répond vraiment à notre objectif de recherche qui est de vérifier auprès des infirmières les motifs identifiés par ces dernières comme faisant obstacle à leur perfectionnement. Nous avons décidé d'utiliser cet instrument, ce dernier ayant été validé par l'auteur.

Duquette s'est inspiré de la recherche de Scanlan (1982, 325-343) portant sur les professionnels de la santé et qui décrit les relations existant entre le statut d'emploi et les obstacles à l'éducation à partir d'éléments différents, soit la situation de l'emploi, le type de milieu de travail et la position hiérarchique dans l'emploi occupé.

Les énoncés tels que définis par Scanlan furent choisis par Duquette car selon lui, la liste de ces énoncés avait été élaborée selon un processus rigoureux. Cette procédure attestait de sa pertinence et de son exhaustivité. Le degré de fidélité de l'instrument de Scanlan se situe à un coefficient alpha de 0,94. La validité de l'instrument ainsi démontrée, Scanlan trouva l'existence d'une corrélation négative entre l'ampleur de la participation aux études et l'ampleur de la perception des obstacles. Scanlan démontra également l'existence d'associations significatives et pertinentes entre les obstacles au perfectionnement et les caractéristiques sociodémographiques (Duquette, 1986 : 76).

Le choix des énoncés de Scanlan fut également retenu par Duquette pour les raisons suivantes :

- . les énoncés avaient été conçus par des professionnels de la santé des États-Unis;
- . la liste était récente (1982) et elle contenait des obstacles liés au perfectionnement continu organisé en dehors du milieu de travail;

la liste était relativement brève (40 énoncés) et pouvait donc être utilisée dans un questionnaire à être expédié par courrier.

Il fit donc traduire de l'anglais les quarante énoncés ou obstacles identifiés dans la recherche de Scanlan, par deux experts bilingues, et il a adopté ces énoncés à la situation des infirmières au Québec. Après une vérification auprès d'un jury composé de huit experts en formation continue en soins infirmiers, ces derniers ont considéré qu'il manquait certains motifs qui pourraient expliquer le non-perfectionnement, motifs suggérés par leur expérience et discussions avec des infirmières québécoises. Après cette consultation, Duquette adopta trente-huit énoncés de Scanlan et y en ajouta douze autres. Puis, une autre vérification par des entrevues individuelles a été effectuée auprès de seize infirmières ayant les caractéristiques de la population de recherche, soit des infirmières francophones, membres actifs de l'OIIQ, employées en nursing, ayant une formation initiale (cégep ou hôpital) et n'ayant suivi aucun cours de perfectionnement selon les registres de l'OIIQ au 31 décembre 1984.

Duquette a ainsi retenu cinquante énoncés jugés représentatifs des motifs de non-perfectionnement chez les infirmières. Ces derniers furent regroupés sous quatre thèmes : ceux liés au milieu de travail, ceux liés au milieu d'enseignement, ceux liés à la situation personnelle de l'infirmière et ceux liés aux dispositions de l'infirmière (voir questionnaire, en annexe I).

Il a sélectionné ensuite dix variables sociodémographiques jugées importantes : l'âge, le sexe, l'état civil, la présence ou non d'enfants de moins de 18 ans, le milieu de résidence, le type de formation initiale, le statut d'emploi, le secteur d'emploi, le poste occupé et les champs d'activités.

Considérant que notre question de recherche est la même que celle de Duquette, mais centrée exclusivement sur la population infirmière de l'Abitibi-Témiscamingue, et que l'instrument de mesure utilisé par le chercheur avait été validé par ce dernier, nous avons décidé de reprendre la recherche provinciale en utilisant l'instrument élaboré par Duquette.

Tout comme Duquette, nous considérons que le questionnaire auto-administré est l'outil tout désigné pour répondre à notre question de recherche. L'envoi par courrier d'un questionnaire anonyme se prête bien à la situation des infirmières. Ces dernières possèdent un niveau de scolarisation assez élevé et l'habitude d'écrire, elles possèdent aussi suffisamment d'information sur la problématique de notre recherche. Le questionnaire est préférable à l'entrevue car le questionnaire anonyme n'encourage pas les participants à une recherche à répondre selon la valeur sociale donnée aux réponses (Duquette, 1986 : 112).

A l'aide du même questionnaire, nous sommes allé vérifier auprès des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue qui n'ont pas suivi de cours et chez celles qui ont abandonné les cours de perfectionnement, les motifs de ce non-engagement et/ou de non-poursuite en regard du perfectionnement et répondre ainsi à notre question.

Les variables sociodémographiques qui ont accompagné le questionnaire et qui nous ont servi à établir des liens entre ces variables et les énoncés du questionnaire, étaient également sensiblement les mêmes que celles utilisées par Duquette. Cependant, l'item «lieux de résidence» (urbain, rural et banlieue) a été remplacé par les neuf sous-régions de l'Abitibi-Témiscamingue, endroits où l'UQAT dispense des cours, soit : Rouyn-Noranda, La Sarre, Val d'Or, Amos, Ville-Marie,

Quévillon, Senneterre, Matagami et Témiscaming. De plus, à l'item état civil, nous avons ajouté :  
3. veuf(ve) 4. divorcé(e).

### **3.3 POPULATION DE RECHERCHE**

Le questionnaire auto-administré ayant été retenu et l'envoi par courrier nous ayant été facilité par la Corporation des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue (CIIRAT), nous avons décidé d'inclure dans notre population de recherche toutes les infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue qui ne possédaient pas d'attestation de formation universitaire. Grâce à la liste des infirmières inscrites au Tableau de l'OIIQ, que nous a prêtée la Corporation des infirmières et infirmiers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (CIIRAT), et à la liste des diplômées de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), que nous a fournie cette dernière, nous avons donc éliminé de la liste de l'OIIQ toutes les infirmières diplômées de l'UQAT.

Il restait 930 infirmières n'ayant aucune attestation universitaire, à qui nous avons expédié le questionnaire. Nos chiffres étaient très près de ceux relevés dans les statistiques de l'OIIQ de 1988, soit 921 infirmières n'ayant aucune attestation de formation universitaire ou diplôme.

### **3.4 COLLECTE DES DONNÉES**

Notre questionnaire a été expédié par la poste, le 15 janvier 1990, aux infirmières de notre population de recherche, avec l'aide de la Corporation des infirmières et infirmiers de la région

de l'Abitibi-Témiscamingue (cette dernière nous ayant fourni les enveloppes). Les infirmières devaient retourner le questionnaire dûment complété à notre adresse personnelle, pour le 15 février 1990.

Tous les questionnaires ont été accompagnés d'une lettre explicative de notre part. Celle-ci décrivait le but de notre recherche et la nécessité de leur collaboration comme moyen privilégié de recueil de données pouvant susciter une réflexion et peut-être amener une concertation entre les milieux d'enseignement et de travail, pour mettre en place des conditions et/ou mécanismes facilitant le perfectionnement en Abitibi-Témiscamingue. A cet envoi était également inclus une lettre de la CIIRAT, qui assurait aux infirmières le respect de la confidentialité dans ce processus de consultation, ainsi qu'une enveloppe de retour affranchie et pré-adressée.

### **3.5 TRAITEMENT DES DONNÉES**

Suite à l'envoi de 930 questionnaires, 543 nous ont été retournés pour un taux de réponses de 58,39 %. La répartition des réponses se présente comme suit :

- . 345 questionnaires étaient complets,
- . 118 questionnaires étaient incomplets,
- . 80 questionnaires étaient invalides car les répondantes avaient déjà suivi plus de 10 cours universitaires, ce qui correspondait, pour nous, à l'équivalent d'un certificat ou plus.

Le nombre de questionnaires valides, c'est-à-dire complétés par les répondantes qui n'ont pas suivi de cours universitaires ou qui en ont suivi mais abandonné par la suite, sans avoir obtenu de certificat ou de baccalauréat, est de 345. Notre nouveau taux de réponses se situe maintenant à 47 %, car nous avons déduit de notre population initiale les questionnaires incomplets et invalides, soit  $(118 + 80 - 930 = 732)$  345 sur 732 = 47 %.

Parmi ces 345 questionnaires complets, il faut noter que 154 répondantes ont suivi des cours sans obtenir un diplôme universitaire de type certificat ou baccalauréat, soit 45 %.

Le traitement statistique des données fut effectué comme suit : les données recueillies auprès de ces 345 infirmières ont été saisies avec le Logiciel SPSS. On a ensuite fait une analyse de fréquence pour faire ressortir les motifs les plus influents, c'est-à-dire les pourcentages de réponses calculés pour l'ensemble des répondantes en regard de chacun des motifs.

Dans cette recherche, nous avons considéré que les questions répondues par «**pas du tout et un peu**» signifiaient que les répondantes considèrent ces motifs peu importants et que les questions répondues «**assez et beaucoup**» signifiaient que les répondantes considèrent ces motifs importants.

Nous avons cumulé (additionné) sous un même pourcentage, les pourcentages obtenus sous les questions répondues par «**pas du tout et un peu**». Nous avons également cumulé (additionné) sous un même pourcentage, les pourcentages obtenus sous les questions répondues par «**assez et beaucoup**».

Nous retrouvons pour chaque motif deux catégories de réponses «important et non important» avec un pourcentage rattaché à chacune. Sont ensuite considérés comme motifs très influents, les motifs ayant obtenu plus de 50 % de réponses de la catégorie «**assez et beaucoup**». C'est ainsi que nous retraçons quinze motifs très influents faisant obstacle au perfectionnement.

Les motifs les plus influents ayant obtenus une cote élevée ont également été ressortis chez les répondantes ayant suivi des cours universitaires, puis comparés aux motifs les plus influents chez les répondantes n'ayant suivi aucun cours.

Par la suite, les motifs ont été croisés aux variables sociodémographiques préalablement identifiées.

## CHAPITRE 4

# LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

## **CHAPITRE 4**

### **LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Ce chapitre traite tout d'abord de la description des caractéristiques sociodémographiques de nos répondantes, puis des motifs de non-perfectionnement. Des résultats sont ensuite présentés pour tous les motifs les plus influents ainsi que pour les liens entre les variables sociodémographiques et les motifs de non-perfectionnement.

#### **4.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTES**

Celles-ci font référence au sexe, à l'âge, à l'état civil, aux enfants et aux secteurs géographiques de résidence. On y retrouve également celles liées à l'emploi soit : le statut d'emploi et le secteur d'emploi, l'occupation principale et le champs d'activités. Puis viennent celles liées à la formation professionnelle : la formation de base, les cours universitaires suivis et la participation aux activités éducatives.

Les caractéristiques personnelles et professionnelles des répondantes n'ayant aucune attestation de formation universitaire sont présentées dans les tableaux 4.1 et 4.2 des pages suivantes.

TABLEAU 4.1 CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DES RÉPONDANTES

CARACTÉRISTIQUES	NOMBRE DE RÉPONDANTES	POURCENTAGE
<b>1. SEXE</b>		
Féminin	319	92
Masculin	<u>26</u>	8
	345	
<b>2. ÂGE</b>		
Moins de 25 ans	32	9
25 - 34 ans	154	45
35 - 44 ans	120	35
45 ans et plus	<u>39</u>	11
	345	
<b>3. ENFANTS DE 18 ANS ET PLUS</b>		
Oui	242	71
Non	<u>101</u>	29
	343	
<b>4. ÉTAT CIVIL</b>		
Célibataire	82	24
Mariée	229	67
Veuve	1	-
Divorcée	<u>32</u>	9
	344	
<b>5. SECTEURS GÉOGRAPHIQUES DE RÉSIDENCE</b>		
Rouyn-Noranda	85	25
Amos	54	16
Ville-Marie	32	9
Matagami	9	-
Val d'Or	109	32
Senneterre	2	-
La Sarre	37	11
Témiscaming	5	-
Lebel-sur-Quévillon	<u>8</u>	-
	341	

TABLEAU 4.2 CARACTÉRISTIQUES PROFESSIONNELLES DES RÉPONDANTES

CARACTÉRISTIQUES	NOMBRE DE RÉPONDANTES	POURCENTAGE
<b>1. FORMATION INITIALE</b>		
Hôpital	47	14
Cégep	<u>295</u>	86
	342	
<b>2. COURS CONDUISANT À L'OBTENTION D'UN DIPLOME SUPPLÉMENTAIRE</b>		
Non	190	55
Oui	<u>154</u>	45
	344	
<b>3. PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS ÉDUCATIVES</b>		
Non	222	65
Oui	<u>121</u>	35
	343	
<b>4. STATUT D'EMPLOI</b>		
Plein temps	167	49
Temps partiel	151	44
Temps occasionnel	19	-
Sans emploi	4	-
Autre emploi	<u>3</u>	-
	344	
<b>5. SECTEUR D'EMPLOI</b>		
Centre hospitalier	276	82
Centre d'accueil	22	6
Santé communautaire	12	-
Formation professionnelle	1	-
Autres	<u>26</u>	8
	337	

TABLEAU 4.2 CARACTÉRISTIQUES PROFESSIONNELLES DES RÉPONDANTES

CARACTÉRISTIQUES	NOMBRE DE RÉPONDANTES	POURCENTAGE
<b>6. POSTE OCCUPÉ</b>		
Directrice des soins	1	-
Coordonnatrice	15	-
Infirmière-chef	17	-
Assistante infirmière-chef	80	24
Chef d'équipe	32	10
Infirmière de chevet	161	48
Professeur	3	-
Autres	27	8
	<u>336</u>	
<b>7. CHAMPS D'ACTIVITÉS</b>		
Médecine/chirurgie	52	15
Soins intensifs	17	-
Obstétrique/post-partum	27	-
Pouponnière/néonatalogie	17	-
Pédiatrie	16	-
Psychiatrie	30	-
Gérontologie/gériatrie	35	-
Clinique externe	20	-
Urgence	29	-
Salle d'opération	20	-
Santé communautaire	9	19
Autres (équipe volante)	65	
	<u>337</u>	

L'infirmière qui n'a aucune attestation de formation universitaire présente les caractéristiques suivantes.

Elle est de sexe féminin (92 %), elle est mariée (67 %), elle est âgée entre 25 et 34 ans (45 %), elle a des enfants de 18 ans et moins (7 %) et vit en milieu urbain, soit Val d'Or (32 %), Rouyn-Noranda (25 %) ou Amos (16 %).

- Elle a une formation initiale de niveau cégep (86 %), elle travaille autant à temps plein (49 %) qu'à temps partiel (44 %), elle travaille majoritairement en centre hospitalier (82 %) et occupe principalement un poste d'infirmière de chevet (48 %) et son principal champ d'activité est l'équipe volante (19 %) ou médecine/chirurgie (15 %).
- Elle se retrouve dans les départements ou champs d'activités de chirurgie, mais davantage sur les équipes volantes, c'est-à-dire qu'elle n'est pas assignée de façon permanente à un département, mais travaille dans plusieurs champs d'activités.

On note également que 154 répondantes sur 345 ont déjà entrepris des cours conduisant à l'obtention d'un diplôme supplémentaire et que 65 % de toutes les répondantes participent à des activités éducatives, c'est-à-dire des colloques, mini-séminaires, journées de formation sur un sujet précis, etc.

## **4.2 LES MOTIFS DE NON-PERFECTIONNEMENT**

Les tableaux 4.3, 4.4 et 4.5 nous montrent les motifs les plus influents, c'est-à-dire ceux ayant obtenu des taux de réponses de plus de 50 % et cela pour chaque thème retenu. Viennent ensuite les motifs les moins influents (tableaux 4.6, 4.7 et 4.8), ceux ayant obtenu des taux de réponses se situant entre 25 et 49 % par thème puis sont énoncés les motifs ayant obtenus des taux de réponses inférieurs à 25 %. Et finalement, les réponses obtenues des répondantes pour chacun des motifs présentés dans le questionnaire sont présentées dans le tableau 4.9. Il est à noter que ces réponses ne sont pas regroupées selon leur pourcentage obtenu, mais sont présentées en fonction du rang occupé dans le questionnaire.

### 4.3 MOTIFS DE NON-PERFECTIONNEMENT LES PLUS INFLUENTS

Quinze motifs se distinguent comme étant très influents, car ils ont obtenus un taux de réponses de plus de 50% «**assez et beaucoup**».

Parmi les quinze motifs considérés comme les plus influents, six sont reliés aux conditions de travail et se traduisent par «un manque de temps», «la difficulté d'être libérée du travail», «les conditions de travail difficiles», «l'épuisement au travail», «le peu d'encouragement à suivre des cours», «la promotion liée à l'ancienneté» (Tableau 4.3).

Parmi ces motifs, deux ressortent nettement des autres avec des taux de réponses très élevés, soit respectivement 74 % et 73 %. Ces motifs sont : «Parce que mon travail prend beaucoup de mon temps (question 44)» et «Parce qu'il est difficile d'être libérée du travail pour suivre des cours (question 20)». Quatre motifs ont des cotes de plus de 60 %, et 9 autres ont des taux de réponses de plus de 50 %.

**TABLEAU 4.3 MOTIFS INFLUENTS RELIÉS AUX CONDITIONS DE TRAVAIL**

MOTIFS	TAUX DE RÉPONSES
. Parce que mon travail prend beaucoup de mon temps	74 %
. Parce qu'il est difficile d'être libérée du travail pour suivre des cours	73 %
. Parce que les conditions de travail sont devenues tellement difficiles que je n'ai plus le goût de suivre des cours	64 %
. Parce que je suis déjà un peu épuisée par mon travail	63 %
. Parce qu'il y a peu d'encouragements ou gratifications à suivre des cours <sup>a</sup>	61 %
. Parce que souvent les promotions sont liées à l'ancienneté plutôt qu'à la formation	55 %

a. Ce motif peut, selon nous, être classé au niveau des conditions de travail et de la vie personnelle et professionnelle de l'infirmière.

Trois motifs sont reliés aux conditions d'enseignement et se traduisent par «la difficulté à suivre des cours à temps partiel», «les endroits où se donnent les cours ne conviennent pas» et «qu'il faut trop de temps pour obtenir un certificat ou un baccalauréat» (Tableau 4.4).

**TABLEAU 4.4 MOTIFS INFLUENTS RELIÉS AUX CONDITIONS D'ENSEIGNEMENT**

MOTIFS	TAUX DE RÉPONSES
. Parce qu'il faut trop de temps pour obtenir un certificat ou un baccalauréat	69 %
. Parce que je trouve difficile de suivre des cours à temps partiel	59 %
. Parce que souvent les cours se donne à des endroits qui ne me conviennent pas.	52 %

Six motifs considérés comme influents sont reliés à la vie personnelle de l'infirmière et à la satisfaction de sa vie professionnelle et se traduisent par «le manque d'encouragement à suivre des cours», «la non-nécessité d'avoir un baccalauréat pour exercer la profession», «la satisfaction de la pratique professionnelle», «trop d'engagements personnels», «les cours empiètent trop sur la vie privée» et «la perte de revenu» (Tableau 4.5).

**TABLEAU 4.5 MOTIFS INFLUENTS RELIÉS AUX CONDITIONS PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES**

MOTIFS	TAUX DE RÉPONSES
. Parce qu'il y a peu d'encouragements ou de gratifications à suivre des cours	61 %
. Parce qu'avec tous mes engagements, je n'ai tout simplement pas le temps	58 %
. Parce que le fait de suivre des cours empiète trop sur ma vie privée	56 %
. Parce que suivre des cours implique une perte de revenu	54 %
. Parce que je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'avoir un certificat ou un baccalauréat pour exercer ma profession	54 %
. Parce que parfois j'en ai assez d'exercer la profession d'infirmière	52 %
. Parce que je suis satisfaite de ma pratique professionnelle actuelle.	51 %

Viennent ensuite quinze motifs considérés comme moins influents, c'est-à-dire ayant obtenu entre 25 % et 49 % comme taux de réponses. Parmi ces motifs, huit sont reliés à la situation personnelle et professionnelle de l'infirmière et se traduisent par : «ne pas vouloir sacrifier le peu de temps libre», «les dépenses indirectes excessives», «l'absence d'énergie et d'entrain», «d'autres choses dans la vie sont plus importantes», «la difficulté de faire garder les enfants», «la lassitude de suivre des cours», «on a mieux à faire de son temps et de son argent», «la non-participation à des activités professionnelles autres que le travail» (Tableau 4.6).

**TABLEAU 4.6 MOTIFS MOINS INFLUENTS RELIÉS À LA SITUATION PERSONNELLE ET PROFESSIONNELLE DE L'INFIRMIÈRE**

MOTIFS	TAUX DE RÉPONSES
. Parce que je ne veux pas sacrifier le peu de temps libre dont je dispose	49 %
. Parce que les dépenses indirectes (gardienne, déplacement, nourriture, etc.) me semblent excessives	44 %
. Parce que je n'ai parfois ni l'énergie ni l'entrain nécessaire	44 %
. Parce que dans ma vie, il y a des choses plus importantes que de suivre des cours	43 %
. Parce qu'il est souvent difficile de faire garder les enfants	39 %
. Parce que parfois j'en ai assez de suivre des cours	36 %
. Parce que j'ai mieux à faire de mon temps et de mon argent	30 %
. Parce que je n'ai pas tendance à participer à des activités professionnelles autres que mon travail	25 %

Quatre motifs sont reliés aux conditions de l'enseignement et se traduisent par : «l'horaire des cours ne convient pas», «les cours ne s'intègrent pas à l'horaire de travail», «les cours n'ont pas les qualités souhaitées» et «le contenu des cours ne correspond pas aux besoins professionnels» (Tableau 4.7).

**TABLEAU 4.7 MOTIFS MOINS INFLUENTS RELIÉS AUX CONDITIONS DE L'ENSEIGNEMENT**

MOTIFS	TAUX DE RÉPONSES
. Parce que l'horaire des cours ne me convient pas	46 %
. Parce qu'en général les cours offerts ne s'intègrent pas à mon horaire de travail	42 %
. Parce que les cours n'ont pas toujours les qualités souhaitées	26 %
. Parce que les contenus des cours ne correspondent pas à mes besoins d'ordre professionnel	25 %

Et finalement, trois motifs sont reliés aux conditions de travail et se traduisent par : «l'obtention d'un diplôme n'implique pas de meilleur salaire», «l'impossibilité de mettre en pratique la théorie apprise» et «le manque d'aide financière de la part de l'employeur» (Tableau 4.8).

**TABLEAU 4.8 MOTIFS MOINS INFLUENTS RELIÉS AUX CONDITIONS DE TRAVAIL**

MOTIFS	TAUX DE RÉPONSES
. Parce que pour moi l'obtention d'un diplôme n'implique pas un meilleur salaire	49 %
. Parce que souvent il m'est impossible de mettre en pratique ce que j'ai appris dans les cours suivis pour devenir infirmière	39 %
. Parce que mon employeur ne me fournit pas d'aide financière	36 %

Enfin, nous remarquons que 20 des 50 motifs énoncés sont considérés comme peu ou pas influents par nos répondantes.

Il est à noter que quinze de ces motifs concernent la situation personnelle et professionnelle de l'infirmière, soit : «le non-intéressement en raison de l'âge à suivre des cours», «la conviction de se tenir à jour soi-même», «le non-intéressement à participer à des activités autres

que celles reliées au travail, à la famille et aux amis», «la culpabilité lors d'absence de la famille ou des amis», «la participation déjà à trop de réunions», «la satisfaction des besoins de perfectionnement par la formation en cours d'emploi», «l'incapacité de payer les frais d'inscription», «l'absence de satisfaction personnelle apportée par les cours», «la difficulté à choisir les priorités d'enseignement», «le manque de confiance dans les capacités d'apprendre», «l'état de santé qui empêche de suivre des cours», «le non-besoin de se tenir à jour», «l'université pas faite pour elles», «le fait de ne pas aimer suivre des cours sans être accompagnée de personne connue», «l'opposition de la famille aux activités extérieures».

Quatre motifs sont reliés aux conditions d'enseignement, soit «le niveau des cours ne convient pas», «les méthodes d'enseignement ne conviennent pas», «les infirmières ne sont pas au courant des cours offerts», «la crédibilité de l'institution qui offre les cours laisse à désirer».

Et finalement, un motif peut être relié aux conditions de travail, soit «les collègues de travail n'encouragent pas les études».

Le tableau 4.9 de la page suivante nous présente les résultats globaux des motifs de non-perfectionnement. Ces motifs ne sont pas classés en raison du pourcentage de réponses obtenues, mais en fonction de leur rang dans le questionnaire.

TABLEAU 4.9 MOTIFS DE NON-PERFECTIONNEMENT - RÉSULTATS GLOBAUX

MOTIFS	ASSEZ / BEAUCOUP	PAS DU TOUT/ UN PEU	TOTAL
1. Parce que mon employeur ne me fournit pas d'aide financière	122 36 %	221 64 %	343 100 %
2. Parce que souvent les cours se donne à des endroits qui ne me conviennent pas	180 52 %	165 48 %	345 100 %
3. Parce qu'avec tous mes engagements, je n'ai tout simplement pas le temps	198 58 %	146 42 %	344 100 %
4. Parce qu'il faut trop de temps pour obtenir un certificat ou un baccalauréat	237 69 %	107 31 %	344 100 %
5. Parce qu'il y a peu d'encouragements ou de gratifications à suivre des cours.	211 61 %	134 39 %	345 100 %
6. Parce que la plupart de mes besoins de perfectionnement sont satisfaits par la formation en cours d'emploi.	60 17 %	285 83 %	345 100 %
7. Parce que le fait de suivre des cours empiète trop sur ma vie privée.	192 56 %	152 44 %	344 100 %
8. Parce que suivre des cours implique une perte de revenu.	186 54 %	158 46 %	344 100 %
9. Parce que je ne suis pas au courant des cours offerts.	28 8 %	317 92 %	345 100 %
10. Parce que j'ai tendance à me culpabiliser quand je ne suis pas avec ma famille ou mes amis	68 20 %	277 80 %	345 100 %
11. Parce que les conditions de travail sont devenues tellement difficiles que je n'ai plus le goût de suivre des cours	222 64 %	123 36 %	345 100 %
12. Parce que je n'aime pas suivre des cours sans être accompagnée d'une personne que je connais	17 5 %	328 95 %	345 100 %
13. Parce que les contenus des cours ne correspondent pas à mes besoins d'ordre professionnel	84 25 %	257 75 %	341 100 %
14. Parce que parfois j'en ai assez de suivre des cours.	123 36 %	222 64 %	345 100 %
15. Parce que je participe déjà à trop de réunions.	65 19 %	280 81 %	345 100 %
16. Parce que ma famille (mon conjoint) s'oppose à mes activités extérieures.	65 4 %	280 96 %	345 100 %
17. Parce que je peux généralement me tenir à jour moi-même.	71 21 %	283 79 %	344 100 %

TABLEAU 4.9 MOTIFS DE NON-PERFECTIONNEMENT - RÉSULTATS GLOBAUX

MOTIFS	ASSEZ / BEAUCOUP	PAS DU TOUT/ UN PEU	TOTAL
18. Parce que j'ai mieux à faire de mon temps et de mon argent	102 30 %	243 70 %	345 100 %
19. Parce que les méthodes d'enseignement ne me conviennent pas.	54 16 %	288 84 %	342 100 %
20. Parce qu'il est difficile d'être libérée du travail pour suivre ces cours.	253 <u>73 %</u>	92 27 %	345 100 %
21. Parce que je ne sens pas le besoin des me tenir à jour	30 9 %	313 91 %	343 100 %
22. Parce que je manque parfois des confiance dans mes capacités d'apprendre.	32 9 %	313 91 %	345 100 %
23. Parce qu'il est souvent difficile de faire garder les enfants.	133 39 %	208 61 %	341 100 %
24. Parce que je ne peux payer les frais d'inscription.	56 16 %	289 84 %	345 100 %
25. Parce que je ne veux pas sacrifier le peu de temps libre dont je dispose.	169 49 %	176 51 %	345 100 %
26. Parce qu'il arrive que le niveau des cours ne me convient pas.	56 17 %	286 83 %	342 100 %
27. Parce que les dépenses indirectes (gardienne, déplacement, nourriture, etc.) me semblent excessives.	153 44 %	191 56 %	344 100 %
28. Parce que mes collègues de travail ne m'y encouragent pas.	48 14 %	296 86 %	344 100 %
29. Parce que parfois j'en ai assez d'exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier.	179 <u>52 %</u>	166 48 %	344 100 %
30. Parce que mon état de santé ne me permet pas de suivre des cours.	32 9 %	312 91 %	344 100 %
31. Parce que dans ma vie, il y a des choses plus importantes que de suivre ces cours.	149 43 %	195 57 %	344 100 %
32. Parce que l'université ce n'est pas fait pour moi.	26 8 %	317 92 %	343 100 %
33. Parce que je n'ai pas tendance à participer à des activités professionnelles autres que mon travail	87 25 %	257 75 %	344 100 %
34. Parce que je n'ai parfois ni l'énergie ni l'entrain nécessaire	152 44 %	193 56 %	345 100 %

TABLEAU 4.9 MOTIFS DE NON-PERFECTIONNEMENT - RÉSULTATS GLOBAUX

MOTIFS	ASSEZ / BEAUCOUP	PAS DU TOUT/ UN PEU	TOTAL
35. Parce que je ne suis pas intéressée à participer à des activités autres que celle reliées à mon travail, à ma famille ou à mes amis	71 21 %	272 79 %	343 100 %
36. Parce que l'horaire des cours offerts ne me convient pas	156 46 %	186 54 %	342 100 %
37. Parce que je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'avoir un certificat ou un baccalauréat pour exercer ma profession	186 <u>54 %</u>	158 46 %	344 100 %
38. Parce que je suis déjà un peu épuisée par mon travail	216 <u>63 %</u>	129 37 %	345 100 %
39. Parce que, pour moi, l'obtention d'un diplôme n'implique pas un meilleur salaire	169 49 %	174 51 %	343 100 %
40. Parce que j'ai parfois de la difficulté à choisir mes priorités de perfectionnement	42 12 %	303 88 %	345 100 %
41. Parce que les cours n'ont pas toujours les qualités souhaitées	88 26 %	250 74 %	338 100 %
42. Parce que je suis satisfaite de ma pratique professionnelle actuelle	175 <u>51 %</u>	169 49 %	343 100 %
43. Parce que souvent il m'est impossible de mettre en pratique ce que j'ai appris dans les cours suivis pour devenir infirmière	134 39 %	211 61 %	345 100 %
44. Parce que mon travail prend beaucoup de mon temps	254 <u>74 %</u>	91 26 %	345 100 %
45. Parce que suivre des cours ne m'apporte aucune satisfaction personnelle	53 15 %	291 85 %	344 100 %
46. Parce que la crédibilité e l'institution qui offre les cours laisse à désirer	18 5 %	326 95 %	344 100 %
47. Parce qu'à mon âge je ne suis pas intéressée à suivre des cours	73 21 %	271 79 %	344 100 %
48. Parce que je trouve difficile de suivre des cours à temps partiel	204 <u>59 %</u>	141 41 %	345 100 %
49. Parce que souvent les promotions sont liées à l'ancienneté plutôt qu'à la formation	187 <u>55 %</u>	156 45 %	343 100 %
50. Parce qu'en général les cours offerts ne s'intègrent pas à mon horaire de travail	198 42 %	144 58 %	342 100 %

Ce tableau présente globalement tous les motifs de non-perfectionnement identifiés dans le questionnaire auto-administré. Nous avons pour chacun d'entre eux, le nombre de réponses obtenues pour les catégories «**assez et beaucoup**» et «**pas du tout / un peu**», ainsi que le pourcentage correspondant à chacune de ces catégories. Les quinze motifs ayant obtenu des taux de réponses de plus de 50 % y sont soulignés.

#### **4.4 LIENS ENTRE LES MOTIFS ET LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

Les motifs considérés comme étant très influents ont été analysés en fonction des variables sociodémographiques suivantes : le secteur d'emploi, le statut d'emploi, l'occupation principale, la formation initiale, le champ d'activité, les enfants de 18 ans et moins, l'âge et le secteur géographique de résidence.

À la lumière de ces observations, nous remarquons des constantes dans les caractéristiques sociodémographiques chez les infirmières qui considèrent ces motifs de non-perfectionnement comme très influents.

Ces répondantes travaillent en majorité en centre hospitalier (80 % et plus), elles sont à plein temps (plus de 54 %), quoiqu'une forte proportion sont également à temps partiel (plus de 40 %), et leur formation initiale relève du cégep (plus de 85 %). Elles ont des enfants de 18 ans et moins (70 %) et sont âgées entre 25 et 34 ans (plus de 44 %). Elles travaillent généralement comme infirmière de chevet (plus de 76 %), leurs principaux champs d'activités sont : équipe volante (autre) 20 %, médecine-chirurgie 16 %, gériatrie 11 %, psychiatrie 8 %, salle d'urgence 8 % et

finalement, elles demeurent majoritairement à Val d'Or (39 %), Rouyn-Noranda (25 %) et Amos (20 %).

Le tableau 4.10 présente les variables sociodémographiques, le nombre de répondantes ainsi que leur pourcentage pour chacun des quinze motifs considérés comme étant les plus influents. Pour faciliter la lecture, l'occupation principale a été regroupée sous quatre catégories soit : cadre supérieur (directrice ou responsable), cadre intermédiaire (coordonnatrice, infirmière-chef), infirmière de chevet (incluant assistante infirmière-chef et chef d'équipe) et autres (professeur, monitrice, etc.).

**TABLEAU 4.10 MOTIFS LES PLUS INFLUENTS CROISÉS AUX VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES**

VARIABLES	MOTIFS				
	Parce que mon travail prend beaucoup de mon temps	Parce qu'il est difficile d'être libérée du travail pour suivre des cours	Parce qu'il faut trop de temps pour obtenir un certificat ou un baccalauréat	Parce que les conditions de travail sont devenues tellement difficiles que je n'ai plus le goût de suivre des cours	Parce que je suis déjà un peu épuisée par mon travail
<b>1. SECTEUR D'EMPLOI</b>					
.Centre hospitalier	204	206	190	184	179
.Centre d'accueil	20	15	16	15	15
.Santé communautaire	8	9	8	7	4
.Autres	17	18	17	10	14
<b>2. STATUT D'EMPLOI</b>					
.Plein temps	137	131	119	103	104
.Temps partiel	104	105	100	102	97
.Autres emplois	12	16	17	16	14
<b>3. OCCUPATION PRINCIPALE</b>					
.Cadre supérieur	13	13	10	7	14
.Cadre intermédiaire	23	23	23	20	20
.Infir.de chevet	189	189	177	172	161
.Autres	23	22	20	16	16
<b>4. FORMATION INITIALE</b>					
.Hôpital	34	34	34	34	33
.Cégep	220	219	203	186	183
<b>5. CHAMPS D'ACTIVITÉS</b>					
.Médec./chirurgie	39	35	35	33	26
.Psychiatrie	20	22	22	20	20
.Géronto./gériatrie	27	24	24	21	18
.Urgence	20	25	25	22	22
.Autres	49	47	47	36	41
<b>6. PRÉSENCE ENFANT 18 ANS ET MOINS</b>					
.Oui	180	176	167	158	156
.Non	72	76	69	62	58
<b>7. L'AGE</b>					
.Moins de 25 ans	23	25	21	16	17
.25-34 ans	113	118	103	98	94
.35-44 ans	91	82	83	81	74
.45 ans et +	27	28	30	27	31
<b>8. SECTEUR GÉOGRAPHIQUE DE RÉSIDENCE</b>					
.Rouyn-Noranda	64	72	60	62	56
.Amos	49	40	52	36	39
.Ville-Marie	26	26	21	20	19
.Val d'Or	85	88	76	78	79
.La Sarre	27	25	25	22	21

TABLEAU 4.10

MOTIFS LES PLUS INFLUENTS CROISÉS AUX VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

VARIABLES	MOTIFS				
	Parce qu'il y a peu d'encouragement ou de gratification à suivre des cours	Parce que je trouve difficile de suivre des cours à temps partiel	Parce qu'avec tous mes autres engagements je n'ai tout simplement pas le temps	Parce que le fait de suivre des cours empiète sur ma vie privée	Parce que je suis satisfaite de ma pratique professionnelle actuelle
<b>1. SECTEUR D'EMPLOI</b>					
.Centre hospitalier	174	158	163	159	140
.Centre d'accueil	14	18	15	11	11
.Santé communautaire	4	6	6	8	4
.Autres	14	18	9	13	15
<b>2. STATUT D'EMPLOI</b>					
.Plein temps	103	108	102	95	85
.Temps partiel	93	81	83	72	76
.Autres emplois	14	14	12	13	13
<b>3. OCCUPATION PRINCIPALE</b>					
.Cadre supérieur	6	11	9	7	6
.Cadre intermédiaire	19	18	18	18	16
.Infir.de chevet	165	151	148	148	133
.Autres	15	19	18	17	15
<b>4. FORMATION INITIALE</b>					
.Hôpital	26	32	32	24	27
.Cégep	184	172	166	156	148
<b>5. CHAMPS D'ACTIVITÉS</b>					
.Médec./chirurgie	31	27	33	34	32
.Psychiatrie	19	16	16	19	18
.Géronto./gériatrie	22	17	19	15	13
.Urgence	20	27	15	16	16
.Autres	29	42	38	32	32
<b>6. PRÉSENCE ENFANT 18 ANS ET MOINS</b>					
.Oui	146	149	148	121	122
.Non	65	53	48	59	52
<b>7. L'AGE</b>					
.Moins de 25 ans	19	17	20	22	13
.25-34 ans	98	72	84	75	79
.35-44 ans	75	88	67	29	64
.45 ans et +	19	27	27	24	19
<b>8. SECTEUR GÉOGRAPHIQUE DE RÉSIDENCE</b>					
.Rouyn-Noranda	69	48	54	52	42
.Amos	33	42	36	38	34
.Ville-Marie	20	23	21	19	17
.Val d'Or	72	67	67	62	59
.La Sarre	16	23	19	20	22

TABLEAU 4.10

## MOTIFS LES PLUS INFLUENTS CROISÉS AUX VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

VARIABLES	MOTIFS				
	Parce que souvent les promotions sont liées à l'ancienneté plutôt qu'à la formation	Parce que suivre des cours implique une perte de revenu	Parce que je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'avoir un certificat ou un baccalauréat pour exercer ma profession	Parce que souvent les cours se donnent à des endroits qui ne me conviennent pas	Parce que je suis déjà un peu épuisée par mon travail
<b>1. SECTEUR D'EMPLOI</b>					
.Centre hospitalier	151	156	154	134	143
.Centre d'accueil	15	13	12	15	12
.Santé communautaire	5	5	5	7	6
.Autres	13	11	11	21	13
<b>2. STATUT D'EMPLOI</b>					
.Plein temps	87	94	84	95	79
.Temps partiel	88	84	91	72	86
.Autres emplois	11	8	11	13	13
<b>3. OCCUPATION PRINCIPALE</b>					
.Cadre supérieur	7	7	5	13	9
.Cadre intermédiaire	17	17	17	16	16
.Infir.de chevet	144	147	148	129	136
.Autres	15	13	11	18	12
<b>4. FORMATION INITIALE</b>					
.Hôpital	19	21	24	25	26
.Cégep	168	165	162	152	152
<b>5. CHAMPS D'ACTIVITÉS</b>					
.Médéc./chirurgie	29	26	28	26	22
.Psychiatrie	16	15	15	16	19
.Géronto./gériatrie	20	24	17	19	18
.Urgence	17	14	15	18	21
.Autres	38	34	32	43	28
<b>6. PRÉSENCE ENFANT 18 ANS ET MOINS</b>					
.Oui	132	136	137	121	124
.Non	54	50	48	59	53
<b>7. L'AGE</b>					
.Moins de 25 ans	22	24	14	22	13
.25-34 ans	91	82	88	75	82
.35-44 ans	57	63	64	59	60
.45 ans et +	17	17	20	24	24
<b>8. SECTEUR GÉOGRAPHIQUE DE RÉSIDENCE</b>					
.Rouyn-Noranda	56	52	54	18	50
.Amos	34	25	37	45	25
.Ville-Marie	20	22	15	21	14
.Val d'Or	59	60	60	69	70
.La Sarre	15	25	17	26	16

Le tableau 4.10 présente les liens entre les motifs les plus influents et les variables sociodémographiques. Les motifs reliés aux «conditions de travail difficiles» sont davantage dénoncés par les infirmières travaillant en centre hospitalier, comme infirmières de chevet et ayant des enfants de moins de 18 ans.

«Les difficultés de suivre des cours à temps partiel», «l'horaire des cours insatisfaisant», «la durée trop longue de la formation universitaire» et «la perte de revenu» sont dénoncés par les infirmières travaillant en centre hospitalier, comme infirmière de chevet, sur les équipes volantes et ayant des enfants de moins de 18 ans.

«La non-reconnaissance de la formation», «la non-nécessité d'avoir un baccalauréat ou autre», «la satisfaction de la pratique professionnelle» et «les engagements nombreux» sont dénoncés par les infirmières travaillant en centre hospitalier, comme infirmières de chevet, et étant âgées entre 25 et 44 ans.

**CHAPITRE 5**

**L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

## **CHAPITRE 5**

### **L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

#### **5.1 MOTIFS DE NON-PERFECTIONNEMENT LES PLUS INFLUENTS**

La présente recherche veut répondre à la question suivante :

**Quels sont les motifs qui expliquent le fait que peu d'infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue s'engagent dans un processus de perfectionnement?**

La compilation des résultats nous permet de relever quinze motifs majeurs comme faisant obstacle au perfectionnement chez les infirmières. Ces motifs sont classés sous trois thèmes principaux : ceux liés au milieu de travail, ceux liés au milieu d'enseignement et ceux liés à la disposition et à la situation personnelle de l'infirmière.

Voyons maintenant les principaux points saillants ainsi que les liens de dépendance entre les motifs majeurs et les variables sociodémographiques. Rappelons tout d'abord que six des motifs considérés comme influents peuvent être reliés au milieu de travail (conditions), ce sont : «les

conditions de travail difficiles», «le travail épuisant», «le travail prend beaucoup de temps», «la difficulté d'être libérée du travail», «les cours ne s'ingèrent pas à l'horaire de travail» et «les promotions liées à l'ancienneté».

Cette étude nous révèle également que trois motifs peuvent être reliés au milieu de l'enseignement et indiquent : «le temps (trop long) pour obtenir un certificat ou un baccalauréat», «la difficulté de suivre des cours à temps partiel» et «les endroits où se donnent les cours ne conviennent pas».

Les autres motifs les plus influents peuvent être reliés à la vie privée ou la disposition personnelle et professionnelle de l'infirmière et indiquent : «un manque d'encouragement ou de gratification à suivre des cours», «le grand nombre d'engagements», «les cours qui empiètent sur la vie privée», «la non-nécessité d'avoir un certificat ou un baccalauréat pour exercer la profession», «la perte de revenu», «le fait d'en avoir assez d'exercer la profession d'infirmière» et «la satisfaction de la pratique professionnelle actuelle».

Suite à la compilation des résultats, nous constatons que parmi les motifs les plus influents, six sur quinze sont reliés aux conditions de travail (40 %), six sur quinze sont reliés à la situation personnelle et professionnelle de l'infirmière (40 %), et trois sur quinze motifs sont reliés aux conditions d'enseignement (20 %).

D'après les réponses, les répondantes ont autant de raisons d'ordre personnel que de contraintes de travail comme faisant obstacle au perfectionnement.

Les caractéristiques sociodémographiques de ces répondantes révèlent que la majorité d'entre elles ont une formation collégiale (plus de 85 %), sont âgées entre 25 et 34 ans (45 %) et ont des enfants de 18 ans et moins (70 %); elles travaillent à temps plein (54 %) dans un centre hospitalier (82 %), comme infirmière de chevet (76 %), sur l'équipe volante (20 %) ou en médecine/chirurgie (16 %); finalement, elles résident majoritairement à Val d'Or (39 %), Rouyn-Noranda (25 %) et Amos (20 %).

On remarque que dans cette étude on a également un nombre important d'infirmières travaillant à temps partiel (41 %).

En regardant les caractéristiques de nos répondantes au regard des motifs liés au milieu de travail (conditions), nous constatons que les infirmières travaillant à plein temps dans un centre hospitalier, comme infirmière de chevet, et ayant des enfants de moins de 18 ans, trouvent ces motifs très influents comme obstacle à leur perfectionnement.

Cela ne nous surprend pas car les conditions de travail des infirmières des hôpitaux ont fait l'objet d'articles de journaux et de reportages dans les médias (T.V. et radio) au printemps dernier. Aux dires des personnes interrogées, les conditions de travail sont très épuisantes et se sont beaucoup détériorées depuis plusieurs années. Il semble également que l'imposition de la Loi 160 est venue envenimer le climat de travail. Cette loi, imposée en septembre 1989, suite à la grève illégale des infirmières, coupait deux jours de salaire et une année d'ancienneté par jour de grève illégale à toute infirmière qui ne se présentait pas au travail pour appui syndical. Les cédules de travail ou autres absences motivées (maladies, maternité) ont fait en sorte que certaines infirmières n'ont pas subi de perte contrairement à d'autres. Le retour au travail fut difficile pour ces infirmières.

De plus, avec la pénurie d'infirmières qui se fait sentir dans plusieurs hôpitaux, les infirmières sont souvent appelées à faire des heures supplémentaires, ce qui cause l'épuisement de plusieurs d'entre elles (commentaires apportés par les répondantes lors de notre recherche).

On peut facilement comprendre que des motifs reliés au milieu de l'enseignement ressortent ici comme motifs importants car jusqu'à l'automne 1990, le baccalauréat ne se donnait qu'à temps partiel à l'UQAT. De plus, l'Université en exigeant une cohorte de 30 étudiants pour offrir un cours et ce critère n'étant pas toujours rencontré, les cours sont assez souvent annulés. Les étudiantes ne sont presque jamais assurées que les mêmes cours soient dispensés d'une année à l'autre. Elles ne sont surtout pas assurées que ces cours se donnent dans leur localité. D'ailleurs, le module des sciences de la santé de l'UQAT, dans ses commentaires présentés à la commission Rochon en 1986, reconnaissait également les difficultés rencontrées par les infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue pour poursuivre leurs études, soit : les programmes offerts à temps partiel, la grosseur des cohortes exigées pour la dispensation des cours, le cheminement obligatoire d'un groupe, les conditions de travail (difficulté à se faire remplacer) et les cours de fin de semaine.

Les infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue considèrent comme très important le motif «Parce qu'il faut trop de temps pour obtenir un certificat ou un baccalauréat», ce dernier ayant obtenu un taux de réponse de 68,7 %. On comprend facilement l'importance de ce motif quand on analyse notre situation régionale : le baccalauréat de base n'étant pas dispensé à l'UQAT, les infirmières doivent donc faire leur technique en soins infirmiers avant de pouvoir s'inscrire au baccalauréat de perfectionnement. Dans le cas où ces dernières peuvent faire leur baccalauréat à temps complet, elles doivent compter un minimum de 6 ans d'étude; cependant, en général, les infirmières prennent sept, huit, neuf et même dix ans pour compléter leur formation.

Il est difficile de faire l'interprétation des motifs reliés aux dispositions personnelles et professionnelles de l'infirmière. Par contre, vu le grand nombre de répondantes qui travaillent à temps partiel, on peut comprendre que pour ces dernières, suivre des cours implique une perte de revenu. Le fait d'en avoir assez d'exercer la profession d'infirmière peut également être très étroitement lié aux conditions de travail difficiles.

## 5.2 COMPARAISON AVEC LES RÉSULTATS DE DUQUETTE

Voyons maintenant si les motifs qui influent sur le perfectionnement des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue sont les mêmes que ceux évoqués par les infirmières du Québec lors de la recherche de Duquette en janvier 1986.

La recherche de Duquette révèle que les dix motifs les plus influents sont, par ordre d'importance : «la pratique satisfaisante» (61 %), «le temps pour obtenir un diplôme» (61 %), «les engagements nombreux» (61 %), «le travail prend beaucoup de temps» (59 %), «la vie privée prioritaire» (55 %), «la libération du travail» (54 %), «les conditions de travail difficiles» (53 %), «le travail épuisant» (51 %), «le diplôme non nécessaire» (50 %) et «les difficultés pour les études à temps partiel» (50 %).

En comparant ces motifs avec ceux relevés dans notre recherche en Abitibi-Témiscamingue, on s'aperçoit tout d'abord que notre recherche fait ressortir quinze motifs majeurs, c'est-à-dire ayant obtenu plus de 50 % de réponses «assez et beaucoup», tandis que chez Duquette seulement dix obtiennent cette cote. De plus, deux motifs spécifiques, «le travail prend beaucoup de temps» et «la libération du travail», ont obtenu un taux de réponses «assez et

**beaucoup**» de plus de 73 % (73,6 %, 73,3 %), ce qui représente une cote de 12 % plus élevée que dans la recherche de Duquette. On remarque également que huit des motifs classés parmi les dix motifs influents dans la recherche de Duquette se retrouvent également parmi les dix premiers motifs de la recherche en Abitibi-Témiscamingue. Cette comparaison est présentée dans le tableau 5.1 de la page suivante.

**TABEAU 5.1 COMPARAISON ENTRE LES RECHERCHES PROVINCIALE ET RÉGIONALE**

RECHERCHE PROVINCIALE 1986		
RANG	MOTIFS	POURCENTAGE
1	Pratique satisfaisante (42)	61
1	Temps pour obtenir diplôme (4)	61
1	Engagements nombreux (3)	61
4	Travail prend beaucoup de temps (44)	59
5	Vie privée prioritaire (7)	55
6	Libération du travail (20)	54
7	Conditions de travail difficiles (11)	53
8	Travail épuisant (38)	51
9	Diplôme non nécessaire (37)	50
9	Difficultés pour les études à temps partiel (48)	50

RECHERCHE EN ABITIBI-TEMISCAMINGUE 1990		
RANG	MOTIFS	POURCENTAGE
1	Travail prend beaucoup de temps (44)	73,6
2	Libération du travail (20)	73,3
3	Temps pour obtenir un diplôme (4)	68,7
4	Conditions de travail difficiles (11)	64,3
5	Épuisée par le travail (38)	62,9
6	Peu d'encouragements à suivre des cours (5)	61,2
7	Difficulté pour études à temps partiel (48)	59,1
8	Engagements nombreux (3)	57,6
9	Cours offerts ne s'intègrent pas à l'horaire de travail (50)	57,4
10	Cours empiètent sur vie privée (7)	55,7
11	Promotions liées à l'ancienneté (49)	54,2
12	Diplôme non nécessaire (37)	53,9
13	Cours = perte de revenu (8)	53,9
14	Cours = endroit ne convient pas (2)	52,2
15	Assez d'exercer profession d'infirmière (29)	51,9
16	Pratique satisfaisante (42)	50,7

Fait surprenant, le motif «pratique satisfaisante», classé premier dans la recherche de Duquette, se retrouve au seizième rang dans la recherche régionale. Le motif «diplôme non nécessaire», classé neuvième au niveau provincial, se classe douzième au niveau régional. Aucun motif de la recherche provinciale n'occupe le même rang dans la recherche régionale. Pour la province, le motif «pratiquante satisfaisante» occupe le premier rang, tandis qu'en région, le premier rang est occupé par «le travail prend beaucoup de temps». Nous notons cependant que certains motifs ont des rangs similaires, ex. : «temps pour obtenir un diplôme» est au premier rang pour la province et au troisième en région; «difficultés pour études à temps partiel» occupe le neuvième rang en province et le septième en région.

A première vue, il apparaît que les motifs considérés comme influents par les infirmières du Québec se retrouvent également influents chez les infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue. Par contre, leur pondération très différente requière des interprétations très nuancées.

On peut se poser des questions : comment se fait-il que la pratique professionnelle semble plus satisfaisante au niveau de la province qu'en région? Dans notre recherche régionale, plusieurs infirmières ont ajouté des commentaires et soulignent, à plusieurs reprises, le manque de valorisation de la profession infirmière, profession féminine (celle-ci étant bafouée par les administrateurs) la difficulté d'avancer dans la profession et le manque de croyance à cette profession.

Les conditions de travail sont-elles plus difficiles ici en Abitibi-Témiscamingue? Rien ne nous permet de l'affirmer. Par contre, il est important de souligner ici que notre questionnaire a été distribué en janvier 1990, peu de temps après la grève des infirmières. Le climat de travail était tendu suite aux coupures de salaire et aux pertes d'ancienneté imposés par la Loi 160. Si ce

questionnaire avait été distribué aux mêmes dates au niveau de la province, les résultats auraient peut-être été différents.

Il peut nous apparaître surprenant de constater que le motif «engagements nombreux» occupe le premier rang au niveau provincial alors que nous le retrouvons au huitième rang dans la recherche régionale. Par contre, ce motif a obtenu une cote de 61 % au niveau provincial et 57,6 % au niveau régional.

Par ailleurs, le motif «travail prend beaucoup de temps» a obtenu une cote beaucoup plus élevée au niveau régional que lors de la recherche de Duquette, soit 73,6 % contre 59 %.

Le motif «vie privée prioritaire», même si nous le retrouvons au cinquième rang dans la recherche provinciale et au dixième rang dans la recherche régionale, a obtenu la même cote, soit 55 % (province) et 55,7 % (région).

Le motif «libération du travail» apparaît beaucoup plus important au niveau régional que provincial. Ce motif a obtenu une des plus hautes cotes pour la région, soit 73,3 % contre seulement 54 % pour la province.

Les «conditions de travail difficiles» sont dénoncées plus fortement au niveau régional par une cote de 64,3 % avec un quatrième rang, tandis qu'au niveau provincial, on le retrouve au septième rang avec une cote de 53 %. Les commentaires des infirmières de la région renforcent également cette situation. Ces dernières se disent bafouées par les administrateurs. D'un côté, on leur impose des surcharges de travail, de l'autre, on ne leur reconnaît pas ce même travail.

Le «travail épuisant» occupe un rang et une cote plus élevés au niveau régional que provincial. Il arrive au quatrième rang en région avec une cote de 62,9 % contre le huitième rang en province avec une cote de 51 %.

Le «diplôme non nécessaire» occupe le neuvième rang au provincial et le douzième rang au niveau régional. Cependant, dans la recherche régionale, ce motif a une cote plus élevée, soit 53,9 % contre 50 % au niveau provincial. D'ailleurs, les infirmières de la région ont apporté beaucoup de commentaires sur ce motif, soit : «l'obtention d'un baccalauréat n'apprend pas à mieux travailler sur des départements spécialisés», «les études donnent exactement le même travail», «les mêmes conditions et à peu près le même salaire», «l'infirmière bachelière ne fait pas un meilleur travail», «elle n'a pas non plus de meilleur comportement en terme d'observation, de déduction», «le baccalauréat n'apportera pas de meilleures conditions de travail», «le baccalauréat ou certificat n'améliore pas la qualité des soins aux patients», «le baccalauréat sert seulement pour un poste cadre», «l'augmentation des connaissances peut se faire autrement que par l'obtention d'un baccalauréat ou d'un certificat».

Les «difficultés pour les études à temps partiel» semblent plus importantes en région qu'au niveau de la province. Ce motif arrive au septième rang en Abitibi-Témiscamingue avec une cote de 59,1 % tandis qu'au niveau provincial on le retrouve au neuvième rang avec une cote de 50 %. D'ailleurs, ici aussi les commentaires des infirmières renforcent cette affirmation : «les cours se donnent trop loin du lieu de résidence et s'avèrent ainsi trop onéreux», «les cours ne se donnent pas à des fréquences régulières», «le manque de flexibilité dans les horaires universitaires», «les cours se donnent les fins de semaines ou de soirs», «les études à temps partiel sont longues,

épuisantes et décourageantes», «le manque de choix de cours, surtout dans certaines localités» et «le fait de suivre des cours implique également l'abandon de la famille».

Finalement, il est à noter que dans la recherche régionale, nous retrouvons cinq motifs ayant obtenu une cote de 50 % et plus que dans la recherche de Duquette.

Les caractéristiques sociodémographiques des répondantes à ces questions dans notre étude varient quelque peu avec celles des répondantes de l'étude provinciale. En effet, en région, on retrouve plus d'infirmières mariées qu'au niveau de la province (72 % contre 67 %) et elles ont plus d'enfants de moins de 18 ans que l'ensemble des répondantes de la province (70 % contre 63 %). Les répondantes en région sont âgées de 25 et 34 ans dans une proportion de 45 %, tandis que cette proportion se situe à 66 % au niveau de la province et leur formation initiale est de type collégial dans une proportion de 85 %, comparativement à 65 % pour celles de la province.

### **5.3 INTERPRÉTATION FAITE PAR DUQUETTE COMPARÉE À NOTRE INTERPRÉTATION**

Duquette, tout comme nous, n'est pas surpris de constater que ce sont les infirmières mariées, ayant des enfants de moins de 18 ans et travaillant à plein temps dans les centres hospitaliers, qui considèrent les motifs liés aux conditions de travail comme étant très importants. Les principaux motifs sont : «les difficultés relatives aux libérations du travail», «l'épuisement en raison du travail» et «le manque d'intérêt à suivre des cours à cause des conditions de travail difficiles».

Ces dernières rapportent «un manque de temps pour les études à cause du travail».

Les commentaires formulés par les infirmières du Québec et celles de l'Abitibi-Témiscamingue révèlent une problématique identique à savoir : «travailler à plein temps et avoir de jeunes enfants et un mari laisse peu de temps libre pour les cours».

Au niveau des motifs reliés aux dispositions personnelles et professionnelles de l'infirmière, les commentaires des infirmières de l'enquête de Duquette rejoignent beaucoup celles des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue. Plusieurs ont exprimé qu'elles «aimaient leur profession», «le contact avec les clients», «la pratique comme telle» et que «le fait d'avoir un baccalauréat ou un certificat n'améliorerait pas leur pratique».

Plusieurs ont également exprimé qu'elles «ne désiraient pas de formation supplémentaire, car elles disent ne pas être intéressées à occuper des postes de bureaucrate». Certaines infirmières déplorent aussi «le fait qu'on valorise davantage la formation que les années d'expérience». «Les hôpitaux, selon plusieurs infirmières, ne favorisent pas le désir de poursuivre leur formation tout en travaillant».

Par contre, dans notre étude, les réponses des infirmières par rapport à la satisfaction de la pratique infirmière sont très partagées. Plusieurs d'entre elles (51 %) se disent «satisfaites de leur pratique» et d'autres (52 %) disent «en avoir assez d'exercer la profession».

Une autre similitude entre les deux études est «la période de temps considérée comme trop longue pour obtenir un certificat ou un baccalauréat». Il peut nous apparaître raisonnable que cette démarche soit considérée par les répondantes comme requérant un effort trop grand au regard des bénéfices anticipés.

## 5.4 COMPARAISON AVEC UNE RECHERCHE AMÉRICAINNE

Maintenant, comparons les résultats obtenus par notre recherche régionale à ceux identifiés par les chercheuses américaines Malcolm and Reuther (1988).

La recherche américaine révèle que les motifs pouvant faire obstacle au perfectionnement sont :

- . l'incertitude d'une promotion après l'obtention du diplôme;
- . la non-nécessité d'avoir un baccalauréat pour exercer la profession infirmière (infirmière de chevet);
- . la non-garantie d'un meilleur salaire suite au diplôme;
- . la formation en cours d'emploi suffisante pour les besoins de perfectionnement;
- . le manque de support et d'encouragement à suivre des cours;
- . la période de temps considérée comme trop longue pour l'obtention d'un baccalauréat;
- . les cours à temps partiel.

Parmi les quinze motifs les plus influents dans notre recherche, nous retrouvons cinq des douze motifs évoqués par les chercheuses américaines, soit :

- . le peu d'encouragements à suivre des cours;

- . la difficulté pour les études à temps partiel;
- . les promotions liées à l'ancienneté;
- . le diplôme non nécessaire;
- . la période de temps considérée comme trop longue pour l'obtention d'un baccalauréat.

Il est à noter que ces motifs ont reçu dans notre recherche régionale des cotes allant de 53,9 % à 61,2 %.

Comme nous l'avons déjà mentionné, on peut affirmer que les infirmières québécoises et américaines ont sensiblement les mêmes préoccupations et vivent également des conditions de travail très similaires.

#### **5.5 MOTIFS LES PLUS INFLUENTS CHEZ LES RÉPONDANTES AYANT SUIVI DES COURS UNIVERSITAIRES**

Comme mentionné dans la présentation des résultats, notre recherche révèle que 154 répondantes ont déjà suivi des cours universitaires sans pour autant avoir obtenu un grade universitaire, certificat ou baccalauréat.

Devant ce nombre important de réponses, il nous est apparu pertinent de vérifier si ces répondantes abandonnent leurs cours pour les mêmes raisons que celles données par les répondantes qui n'en ont jamais suivi. (Tableau 5.2)

Parmi les quatorze motifs considérés comme très influents chez les infirmières ayant suivi des cours universitaires, cinq peuvent être reliés aux conditions de travail, ces motifs indiquent : «la difficulté d'être libérée du travail», «le travail prend beaucoup de temps», «les conditions de travail difficiles», «le travail épuisant» et «les promotions liées à l'ancienneté».

Nous retrouvons également cinq motifs pouvant être reliés à l'enseignement; ces motifs indiquent : «le temps trop long pour obtenir un certificat ou baccalauréat», «la difficulté de suivre des cours à temps partiel», «les cours offerts ne s'intègrent pas à l'horaire de travail», «les cours se donnent à des endroits qui ne conviennent pas» et «les horaires de cours ne conviennent pas».

Et finalement, nous y retrouvons quatre motifs pouvant être reliés aux dispositions personnelles de l'infirmière ou à sa vie privée; ces motifs indiquent : «le peu d'encouragements ou gratifications à suivre des cours», «le manque de temps dû aux autres engagements», «les cours empiètent sur la vie privée», «le fait d'en avoir assez d'exercer la profession d'infirmière».

Nous remarquons ici que les motifs ayant obtenu des cotes très élevées, 73 % et 76 %, concernent les conditions de travail (1 et 2). Et comme cela devait être une évidence logique, le motif «il n'est pas nécessaire d'avoir un certificat ou un baccalauréat pour exercer la profession d'infirmière (question 37)» ne se retrouve pas parmi les motifs évoqués par les répondantes ayant suivi des cours universitaires.

Les motifs les plus influents, c'est-à-dire ceux ayant obtenu plus de 50 % de réponses «assez/beaucoup», sont présentés dans le tableau 5.2 de la page suivante.

**TABLEAU 5.2 MOTIFS LES PLUS INFLUENTS CHEZ LES RÉPONDANTES AYANT SUIVI DES COURS UNIVERSITAIRES**

MOTIFS	NOMBRE DE RÉPONDANTES	POURCENTAGE
1. Parce qu'il est difficile d'être libérée du travail pour suivre ces cours (20)	117	76,0
2. Parce que mon travail prend beaucoup de mon temps (44)	112	73,0
3. Parce qu'il faut trop de temps pour obtenir un certificat ou un baccalauréat (4)	100	65,0
4. Parce que les conditions de travail sont devenues tellement difficiles que je n'ai plus le goût de suivre des cours (11)	99	64,3
5. Parce que je suis déjà un peu épuisée par mon travail (38)	97	62,3
6. Parce qu'il y a peu d'encouragements ou de gratifications à suivre des cours (5)	91	59,1
7. Parce que je trouve difficile de suivre des cours à temps partiel (48)	87	56,5
8. Parce qu'en général, les cours offerts ne s'intègrent pas à mon horaire de travail (50)	86	56,0
9. Parce que souvent les cours se donnent à des endroits qui ne me conviennent pas (2)	85	55,2
10. Parce qu'avec tous mes autres engagements, je n'ai tout simplement pas le temps	83	54,0
11. Parce que le fait de suivre des cours empiète trop sur ma vie privée (7)	82	53,2
12. Parce que parfois j'en ai assez d'exercer la profession d'infirmière (29)	79	51,3
13. Parce que les horaires de cours ne me conviennent pas (36)	79	51,3
14. Parce que souvent les promotions sont liées à l'ancienneté plutôt qu'à la formation (49)	78	51,0

## 5.6 MOTIFS LES PLUS INFLUENTS CHEZ LES RÉPONDANTES N'AYANT SUIVI AUCUN COURS UNIVERSITAIRE

La compilation des questionnaires nous révèle que 190 répondantes n'ont suivi aucun cours universitaire.

Après avoir fait ressortir séparément les motifs les plus influents chez ces répondantes, nous constatons que dix-sept motifs ressortent comme très influents, c'est-à-dire ayant obtenu plus de 50 % de réponses «**assez et beaucoup**». Le tableau 5.3 nous présente les motifs les plus influents chez nos répondantes. Ces motifs sont classés par ordre d'importance.

Les trois premiers motifs ont des cotes élevées allant de 71 % à 74 %. Six d'entre eux ont des taux variant de 60 % à 64 % et les huit derniers motifs présentent des cotes allant de 51 % à 58 %.

Parmi ces motifs, cinq sont reliés aux conditions de travail, huit sont reliés à la vie personnelle ou professionnelle de l'infirmière et trois sont reliés aux conditions d'enseignement.

Les motifs reliés aux conditions de travail sont : «le travail prend beaucoup de temps», «la difficulté d'être libérée du travail», «les conditions de travail difficiles», «le travail épuisant», «les promotions liées à l'ancienneté».

Les motifs reliés à la vie personnelle et professionnelle de l'infirmière indiquent : «le peu d'encouragements ou de gratifications à suivre des cours», «le manque de temps dû aux autres engagements», «les cours impliquent une perte de revenu», «la pratique professionnelle satisfaisante», «la non-nécessité d'avoir un certificat ou un baccalauréat pour exercer la profession»,

«les cours empiètent sur la vie privée», «les dépenses indirectes sont excessives», «le fait d'en avoir assez d'exercer la profession d'infirmière», «le fait de ne pas vouloir sacrifier le temps libre» (Tableau 5.3).

Et finalement, trois motifs sont reliés aux conditions d'enseignement, soit «le temps trop long pour obtenir un certificat ou un baccalauréat», la «difficulté de suivre des cours à temps partiel» ainsi que les «cours offerts ne s'intègrent pas à l'horaire de travail».

A première vue, il est surprenant de constater que malgré la dénonciation faite par plusieurs instances en regard des conditions de travail difficiles, ce ne sont pas les motifs reliés à ces conditions qui ressortent prioritairement. En effet, les motifs reliés à la vie personnelle représentent la moitié des motifs considérés comme très influents, soit huit sur dix-sept. Par contre, parmi les trois motifs ayant obtenu les cotes les plus élevées (71 %, 72 % et 74 %), deux concernent les conditions de travail et un est relié aux conditions d'enseignement.

**TABLEAU 5.3 MOTIFS LES PLUS INFLUENTS CHEZ LES RÉPONDANTES N'AYANT SUIVI AUCUN COURS UNIVERSITAIRES**

MOTIFS	NOMBRE DE RÉPONDANTES	POURCENTAGE
1. Parce que mon travail prend beaucoup de mon temps (44)	141	74,0
2. Parce qu'il faut trop de temps pour obtenir un certificat ou un baccalauréat (4)	136	72,0
3. Parce qu'il est difficile d'être libérée du travail pour suivre des cours (20)	135	71,0
4. Parce que les conditions de travail sont devenues tellement difficiles que je n'ai plus le goût de suivre des cours (11)	122	64,0
5. Parce qu'il y a peu d'encouragements ou de gratifications à suivre des cours (5)	119	63,0
5. Parce que je suis un peu épuisée par mon travail (38)	119	63,0
6. Parce que je trouve difficile de suivre des cours à temps partiel (48)	116	61,0
6. Parce qu'avec tous mes autres engagements, je n'ai tout simplement pas le temps (3)	115	60,0
7. Parce que suivre des cours implique une perte de revenu (8)	113	58,0
8. Parce que je suis satisfaite de ma pratique professionnelle (42)	111	58,0
8. Parce qu'en général les cours offerts ne s'intègrent pas à mon horaire de travail (50)	111	58,0
8. Parce que je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'avoir un certificat ou un baccalauréat pour exercer ma profession (37)	111	58,0
9. Parce que souvent les promotions sont liées à l'ancienneté plutôt qu'à la formation (49)	108	57,0
9. Parce que le fait de suivre des cours empiète trop sur ma vie privée (7)	109	57,0
10. Parce que les dépenses indirectes (gardienne, déplacements, nourriture, etc.) me semblent excessives (27)	98	52,0
10. Parce que parfois j'en ai assez d'exercer la profession d'infirmière (29)	99	52,0
11. Parce que je ne veux pas sacrifier le peu de temps libre dont je dispose	97	51,0

## **5.7 COMPARAISON ENTRE LES MOTIFS DES RÉPONDANTES AYANT SUIVI DES COURS ET CELLES N'AYANT SUIVI AUCUN COURS**

Le tableau 5.4 de la page suivante nous présente les motifs les plus influents chez nos deux catégories de répondantes. Nous remarquons, tout d'abord, que les huit premiers motifs considérés comme très influents chez les répondantes ayant suivi des cours universitaires se retrouvent également parmi les huit premiers chez les répondantes n'ayant pas suivi de cours.

Les motifs suivants : «le travail prend beaucoup de temps», «le temps trop long pour obtenir un baccalauréat», «la difficulté d'être libérée du travail» et «les conditions de travail difficiles», sont très importants pour les deux catégories de répondantes et les cotes sont sensiblement similaires. Il est important de souligner que malgré l'importance accordée de façon presque identique à ces motifs, nos deux catégories de répondantes réagissent différemment à ces motifs.

On peut facilement imaginer le courage et la détermination dont doivent faire preuve les répondantes ayant suivi des cours pour surmonter ces obstacles. On peut aussi facilement penser que ces obstacles découragent les infirmières qui abandonnent leurs études sans avoir obtenu leur diplôme.

**TABEAU 5.4 COMPARAISON ENTRE LES MOTIFS DES RÉPONDANTES AYANT SUIVI DES COURS UNIVERSITAIRES ET CELLES N'AYANT SUIVI AUCUN COURS**

RÉPONDANTES AYANT SUIVI DES COURS		
RANG	MOTIFS	POURCENTAGE
1	Difficulté d'être libérée du travail (20)	76,0
2	Travail prend beaucoup de temps (44)	72,7
3	Trop de temps pour obtenir certificat ou baccalauréat (4)	64,9
4	Conditions de travail tellement difficiles (11)	64,3
5	Travail épuisant	62,3
6	Peu d'encouragement	59,1
7	Difficulté cours à temps partiel (48)	56,5
8	Cours ne s'intègrent pas à l'horaire de travail (50)	55,8
9	Endroits des cours ne conviennent pas (2)	55,3
10	Trop d'engagements (3)	53,9
11	Cours empiètent sur vie privée (7)	53,2
12	Assez d'exercer la profession d'infirmière (29)	51,3
13	Horaires de cours ne conviennent pas (36)	51,3
14	Promotions liées à l'ancienneté (49)	50,6

RÉPONDANTE N'AYANT PAS SUIVI DE COURS		
RANG	MOTIFS	POURCENTAGE
1	Travail prend beaucoup de temps (44)	74,0
2	Trop de temps pour obtenir certificat ou baccalauréat (4)	72,0
3	Difficulté d'être libérée du travail (20)	71,0
4	Conditions de travail tellement difficiles (11)	64,0
5	Peu d'encouragements (5)	63,0
5	Épuisée par mon travail (38)	63,0
6	Difficulté pour études à temps partiel (48)	61,0
6	Trop engagements (3)	61,0
7	Implique perte de revenu (8)	60,0
8	Satisfaite de pratique professionnelle (42)	58,0
8	Cours ne s'intègrent pas à l'horaire de travail (50)	58,0
8	Pas nécessaire certificat ou baccalauréat pour exercer profession (37)	58,0
9	Promotion liées à l'ancienneté (49)	57,0
9	Cours empiètent sur vie privée (7)	57,0
10	Dépenses indirectes excessives (27)	52,0
10	Assez d'exercer la profession d'infirmière (29)	52,0
11	Veux pas sacrifier temps libre	51,0

Les motifs reliés aux conditions d'enseignement sont également similaires chez les deux catégories de répondantes, soit «le temps trop long pour l'obtention d'un baccalauréat», «la difficulté de suivre des cours à temps partiel», «les cours ne s'intègrent pas à l'horaire de travail», «les endroits des cours ne conviennent pas» et «l'horaire des cours ne convient pas».

Par contre les motifs reliés à la vie personnelle et professionnelle ressortent de façon plus majoritaire chez les répondantes n'ayant suivi aucun cours universitaires. Ceux-ci sont au nombre de huit pour cette catégorie de répondante tandis qu'on en retrouve que quatre chez les répondantes ayant suivi des cours.

Et finalement, il apparaît plus ou moins surprenant de retrouver le motif «j'en ai assez d'exercer la profession d'infirmière (question 29)» chez les répondantes ayant suivi des cours universitaires. Car, selon les commentaires apportés par les infirmières, plusieurs d'entre elles suivent ou désirent suivre des cours autres qu'en nursing.

## **5.8 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTES AYANT SUIVI DES COURS UNIVERSITAIRES ET DE CELLES N'AYANT SUIVI AUCUN COURS**

Lorsque nous comparons ces caractéristiques chez les deux catégories de répondantes, au tableau 5.5 de la page suivante, nous remarquons des différences qui, croyons-nous, peuvent expliquer pourquoi une grande majorité d'infirmières ne s'engagent pas dans un processus de perfectionnement.

**TABLEAU 5.5 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES RÉPONDANTES AYANT SUIVI DES COURS UNIVERSITAIRES ET DE CELLES N'AYANT SUIVI AUCUN COURS**

VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	RÉPONDANTES AYANT SUIVI DES COURS UNIVERSITAIRES	RÉPONDANTES AVEC AUCUN COURS UNIVERSITAIRE
<b>STATUT D'EMPLOI</b>		
. Plein temps	52,0 %	46,0 %
. Temps partiel (incluant occasionnel)	48,0 %	54,0 %
<b>SECTEUR D'EMPLOI</b>		
. Centre hospitalier	71,0 %	87,0 %
. Centre d'accueil, santé communautaire et autres	29,0 %	13,0 %
<b>OCCUPATION PRINCIPALE</b>		
. Infirmière de chevet	41,0 %	51,0 %
. Coordinatrice, infirmière-chef ou autres	59,0 %	49,0 %
<b>CHAMPS D'ACTIVITÉS</b>		
. Médecine-chirurgie	-	20,0 %
. Équipe volante	20,0 %	18,0 %
. Gériatrie-gérontologie	20,0 %	-
<b>FORMATION INITIALE</b>		
. Cégep	83,0 %	88,0 %
. Hôpital	17,0 %	12,0 %
<b>PRÉSENCE ENFANT 18 ANS ET MOINS</b>	66,0 %	73,0 %
<b>ÉTAT CIVIL</b>		
. Célibataire ou autres	36,0 %	32,0 %
. Mariée	64,0 %	68,0 %
<b>ÂGE</b>		
. 25-34 ans	43,0 %	46,0 %

Nous remarquons tout d'abord qu'il y a un plus grand nombre d'infirmières chez les répondantes ayant suivi des cours universitaires qui travaillent à plein temps, soit 52 % contre 46 % chez celles n'ayant suivi aucun cours.

Nous remarquons également qu'une plus grande proportion d'infirmières n'ayant suivi aucun cours travaillent dans un centre hospitalier, soit 87 % contre 71 % chez celles ayant suivi des cours. L'occupation principale des infirmières n'ayant pas suivi de cours est l'infirmière de chevet, ce qui représente 10 % de plus (51 %) que le nombre d'infirmières ayant suivi des cours (41 %).

Une proportion équivalente de ces deux catégories d'infirmières travaillent dans les équipes volantes (18 % et 20 %). Par contre, les répondantes n'ayant pas suivi de cours travaillent majoritairement en médecine/chirurgie (20 %), tandis que celles ayant suivi des cours travaillent en gériatrie/gérontologie (20 %).

Chez les deux catégories de répondantes, la majorité d'entre elles sont diplômées du cégep (85 % et 88 %). On note, par contre, une plus grande proportion d'infirmières ayant des enfants de 18 ans et moins chez les répondantes n'ayant pas suivi de cours (73 % contre 66 %). On note également un peu plus d'infirmières qui sont mariées chez les répondantes n'ayant suivi aucun cours (68 % et 64 %). Une plus grande proportion d'infirmières chez les répondantes n'ayant pas suivi de cours se situent entre 25-34 ans (46 % - 43 %).

A la lumière de ces observations, nous constatons que les répondantes n'ayant pas suivi de cours universitaires présentent des conditions de travail et de vie personnelle plus difficiles que celles ayant suivi des cours.

Par exemple, les répondantes qui ne travaillent pas à temps plein présentent un plus faible revenu, donc moins d'argent pour suivre des cours. Les infirmières travaillant en centre hospitalier ont moins de facilité pour suivre des cours. Également, le fait d'avoir des enfants de moins de 18 ans diminue la disponibilité à suivre des cours.

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Comme nous l'a démontré la compilation des résultats, les répondantes considèrent que les conditions de travail ainsi que celles liées à l'enseignement ne favorisent pas la poursuite des études chez les infirmières. Les commentaires apportés par ces dernières dénotent une très forte insatisfaction au niveau des conditions de travail actuelles : surcharge de travail, relations avec l'administration, les effets de l'imposition de la Loi 160, etc. Les infirmières ne se sentent pas valorisées par le gouvernement, les employeurs, les syndicats, leur corporation. Plusieurs quittent la profession pour d'autres emplois et une majorité d'entre elles disent que si elle poursuivaient leur formation, elles choisiraient d'autres domaines que les sciences infirmières.

Les résultats de notre étude et les actions entreprises par les infirmières de la région durant notre recherche nous amènent à faire des suggestions sur le plan pratique et sur le plan théorique.

L'OIIQ, depuis quelques années, déploie des efforts pour sensibiliser ses membres et les instances politiques et gouvernementales à la nécessité de rehausser le niveau de formation des infirmières. Elle a initié des colloques provinciaux, des journées de formation, des tournées régionales et fait beaucoup de «lobby» auprès des ministères de la Santé et des Services sociaux

et de l'Éducation afin de promouvoir le baccalauréat de base en sciences infirmières comme critère d'admission à l'exercice de la profession en l'an 2000.

Notre recherche, conjointement à la publication des statistiques de l'OIIQ (1989) relatives à la formation des infirmières au Québec et en Abitibi-Témiscamingue, a suscité une profonde réflexion au sein du conseil d'administration de la CIIRAT. Ce dernier décida, en janvier 1990, de mettre sur pied un comité de promotion de la formation universitaire (CPFU). Depuis, ce comité concentre ces efforts sur trois objectifs principaux, soit :

1. Valoriser la profession infirmière.
2. Améliorer les conditions de travail, c'est-à-dire mettre en place des mesures facilitant le perfectionnement des infirmières.
3. Ajuster les méthodes d'enseignement pour les finissantes de cégep et les infirmières sur le marché du travail.

<b>1. VALORISER LA PROFESSION INFIRMIÈRE</b>
--

Il faut valoriser la fonction autonome de l'infirmière en mettant l'accent sur les soins de santé primaires et les soins intégraux. Depuis plusieurs années, on a mis l'accent sur la fonction exécutante au détriment de la fonction autonome.

Une sensibilisation a déjà été faite par la corporation. Cette dernière a initié une journée de formation au niveau de la région et à l'automne 1991, une tournée a été faite à travers les cinq

sous-régions de l'Abitibi-Témiscamingue pour rejoindre toutes les infirmières. Les directrices des soins infirmiers doivent poursuivre cette démarche à l'intérieur de leurs établissements. Tout comme plusieurs experts de la santé, nous croyons que la formation universitaire est la formation vraiment adaptée pour promouvoir cette fonction indépendante de l'infirmière.

**2. AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL, METTRE EN PLACE DES MESURES FACILITANT LE PERFECTIONNEMENT DES INFIRMIÈRES**

En favorisant la pratique des soins intégraux dans les milieux de travail, l'infirmière pourrait soigner le patient dans toute sa globalité, c'est-à-dire prendre en charge le bénéficiaire dès son entrée dans le service de santé jusqu'à sa sortie. Cette pratique pourrait remplacer la fameuse notion d'équipe, de travail à la chaîne, de productivité avant tout.

Les soins intégraux valoriseraient l'infirmière dans son travail, ayant la responsabilité entière des soins de ses patients.

On devrait également développer la collaboration employeur et syndicat et mettre en place des mesures facilitant le perfectionnement des infirmières à l'emploi. Les employeurs ont le devoir de favoriser la formation des ressources humaines. Cette obligation sera dorénavant inscrite dans la nouvelle Loi sur les services de santé et services sociaux (Loi 120). Ces mesures pourraient s'actualiser sous forme de facilités de remplacement, d'absences autorisées, de traitement différé ou même de bourses d'encouragement.

**3. AJUSTER LES MÉTHODES D'ENSEIGNEMENT POUR LES FINISSANTES DE CÉGEP ET LES INFIRMIÈRES SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL.**

La responsable du module des sciences de la santé travaille actuellement à un comité de travail afin d'élaborer un programme de baccalauréat de base devant être dispensé par les universités du Québec. L'Université du Québec de Hull prévoit dispenser ce programme en 1993.

La dispensation d'un baccalauréat de perfectionnement à temps plein, éviterait ainsi aux infirmières d'étudier de 6, 9 à 10 ans avant de terminer. La poursuite des efforts entrepris par l'UQAT pour concentrer les cours en milieu de semaine, jours où les remplacements sont plus faciles en milieux de travail, ne pénaliserait pas ainsi les établissements les fins de semaines.

Nous croyons que les efforts de toutes les instances concernées (établissements, UQAT, CRSSSAT, etc.) doivent être orientés vers les mêmes objectifs que ceux priorités par le comité de la promotion universitaire.

Ces recommandations, croyons-nous, tiennent compte de la volonté des instances concernées (AHQ, OIIQ, infirmières). D'ailleurs, cette volonté fut constatée à plusieurs reprises lors de nos consultations.

Après avoir répondu à notre question et proposé des solutions à la lumière des réponses obtenues, nous croyons que cette recherche devra être reprise après la mise en place des mesures proposées afin d'en vérifier l'impact sur le perfectionnement des infirmières (augmentation de diplômées universitaires).

Cette recherche sur les motifs de non-perfectionnement chez les infirmières pourrait être reprise en ayant comme trame de fond le «féminisme», ce qui donnerait un éclairage différent, mais sûrement réaliste, des obstacles au perfectionnement, vécus par cette profession composée majoritairement de femmes.

La vie des femmes au travail et leurs responsabilités familiales-parentales, de même que la collaboration des hommes à leurs actions de développement, pourraient faire l'objet d'études de cas ou d'histoires de vie mettant au jour les tendances culturelles ou autres résistances liées aux conditions féminines.

Finalement, et à notre satisfaction, les objectifs de notre étude ont été atteints. Nous connaissons maintenant les motifs de non-perfectionnement qui empêchent les infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue de poursuivre des cours de formation universitaire. Les principaux obstacles sont : les conditions de travail difficiles, le manque d'aide de la part de l'employeur (libération du travail et encouragements financiers), le peu de gratification ou reconnaissance (promotion vs ancienneté), la période de temps considérée comme trop longue pour obtenir un baccalauréat ou certificat, les endroits et horaires de cours ne conviennent pas.

Ces données permettront aux établissements de santé de la région et à l'Université (UQAT) de mieux orienter leurs efforts pour faciliter l'accès à la formation universitaire des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue.

## **BIBLIOGRAPHIE**

## BIBLIOGRAPHIE

ADAM, Évelyne, Etre infirmière, Édition HRW, Montréal, 1979.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (AHQ), L'infirmière, force vive en milieu hospitalier, mars 1988.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (AIIQ), Infirmière canadienne, mai 1971.

BÉLANGER, Francine, GARON, Muriel, LEDOYEN, Alberte, Les conventions collectives, une piste pour l'analyse de la discrimination en milieu de travail, La Gazette des femmes, Vol. 8, no. 1, mai-juin 1986.

BERGERON, Françoise & Coll., Après 50 ans de formation universitaire : le point, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières, Montréal 1984.

BESNER, Gisèle, La profession et son devenir infirmière canadienne, octobre 1983.

CAISSIE, Marie-Mai, Le diagnostic infirmier : son fondement réside dans un modèle conceptuel, Infirmière canadienne, septembre 1985.

COTE, Marcel, Les infirmières et infirmiers québécois - leurs attitudes, leurs attentes et leur satisfaction professionnelle, Secor, août 1979.

DE GRAMONT, Monique, "Une nouvelle image, pour une nouvelle réalité", Nursing Québec, janv.-fév. 1987, pp. 38-42.

DUQUETTE, André, "La formation continue", Nursing Québec, mai-juin 1985, pp. 35-39.

DUQUETTE, André, "Les conditions du milieu peuvent entraver la motivation à l'éducation continue", Infirmière canadienne, nov. 1983, pp. 22-26.

DUQUETTE, André, Obstacles à l'éducation des adultes, motifs de non- perfectionnement des infirmières du Québec, janv. 1986.

DUQUETTE, André, "Profil de l'infirmière qui étudie en santé communautaire", Nursing Québec, nov.-déc. 1982, pp. 14-16.

FRENCH, Sue, DONAVAN, Rachael, «La formation infirmière», Infirmière canadienne, octobre 1983.

GORMAN, Christine, "The crises in Nursing, Fed up Fearful and Frazzled", Times, March 14, 1988, pp. 43-44.

GOYETTE, Jean Les facteurs qui provoquent les intentions de départ des infirmières oeuvrant en régions périphériques de Québec, octobre 1989.

HAVELKA-FORTIER, Colette, «Le fossé d'une contradiction», Nursing Québec, juin 1986.

HILL-JOMPHE, Adèle, "Rencontre d'un nouveau type", Nursing Québec, sept. octobre 1987, pp. 13-18.

JOHNSON-DUMONT, Micheline, "Les infirmières, col rose ?", Nursing Québec, sept.- oct. 1981, pp. 10-18.

LALONDE, Marc, Nouvelles perspectives de la santé des canadiens, Gouvernement du Canada, avril 1974.

LAMBERT, Cécile, "L'enseignement infirmier dans les Cegep, Plan d'action du ministère de l'Éducation du Québec", Infirmière canadienne, avril 1980, pp. 33-36.

LAROSE, Odile, "L'avenir de la profession", Infirmière canadienne, avril 1981, pp. 22-24.

LE COLLECTIF CLIO - L'histoire des femmes au Québec depuis quatre siècles, 1983, pp. 286-290.

LE CONSEIL DE MODULE DES SCIENCES DE LA SANTE DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE Commentaires à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, avril 1986.

LES DIRECTRICES DES PROGRAMMES UNIVERSITAIRES DE SCIENCES INFIRMIERES ET L'ASSOCIATION CANADIENNE DES ÉCOLES UNIVERSITAIRES DE NURSING, RÉGION DE QUÉBEC, Commentaires à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Partie II - Pratique et formation infirmière

LE GROUPE SERVICE FORMATION, Etude de l'adéquation entre les besoins de santé de la population québécoise, l'exercice de la profession infirmière et la formation à cette profession, Montréal, 1981.

MALCOLM, Julie, REUTHER, Mary, "Twelve Common Barriers and Misconceptions for the Registered Nurse returning to School", Journal of continuing education in Nursing, february, 1988, pp. 10-12.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, Direction générale de l'enseignement supérieur, Rapport du comité d'étude sur la formation en sciences infirmières, Juin 1980.

OIIQ, Document présenté à la commission d'enquête sur les services de santé et des services sociaux, Réflexion sur la problématique et les enjeux du système de santé et des services sociaux du Québec, mars 1986.

OIIQ, Projet 2000, Le baccalauréat pour l'admission à la profession d'infirmières ou d'infirmiers en vue de la santé pour tous, mars 1989.

OIIQ, Hypertension, l'urgence des choix, février 1989.

PETITAT, André, Les infirmières, de la vocation à la profession. Editions Boréal, 1989.

RIOPELLE, Lise, GRONDIN, Louise, PHANEUF, Margot, Soins infirmiers, un modèle centré sur les besoins de la personne, Mc Graw-Hill, Montréal, 1984.

THIBAUDEAU, Marie-France, «La pratique infirmière en 1984 et au-delà», Infirmière canadienne, octobre 1984.

TREMBLAY, A, Sondage : histoire, pratique et analyse. Les éditions Gaétan Morin, Boucherville, Québec, 1991.

US DEPT OF HEALTH OF HUMAN SERVICES, Fifth Report to the President and Congress on the Status of Health Personnel in the United States, Report on Nursing, March 1986.

WILLIAMS, P. "La carrière d'infirmière pour les femmes", Premier congrès de la Fédération nationale St-Jean Baptiste, Montréal 1909, pp.20-21.

**ANNEXE I**

## QUESTIONNAIRE

### ANNEXE I

Les infirmières et infirmiers se perfectionnent de diverses façons. La plupart font des activités d'auto-formation, plusieurs participent à la formation en cours d'emploi et d'autres suivent des cours. La présente recherche porte uniquement sur les cours crédités menant à l'obtention d'un certificat ou d'un baccalauréat. En vous référant à votre propre situation depuis l'obtention de votre permis (surtout lorsque vous étiez dans l'impossibilité de suivre des cours ou ne vouliez pas en suivre).

Veuillez indiquer dans quelle mesure chacune des raisons énumérées ci-dessous vous a influencé(e) à ne pas suivre de cours ou à abandonner après admission.

(S.V.P., encerclez le numéro qui correspond le mieux à votre situation).

1 = pas du tout      2 = un peu      3 = assez      4 = beaucoup

- |     |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|
| 01. | Parce que mon employeur ne me fournit pas d'aide financière pour suivre ces cours                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 02. | Parce que souvent, les cours se donnent à des endroits qui ne me conviennent pas                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 03. | Parce qu'avec tous mes autres engagements, je n'ai tout simplement pas le temps                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 04. | Parce qu'il faut trop de temps pour obtenir un certificat ou un baccalauréat  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 05. | Parce qu'il y a peu d'encouragements ou de gratifications à suivre des cours  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 06. | Parce que la plupart de mes besoins de perfectionnement sont satisfaits par la formation en cours d'emploi          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 07. | Parce que le fait de suivre des cours empiète trop sur ma vie privée  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 08. | Parce que suivre des cours implique une perte de revenu   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 09. | Parce que je ne suis pas au courant des cours offerts   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Parce que j'ai tendance à me culpabiliser quand je ne suis pas avec ma famille ou mes amis                          | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Parce que les conditions de travail sont devenues tellement difficiles que je n'ai plus le goût de suivre des cours | 1 | 2 | 3 | 4 |

Veillez indiquer dans quelle mesure chacune des raisons énumérées ci-dessous vous a influencé(e) à ne pas suivre de cours ou à abandonner après admission.

(S.V.P., encerclez le numéro qui correspond le mieux à votre situation).

1 = pas du tout      2 = un peu      3 = assez      4 = beaucoup

- |     |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|
| 12. | Parce que je n'aime pas suivre des cours sans être accompagnée(é) d'une personne que je connais | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Parce que les contenus de cours ne correspondent pas à mes besoins d'ordre professionnel        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Parce que parfois j'en ai assez de suivre des cours   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Parce que je participe déjà à trop de réunions  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Parce que ma famille (mon conjoint) s'oppose à mes activités extérieures                        | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Parce que je peux généralement me tenir à jour par moi-même                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Parce que j'ai mieux à faire de mon temps et de mon argent                                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Parce que les méthodes d'enseignement ne me conviennent pas                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Parce qu'il est difficile d'être libérée(é) du travail pour suivre ces cours                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | Parce que je ne sens pas le besoin de me tenir à jour   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Parce que je manque parfois de confiance dans mes capacités d'apprendre                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Parce qu'il est souvent difficile de faire garder les enfants                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Parce que je ne peux payer les frais d'inscription  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Parce que je ne veux pas sacrifier le peu de temps libre dont je dispose                        | 1 | 2 | 3 | 4 |

Veillez indiquer dans quelle mesure chacune des raisons énumérées ci-dessous vous a influencé(e) à ne pas suivre de cours ou à abandonner après admission.

(S.V.P., encerclez le numéro qui correspond le mieux à votre situation).

1 = pas du tout      2 = un peu      3 = assez      4 = beaucoup

- |     |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|
| 26. | Parce qu'il arrive que le niveau des cours ne me convient pas   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Parce que les dépenses indirectes (gardienne, déplacement, nourriture, etc.) me semblent excessives                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | Parce que les collègues de travail ne m'y encouragent pas   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Parce que parfois j'en ai assez d'exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | Parce que mon état de santé ne me permet pas de suivre des cours  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Parce que dans ma vie il y a des choses plus importantes que de suivre ces cours  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | Parce que l'université "ce n'est pas fait pour moi"   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. | Parce que je n'ai pas tendance à participer à des activités professionnelles autres que mon travail                                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Parce que je n'ai parfois ni l'énergie ni l'entrain nécessaires   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | Parce que je ne suis pas intéressée(e) à participer à des activités autres que celles reliées à mon travail, à ma famille ou à mes amis | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | Parce que l'horaire des cours offerts ne me convient pas  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Parce que je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'avoir un certificat ou un baccalauréat pour exercer ma profession                     | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | Parce que je suis déjà un peu épuisée(e) par mon travail  | 1 | 2 | 3 | 4 |

Veillez indiquer dans quelle mesure chacune des raisons énumérées ci-dessous vous a influencé(e) à ne pas suivre de cours ou à abandonner après admission.

(S.V.P., encerclez le numéro qui correspond le mieux à votre situation).

1 = pas du tout      2 = un peu      3 = assez      4 = beaucoup

- |     |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|
| 39. | Parce que, pour moi, l'obtention d'un autre diplôme n'implique pas un meilleur salaire  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. | Parce que j'ai parfois de la difficulté à choisir mes priorités de perfectionnement   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. | Parce que les cours n'ont pas toujours les qualités souhaitées  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. | Parce que je suis satisfaite(t) de ma pratique professionnelle actuelle   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. | Parce que souvent il m'est impossible de mettre en pratique ce que j'ai appris dans les cours suivis pour devenir infirmière(ier) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. | Parce que mon travail prend beaucoup de mon temps   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. | Parce que suivre des cours ne m'apporte aucune satisfaction personnelle   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. | Parce que la crédibilité de l'institution qui offre les cours laisse à désirer  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. | Parce qu'à mon âge je ne suis pas intéressée(é) à suivre des cours  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. | Parce que je trouve difficile de suivre des cours à temps partiel   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. | Parce que souvent les promotions sont liées à l'ancienneté plutôt qu'à la formation   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. | Parce qu'en général les cours offerts ne s'intègrent pas à mon horaire de travail   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. | Y-a-t-il d'autres raisons qui vous semblent importantes? (Veillez les inscrire à la dernière page du questionnaire)               |   |   |   |   |

Cette section se rapporte à certains renseignements généraux nécessaires à l'interprétation des résultats de notre étude.

(Veuillez encercler le chiffre correspondant à votre réponse).

1. Quel est votre statut d'emploi en nursing?
  1. Plein temps \_\_\_\_\_
  2. Temps partiel \_\_\_\_\_
  3. Occasionnel \_\_\_\_\_
  4. Sans emploi (veuillez passer à la question 5) \_\_\_\_\_
  5. Autre emploi qu'en nursing (veuillez passer à la question 5) \_\_\_\_\_
  
2. Dans quel secteur pratiquez-vous principalement votre profession?
  1. Centre hospitalier \_\_\_\_\_
  2. Centre d'accueil \_\_\_\_\_
  3. Santé communautaire \_\_\_\_\_
  4. Formation professionnelle \_\_\_\_\_
  5. Autre \_\_\_\_\_
  
3. Quelle est votre occupation principale?
  1. Directrice(teur) responsable \_\_\_\_\_
  2. Directrice(teur) adjointe(t) \_\_\_\_\_
  3. Coordonnatrice(teur) \_\_\_\_\_
  4. Infirmière(ier)-chef \_\_\_\_\_
  5. Assistante(t)-infirmière(ier)-chef \_\_\_\_\_
  6. Chef d'équipe/de section \_\_\_\_\_
  7. Infirmière(ier) de chevet \_\_\_\_\_
  8. Professeure(eur)/formatrice(teur) \_\_\_\_\_
  9. Autre: spécifiez \_\_\_\_\_
  
4. Quel est votre champ principal d'activité?
  1. Médecine/Chirurgie \_\_\_\_\_
  2. Soins intensifs \_\_\_\_\_
  3. Obstétrique/Post-partum \_\_\_\_\_
  4. Pouponnière/Néonatalogie \_\_\_\_\_
  5. Pédiatrie \_\_\_\_\_
  6. Psychiatrie/Santé mentale \_\_\_\_\_
  7. Gériatrie/Gérontologie \_\_\_\_\_
  8. Clinique externe \_\_\_\_\_
  9. Urgence \_\_\_\_\_
  10. Salle d'opération \_\_\_\_\_
  11. Santé communautaire \_\_\_\_\_
  12. Formation professionnelle \_\_\_\_\_
  13. Autre: spécifiez \_\_\_\_\_
  
5. Quelle est votre formation initiale en soins infirmiers?

1. Hôpital (diplôme d'infirmière-ier) \_\_\_\_\_
2. C.E.G.E.P. (DEC/CEC) \_\_\_\_\_
3. Université (baccalauréat) \_\_\_\_\_

6. Après votre formation initiale en nursing, avez-vous suivi des cours conduisant à l'obtention d'un diplôme supplémentaire (attestation, certificat, baccalauréat)?

1. Non \_\_\_\_\_
2. a) Oui (indiquez le nombre de cours): \_\_\_\_\_
- b) Oui (abandon après admission) : \_\_\_\_\_

7. Au cours de la dernière année, avez-vous participé à des activités éducatives organisées par d'autres que votre employeur (journée d'étude, conférence, session de formation, colloque, etc...)?

1. Non \_\_\_\_\_
2. Oui (indiquez le nombre de cours): \_\_\_\_\_

8. Quel est votre état civil actuel?

1. Célibataire \_\_\_\_\_
2. Mariée(é) \_\_\_\_\_
3. Veuve(veuf) \_\_\_\_\_
4. Divorcée(é) \_\_\_\_\_

9. Avez-vous des enfants de 18 ans et moins? \_\_\_\_\_

10. Quel âge avez-vous?

1. Moins de 25 ans \_\_\_\_\_
2. De 25 à 34 ans \_\_\_\_\_
3. De 35 ans à 44 ans \_\_\_\_\_
4. 45 et plus \_\_\_\_\_

11. De quel sexe êtes-vous?

1. Féminin \_\_\_\_\_
2. Masculin \_\_\_\_\_

12. Dans quelle sous-région, habitez-vous?

\_\_\_\_\_ Rouyn-Noranda

\_\_\_\_\_ Amos

\_\_\_\_\_ Ville-Marie

\_\_\_\_\_ Matagami

\_\_\_\_\_ Val d'Or

\_\_\_\_\_ Senneterre

\_\_\_\_\_ La Sarre

\_\_\_\_\_ Témiscaming

\_\_\_\_\_ Label-sur-Quévillon

**ANNEXE II**

## ANNEXE II

### **Twelve Common Barriers and Misconceptions for the Registered Nurse Returning to School. (Malcolm and Reuther, 1988).**

1. If I go back to school, I'll have to take everything over again.
2. I'm too old to go back to school now. I never was a good student. I've always hated school.
3. My ADN (or diploma) program was very difficult, so won't the BSN be even more difficult?
4. I intend to stay in hospital nursing giving bedside care. There will always be sick people and hospital jobs. I don't need a BSN to stay in this position.
5. A BSN is only necessary for those who have management career plans.
6. I won't earn any more money by getting a BSN degree. My hospital hires graduates on the same pay scale.
7. When I hear the BSN called the professional and the ADN called the technical nurse, it is as though I am being told I am a second-rate nurse. I know I give good care.
8. Whatever extra training I need I can get from continuing education or in-service programs.
9. If the BSN becomes the level of entry to practice, I'll be "grandfathered" in anyway, so I don't need to go back to school to get the degree.
10. If pressure continues for all registered nurses to achieve a baccalaureate degree, they will have to make it easier to get: blanket credit for previous learning and experience, shorter programs, and fewer pre-requisites.

11. Maybe I should seek a business degree or a health administration degree rather than nursing. That might give me more career flexibility.
12. There is no one supporting my efforts to go back to school. In fact, I hear a lot of discouraging things about the process.

**ANNEXE III**

ANNEXE III

Rouyn-Noranda, le 15 janvier 1990

Madame/Monsieur,

Dans le cadre d'une recherche à la maîtrise en éducation, la présente se veut une demande de collaboration à compléter le questionnaire ci-joint.

Etant infirmière de profession et ayant travaillé 16 ans dans un centre hospitalier, domaine où les connaissances scientifiques et technologiques sont en constante évolution, il m'est apparu que le perfectionnement est le moyen privilégié d'adaptation à ces changements. Par contre, on remarque qu'en Abitibi-Témiscamingue seulement 26% des infirmières poursuivent des études de perfectionnement après leur formation initiale.

Quoique consciente des difficultés que nous devons surmonter pour poursuivre ce perfectionnement, et que les obstacles sont aussi variés que nous sommes d'infirmières dans la profession, j'aimerais connaître quels sont les véritables motifs de ce non-perfectionnement.

Ces informations pourront, par la suite, aider les institutions d'enseignement et de travail à se concerter afin de dégager des pistes de solution pouvant mettre en place des mécanismes facilitant l'accès au perfectionnement des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue.

Ce questionnaire vous a été acheminé par votre Corporation régionale et en aucun temps je ne saurai à qui il fut adressé. Votre Corporation ne connaîtra pas non plus les réponses du questionnaire avant le rapport final.

Auriez-vous l'obligeance de bien vouloir retourner le questionnaire dans l'enveloppe pré-affranchie ci-jointe au plus tard le **15 février 1990**.

Vous remerciant à l'avance de votre collaboration, nous vous prions d'agréer nos sentiments les meilleurs.

Claire Germain  
Claire Germain  
Etudiante à la  
Maîtrise en éducation

**ANNEXE IV**

Le 15 janvier 1990.

AUX DESTINATAIRES DE CET ENVOI

Nous tenons à vous assurer que cet envoi a été fait de telle sorte que l'aspect confidentiel de la liste des noms a été conservé.

Je vous prie d'agréer l'expression de nos sentiments distingués.



---

Claire Pomerleau  
Secrétaire de la CIIRAT

CP/sm