

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**Relation entre la perception du stress vécu et
la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices**

Par

Martine Volny

Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.) en sciences cliniques

Sherbrooke, Québec, Canada
Novembre, 2014

Membres du jury d'évaluation

Pre Cécile Michaud, Ph. D., directrice de recherche, École des sciences infirmières

Pre Sylvie Jetté, Ph. D., directrice de recherche, École des sciences infirmières

Pr Stéphane Lavoie, Ph. D., évaluateur interne, École des sciences infirmières

Pre Daphney St-Germain, Ph. D., évaluatrice externe à l'Université de Sherbrooke,
Faculté des sciences infirmières, Université Laval

© Martine Volny, 2014

RÉSUMÉ

Relation entre la perception du stress vécu et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices

Par

Martine Volny

Programmes de sciences cliniques

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences infirmières
en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences cliniques,
Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke,
Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

La charge de travail élevée et le manque de temps pour répondre aux besoins des patients peuvent engendrer un certain stress chez les infirmières novices, stress qui peut affecter négativement la prestation des soins. De plus, ces infirmières novices expérimentent un niveau de stress élevé dans les six premiers mois d'embauche. Toutefois, très peu d'études ont exploré la perception du stress et la perception de la qualité des soins dispensés aux patients chez les infirmières novices. L'objectif principal de la présente étude consiste à décrire la relation entre la perception d'infirmières novices du stress vécu et la perception de la qualité des soins. Un devis descriptif corrélationnel exploratoire à l'aide d'une enquête a été retenu. Cette étude s'appuie sur le cadre conceptuel de Firth-Cozens (2001). Les données sur la perception du stress ont été recueillies par le biais de l'échelle de stress perçu *Perceived Stress Scale* 10 version française de Bellinghausen et al. (2009) ainsi que par la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire*. Quant aux données sur la perception de la qualité des soins, elles ont été obtenues par le biais de l'instrument de mesure le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière (Leggat et al., 2010) et par la dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire*. Les résultats révèlent que les infirmières novices reconnaissent qu'elles sont stressées. Elles ont conscience qu'une charge de travail excessive peut nuire à leur performance. Toutefois, elles minimisent l'impact du stress et de la fatigue sur la qualité de leurs soins. Elles ont aussi le sentiment qu'elles ne peuvent pas discuter des erreurs commises. De plus, il y a une faible corrélation négative non significative entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins ($r=-0,183$ $p=0,067$). Cependant, un lien théorique subsiste entre les deux variables (Firth-Cozens, 2001). D'autres études sont nécessaires afin de démontrer un lien empirique entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices.

Mots clés : perception du stress, perception de la qualité des soins, infirmière novice.

DÉDICACE

À ma plus belle œuvre, Maëva

*Que Dieu t'accompagne dans les moments de joie et de tristesse
Qu'Il te facilite la vie et te soutienne dans tout ce que tu réaliseras*

Je t'aime ma princesse

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
DÉDICACE.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	ix
LISTE DES GRAPHIQUES.....	x
CHAPITRE 1 Problématique.....	11
CHAPITRE 2 Recension des écrits.....	16
2.0 Les infirmières novices.....	18
2.1 La perception du stress.....	18
2.1.1 La perception du stress chez les infirmières expérimentées.....	18
2.1.2 La perception du stress chez les infirmières novices.....	21
2.2 La perception de la qualité de soins.....	24
2.2.1 Perception de la qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des infirmières expérimentées.....	24
2.2.2 Perception de la qualité des soins sous l'angle des erreurs de médicament.....	28
2.3 Relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières expérimentées.....	31
2.4 Cadre de référence.....	35
2.5 Synthèse de la recension des écrits, hypothèse et objectifs de recherche.....	38
2.5.1 Hypothèse de recherche.....	38
2.5.2 Question de recherche.....	39
2.5.3 Objectif principal.....	39
2.5.4 Objectifs secondaires.....	39
CHAPITRE 3 Méthode de recherche.....	40

3.1 Dispositif de recherche	41
3.2 Population à l'étude	41
3.3 Stratégie d'échantillonnage et taille de l'échantillon.....	42
3.4 Stratégies de recrutement.....	42
3.5 Instruments de mesure et méthodes de collectes de données	43
3.5.1 Section du questionnaire web sur la perception du stress	44
3.5.2 Section du questionnaire web sur la perception de la qualité des soins	45
3.5.3 Section du questionnaire web sur les données sociodémographiques	47
3.6 Analyses des données	49
3.7 Considérations éthiques	50
CHAPITRE 4 Résultats	51
4.1 Description de l'échantillon.....	52
4.2 Qualités psychométriques des instruments de mesure.....	55
4.3 Synthèse des résultats de l'objectif 1	57
4.4 Description des variables	58
4.5 Synthèse des résultats de l'objectif 2.....	63
4.6 Relation entre la perception du stress et perception de la qualité des soins.....	64
4.7 Opérationnalisation des variables : Exploration par combinaison des instruments.....	66
4.8 Synthèse des résultats de l'objectif 3.....	67
4.9 Synthèse des résultats des trois objectifs.....	67
CHAPITRE 5 Discussion	69
5.1 Qualités psychométriques des instruments de mesure.....	70
5.2 Perception du stress	71
5.3 Perception de la qualité des soins	73
5.4 Relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins	76

5.5 Forces de l'étude	78
5.6 Limites de l'étude	78
5.7 Retombées.....	79
LISTE DES PUBLICATIONS	83
ANNEXE A Questionnaire web	89
ANNEXE B Lettre de sollicitation	95
ANNEXE C <i>Perceived Stress Scale</i> 10 version française.....	99
ANNEXE D Dimension reconnaissance du stress du <i>Safety Attitudes Questionnaire</i>	102
ANNEXE E <i>Victorian Patient Satisfaction Questionnaire</i> version infirmière	104
ANNEXE F Dimension climat de sécurité du <i>Safety Attitudes Questionnaire</i>	107
ANNEXE G Questions sociodémographiques	109
ANNEXE H Résultats d'analyse	111

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Résumé des instruments de mesure.....	48
TABLEAU 2	Caractéristiques sociodémographiques	53
TABLEAU 3	Cohérence interne des instruments de mesure.....	55
TABLEAU 4	Validité convergente de contenu	57
TABLEAU 5	Description de la perception du stress et de la perception de la qualité des soins.....	63
TABLEAU 6	Relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins.....	65
TABLEAU 7	Opérationnalisation des variables : Exploration par combinaison des instruments	66

LISTE DES FIGURES

<i>Figure 1.</i> ILLUSTRATION DU CADRE CONCEPTUEL DE FIRTH-COZENS (2001).....	37
---	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BAC Baccalauréat en sciences infirmières

CS-SAQ Dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire*

DEC Diplôme d'études collégiales

ÉPTC2 Énoncé de politique des trois Conseils

OIIQ Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

PQST Perception de la qualité des soins totale

PSS 10 vf *Perceived Stress Scale* 10 version française

PST Perception du stress totale

RS-SAQ Dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire*

VPS-I *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière

LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1	Perception du stress PSS 10 vf.....	59
GRAPHIQUE 2	Perception du stress RS-SAQ.....	60
GRAPHIQUE 3	Perception de la qualité des soins VPS-I.....	61
GRAPHIQUE 4	Perception de la qualité des soins CS-SAQ	62

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Les professionnels de la santé doivent fréquemment affronter le stress inhérent à leur travail et les infirmières n’y échappent pas (Braithwaite, 2008; Laal et Aliramaie, 2010; McCarthy, Power et Greiner, 2010; Zbryrad, 2009). Les éléments stressants que les infirmières¹ doivent gérer sont multiples et se retrouvent à plusieurs niveaux (Hays, All, Mannahan, Cuaderes et Wallace, 2006; Moustaka et Constantinidis, 2010; Taylor, White et Muncer, 1999). Certains stressseurs affecteraient davantage les infirmières novices². Celles-ci identifient la mort, la charge de travail ainsi qu’une préparation inadéquate à leur rôle d’infirmière comme étant des sources importantes de stress (Qiao, Li et Hu, 2011). Ces infirmières font aussi face aux stressseurs reliés à la transition du rôle d’étudiant vers le rôle d’infirmière. Kramer (1974) décrit cette transition comme étant un choc (*reality shock*)³ pour ces infirmières novices qui vivent un conflit entre la théorie, leurs idéaux et la pratique clinique. Selon O’Shea et Kelly (2007), la perception du stress⁴ chez les infirmières novices serait beaucoup plus élevée dans les six premiers mois d’embauche. Les infirmières novices sont donc à risque de percevoir un niveau de stress plus élevé, car elles doivent gérer plusieurs sources de stress reliées au manque d’habiletés cliniques, à l’organisation des soins ainsi qu’aux situations imprévues (O’Shea et Kelly, 2007). Cependant, il existe une différence entre la perception du stress et le stress lui-même. Le stress représente une transaction entre une personne et son environnement (Lazarus et Folkman, 1984). La perception du stress est définie comme l’évaluation cognitive d’une situation. Cette situation est évaluée par la personne comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être (Cohen et al., 1983; Lazarus et Folkman, 1984). Ainsi cette situation devient un agent stressseur.

Au Québec, puisque les infirmières peuvent être admises à la profession en ayant une formation collégiale ou universitaire, on retrouve deux types d’infirmières novices. Il y a

¹ Les génériques féminins sont utilisés sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

² Benner (1982) définit une infirmière novice comme étant une infirmière qui n’a aucune expérience des situations auxquelles elle risque d’être confrontée. Ainsi leur pratique se limite à gérer des paramètres mesurables et à appliquer des règles standards indépendamment du contexte. Une infirmière novice a moins de trois ans d’expérience.

³ Le terme *reality shock* réfère aux conflits entre les attentes du rôle d’infirmière et la réalité actuelle du milieu de travail.

les infirmières possédant un DEC (diplôme d'études collégiales) qui peuvent intégrer la profession infirmière tout en continuant leur formation pour obtenir leur baccalauréat en sciences infirmières (BAC)⁵, et celles qui, avec un DEC en soins infirmiers, ne poursuivent pas d'études universitaires et qui entrent sur le marché du travail. Cette situation fait en sorte que les infirmières novices qui poursuivent au BAC, contrairement aux infirmières novices qui ne sont pas aux études, peuvent éprouver un stress de nature scolaire, en plus du stress occupationnel⁶, c'est-à-dire relié à l'environnement de travail.

Or, bien qu'il puisse être bénéfique à certains moments (Gibbons, Dempster et Moutray, 2010), un stress à long terme peut entraîner des conséquences pour les infirmières dont l'épuisement professionnel, l'anxiété, la dépression, l'abus de substances, des migraines, le syndrome du côlon irritable, des douleurs au dos, des ulcères duodénaux (Moustaka et Constantinidis, 2010). Les conséquences pour les infirmières novices sont la nervosité, la peur, l'insomnie, la perte de poids (O'Shea et Kelly, 2007) ainsi que la démission de ces infirmières (Tsu-Yin, Fox, Stokes et Adam, 2012). Malgré les conséquences du stress, les infirmières et les infirmières novices doivent assurer la sécurité et la qualité des soins. Elles ont des responsabilités déontologiques quant à leur pratique professionnelle. Le code de déontologie (OIIQ, 2014) stipule que « l'infirmière ou l'infirmier doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des clients, notamment en avisant les instances appropriées ». De plus, la qualité des soins a un effet direct sur le bien-être et sur le processus de guérison en répondant aux besoins physiques, psychologiques et spirituels des patients (Williams, 1998). Ainsi, elle devient une priorité pour les infirmières et les infirmières novices. Néanmoins, cette priorité peut entraîner un certain stress auprès des infirmières novices, car leurs habiletés cliniques et organisationnelles sont peu développées et elles doivent répondre aux exigences des soins. Les infirmières et les infirmières novices ont le désir de donner des soins de qualité, ce qui pourrait augmenter leur perception du stress. Peu

⁵ En 2009-2010, la proportion d'infirmières qui possèdent un BAC était de plus de 30 % (OIIQ, 2011)

⁶ Le stress occupationnel s'applique aux demandes liées au travail. Ces demandes excèdent les capacités de l'employé à s'adapter (CGSST, 2014).

d'études ont exploré la perception du stress et la perception de la qualité des soins⁷ chez les infirmières et encore moins chez les infirmières novices.

Les chercheurs qui se sont intéressés aux effets du stress en milieu clinique les ont étudiés en lien avec la santé d'infirmières expérimentées. Ces études décrivent et explorent la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins auprès d'infirmières expertes. Ainsi, Williams (1998), dans une étude par théorisation ancrée sur la qualité des soins, a mis en évidence que le stress et les conséquences de ce stress réduiraient la performance des infirmières en altérant leurs capacités à fournir des soins qui sont thérapeutiques. Les infirmières dans cette étude ont évoqué que leur stress pouvait engendrer des préjudices pour les patients. De plus, l'insatisfaction, la frustration et la culpabilité ressenties par les infirmières lorsqu'elles pensent ne pas avoir donné des soins de qualité leur causeraient du stress, entraînant un cercle vicieux (Williams, 1998). Une deuxième étude a exploré un lien entre la perception du stress vécu par les infirmières et la perception de la qualité des soins (Sexton, Thomas et Helmreich, 2000). Cette enquête transversale avait pour but d'étudier les attitudes du personnel des unités des soins intensifs et de la salle d'opération concernant le stress, les erreurs et le travail d'équipe pour ensuite les comparer avec ceux de travailleurs dans l'aviation. À l'inverse des résultats de William (1998), selon cette étude, les infirmières minimiseraient l'effet du stress sur la qualité et la sécurité des soins. Elles ne reconnaîtraient pas l'effet du stress et de la fatigue sur leur performance, contrairement aux aviateurs. De plus, les erreurs commises par les infirmières ne seraient pas rapportées. Les obstacles empêchant la discussion des erreurs sont perçus comme étant plus importants quand les infirmières ne reconnaissent pas l'effet du stress et de la fatigue sur leur performance.

Donc, compte tenu des résultats contradictoires des études rapportées, de l'absence d'études réalisées auprès d'infirmières novices et du fait qu'aucune étude sur le sujet n'a été réalisée au Québec, on peut se demander s'il existe réellement une relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices, et

⁷ La perception de la qualité des soins est l'évaluation des infirmières concernant le degré de satisfaction des besoins physiques, psychologiques et supplémentaires des patients (Williams, 1998).

ce dans un contexte démographique différent. De plus, à notre connaissance, aucune étude n'a exploré le lien entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices, ce qui suggère la nécessité d'une recherche plus approfondie pour mieux comprendre cette problématique. Ainsi, l'étude qui suit permettra de trouver des pistes d'intervention pour diminuer la perception du stress et améliorer la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices. Cette étude permettra aussi de contribuer à l'avancement des connaissances en sciences infirmières.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Afin de connaître l'état des connaissances actuel, les bases de données CINAHL, MEDLINE et Psycinfo ont été consultées. La technique de recherche « boule de neige » a aussi été utilisée. Plusieurs mots-clés ont été employés en lien avec la perception du stress et la perception de la qualité des soins incluant les risques d'erreurs. Ces mots-clés sont : *perceived stress, perceived quality care patient, quality care nursing, quality care patient, stress recognition, stress perception, stress, stressors, occupational stress, perceived errors, medication errors, perception errors, newly graduated nurse, newly qualified nurse, new registered nurse.*

Les études ont été incluses dans la recension des écrits selon les objectifs, les concepts, la méthodologie et les résultats en lien avec la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Les études qui ont été exclues de la recension des écrits sont les études qui n'avaient pas de démarches scientifiques (exemple : lettre ouverte) et/ou qui n'abordaient pas des concepts clés soit infirmières/infirmières novices, perception du stress et perception de la qualité des soins. Les études ont été exclues si leurs résultats n'étaient pas reliés à la perception du stress ou à la perception de la qualité des soins. Au total, nous avons recensé quatorze études soit cinq études sur la perception du stress, dont trois études auprès des infirmières et deux études auprès des infirmières novices. Nous avons trouvé six études sur la perception de la qualité des soins, dont six auprès des infirmières et aucune auprès des infirmières novices. Finalement, nous avons recensé trois études qui exploraient la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Nous avons trouvé deux études auprès des infirmières, aucune auprès des infirmières novices et une seule étude auprès de médecins.

La présentation de la recension des écrits sera divisée en trois parties soit la perception du stress, la perception de la qualité des soins et la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins, mais avant de mettre en lumière ses concepts-clés, la population accessible sera décrite.

2.0 Les infirmières novices

Selon Benner (1982), une infirmière novice est une infirmière qui a moins de trois ans d'expérience et qui est considérée comme étant une infirmière qui n'a aucune expérience des situations auxquelles elle risque d'être confrontée. Pour les permettre d'acquérir l'expérience nécessaire au développement de leurs habilités cliniques, on décrit les situations de soins en termes objectifs clairs et quantifiables. La pratique de ces infirmières novices se restreint à gérer des paramètres mesurables et à appliquer les règles standards ainsi que les normes sans prendre en compte la situation. Ainsi, les interventions de ces infirmières novices peuvent être limitées, rigides, inutiles ou non adaptées à la situation de soins. Toutefois, ces infirmières novices ont une période de formation et d'orientation sur leur milieu de soins. De plus, elles sont dirigées et soutenues dans leur processus d'apprentissage par des préceptrices et des conseillères en soins infirmiers. Ces personnes ressources les aident à acquérir les compétences essentielles pour donner des soins de qualité.

2.1 La perception du stress

La perception du stress a été explorée auprès des infirmières expérimentées et des infirmières novices. Toutefois, la perception du stress a été moins documentée auprès des infirmières novices. Nous présentons donc les études relatives à la perception du stress chez les infirmières expérimentées et les infirmières novices.

2.1.1 La perception du stress chez les infirmières expérimentées

Plusieurs études ont approfondi le concept du stress chez les infirmières. En effet, la littérature rapporte les facteurs qui contribuent à la perception du stress des infirmières ainsi que les conséquences de ce stress pour les infirmières et les patients (Hays et al, 2006; Moustaka et Constantinidis, 2010; Taylor et al., 1999). Néanmoins, la perception du stress semble avoir été étudiée davantage en psychologie qu'en sciences infirmières. En effet,

trois études ont exploré le concept de la perception du stress auprès des infirmières et des infirmières novices.

Sawatzky (1996), dans une étude descriptive corrélationnelle, décrit les expériences stressantes au travail et les perceptions du stress chez 96 infirmières expérimentées des soins critiques au Canada. Pour ce faire, elle a utilisé le *Critical Care Nursing Stress Scale* et le *Perceived Stress Scale* 14. Le *Critical Care Nursing Stress Scale* a été modifié pour mesurer la fréquence et l'intensité des événements stressants ainsi que le sentiment de menace et de défi engendré par ces derniers. L'échelle *Perceived Stress Scale*, quant à elle, a permis de mesurer la perception globale du stress en évaluant les émotions liées au stress général perçu plutôt que les événements stressants particuliers. Cette étude suggère que la perception du stress est plus importante que l'agent stressant lui-même dans la relation stress-maladie. En effet, l'évaluation effectuée par l'infirmière déterminerait l'ampleur du stress. Selon cette auteure, les connaissances et les habiletés cliniques peuvent diminuer le stress perçu. Ainsi, plus les infirmières ont de l'expérience et moins elles se sentent stressées. Cette étude utilise un instrument de mesure valide et fidèle, soit le *Perceived Stress Scale*. Son coefficient de cohérence interne est de 0,75 (Cohen et Williamson, 1988). Cet instrument de mesure a aussi été utilisé dans plusieurs autres études scientifiques, notamment en psychologie. Cependant, cette étude a une limite. En effet, l'auteure a apporté des modifications au *Critical Care Nursing Stress Scale* pour mesurer la fréquence, l'intensité, le sentiment de menace et de défi engendré par des événements stressants. Néanmoins, aucune donnée psychométrique n'a été rapportée concernant les changements effectués à cet instrument de mesure. Ces changements peuvent altérer la qualité de l'instrument, donc la fiabilité des résultats.

Outre l'expérience de travail, la perception du stress a aussi été reliée à d'autres concepts tels que la personnalité. Dans une enquête transversale, Burgess, Irvine et Wallymahmed (2010) ont exploré la relation entre la personnalité de 46 infirmières expérimentées des soins intensifs dans un hôpital en Angleterre et leur perception du stress au travail ainsi que leurs stratégies d'adaptation. Plusieurs outils de mesure ont été utilisés

dont le *NEO Personality Inventory* qui évalue la présence de cinq traits de personnalité c'est-à-dire la transparence, la conscience professionnelle, l'extraversion, l'amabilité et le névrotisme. Le *Nurse Stress Index*, quant à lui, avait été créé pour mesurer la perception du stress au travail d'infirmières-chefs concernant la charge de travail, l'organisation, la conciliation travail-famille, la confiance, les compétences liées aux technologies et les relations avec les patients difficiles et leur famille. Cet instrument de mesure a un coefficient de cohérence interne de 0,90 (Harris, 1989). Le *Brief COPE* a aussi été utilisé comme instrument de mesure pour évaluer les stratégies d'adaptation employées. Burgess et al. (2010) suggèrent que la transparence⁹ ainsi que l'extraversion diminueraient le stress perçu lié aux patients difficiles et à leur famille. Quant à la conscience professionnelle, elle permettrait de diminuer le stress perçu relié au manque de confiance en soi et au manque de compétences. De plus, en lien avec le stress et les expériences de travail, cette étude rapporte que l'expérience dans un milieu de soins est plus importante que l'expérience en tant qu'infirmière quant à la perception du stress reliée aux conflits maison travail et à la prise en charge des patients et de leur famille. En résumé, la familiarité avec l'environnement du milieu de soins, l'autonomie et le contrôle interne sur l'environnement de travail auraient un effet amenuisant sur la perception du stress. Cette étude met en lumière d'autres variables associées à la perception du stress à l'aide d'instruments de mesure valides et fidèles. Cependant, la taille de l'échantillon étant petite (46 participantes), l'interprétation de cette étude doit se faire avec précaution. Par ailleurs, la *Nurse Stress Index* a été développé principalement pour identifier les sources de stress chez les infirmières-chefs et non pour mesurer la perception du stress chez les infirmières travaillant auprès de patients (Harris, 1989).

Dans une étude transversale, McCarthy et al. (2010), pour leur part, ont examiné le niveau de stress de 117 infirmières expérimentées d'un hôpital universitaire de l'Irlande. Ils ont étudié les différences de perception du stress selon les milieux de travail ainsi que l'association entre le stress perçu et les caractéristiques du lieu de travail. Ces auteurs ont employé comme instrument de mesure le *Nursing Stress Scale* (NSS) qui évalue les sources

⁹ Burgess et al. (2010) considère la transparence comme étant la recherche proactive, l'appréciation de l'expérience en soi, la tolérance et l'exploration de l'inconnu.

de stress potentiels provenant de l'environnement physique, psychologique et social. Cet instrument de mesure possède de bonnes qualités psychométriques. Son coefficient de cohérence interne est de 0,89 et son coefficient test-retest est de 0,81 (Gray-Toft et Anderson, 1981). Ces chercheurs ont aussi utilisé le *Demand Control Support* (DCS) pour mesurer les demandes des gestionnaires, le contrôle des infirmières expérimentées sur leur travail ainsi que le soutien des superviseurs et des coéquipiers. Ils suggèrent que le stress perçu varie selon les milieux cliniques. Ainsi, selon les résultats de cette étude, le stress perçu était plus élevé sur les unités de médecine, de soins critiques et de pédiatrie comparé au stress perçu en salle d'opération et en salle de réveil. De plus, selon les résultats de cette étude, le contrôle ne serait pas significativement associé au stress perçu. En fait, seul le soutien émotionnel et instrumental permettrait de réduire le stress rencontré dans l'environnement physique, psychologique et social. Cette étude utilise deux mesures (DCS et le NSS) qui permettent d'évaluer le stress de façon subjective et objective. Cependant, les sous-échelles du DCS soit les exigences du travail et le contrôle au travail ont une faible cohérence interne (respectivement 0,66 et 0,55). Quant au *Nursing Stress Scale*, cet outil mesure la perception de la fréquence des stressés et non la perception du stress chez les infirmières expérimentées (Gray-Toft et Anderson, 1981).

2.1.2 La perception du stress chez les infirmières novices

Quelques études ont été réalisées sur la perception du stress chez les infirmières novices. Suresh, Matthews et Coyne (2012) ont mesuré et comparé le niveau perçu de stress occupationnel chez 31 infirmières novices et chez 40 étudiantes de quatrième année en soins infirmiers dans six hôpitaux différents d'Irlande. Les auteurs ont utilisé comme instrument de mesure le *Nursing Stress Scale*. Cet instrument évalue la perception des sources de stress ainsi que les situations perçues comme étant stressantes. Il possède de bonnes propriétés psychométriques. Sa fiabilité test-retest est de 0,81. Quant à sa cohérence interne, elle est de 0,79. Les auteurs ont aussi utilisé des questions ouvertes pour documenter la perception du stress chez les infirmières novices. Selon les données quantitatives de cette étude, elles ne seraient pas plus stressées que les étudiantes en soins

infirmiers. Toutefois, les agents stressants sont différents dans chaque groupe. Ainsi, les infirmières novices considèrent comme stressseurs importants, la charge de travail et les conflits avec les médecins. Pour ce qui est des étudiantes en soins infirmiers, elles considèrent que la préparation inadéquate engendre un stress important. Les données qualitatives font ressortir que la charge de travail excessive (nombre insuffisant de personnel, responsabilités non infirmières, besoins insatisfaits des patients), les difficultés dans les relations de travail (sentiment d'exclusion, manque de soutien), les besoins d'apprentissage non satisfaits (manque de préparation, manque de confiance dans leur nouveau rôle) sont des sources de stress autant chez les infirmières novices et que chez les étudiantes en soins infirmiers. Une des forces de cette étude est l'utilisation du *Nursing Stress Scale* qui est un instrument valide et fidèle. Cependant, il mesure la perception de la fréquence des stressseurs et non la perception du stress chez les infirmières novices (Gray-Toft et Anderson, 1981). Malgré cette limite, cette étude a été rapportée, car elle a permis de recueillir des données qualitatives relatives à perception du stress de ces infirmières novices.

Certains auteurs ont associé la perception du stress des infirmières novices à l'intention de quitter la profession infirmière. Wu, Fox, Stokes et Adam (2012), dans une étude descriptive corrélationnelle, ont examiné les stressseurs reliés au travail, les stratégies d'adaptation (*coping*) et l'intention de quitter la profession infirmière de 154 infirmières novices aux États-Unis. Les auteurs ont employé comme instrument de mesure le *Job Stress Scale for Newly-Graduated Nurses*. Cet outil mesure les stressseurs reliés au travail. Il a de bonnes propriétés psychométriques. En effet, sa cohérence interne est de 0,93. Pour ce qui est de sa fiabilité test-retest, son coefficient varie de 0,79 à 0,95. Selon cette étude, les infirmières novices perçoivent le stress comme étant relié aux exigences des soins, aux équipements, aux habiletés techniques, aux relations interpersonnelles et aux responsabilités. La perception du stress est différente selon le type de cheminement scolaire. En effet, les infirmières novices formées à l'université (infirmières cliniciennes) expriment une perception du stress plus élevée au niveau des exigences des soins. Pour leur part, la perception du stress des infirmières formées au collège est plus élevée au niveau des responsabilités, telles que la participation des infirmières aux projets de recherche et

aux comités. Les infirmières qui avaient moins d'expérience clinique (moins de deux ans) étaient plus stressées quant aux habiletés cliniques que celles qui avaient plus d'expérience (trois ans et plus). De plus, les infirmières novices qui avaient l'intention de quitter la profession avaient un niveau de stress moyen plus élevé soit de 2,25 sur 5 comparativement à celles qui ne voulaient pas quitter la profession infirmière. En effet, les infirmières novices qui ne voulaient pas quitter la profession avaient un stress moyen de 2,01 sur 5. Ainsi, les infirmières novices qui se percevaient moins stressées n'avaient pas l'intention de quitter la profession infirmière. En somme, une de force de cette étude est l'utilisation d'un instrument de mesure avec de bonnes propriétés psychométriques. Une des limites de cette étude est au niveau de la stratégie d'échantillonnage utilisée. En effet, les auteurs ont utilisé un échantillonnage de convenance. Ce type d'échantillonnage engendre un biais d'échantillonnage limitant ainsi la généralisation des résultats.

Les études sur la perception du stress chez les infirmières et chez les infirmières novices révèlent que la perception du stress est plus importante que l'agent stressant (Sawatzky, 1996). La perception est un élément clé dans l'évaluation qui détermine l'importance de l'agent stressant. L'évaluation qu'effectue l'infirmière permet de définir cet agent stressant comme étant un stress positif ou négatif. Une situation peut être évaluée différemment selon la perception de l'infirmière. La perception peut être modulée par l'expérience personnelle ainsi que par les connaissances et les expériences cliniques de l'infirmière. Les connaissances et les habiletés cliniques peuvent diminuer la perception du stress (Sawatzky, 1996). En effet, les infirmières qui ont moins d'expérience clinique étaient plus stressées quant aux habiletés cliniques que celles qui avaient plus d'expérience (Wu, Fox, Stokes et Adam, 2012). D'où l'importance de bien outiller l'infirmière novice afin qu'elle puisse avoir les connaissances requises pour faire face à telles ou telles situations cliniques.

Ces études révèlent aussi que certains facteurs organisationnels tels que l'autonomie et le contrôle interne sur l'environnement de travail diminueraient la perception du stress (Burgess, Irvine et Wallymahmed, 2010). Néanmoins, le rôle du contrôle sur l'environnement de travail reste encore à explorer, car certains auteurs suggèrent que seul le soutien émotionnel et instrumental permettrait de réduire le stress rencontré (McCarthy et al., 2010).

2.2 La perception de la qualité de soins

La perception de la qualité des soins a été principalement examinée dans la littérature scientifique sous l'angle de la satisfaction des infirmières expertes quant au travail et aux soins qu'elles donnent et sous l'angle des erreurs de médicament. À notre connaissance, la perception de la qualité des soins selon les infirmières novices n'a pas été explorée. Nous présentons donc ici les écrits relatifs à la perception de la qualité des soins chez les infirmières expérimentées.

2.2.1 Perception de la qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des infirmières expérimentées

La perception de la qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des infirmières a été explorée dans quelques études en sciences infirmières. L'étude de Burhans et Alligood (2010), Lee et Yom (2006), Leggat, Bartram, Casimir et Stanton (2010) ainsi que l'étude de Spence Laschinger, Shamian et Thomson (2001) ont examiné ce concept.

Burhans et Alligood (2010), dans une étude qualitative phénoménologique herméneutique, ont décrit la signification de la qualité des soins vécue, comprise et formulée par 12 infirmières expertes du Sud-Est américain. Selon les auteures, ces infirmières considèrent la perception de la qualité des soins comme étant la rencontre des besoins humains par le *caring*, l'empathie, les interactions respectueuses dans le cadre des responsabilités de chacun, l'intentionnalité et la défense des droits des patients. Cette étude a aussi permis de constater que, selon les infirmières interrogées, la manière de donner des soins (l'attitude et la présence de l'infirmière) aux patients était plus importante que les techniques de soin. Cette étude a permis de décrire la qualité des soins selon la perspective des infirmières expérimentées. Les auteures se sont assurées de la valeur des résultats de la

recherche en respectant les critères de rigueur scientifique. En effet, elles ont garanti la qualité des résultats par la triangulation des données, par la codification rigoureuse et cohérente, par la redondance des données et par la confirmation des résultats par des non-participants. Cependant, la sélection exclusive d'infirmières qui ont leur baccalauréat peut limiter la transférabilité dans notre contexte, puisque ce n'est pas représentatif de la population infirmière québécoise, encore majoritairement formée au niveau collégial.

Lee et Yom (2006), dans une étude descriptive, ont pour leur part comparé la perception de la qualité des services infirmiers, la satisfaction ainsi que l'intention d'être soigné au même hôpital chez 272 patients et 282 infirmières expertes en Corée. La perception de la qualité des soins a été définie dans cette étude comme étant la rencontre des attentes du client. Les auteurs ont utilisé comme instrument de mesure la version coréenne du *SERVQUAL* pour évaluer la perception de la qualité du service infirmier en mesurant la différence entre les performances et les attentes des patients et des infirmières (qualité des soins = performance – attente). Cette version du *SERVQUAL* a un coefficient de cohérence interne de 0,97 (Lee et Yom, 2006). Les auteurs ont aussi utilisé un questionnaire pour mesurer le degré de satisfaction des patients et des infirmières expérimentées. Ce questionnaire comprenait deux questions soit une pour les services infirmiers et une autre pour les services médicaux. De plus, pour évaluer l'intention d'être soigné au même hôpital, Lee et Yom (2006) ont employé deux questions d'un instrument de mesure développé par Parasuraman, Zeithaml et Berry (1994). En somme, selon cette étude, quand les performances sont plus élevées que les attentes, la perception de la qualité des soins est évaluée favorablement. Néanmoins, lorsque les attentes sont plus élevées que les performances, les soins sont perçus de moins bonne qualité. La qualité des soins est perçue beaucoup plus défavorablement chez les infirmières que chez les patients. Les attentes des infirmières étaient plus élevées que leurs performances ce qui indique qu'elles perçoivent les soins comme étant de moindre qualité. Cette étude a permis d'évaluer la perception de la qualité des soins avec un taux de réponse très élevé (95 %), ce qui contribue à la crédibilité des résultats. Cependant, le *SERVQUAL* a été développé pour mesurer la qualité des services commerciaux, puis adapté pour être utilisé en soins infirmiers. Ainsi, certaines dimensions de cet instrument de mesure ne peuvent pas être

appliquées aux soins de santé (Jones, 1997). De plus, la stabilité des dimensions varie en fonction du contexte d'utilisation. En effet, le nombre de dimensions est contextualisé, ce qui peut nuire à la fidélité des résultats (Babakus et Boller, 1992; Buttle, 1996).

Certains auteurs ont démontré l'importance de la satisfaction au travail, l'autonomisation¹⁰ (*empowerment*) et les systèmes de travail à haute performance sur la perception de la qualité des soins. Leggat et al. (2010), dans une étude corrélacionnelle prédictive, ont examiné auprès de 182 infirmières expérimentées australiennes les effets interactifs de l'autonomisation (*empowerment*) psychologique et la satisfaction au travail sur la relation entre les systèmes de travail à haute performance¹¹ et la perception de la qualité des soins. Plusieurs outils de mesure ont été utilisés dont l'échelle de 42 questions de Zacharatos, Barling et Iverson (2005) qui évalue le système de travail à haute performance, l'échelle de 12 questions de Spreitzer (1995) qui mesure l'autonomisation psychologique, l'échelle de satisfaction de Seashore, Lawler, Mirvis et Camman (1982) qui mesure la satisfaction au travail et une version infirmière du *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* qui évalue la perception de la qualité des soins. Les résultats de cette étude suggèrent que les systèmes de travail à haute performance sont reliés au développement de l'autonomisation, lequel est associé à la perception de la qualité des soins. De plus, l'autonomisation psychologique est liée positivement à la satisfaction au travail et à la qualité des soins. Sans la présence de l'autonomisation psychologique, le système de travail à haute performance aurait un impact limité sur la perception de la qualité des soins aux patients. En résumé, la relation entre le système de travail à haute performance et la perception de la qualité des soins est modulée par la satisfaction au travail. Cette étude apporte des connaissances sur les facteurs psychologiques ayant un impact sur la qualité des soins. De plus, l'instrument de mesure utilisé a une bonne cohérence interne de 0,96. Toutefois, la relation entre la satisfaction au travail et la perception de la qualité des soins n'est pas bien définie, ce qui limite notre compréhension de l'impact de la satisfaction au travail sur la perception de la qualité des soins et ainsi restreint la portée des résultats.

¹⁰ L'autonomisation (*empowerment*) réfère à la mesure à laquelle un individu peut influencer activement sur son rôle au travail ainsi que sur son milieu de travail (Leggat et al., 2010).

¹¹ Les systèmes de travail à haute performance (*High-Performance Work Systems*) sont des groupes de pratiques distinctes, mais liées aux ressources humaines qui permettent de recruter, de sélectionner, de motiver et de développer les compétences des employés (Leggat et al., 2010).

Spence Laschinger et al. (2001), dans une étude transversale, ont testé un modèle conceptuel dérivé d'Aiken, Lake, Sochalski et Sloane (1997). Ce modèle relie les conditions de travail des infirmières telles que l'autonomie, le contrôle sur l'environnement et la relation de collaboration entre les infirmières-médecins à la confiance organisationnelle, à l'épuisement professionnel, à la satisfaction au travail et à l'évaluation de la qualité des soins. Ce cadre de référence met l'accent sur la perception de la qualité des soins et les éléments qui y contribuent. Il a été testé auprès de 3 016 infirmières expérimentées ontariennes dans 135 hôpitaux différents. Ces auteurs ont utilisé comme instrument de mesure le *Nursing Work Index* qui mesure les attributs organisationnels, l'*Interpersonal Trust at Work Scale* qui évalue la foi et la confiance dans les actions des collègues et des gestionnaires, le *QUACARE* et le *QUALUNIT* qui évaluent la perception de la qualité des soins. Le *QUACARE* mesure la qualité des soins dans leur dernier quart de travail et la probabilité de recommander cet hôpital aux membres de leurs familles. Aucune donnée sur cet instrument de mesure n'a été recensée. Le *QUALUNIT* évalue de 1 (pauvre) à 4 (excellent) la qualité des soins dispensés aux patients sur leur unité de soins. Cet instrument a une cohérence interne de 0,73. Les auteurs ont aussi utilisé le *Human Services Survey* qui permet de mesurer les aspects de l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel. Cette étude suggère que les caractéristiques de l'environnement de travail comme l'autonomie, le contrôle sur le lieu de travail et les relations de collaboration entre l'infirmière et le médecin ont un impact sur la confiance accordée aux gestionnaires, ce qui influence la satisfaction au travail et l'évaluation positive des infirmières de la qualité des soins. De plus, d'après cette étude, la confiance envers les gestionnaires et l'épuisement émotionnel des infirmières sont des médiateurs importants de la perception de la qualité des soins. Cette étude fait le lien entre les caractéristiques organisationnelles, la confiance envers les gestionnaires, la satisfaction au travail, l'épuisement professionnel et la qualité des soins, et ce, avec une grande taille d'échantillon ce qui assure la crédibilité des résultats. Cependant, aucune information n'est rapportée concernant les propriétés psychométriques du *QUACARE*. De plus, le *QUALUNIT* ne comporte qu'un seul item, ce qui ne permet pas d'évaluer les dimensions de la perception de la qualité des soins ni la cohérence interne de cet instrument de mesure.

En somme, les études révèlent que l'attitude et la présence de l'infirmière sont des aspects importants de la perception de la qualité des soins (Burhans et Alligood, 2010). La perception de la qualité des soins est influencée par la différence entre les attentes et les performances des infirmières (Lee et Yom, 2006), l'autonomisation psychologique et la satisfaction au travail (Leggat et al., 2010). De plus, les caractéristiques organisationnelles (l'autonomie, le contrôle sur l'environnement et la relation de collaboration entre les infirmières-médecins), l'épuisement professionnel et la confiance envers les gestionnaires ont aussi une influence sur la perception de la qualité des soins (Spence Laschinger et al., 2001).

2.2.2 Perception de la qualité des soins sous l'angle des erreurs de médicament

La perception des erreurs de médicament commises par les infirmières expérimentées a aussi été explorée dans la littérature scientifique. En effet, les erreurs de médicament sont les erreurs les plus fréquentes dans les institutions de santé (Jones et Treiber, 2010). Elles se classent au deuxième rang des incidents les plus répandus (Baker, Norton, Flintoft, Blais, Brown, Cox et al., 2004)

On constate que la plupart des études sur ce sujet sont davantage orientées vers les causes de ces erreurs et les obstacles à leur déclaration que sur la perception des erreurs de médicament commises par ces infirmières. Certains auteurs pensent que les causes des erreurs de médicament seraient dues à l'organisation du système de santé plus précisément à la charge élevée de travail, au manque de personnel infirmier (Jones et Treiber, 2010) et à la communication défailante entre les infirmières et les médecins (Maiden, Georges et Connelly, 2011). Elles seraient aussi dues à la fatigue (Jones et Treiber, 2010; Mayo et Duncan, 2004; Osborne, Blais et Hayes, 1999; Ulanimo, O'Leary-Kelley et Connolly, 2007), à la distraction (Jones et Treiber, 2010; Mayo et Duncan, 2004), au manque

d'expérience ou de formation (Jones et Treiber, 2010) et à l'épuisement des infirmières (Mayo et Duncan, 2004; Osborne et al., 1999; Ulanimo et al., 2007).

Toutes ces études ont donc exploré davantage les causes des erreurs de médicament et n'ont pas fait de lien avec la perception du stress. Peu d'études ont examiné la perception des erreurs de médicament selon la perspective d'infirmières. L'étude qualitative d'Espin, Wickson-Griffiths, Wilson et Lingard (2010) a identifié, par le biais d'interviews semi-structurés, les facteurs influençant les préférences de déclaration des erreurs auprès de 37 infirmières expérimentées de trois unités de soins intensifs au Canada. Cette étude suggère que ces infirmières perçoivent les erreurs de médicament comme étant une déviation des standards de pratique, une brèche dans le protocole (exemple : échec des « cinq bons »¹²) ou un manque de communication entraînant des résultats négatifs pour le patient. Les infirmières expérimentées perçoivent aussi les erreurs de médicament comme étant des erreurs qui se produisent à répétition et qui sont causées par les interférences des autres intervenants (ex. physiothérapeutes qui interrompent l'alarme de la pompe à soluté sans prévenir l'infirmière). En résumé, l'étude d'Espin et al. (2010) expose davantage les facteurs de divulgation que la perception des erreurs de médicament proprement dite. Le point de vue des infirmières sur la signification de ce type d'erreur est peu documenté. Le peu de données sur la perception des infirmières expérimentées sur les erreurs de médicament constitue une limite pour les besoins de notre étude.

Une seule étude a décrit les sentiments des infirmières en lien avec les erreurs de médicament. L'étude mixte de Jones et Treiber (2010) a décrit les perceptions de 202 infirmières de la Géorgie quant aux erreurs de médicament et quant à leurs expériences personnelles d'erreurs. Ces auteurs ont utilisé un questionnaire développé à la suite d'une revue de la littérature. Les résultats de cette étude portent sur les facteurs contribuant aux erreurs ainsi que sur les sentiments liés aux erreurs de médicament. Il semble que lorsque

¹² D'après les écrits professionnels, les « cinq bons » seraient les normes de soins qui correspondent aux critères de sécurité consacrés à la pratique de soins infirmiers (Potter et Perry, 2005). Ils correspondent au bon médicament, à la bonne dose, au bon patient, à la bonne heure et à la bonne voie d'administration (OIIQ, 2004; Potter et Perry, 2005). Cependant, depuis 2010, la littérature parle plutôt de « sept bons ». Ainsi, deux autres paramètres de surveillance concernant la sécurité d'administration des médicaments se sont rajoutés : la bonne documentation et la bonne surveillance des effets attendus et secondaires (Fortin, 2010).

les infirmières font une erreur de médicament, elles ont l'impression de violer la confiance du patient. Elles se sentent coupables et elles ont honte. Ces infirmières perdent leur estime de soi et leur image professionnelle. Elles ont l'impression que le système a échoué, c'est-à-dire que d'autres professionnels de la santé ainsi que les conditions environnementales et externes ont contribué à l'erreur. Cette étude renseigne sur les sentiments des infirmières expérimentées en lien avec les erreurs de médicament. Cependant sur le plan de la méthode, aucune information sur la validité et la fidélité du questionnaire n'a été rapportée, ce qui pose un problème pour examiner la validité des résultats.

Ainsi, la perception de ces infirmières concernant les erreurs de médicaments a été très peu explorée. Les études ont révélé plusieurs facteurs pouvant contribuer à ces erreurs. Néanmoins, lorsque ces infirmières commettent des erreurs, elles expriment des sentiments négatifs tels que la honte et la culpabilité (Jones et Treiber, 2010).

En résumé, la perception de la qualité des soins a été explorée sous l'angle de la satisfaction et des erreurs de médicament auprès des infirmières uniquement. Les attentes des infirmières expérimentées quant à la qualité des soins sont plus élevées que leurs performances, ce qui diminue leur perception de la qualité des soins. Néanmoins, les caractéristiques de l'environnement de travail (satisfaction au travail, autonomisation psychologique, sentiment de contrôle, relation de collaboration) améliorent la perception de la qualité des soins des infirmières. Ainsi, lorsque les infirmières expérimentées et les infirmières novices ont le sentiment d'avoir du pouvoir et du contrôle dans leur milieu de travail, leur perception du stress est diminuée. À la lueur de ces études, nous constatons que les facteurs organisationnels (caractéristiques de l'environnement de travail) ont un impact autant sur la perception du stress que sur la perception de la qualité des soins.

2.3 Relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières expérimentées

La plupart des chercheurs qui se sont intéressés aux effets du stress en milieu clinique les ont étudiés en lien avec la santé des infirmières. En effet, les chercheurs se sont davantage intéressés aux conséquences du stress sur la santé des infirmières. La relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins a été très peu étudiée. Nous n'avons pas recensé d'écrits mettant en relation la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices. Deux études explorent cette relation chez les infirmières expérimentées, soit l'étude qualitative de Williams (1998) et l'étude quantitative de Sexton et al. (2000). Cette relation a aussi été explorée avec l'étude de Klein, Frie, Blum et Von dem Knesebeck (2011) auprès de médecins.

L'étude qualitative de Williams (1998) s'est intéressée à la perception de la qualité des soins avec une approche de théorisation ancrée. L'étude a été réalisée en Australie en interviewant dix infirmières expérimentées possédant différents niveaux d'expertise et douze étudiants aux cycles supérieurs en soins infirmiers œuvrant dans un hôpital public de soins aigus. L'auteure suggère que la qualité des soins correspond au degré de satisfaction des besoins physiques, psychologiques et supplémentaires des patients¹³. L'étude a aussi permis de développer une théorie concernant la prestation des soins de qualité selon la perception de ces infirmières. Cette théorie établit des liens entre le temps, les ressources humaines et physiques ainsi qu'entre la perception de la qualité des soins. Lorsque le temps disponible est abondant ou suffisant, des soins exemplaires ou de haute qualité peuvent être donnés aux patients. Cependant, lorsque le temps est minime ou insuffisant, les soins effectués sont de base ou de moindre qualité. De plus, quand les ressources humaines et physiques ne sont pas accessibles, le temps disponible pour la prestation des soins est diminué. Par conséquent, les infirmières se sentent insatisfaites, frustrées et coupables. Ces sentiments négatifs peuvent engendrer du stress auprès de ces infirmières, stress qui peut

¹³ Les besoins supplémentaires des patients sont les besoins physiques et psychologiques qui sont satisfaits par des soins ayant une touche personnelle de l'infirmière qui a une approche d'ouverture aux demandes de ces patients (Williams, 1998).

affecter leur capacité à fournir des soins qui sont thérapeutiques. En outre, le niveau de stress de ces infirmières influence aussi la focalisation des soins¹⁴. Une des forces de l'étude de Williams (1998) se situe au plan du respect de la rigueur scientifique. Cette dernière est assurée par la redondance des données, par la triangulation des données et des chercheurs ainsi que par la confirmabilité des thèmes par les participants. Cependant, une des limites de l'article concerne la crédibilité des résultats. En effet, les verbatims ne sont pas mentionnés. La description des verbatims permet d'appuyer les thèmes émergents et démontre comment la chercheuse perçoit, examine et comprend les données, ce qui accroît notre compréhension du phénomène et démontre la transparence et la fiabilité des résultats (Tong, Sainsbury et Graig, 2007).

L'enquête transversale de Sexton et al. (2000) a cherché à faire un lien entre la perception du stress vécu par les infirmières et la perception de la qualité des soins. Cette étude a été réalisée auprès de 1033 médecins, stagiaires en médecine, résidents et infirmières expérimentées dans des hôpitaux universitaires et non universitaires aux États-Unis, en Israël, en Allemagne, en Suisse et en Italie ainsi qu'auprès de 30 000 travailleurs dans l'aviation recrutés partout dans le monde. Elle avait pour objectif d'étudier les attitudes du personnel des unités soins intensifs et de la salle d'opération concernant le stress, les erreurs et le travail d'équipe pour ensuite les comparer avec ceux de travailleurs dans l'aviation. Les instruments de mesure utilisés ont été le *Cockpit Management Attitudes Questionnaire* qui mesure les attitudes à l'égard du stress, les statuts hiérarchiques, la gestion et les interactions interpersonnelles, le *Flight Management Attitudes Questionnaire* qui correspond à une version subséquente du *Cockpit Management Attitudes Questionnaire*. Le *Flight Management Attitudes Questionnaire* a été développé pour inclure l'effet du climat organisationnel et la culture de sécurité. Deux autres instruments de mesure ont été utilisés dans cette étude soit l'*Operating Room Management Attitudes Questionnaire* et l'*Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire*. Ces deux derniers questionnaires ont été développés pour permettre l'exploration des facteurs humains dans l'environnement de soins. Ainsi, ces outils de mesure étaient adaptés à chaque milieu : salle

¹⁴ La focalisation des soins est un soin qui est centré sur une de ces cibles : le « soi » de l'infirmière (une stratégie de préservation personnelle), les besoins du patient ou la qualité (Williams, 1998).

d'opération, soins intensifs ou aviation. Les dimensions des instruments étaient toutefois les mêmes. Par la suite, ces instruments de mesure ont servi à l'élaboration d'un autre instrument de mesure, soit le *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ). Le SAQ ainsi que ces précurseurs avaient comme objectif d'évaluer les aspects du climat de sécurité auprès de travailleurs.

Le *Safety Attitudes Questionnaire*, développé pour l'étude de Sexton et al. (2000) possède de bonnes propriétés psychométriques. Son coefficient de cohérence interne est de 0,90 (Sexton, Helmreich, Neilands, Rowan, Vella, Boyden et al., 2006). Il comprend cinq dimensions soit le climat d'équipe de travail, le climat de sécurité, la satisfaction au travail, la reconnaissance du stress, la perception de la gestion et les conditions de travail. Il permet aux répondants d'évaluer sur une échelle de Likert à cinq points (0= fortement en désaccord jusqu'à 5= fortement en accord) les attitudes de sécurité dans leur milieu de travail.

Les dimensions reconnaissance du stress et climat de sécurité ont été mises en relation dans l'étude de Sexton et al. (2000). Ainsi, les auteurs ont établi un lien entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières expérimentées. Selon les auteurs, ces infirmières ne prennent pas en considération l'effet du stress sur la qualité des soins. Les résultats montrent que 64 % des infirmières disent performer efficacement pendant les situations d'urgence même lorsqu'elles sont fatiguées comparativement à 26 % des aviateurs. De plus, 84 % des infirmières disent que leur capacité à prendre des décisions n'est pas altérée en situation d'urgence comparativement à 64 % des aviateurs (Sexton et al., 2000). En résumé, en comparant les réponses des infirmières expérimentées aux aviateurs, les auteurs suggèrent que celles-ci, contrairement aux aviateurs, minimiseraient l'effet du stress sur la qualité et la sécurité de leurs soins. Elles ne reconnaîtraient pas l'effet du stress et de la fatigue sur leur performance, ce qui a un impact sur la qualité des soins. De plus, les erreurs commises par les infirmières ne seraient pas rapportées. Les obstacles empêchant la discussion des erreurs sont perçus comme étant plus importants quand les infirmières ne reconnaissent pas l'effet du stress et de la fatigue sur la performance. Ainsi, les résultats de l'étude de Sexton et al. (2000) suggèrent que les infirmières ne font pas de lien entre leur perception du stress et leur

perception de la qualité des soins. Cette étude a permis de documenter pour la première fois la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Sa principale force concerne la grande taille de l'échantillon. En effet, une grande taille d'échantillon augmente la puissance statistique de ces résultats. De plus, l'échantillon provenait de plusieurs pays. Cependant, la section de la méthode est très peu détaillée. Les instruments de mesure qui ont servi à l'élaboration du *Safety Attitudes Questionnaire* ne sont pas clairement définis, ce qui limite notre compréhension sur le choix des outils qui ont permis la réalisation du SAQ.

Une autre étude quantitative (Klein et al., 2011) a été réalisée, cette fois, auprès de 1311 chirurgiens allemands pour explorer l'association entre le stress psychosocial au travail et la qualité des soins. Les instruments utilisés étaient *l'Effort-Reward Questionnaire* qui mesure le stress psychosocial au travail, le *Job Content Questionnaire* qui évalue la fréquence des demandes et le contrôle au niveau des compétences et des décisions et le *Chirurgischhes Qualitätssiegel*, qui a été développé à partir du *Canadian Physician Achievement Review*. Ce dernier constitue une autoévaluation de la performance des chirurgiens concernant les soins psychosociaux, les erreurs diagnostiques ou thérapeutiques et l'amélioration continue de la qualité. À l'instar de Lee et Yom (2006), Klein et al. (2011) ont aussi employé le *SERVQUAL* qui mesure la perception de la qualité du service au niveau de l'organisation des soins et de l'orientation des patients. Le coefficient de cohérence interne de cet instrument de mesure varie entre 0,80 à 0,93. Pour ce qui est de la validité prédictive, elle varie de 0,57 et 0,71 (Parasuraman, Berry et Zeithaml, 1991). De plus, deux questions sur la fréquence des erreurs diagnostiques et thérapeutiques ont été posées pour mesurer la qualité des soins. Les résultats de cette étude suggèrent une association significative entre le stress psychosocial au travail et la qualité des soins. En effet, un travail passif¹⁵ est associé à des soins de moins bonne qualité. Bien que l'étude de Klein et al. (2011) démontre une corrélation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins, elle n'a pas été réalisée auprès d'infirmières. De plus, l'utilisation du *SERVQUAL* pour l'évaluation de la qualité des soins a été critiquée dans

¹⁵ Selon Klein et al. (2011), un travail passif, c'est-à-dire peu de demandes des gestionnaires et peu de contrôle au travail, est considéré comme étant une source de stress psychosocial.

plusieurs écrits (voir plus haut, la description de l'étude de Lee et Yom, 2006). En effet, cet outil de mesure a quelques limites au niveau de l'interprétation et des qualités psychométriques. L'évaluation de la qualité des soins en termes de différence de scores (différence entre les attentes et les performances) peut produire des corrélations erronées et nuire à la validité des résultats (Coulthard, 2004).

Pour résumer, deux études ont exploré la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins auprès d'infirmières expérimentées. Une autre étude a exploré cette relation auprès des médecins.

La première étude (Williams, 1998), qui a été réalisée auprès des infirmières, suggère que lorsque les ressources humaines et physiques ne sont pas accessibles, le temps disponible pour la prestation des soins est diminué. Par conséquent, les soins effectués sont de moindre qualité, ce qui engendre du stress auprès des infirmières. La deuxième étude (Sexton et al., 2000) démontre que les infirmières ne reconnaîtraient pas l'impact du stress et de la fatigue sur les soins qu'elles donnent aux patients puisqu'elles surestimaient leur capacité à donner des soins thérapeutiques lorsqu'elles sont stressées contrairement aux aviateurs. La troisième étude qui a été réalisée auprès de médecins suggère que le travail passif représente une source de stress psychosocial. Cette source de stress peut diminuer la perception de la qualité des soins, car le travail passif est associé à des soins de moins bonne qualité. Ainsi, les études semblent démontrer une relation négative entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Toutefois, l'étude de Sexton suggère que cette relation n'est pas aussi évidente chez les infirmières, si on les compare aux données recueillies auprès des aviateurs.

2.4 Cadre de référence

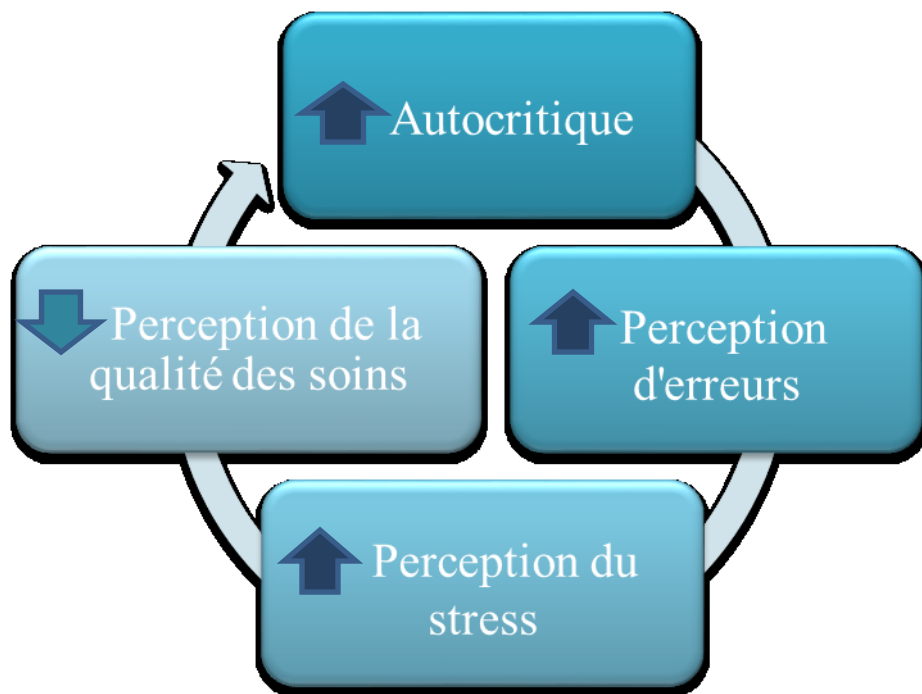
Le cadre de référence qui a été utilisé dans cette étude est celui de Firth-Cozens (2001). Ce cadre de référence a été utilisé en médecine : il est illustré à la figure 1. À notre connaissance, il est le seul qui établit un lien direct entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Selon Firth-Cozens (2001), les médecins ainsi que les autres professionnels de la santé expérimentent beaucoup de stress. Ils font face à de

nombreux agents stressants dont la charge de travail, les demandes excessives, les relations au travail, la quantité de sommeil, les conflits de rôles, la relation avec les patients, le soutien moral des coéquipiers, les erreurs et les procédures judiciaires (Firth-Cozens, 2001). La fatigue et la pression reliée à la charge de travail sont aussi d'autres éléments stressants que les médecins et les autres professionnels de la santé doivent affronter (Firth-Cozens et Greenhalgh, 1997). Les médecins souffrent souvent de culpabilité et d'insomnie. Ces sentiments peuvent engendrer des soins de moindre qualité auprès des patients (Firth-Cozens, 2001). La diminution de la qualité des soins dispensés peut avoir une influence sur la perception du stress des médecins et des autres professionnels de la santé. Ainsi, ils sont plus stressés et font plus d'erreurs, ce qui diminue la perception de la qualité des soins. De plus, la perception du stress peut être accrue si le professionnel de la santé a un sens de l'autocritique très élevé. Ce sens de l'autocritique peut augmenter sa perception d'erreur effectuée et sa perception du stress. Ce cycle (stress-autocritique-erreurs-stress) peut aussi avoir un impact sur la qualité des soins dispensés au patient.

En résumé, les professionnels de la santé qui sont très critiques envers eux-mêmes perçoivent plus d'erreurs, ce qui augmente leur perception du stress et diminue la perception de la qualité des soins dispensés aux patients. Bien que ce cadre de référence ait été utilisé principalement en médecine, l'auteure fait allusion à l'applicabilité de ce cadre auprès d'autres professionnels de la santé, tels que les infirmières novices. De plus, il a été démontré, dans l'étude de Firth-Cozens, 2001, que le stress des médecins n'était pas si différent du stress des autres professionnels de la santé. Ainsi, ce cadre de référence peut être appliqué à notre étude. Il stipule une relation négative entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Il explique bien les résultats de l'étude de Williams (1998), mais ne peut s'appliquer aux résultats de Sexton et al. (2000). En effet, les résultats de l'étude de Sexton et al. (2000) ne vont pas dans le même sens que ce cadre de référence. La figure 1 représente le cadre conceptuel de Firth-Cozens (2001). Elle a été créée pour les besoins de cette étude.

FIGURE 1

ILLUSTRATION DU CADRE CONCEPTUEL DE FIRTH-COZENS (2001)



2.5 Synthèse de la recension des écrits, hypothèse et objectifs de recherche

À la lumière de l'état des connaissances, plusieurs études se sont attardées soit au stress, soit à la qualité des soins et aux erreurs de médicament, mais sans vraiment décrire en profondeur la perception des infirmières novices sur ces sujets. De plus, il y a peu d'études sur la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. En effet, seulement deux études auprès d'infirmières ont été recensées, celle de Williams (1998) qui a utilisé une approche qualitative et celle de Sexton et al. (2000) qui a adopté une approche quantitative. Ces études ont révélé des résultats qui sont difficiles à mettre en lien, car elles utilisent des instruments de mesure différents ainsi qu'une définition différente des concepts de perception du stress et de perception de la qualité des soins. Elles suggèrent, comme celle de Klein et al. (2011) qui a été réalisée auprès de médecins, une relation qui nous apparaît intéressante à vérifier, cette fois auprès des infirmières novices, en raison des agents stressants supplémentaires identifiés dans la littérature. La présente étude permettra donc d'explorer la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins dispensés par les infirmières novices. Elle permettra d'abord de réaliser une évaluation des qualités psychométriques des instruments utilisés dans les études précédentes, instruments qui présentent souvent des limites. Les instruments utilisés à ce jour pour mesurer les concepts centraux diffèrent et présentent des qualités psychométriques parfois peu étudiées. Nous vous présentons l'hypothèse de recherche, la question de recherche, l'objectif principal et les objectifs secondaires.

2.5.1 Hypothèse de recherche

S'appuyant sur le cadre de référence de Firth-Cozens (2001), notre hypothèse de recherche est la suivante : la perception du stress sera reliée négativement à la perception de la qualité des soins dispensés par les infirmières novices.

2.5.2 Question de recherche

Est-ce qu'il existe une relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins dispensés aux patients?

2.5.3 Objectif principal

Décrire la perception du stress, la perception de la qualité des soins d'infirmières novices¹⁶ et explorer la relation entre les deux variables.

2.5.4 Objectifs secondaires

1. Analyser les qualités psychométriques (la cohérence interne et la validité convergente de contenu des instruments) qui mesurent la perception du stress et la perception de la qualité des soins.
2. Décrire la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices.
3. Explorer la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices.

¹⁶ Les indicateurs de qualités de soins retenus sont le climat de sécurité, les erreurs de médicaments et la discussion de ces erreurs.

CHAPITRE 3

MÉTHODE DE RECHERCHE

Ce troisième chapitre présente le dispositif de recherche, la population à l'étude, la stratégie d'échantillonnage et de recrutement, les instruments de mesure et méthodes de collecte de données, les analyses de données et les considérations éthiques.

3.1 Dispositif de recherche

Un devis descriptif corrélationnel exploratoire a été choisi afin de répondre à l'objectif principal soit de décrire la perception du stress et la perception de la qualité des soins d'infirmières novices, d'explorer la relation entre les deux variables et analyser la cohérence interne et la validité convergente de contenu des instruments qui mesurent la perception du stress et la perception de la qualité des soins. La stratégie retenue a été l'enquête par questionnaire web (annexe A). Cette méthode de collecte de données a été retenue pour sa rapidité d'accès, sa flexibilité pour les répondantes et pour son efficacité (Sue et Ritter, 2007).

3.2 Population à l'étude

La population cible de cette étude est l'ensemble des infirmières et infirmiers novices du Québec qui travaillent auprès de patients. Pour ce qui est de la population accessible, elle comprend des infirmières novices qui étudient au baccalauréat en sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke au Campus de Longueuil et au Campus de la santé du programme DEC-BAC. La taille approximative de la population accessible est de 400 infirmières novices. Cette population a été choisie, car elle est généralement disponible et ouverte à répondre à des sondages. Par ailleurs, selon la littérature, ces infirmières expérimentent un niveau de stress très élevé, car elle cumule les stressors liés aux études et au travail. En effet, leur perception du stress est plus élevée dans les six premiers mois d'embauche (Suresh, Matthews et Coyne, 2012).

Les critères d'inclusion pour composer l'échantillon sont les suivants :

- Être infirmière avec moins de trois ans d'expérience pour correspondre à la définition d'infirmière novice.
- Travailler dans un milieu clinique et avoir un minimum de trente jours d'expérience clinique dans les six derniers mois pour répondre aux exigences des questionnaires et donner des soins aux patients afin de diminuer les différences entre les participantes.
- Avoir accès à la plateforme de soutien à l'enseignement (MOODLE) de l'Université de Sherbrooke.

Les questions sociodémographiques permettaient de vérifier les critères d'inclusion.

3.3 Stratégie d'échantillonnage et taille de l'échantillon

Nous avons opté pour un échantillonnage non probabiliste de convenance. Sachant que le taux de réponse pour les questionnaires web est approximativement de 30 % (Sue et Ritter, 2007), des efforts ont été faits pour susciter la participation des infirmières novices durant la période de recrutement. Selon nos calculs (Raosoft, 2012), la taille de l'échantillon nécessaire pour répondre aux objectifs de la présente étude avec une marge d'erreur de 5 %, un intervalle de confiance de 95 % et un taux de réponse attendu de 70 % est de 179 participantes.

3.4 Stratégies de recrutement

Lors de la période de recrutement, l'étudiante chercheuse a présenté la pertinence et le but de son étude au début du trimestre d'automne 2013 dans les cours destinés aux

étudiantes en sciences infirmières au Campus de Longueuil et au Campus de la santé. Elle a aussi répondu à leurs questions concernant le projet de recherche. De plus, les participantes ont reçu une lettre par courriel pour les inviter à participer au projet de recherche. Cette lettre de participation incluait un hyperlien vers un questionnaire web sur la plateforme MOODLE. Sur cette plateforme, il était possible d'inscrire toutes les participantes par groupes-cours sans connaître individuellement leur adresse courriel et de rendre anonyme la participation à l'étude. De plus, cette plateforme est utilisée par l'Université de Sherbrooke dans le cadre des activités d'enseignement. Les infirmières novices ont donc facilement accès à MOODLE et elles sont habituées de s'en servir. Ainsi, les participantes ont eu quatre semaines pour répondre au questionnaire.

Des rappels ont été effectués après l'envoi de l'invitation selon la méthode de Dillman, Smyth et Christian (2009). Toutefois, cette méthode a été modifiée pour l'étude. Ainsi, le premier rappel a été envoyé une semaine après l'invitation sous la forme d'un courriel à toutes les étudiantes afin de susciter la participation des répondantes. Le second rappel a eu lieu deux semaines après le premier rappel. Pour terminer, le dernier rappel a eu lieu une semaine après le second. Les deux derniers rappels étaient aussi sous la forme d'un courriel. La lettre de sollicitation (annexe B) était envoyée dans les courriels d'invitation ainsi que dans les rappels.

La période de collecte de données a débuté le 26 août 2013 et s'est prolongée jusqu'au 1er décembre 2013 inclusivement, car certaines répondantes n'étaient pas admissibles à l'étude au moment du recrutement. En effet, elles n'avaient pas encore reçu les résultats de leur examen d'admission à la profession infirmière.

3.5 Instruments de mesure et méthodes de collectes de données

Le questionnaire web a été divisé en trois sections : la perception du stress, la perception de la qualité des soins et les questions sociodémographiques. Les directives pour remplir le formulaire étaient disponibles sur la page d'introduction du questionnaire. Cette section présente les instruments utilisés pour chacune des variables et conclut sur le processus suivi pour assurer leur qualité psychométrique. Il est important de souligner que

deux instruments ont été choisis pour chacune des variables soit un instrument de référence valide et fidèle qui a été utilisé dans plusieurs études et un autre instrument de mesure pour lequel les qualités psychométriques ont été peu documentées. L'utilisation de deux instruments pour mesurer chacun des concepts permettra de comparer les instruments entre eux, de vérifier si l'instrument ayant peu de données psychométriques mesure le concept ciblé et s'il est relié à l'instrument de référence.

3.5.1 Section du questionnaire web sur la perception du stress

La première section du questionnaire web a permis de recueillir des données pour décrire la perception du stress chez des infirmières novices.

Dans cette étude, la perception du stress (variable indépendante) correspond à la perception d'un événement stressant comme étant une menace ou un défi en fonction des stratégies d'adaptation de l'individu (Cohen et Williamson, 1988). Pour pouvoir décrire cette perception du stress, deux instruments ont été choisis, soit la version française du questionnaire *Perceived Stress Scale* à dix questions (PSS vf 10) de Cohen, Kamarck et Mermelstein (1983) ainsi que les énoncés de la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaires* (RS-SAQ) (Sexton et al., 2000).

a) Perceived Stress Scale 10 version française

Le *Perceived Stress Scale* (PSS) cible la manière dont les personnes perçoivent leur vie comme étant imprévisible, incontrôlable et surchargée. L'échelle comporte également un certain nombre de questions sur le niveau actuel de stress vécu (Cohen et al., 1983). Cet instrument permet aux répondants de situer sur une échelle de type Likert de cinq points les sentiments et les pensées ressentis durant les trente derniers jours (1= jamais jusqu'à 5= très souvent). Cet instrument a été privilégié parce qu'il ne mesure pas uniquement la fréquence ou la pondération des situations cliniques considérées comme étant stressantes par les

infirmières (Gray-Toft et Anderson, 1981), mais cible davantage une mesure globale de l'évaluation du stress. Ainsi, il permet une auto-évaluation de la perception du stress vécu. Trois versions du PSS existent, l'une comporte quatorze items, une autre de dix et une version en a quatre (Cohen et al., 1988). Nous avons utilisé la version française du PSS de dix questions (PSS vf 10) (Bellinghausen, Collange, Botella, Emery et Albert, 2009) (annexe C). Cette version possède de bonnes qualités psychométriques. Elle a une bonne sensibilité discriminante et une cohérence interne satisfaisante avec des coefficients de cohérence interne compris entre 0.78 et 0.87 (Bellinghausen et al., 2009). La validité de construit de l'échelle du stress perçu, *Perceived Stress Scale 10*, démontre une relation négative entre le stress perçu et la satisfaction au travail, la santé physique et mentale, les mesures de bien-être et l'estime de soi. Il a aussi été établi qu'il existe une relation positive entre le stress perçu et les symptômes somatiques et psychiques, un recours accru aux soins, la dépression, la rumination mentale des émotions et les comportements de stratégies d'adaptation (*coping*) centrés sur l'émotion (Bellinghausen et al., 2009).

b) Dimension reconnaissance du stress du Safety Attitudes Questionnaire

La perception du stress des infirmières novices a été évaluée par la dimension reconnaissance du stress du SAQ (RS-SAQ). Seules les questions 20 à 23 du SAQ ont été utilisées pour évaluer cette variable (annexe D). Aucune donnée sur les propriétés psychométriques de cette dimension n'a été trouvée, même après communication avec l'auteur. Ces questions ont été traduites aux fins de notre étude, selon la méthode de rétrotraduction (Fortin, 2010). Cette méthode est décrite plus loin dans la section 3.5.4.

3.5.2 Section du questionnaire web sur la perception de la qualité des soins

Les données collectées dans la deuxième section du questionnaire web ont permis de répondre au deuxième objectif spécifique de notre étude, soit de décrire la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices. Cette dernière constitue notre variable

dépendante. La perception de la qualité des soins a été définie pour cette étude comme étant le degré auquel les services de santé pour les individus et pour les populations augmentent la probabilité de résultats de santé désirés et qui sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles (Leggat et al., 2010). Celle-ci a été mesurée par la version infirmière du *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* de Leggat et al., (2010) ainsi que par la dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaires* (SAQ) (Sexton et al., 2000). Deux instruments ont été utilisés pour vérifier s'ils mesurent tous les deux le même facteur soit celui de la perception de la qualité des soins. Le tableau 1 présente sous forme tabulaire les différents concepts ainsi que leur définition opérationnelle.

a) *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire version infirmière*

Le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière (VPS-I), est un instrument de mesure qui a été réalisé pour mesurer la perception des patients concernant qualité des soins. Il a ensuite été adapté pour les infirmières. La version infirmière évalue, donc, la perception de la qualité des soins qu'elles donnent aux patients. Ce questionnaire comprend seize items qui sont mesurés par une échelle de Likert de cinq points (1= fortement en désaccord jusqu'à 5= fortement en accord). Cet instrument de mesure a un alpha de Cronbach de 0,96. Le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière a été choisi au détriment du *SERVQUAL*. En effet, le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* a été conçu spécifiquement pour l'évaluation de la qualité des soins et il reprend des concepts proches de ceux de la théorisation ancrée de Williams (1998). Il a été choisi au détriment du *SERVQUAL* qui a été développé pour l'évaluation de la qualité des services commerciaux (Parasuraman, Berry et Zeithaml, 1991). Selon plusieurs auteurs, l'interprétation du *SERVQUAL* en terme de différence de scores peut poser quelques limites psychométriques, ce qui peut altérer la validité des résultats (Buttle, 1995; Coulthard, 2004). En effet, l'évaluation de la qualité des soins en termes de différence de scores (différence entre les attentes et les performances) peut produire des corrélations erronées (Coulthard, 2004). Le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière (VPS-I), a été adapté pour cette population ce qui permet de bien évaluer

la qualité des soins selon la perspective des infirmières (Leggat et al., 2010). C'est pourquoi cet instrument de mesure a été choisi aux fins de notre étude.

b) Dimension climat de sécurité du Safety Attitudes Questionnaire

La perception de la qualité des soins a aussi été mesurée par les questions 13-17 de la dimension climat de sécurité du SAQ (annexe E). Les coefficients de cohérence interne de cette dimension sont compris entre 0,81 et 0,88 (Shteynberg, Sexton et Thomas, 2005). Ces questions ont aussi été traduites aux fins de notre étude, selon la méthode de rétrotraduction (Fortin, 2010).

3.5.3 Section du questionnaire web sur les données sociodémographiques

Pour décrire notre échantillon, des questions sociodémographiques ont été ajoutées au questionnaire web. Les participantes ont dû répondre à un certain nombre de questions nous permettant d'avoir une description générale de l'échantillon au niveau de l'âge (année de naissance), du sexe, du nombre d'années de scolarité, du nombre de mois d'expérience sur les unités de soins et du nombre de jours travaillés par quinzaine dans les six derniers mois. En plus de décrire notre échantillon, ces informations sont intéressantes à considérer, car selon certaines études (Cohen et al., 1983; Lesage, Berjot et Deschamps, 2012; Sawatzky, 1996), ces variables (âge, sexe, scolarité, expérience et nombre de jours de travail) peuvent influencer la perception du stress (annexe F).

Le tableau 1 présente un résumé des instruments de mesure pour chacune des variables à l'étude.

Tableau 1**Résumé des instruments de mesure**

PERCEPTION DU STRESS	PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS
Perceived Stress Scale version française (PSS 10 vf) Alpha de Cronbach : Entre 0,78 et 0,87	Victorian Patient Satisfaction Questionnaire version infirmière (VPS-I) Alpha de Cronbach : 0,96
Reconnaissance du stress (RS-SAQ) Alpha de Cronbach : Pas de données	Climat de sécurité (CS-SAQ) Alpha de Cronbach : Entre 0,81 et 0,88

3.5.4 Préparation des questionnaires

Les questions du questionnaire web ont été traduites aux fins de notre étude, selon la méthode de rétrotraduction (Fortin, 2010). Cette méthode consiste à traduire les énoncés de l'échelle et ensuite à les retraduire vers la langue d'origine. Les deux versions, originale et retraduite, sont comparées et corrigées jusqu'à ce qu'elles soient équivalentes au niveau de la signification des énoncés. Ainsi, les questions ont été traduites en français par une personne bilingue pour ensuite être retraduites en anglais par une experte en littérature anglaise. La version originale ainsi que la version traduite ont été comparées par les membres de l'équipe de recherche pour atteindre une entente interjuge.

De plus, les questions du questionnaire web ont été prétestées auprès d'infirmières novices (n=3) ayant le même profil que le groupe cible. En testant le questionnaire web,

elles ont permis d'estimer le temps approximatif pour répondre aux questions ainsi que la compréhension du contenu.

3.6 Analyses des données

Afin d'atteindre le premier objectif, analyser la cohérence interne et la validité convergente de contenu des instruments qui mesurent la perception du stress et la perception de la qualité des soins, nous avons effectué des analyses pour déterminer la cohérence interne des instruments de mesure à l'aide de coefficients de Cronbach. Nous avons aussi fait des corrélations de Spearman entre les instruments de mesure qui évaluent le même concept pour vérifier leur validité convergente de contenu. Ainsi, nous avons corrélé la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire* avec le *Perceived Stress Scale* 10 version française pour vérifier s'ils mesurent tous les deux le même concept soit le concept de la perception du stress. Le même procédé a été effectué pour le concept de la perception de la qualité des soins. La dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire* a été corrélée avec le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière pour déterminer s'ils mesurent tous les deux la perception de la qualité des soins. Des corrélations de Spearman ont été faites, car la distribution des données était anormale (Haccoun et Cousineau, 2010).

Pour répondre au deuxième objectif, soit de décrire la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices, nous avons effectué des statistiques descriptives soit des statistiques de tendance centrale (mode, médiane, moyenne) et des mesures de dispersion (étendue, variance, écart-type).

Par la suite, pour répondre au troisième objectif qui visait à explorer la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices, des corrélations de Spearman ont été réalisées entre le *Perceived Stress Scale* et le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire*. De plus, les instruments de mesure qui évaluent la perception du stress et la perception de la qualité des soins ont été combinés pour créer de nouvelles variables. Des corrélations de Spearman ont été réalisées sur ces nouvelles variables. Les analyses descriptives et secondaires ont été effectuées à l'aide d'un

progiciel statistique SPSS 19 pour Windows® (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Les analyses ont été vérifiées par le biostatisticien de l'Université de Sherbrooke, Djamal Berbiche.

3.7 Considérations éthiques

Le projet a été soumis et accepté par le comité d'éthique de la recherche sur l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (annexe H). Les autorisations du directeur de l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke et de la directrice de programme au baccalauréat en sciences infirmières ont été obtenues pour la sollicitation des étudiantes ainsi que pour l'accès aux courriels. De plus, l'autorisation des professeures des cours dans lesquels l'étudiante chercheuse a présenté le projet a aussi été reçue. Le consentement libre et éclairé des participantes a été obtenu à la suite de la description de la nature, du but et de la durée prévue de l'étude, la description des méthodes de recherche et l'explication des responsabilités du participant (ÉPTC2, 2010). Les bénéfices potentiels, les risques minimaux associés à la participation, l'assurance que les participantes ne sont pas obligées de participer et qu'elles ont le droit de se retirer en tout temps pendant la réponse au questionnaire web ont été présentés (ÉPTC2, 2010). Les participantes ont été informées de la possibilité que la réponse au questionnaire web suscite des émotions désagréables. Dans le cas où ces émotions seraient difficiles à vivre, elles ont eu la possibilité de communiquer en tout temps avec le service de psychologie et d'orientation de l'Université de Sherbrooke au 819 821-7666 ou au 450 463-1835 poste 67666. Les participantes ont pu aussi contacter le service de psychologie et d'orientation au spo@USherbrooke.ca. De plus, elles ont été informées du temps de réponse approximatif pour remplir le questionnaire web ainsi que les mesures envisagées pour diffuser les résultats. Ce temps a été déterminé lors du prétest. La durée était d'environ 10-15 minutes. Pour ce qui est de la confidentialité, nous nous sommes assuré que les données demeurent anonymes. De plus, l'accès à la base de données a été limité à l'équipe de recherche. Toutes ces informations de nature éthique étaient accessibles dans le courriel explicatif ainsi que sur la page d'introduction du questionnaire web.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre présente la description de l'échantillon, les qualités psychométriques des instruments, soit la cohérence interne et la validité convergente de contenu. Elle présente aussi la description de la perception du stress et de la perception de la qualité des soins ainsi que la relation entre les deux variables. Ce chapitre a été divisé selon les objectifs de recherche.

Cette section présente la description de l'échantillon et les résultats d'analyse sur les qualités psychométriques des instruments de mesure utilisés dans cette étude. Nous vous présentons la cohérence interne et ensuite la validité convergente de contenu des instruments qui évaluent la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices. Puisque la distribution des données était anormale, des corrélations de Spearman ont été effectuées entre les instruments qui mesurent le même concept afin de vérifier la validité convergente de contenu.

4.1 Description de l'échantillon

Cent une infirmières novices ont répondu au questionnaire web. Le taux de réponse était de 25,3 %, ce qui est légèrement inférieur au taux attendu de 30 % (Sue et Ritter, 2007). Plus de 93 % des répondantes étaient des femmes et 7 % étaient des hommes. Soixante-douze pour cent des répondantes avaient entre 21 et 25 ans et 28 % des répondantes avaient entre 26 et 50 ans. Plus de la moitié étudiaient au Campus de Longueuil (52 %) et 48 % étudiaient au Campus de la santé. Quant au statut des répondantes, 89 % étudiaient à temps complet et 11 % étudiaient à temps partiel. Pour ce qui est du nombre de jours travaillés par quinzaine, 44 % travaillaient deux jours par quinzaine. De plus, 51 % avaient environ 9 mois d'expérience en tant qu'infirmière et 51 % travaillaient de soir. Le tableau 2 résume les caractéristiques sociodémographiques des répondantes.

Tableau 2**Caractéristiques sociodémographiques**

Variables	Pourcentages
Sexe	Femme (93 %) Homme (7 %)
Âge	Entre 21 et 25 ans (72 %) Entre 26 et 50 ans (28 %)
Campus	Campus de Longueuil (52 %) Campus de la santé (48 %)
Statut étudiant	Temps complet (89 %) Temps partiel (11 %)
Jours par quinzaine travaillés	2/15 (44 %)
Mois d'expérience	9 mois d'expérience (51 %)
Quart de travail	Soir (51 %)

Objectif 1 : Analyser les qualités psychométriques des instruments qui mesurent la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices

4.2 Qualités psychométriques des instruments de mesure

Cette section présente les qualités psychométriques des instruments de mesure qui ont été utilisés dans cette étude. Afin d'analyser la cohérence interne des instruments qui mesurent la perception du stress et la perception de la qualité des soins, des alphas de Cronbach ont été effectués. De plus, pour analyser la validité convergente de contenu, des corrélations de Spearman ont été réalisées entre les instruments qui mesurent le même concept.

4.2.1 Cohérence interne des instruments de mesure

a) Perception du stress

Des alphas de Cronbach ont été réalisés sur les instruments qui mesurent la perception du stress. L'alpha pour le *Perceived Stress Scale* 10 version française est de 0,80. Pour ce qui est de la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire*, son alpha est de 0,71. Ces deux instruments de mesure ont une bonne cohérence interne. En effet, les instruments de mesure qui ont un alpha de Cronbach entre 0,70 et 0,90 sont considérés comme ayant une bonne cohérence interne (Fortin, 2010; George et Mallery, 2003).

b) Perception de la qualité des soins

Pour ce qui est de perception de la qualité des soins mesurée par le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière, l'alpha obtenu est de 0,87. Quant à la

dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire*, l'alpha est de 0,77. Selon George et Mallery (2003) ainsi que Fortin (2010), ces instruments de mesure ont une bonne cohérence interne, car leur alpha de Cronbach se situe entre 0,70 et 0,90. Le tableau 3 présente les alphas de Cronbach pour la perception du stress et la perception de la qualité des soins.

Tableau 3
Cohérence interne des instruments de mesure

Variabiles	Instruments de mesure	Alpha Cronbach
Perception du stress	PSS 10 vf	0,80
	RS-SAQ	0,71
Perception de la qualité des soins	VPS-I	0,87
	CS-SAQ	0,77

Légende :

CS-SAQ= Climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire*

PSS 10 vf= *Perceived Stress Scale* 10 version française

RS-SAQ= Reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire*

VPS-I= *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière

4.2.2 Validité convergente de contenu des instruments de mesure

a) Perception du stress

L'instrument de mesure *Safety Attitudes Questionnaire* dimension reconnaissance du stress est faiblement corrélé au *Perceived Stress Scale* 10 version française ($r= 0,233^*$ $p= 0,02$), même si cette corrélation est statistiquement significative. En effet, selon Fortin (2010) qui cite des statisticiens renommés (Nunnally et Bernstein, 1994), un coefficient de

validité de 0,60 est considéré comme étant satisfaisant. Ainsi, le *Safety Attitudes Questionnaire* n'a pas une bonne validité convergente de contenu, car il est faiblement corrélé avec l'instrument de référence, le *Perceived Stress Scale 10* version française, qui a été utilisé dans plusieurs autres études pour évaluer la perception du stress. Par conséquent, nous pouvons estimer que le *Safety Attitudes Questionnaire* dimension reconnaissance du stress et le *Perceived Stress Scale 10* version française ne mesurent pas le même concept ou ils le mesurent de façon complémentaire.

b) *Perception de la qualité des soins*

Dans le but de vérifier si la dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire* mesure adéquatement la perception de la qualité des soins, des corrélations de Spearman ont aussi été réalisées entre cet instrument de mesure et un outil de référence soit le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière. Néanmoins, la dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire* n'est pas corrélée avec l'instrument de référence ($r=0,173$ $p=0,08$), ce qui démontre que le *Safety Attitudes Questionnaire* dimension climat de sécurité n'a pas une bonne validité convergente de contenu. Par conséquent, nous présumons que les deux instruments mesurent des concepts différents ou complémentaires. Le tableau 4 présente les analyses sur la validité convergente de contenu entre les instruments de mesure qui évaluent le même concept.

Tableau 4

Validité convergente de contenu des instruments de mesure

Corrélation de Spearman		Perception du stress	Perception de la qualité des soins
		SAQ-RS (ρ -value)	SAQ-CS (ρ -value)
Perception du stress	PSS 10 vf (ρ -value)	0,233* ($\rho=0.02$)	-----
Perception de la qualité des soins	VPS-I (ρ -value)	-----	0,173 ($\rho=0.08$)

Légende :

CS-SAQ= Climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire*

PSS 10 vf= *Perceived Stress Scale* 10 version française

RS-SAQ= Reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire*

VPS-I= *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière

4.3 Synthèse des résultats de l'objectif 1

Des analyses ont été effectuées sur la cohérence interne et la validité convergente de contenu des instruments de mesure. Les instruments qui mesurent la perception du stress (*Perceived Stress Scale* 10 version française et dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire*) et la perception de la qualité des soins (*Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière et dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire*) ont une cohérence interne satisfaisante. En effet, leur alpha de Cronbach varie de 0,71 à 0,87 ce qui représente une bonne cohérence interne (Fortin, 2010;

George et Mallery, 2003). De plus, les dimensions reconnaissance du stress et climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire* n'ont pas une bonne validité convergente de contenu, car elles sont soit faiblement corrélées ou soit non corrélées aux instruments de référence. Ces résultats nous portent à croire que les deux instruments mesurent des concepts différents ou complémentaires.

Objectif 2 : Décrire la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices

Cette section présente les résultats obtenus en réponse à l'objectif 2 qui était de décrire la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices. Nous vous présentons la description des variables soit la perception du stress mesurée par le *Perceived Stress Scale 10* version française et la perception du stress mesurée par la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire*. La perception de la qualité des soins mesurée, par le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière et par la dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire* sera aussi décrite.

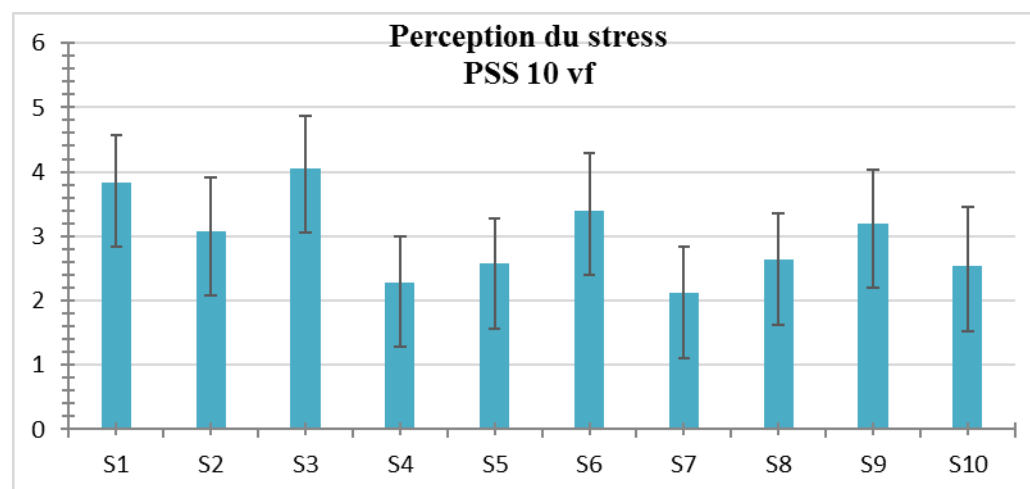
4.4 Description des variables

a) *Perception du stress mesurée par le Perceived Stress Scale 10 version française*

La moyenne de la perception du stress chez les infirmières novices mesurée par le *Perceived Stress Scale 10* version française (PSS 10 vf) (questions 8 à 17 du questionnaire web) était de 2,97 avec un écart-type de 0,47 et une variance de 0,22. La question qui avait la moyenne la plus élevée était de 4,06 sur 5 pour la question suivante : *Combien de fois vous êtes-vous sentie nerveuse ou stressée?* La question qui avait la moyenne la plus basse, soit de 2,11 sur 5, était la suivante : *Combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement?* Selon l'échelle de mesure du PSS 10 vf, le résultat observé suggère que

les infirmières novices expérimentent parfois du stress. Le graphique 1 présente les moyennes et les écarts-types (\pm) pour chaque question du questionnaire PSS 10 vf.

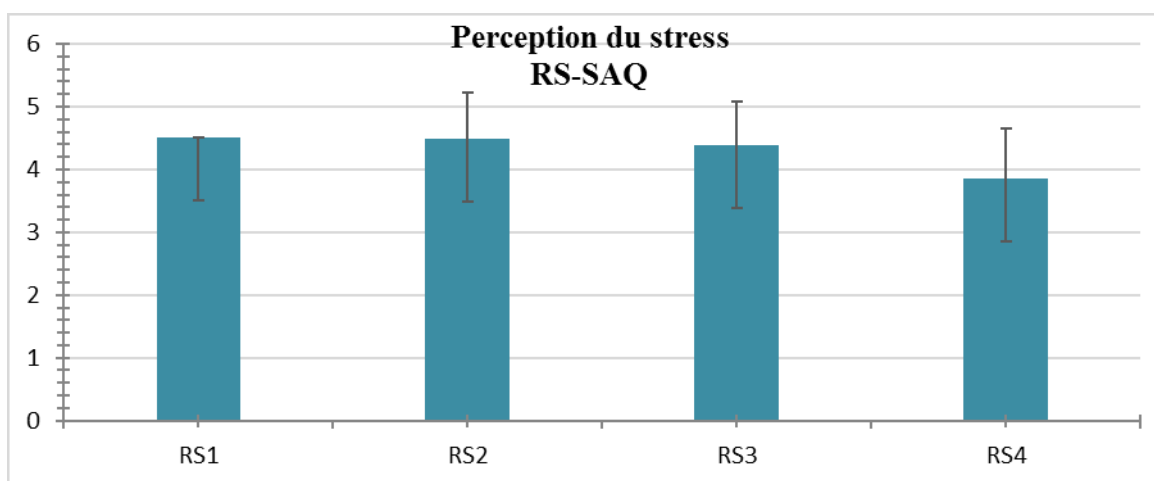
Graphique 1



b) *Perception du stress mesurée par la dimension reconnaissance du stress du Safety Attitudes Questionnaire*

La moyenne de la perception du stress mesurée par la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire* (RS-SAQ) (questions 41 à 44 du questionnaire web) était de 4,31 avec un écart-type de 0,64 et une variance de 0,41. La question qui avait la moyenne la plus élevée était de 4,51 sur 5 pour la question suivante : *Quand la charge de travail devient excessive, cela nuit à ma performance*. Ainsi, les infirmières novices sont fortement en accord sur le fait qu'une charge de travail démesurée peut entraver leur performance et diminuer la perception de la qualité des soins. La question qui avait la moyenne la plus basse était de 3,86 sur 5 pour la question suivante : *La fatigue nuit à mes performances durant les situations d'urgence*. En effet, 18 répondantes sur 101 ont répondu qu'elles étaient légèrement à fortement en désaccord sur le fait que la fatigue pouvait nuire à leur performance durant les situations d'urgence. Le graphique 2 présente les moyennes et les écarts-types (\pm) de chaque question du questionnaire RS-SAQ.

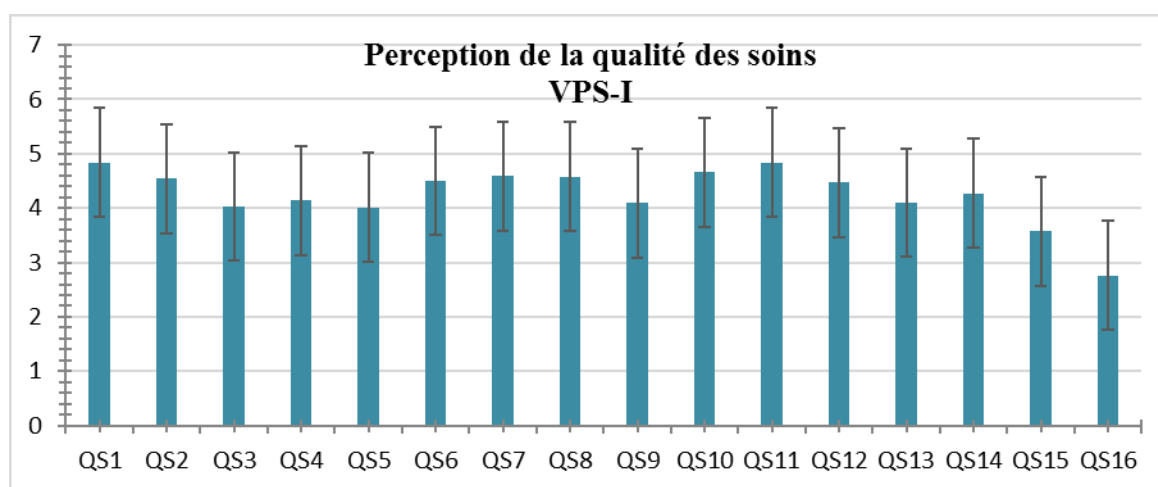
Graphique 2



c) *Perception de la qualité des soins mesurée par le Victorian Patient Satisfaction Questionnaire version infirmière*

La moyenne de la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices, mesurée par le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière (VPS-I) (questions 18 à 33 du questionnaire web) était de 4,25 avec un écart-type de 0,39 et une variance de 0,16. Les deux questions qui avaient les moyennes les plus élevées étaient de 4,84 sur 5. La première question était : *Je suis courtoise avec les patients/clients*. La deuxième question était : *Je traite les patients/clients avec respect*. En ce qui a trait à la question qui avait la moyenne la plus basse, elle était de 2,76 sur 5 pour la question suivante : *J'explique toujours aux patients/clients les effets secondaires des médicaments*. Le graphique 3 présente les moyennes et les écarts-types (\pm) de chaque question du questionnaire VPS-I.

Graphique 3



d) *Perception de la qualité des soins mesurée par la dimension climat de sécurité du Safety Attitudes Questionnaire*

La moyenne de la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices, mesurée par la dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire* (CS-SAQ) (questions 34 à 40 du questionnaire web), était de 3,89 avec un écart-type de 0,71 et une variance de 0,50. La question qui avait la moyenne la plus élevée était de 4,40 sur 5 pour la question sur la sécurité des patients : *Je sais à qui diriger mes questions concernant la sécurité des patients dans ce milieu de soins*. Pour ce qui est de la question qui avait la moyenne la plus basse, elle était de 3,39 sur 5 pour la question sur la discussion des erreurs (question à codification inversée) : *Dans ce milieu de soins, il est difficile de discuter des erreurs*. Ainsi, plus les réponses des infirmières novices étaient élevées et moins la

perception de la qualité des soins était élevée. En effet, 31 répondantes sur 101 ont répondu qu'elles étaient légèrement à fortement en accord sur le fait qu'il était difficile de discuter des erreurs. En somme, la perception de la qualité des soins mesurée par deux instruments de mesure différents démontre que la perception de ces infirmières est moyennement élevée quant à la qualité des soins. Le graphique 4 présente les moyennes et les écarts-type de chaque question du questionnaire CS-SAQ. Le tableau 5 présente les moyennes, les écarts-types (\pm) et les variances pour chaque variable mesurée par les instruments de mesure utilisés dans cette étude.

Graphique 4

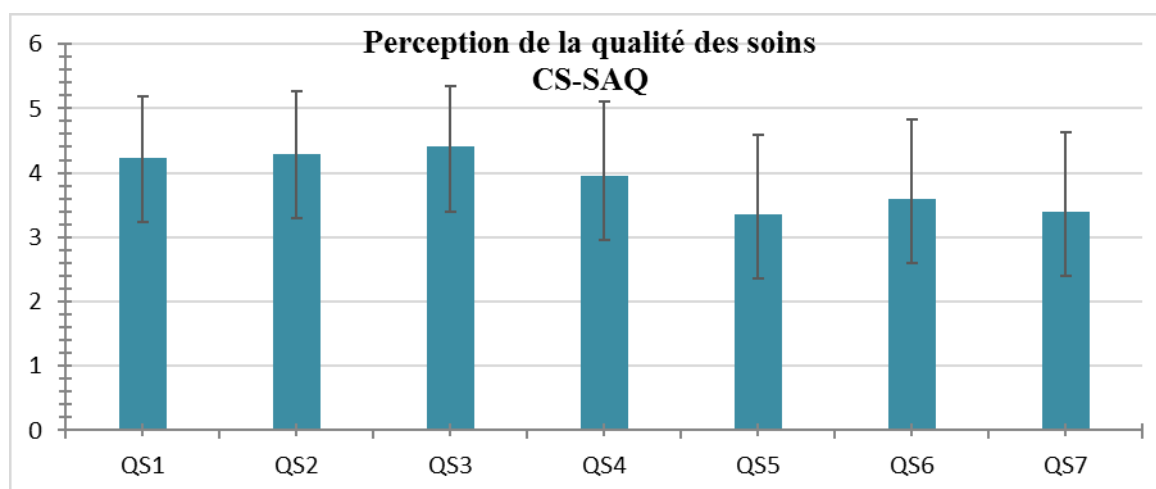


Tableau 5

Description de la perception du stress et de la perception de la qualité des soins

Variables	Instruments de mesure	Moyenne	Écart-type	Variance	Minimum	Maximum
Perception du stress	PSS 10 vf	2,97	0,47	0,22	1	5
	RS-SAQ	4,31	0,64	0,41	1	5
Perception de la qualité des soins	VPS-I	4,25	0,39	0,16	1	5
	CS-SAQ	3,89	0,71	0,50	1	5

Légende :

CS-SAQ= Climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire*

PSS 10 vf= *Perceived Stress Scale* 10 version française

RS-SAQ= Reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire*

VPS-I= *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière

4.5 Synthèse des résultats de l'objectif 2

Les résultats nous démontrent que les infirmières novices expérimentent parfois du stress. Elles sont fortement en accord sur le fait qu'une charge de travail démesurée peut entraver leur performance. De plus, ces infirmières ont une perception moyennement élevée de la qualité des soins.

Objectif 3 : Explorer la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices

Cette section présente l'exploration de la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Elle présente aussi l'exploration de nouvelles variables par la combinaison des instruments qui évaluent le même concept. En premier lieu, afin d'explorer la relation entre les deux variables, des corrélations de Spearman ont été réalisées entre le *Perceived Stress Scale* 10 version française et le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière. Des corrélations ont aussi été réalisées entre la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire* et le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière ainsi qu'entre la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire* et la dimension climat de sécurité de ce même questionnaire. En deuxième lieu, dans le but d'avoir une vision plus globale des qualités psychométriques des outils, les instruments qui mesurent la perception du stress et la perception de la qualité des soins ont été combinés pour créer de nouvelles variables. Des corrélations de Spearman ont aussi été effectuées sur les nouvelles variables.

4.6 Relation entre la perception du stress et perception de la qualité des soins

Le *Perceived Stress Scale* 10 version française et le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière ne sont pas statistiquement corrélés : cependant, cette relation, même si très faible, s'approche d'une valeur significative ($r = -0,183$ $\rho = 0,067$). De plus, le *Perceived Stress Scale* 10 version française et la dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire* ne sont pas statistiquement corrélés. Il en va de même pour les analyses de corrélation effectuées entre la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire* et le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* ainsi qu'entre la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire* et la dimension

climat de sécurité de ce même questionnaire. Le tableau 6 vous présente les résultats des corrélations effectuées entre les variables.

Tableau 6

Relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins

Corrélation de Spearman		Perception de la qualité des soins	
		VPS-I (ρ -value)	SAQ-CS (ρ -value)
Perception du stress	PSS 10 vf (ρ -value)	-0,183 ($\rho=0.067$)	-0,148 ($\rho=0.138$)
	SAQ-RS (ρ -value)	-0,055 ($\rho=0.584$)	0,033 ($\rho=0.743$)

Légende :

CS-SAQ= Climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire*

PSS 10 vf= *Perceived Stress Scale 10* version française

RS-SAQ= Reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire*

VPS-I= *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière

4.7 Opérationnalisation des variables : Exploration par combinaison des instruments

Puisque le devis de l'étude est un devis exploratoire, les deux questionnaires qui mesuraient la perception du stress et les deux questionnaires qui mesuraient la perception de la qualité des soins ont été combinés. Les deux questionnaires ont été combinés, car ils

mesuraient des dimensions différentes des concepts étudiés et ils semblaient complémentaires. Cette combinaison a donné deux autres variables soit la perception du stress totale (moyenne de 3.44 avec un écart-type de 0,43) et la perception de la qualité des soins totaux (moyenne de 4.14 avec un écart-type de 0,38). Par la suite, des corrélations de Spearman ont été effectuées entre ces deux nouvelles variables. Ainsi, le résultat de cette corrélation suggère une relation négative significative de 23 % entre la perception du stress totale et la perception de la qualité des soins totaux. Ce résultat semble indiquer que plus la perception du stress totale augmente et plus la perception de la qualité des soins totale diminue de 23 % (Tableau 7).

Tableau 7

Opérationnalisation des variables : Exploration par combinaison des instruments

Corrélation de Spearman		Perception de la qualité des soins VPS-I + CS-SAQ
		PQST (ρ -value)
Perception du stress PSS 10 vf + RS-SAQ	PST (ρ -value)	-0,227* ($\rho=0,0226$)

Légende

CS-SAQ= Climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire*

PQST= Perception de la qualité des soins totale

PSS 10 vf= *Perceived Stress Scale 10* version française

PST= Perception du stress totale

RS-SAQ= Reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire*

4.8 Synthèse des résultats de l'objectif 3

Les résultats démontrent qu'il existe une corrélation non significative entre le *Perceived Stress Scale* 10 version française et le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière ($r = -0,183$ $p = 0,067$). Cependant, lorsque l'on combine entre eux les instruments de mesure qui évaluent le même concept, les résultats nous indiquent qu'il y a une corrélation négative significative de 23 % entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Toutefois, cette corrélation demeure faible.

4.9 Synthèse des résultats des trois objectifs

Cette étude avait trois objectifs dont les résultats seront maintenant résumés. Concernant les qualités psychométriques des instruments de mesure qui évaluent la perception du stress et de la qualité des soins (premier objectif), nous pouvons affirmer qu'ils présentent une bonne fidélité en termes de cohérence interne. En effet, ils obtiennent des alphas de Cronbach variant de 0,71 à 0,87, ce qui classent ces instruments dans la catégorie des instruments de mesure qui ont une bonne cohérence interne (Fortin, 2010 ; George et Mallery, 2003)

Les instruments mesurant le même concept ont toutefois une faible validité convergente de contenu, ce qui a amené à faire l'hypothèse que ces instruments mesurent des dimensions différentes ou complémentaires. En effet, ils ont un coefficient de validité inférieur à 0,60. Selon Fortin (2010), un coefficient de validité de 0,60 est considéré comme étant satisfaisant. Ainsi, la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire* est faiblement corrélée à l'instrument de mesure de référence, le *Perceived Stress Scale* 10 version française. De plus, la dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire* n'est pas corrélée avec l'instrument de mesure de référence, le

Victorian Patient Satisfaction Questionnaire version infirmière. Ces résultats nous portent à croire que la dimension reconnaissance du stress et la dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire* n'ont pas une bonne validité convergente de contenu et par conséquent ces dimensions mesurent différemment ou de façon complémentaire la perception du stress et la perception de la qualité des soins.

Concernant le deuxième objectif, soit de décrire la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices, nos résultats portent à croire que les infirmières novices expérimentent parfois du stress. Elles reconnaissent qu'elles font face à plusieurs sources de stress. En ce qui a trait à la perception de la qualité des soins, la perception des infirmières novices est moyennement élevée.

Pour ce qui est du troisième et dernier objectif, soit d'explorer la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez des infirmières novices, nos résultats sont ambigus. En effet, les analyses de corrélations n'ont pas démontré une relation significative entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Le *Perceived Stress Scale 10* version française et le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière ne sont pas statistiquement corrélés : cependant, cette relation s'approche d'une valeur significative. Ces résultats nous portent à penser que ces deux instruments de mesure pourraient être statistiquement significatifs si la taille de l'échantillon était augmentée. Le *Perceived Stress Scale 10* version française et la dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire* ne sont pas corrélés. Il en va de même pour les analyses de corrélation effectuées entre la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire* et le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* ainsi qu'entre la dimension reconnaissance du stress du *Safety Attitudes Questionnaire* et la dimension climat de sécurité de ce même questionnaire. Par ailleurs, avec comme hypothèse que les instruments mesurent des dimensions différentes d'un même concept, ils ont été combinés et des analyses de corrélations ont été réalisées. Les résultats trouvés de façon exploratoire suggèrent une corrélation négative significative de 23 % entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Cette corrélation demeure toutefois faible.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

Ce dernier chapitre présente une discussion en lien à chacun des objectifs de recherche. Il se conclut sur les forces et limites de l'étude ainsi que sur ses retombées possibles.

5.1 Qualités psychométriques des instruments de mesure

Afin de répondre aux objectifs de recherche, quatre instruments de mesure différents ont été utilisés pour mesurer la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Le *Perceived Stress Scale* 10 version française et la dimension « reconnaissance du stress » du *Safety Attitudes Questionnaire* ont permis d'évaluer la perception du stress des infirmières novices. Quant à la perception de la qualité des soins des infirmières novices, elle a été mesurée par le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière et par la dimension climat de sécurité du *Safety Attitudes Questionnaire*. En effet, deux instruments ont été choisis pour chacune des variables afin de pouvoir comparer avec les études antérieures. La cohérence interne et la validité convergente de contenu des instruments ont été étudiées.

Selon Fortin (2010) qui cite des statisticiens renommés Nunnally ainsi que Streiner et Norman, le niveau de corrélation souhaitable pour assurer la fidélité d'instruments de mesure se situe de 0,70 à 0,90 : tous les instruments de mesure utilisés dans cette étude respectent ce critère. De plus, ils se comparent aux résultats obtenus dans d'autres études. Ceci est particulièrement intéressant, car il s'agissait de questionnaires courts et qu'il est démontré que plus le nombre de questions est élevé, plus il est facile d'obtenir un coefficient élevé (Fortin, 2010). Ainsi, nos résultats concernant la cohérence interne du *Perceived Stress Scale* 10 version française vont dans le même sens que l'étude de Bellinghausen et al. (2009). L'alpha de Cronbach obtenu pour la dimension « reconnaissance du stress » du *Safety Attitudes Questionnaire* est de 0,71. Toutefois, aucune donnée sur les qualités psychométriques de cette dimension n'a été trouvée. L'alpha de Cronbach obtenu pour le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière est plus bas que l'alpha de l'étude de Leggat et al. (2010). Quant à l'alpha de Cronbach pour la dimension « climat de sécurité » du *Safety Attitudes Questionnaire*, il est tout juste

un peu plus bas que celui obtenu dans l'étude de Sexton et al. (2000). Ces différences peuvent s'expliquer par la taille de l'échantillon. En effet, l'échantillon de l'étude de Sexton et al, (2000) était composé de 1033 médecins, stagiaires en médecine, infirmières, résidents et de 30 000 membres de l'aviation. Une grande taille d'échantillon permet d'obtenir une plus grande puissance statistique et d'accroître la cohérence interne. En somme, la cohérence interne de ces instruments est satisfaisante (George et Mallery, 2003) ce qui est rassurant quant à la fidélité des instruments.

Pour ce qui est de la validité convergente de contenu, le niveau de corrélation souhaitable pour assurer la validité d'instruments de mesure est de 0,60 (Fortin, 2010). Cependant, la dimension « reconnaissance du stress » et la dimension « climat de sécurité » du *Safety Attitudes Questionnaire* n'ont pas une bonne validité convergente de contenu, car ils sont peu ou pas corrélés avec les instruments de référence. Ainsi, nous pouvons estimer que les deux dimensions du *Safety Attitudes Questionnaire* ne mesurent pas le même concept ou elles le mesurent de façon complémentaire. Malheureusement, nous ne pouvons pas comparer nos résultats avec d'autres études, car aucune n'a exploré la validité convergente de contenu de la « dimension reconnaissance du stress » et de la « dimension climat de sécurité » du *Safety Attitudes Questionnaire*.

5.2 Perception du stress

Les infirmières novices de notre étude avaient une perception du stress moyen de 2,97 sur 5, ce qui correspond à dire qu'elles se sentaient parfois stressées. Une seule étude, celle de Sawatzky (1996), a utilisé le *Perceived Stress Scale* (PSS). Toutefois, cette étude a employé une autre version du PSS soit la version à 14 questions et n'a pas rapporté la perception du stress moyen des infirmières novices. Elle a principalement mesuré la fréquence, l'intensité, le sentiment de menace et de défi engendré par des événements stressants auprès d'infirmières expérimentées. Si l'on compare nos résultats avec les études qui ont mesuré la perception du stress avec des instruments de mesure différents, nous remarquons que les résultats des autres études variaient de *parfois stressant* (Suresh et al., 2012; Yeh et Yu, 2009) à *légèrement stressant* (Wu et al., 2011). Bien qu'ils aillent dans le même sens que les autres études, nos résultats sont légèrement plus élevés. Il est possible

que les infirmières novices de notre étude soient plus stressées parce qu'elles ont peu d'expérience par rapport aux répondantes des autres études qui avaient environ deux ans d'expérience. Cette explication trouve écho dans l'étude de Sawatzky (1996). En effet, les résultats de cette auteure en lien avec les habiletés cliniques appuieraient le lien possible relevé dans les autres études entre la perception du stress et l'expérience. Selon cette auteure, les habiletés cliniques diminuent la perception du stress. Ainsi, plus les infirmières novices ont de l'expérience, plus elles acquièrent des habiletés cliniques et moins elles se perçoivent stressées. De plus, selon Yeh et Yu (2009), la perception du stress est influencée par le nombre de mois d'expérience en tant qu'infirmière novice. La perception du stress des infirmières novices de cette étude était beaucoup plus élevée lorsqu'elles avaient moins de trois mois d'expérience (perception du stress général de 2,87 sur 5) par rapport aux autres infirmières novices de la même étude qui avaient plus d'expérience. Cette relation entre la perception du stress et l'expérience a aussi été explorée dans l'étude de Wu et al. (2011). En effet, les infirmières novices qui avaient moins de deux ans d'expérience étaient plus stressées que les autres participantes concernant les habiletés cliniques et interpersonnelles, les responsabilités en tant qu'infirmière, les demandes de soins ainsi que le manque d'équipements (Wu et al., 2011).

Nos résultats, légèrement plus élevés que les autres études, peuvent aussi s'expliquer par le fait que les infirmières novices ne se sentent pas préparées pour leur nouveau rôle en tant qu'infirmière, ce qui pourrait augmenter leur perception du stress. La transition du rôle d'étudiant vers le rôle d'infirmière est décrite par Kramer (1974) comme étant un choc pour ces infirmières novices qui vivent un conflit entre la théorie, leurs idéaux et la pratique clinique. Cette transition amène une perception du stress plus élevée. Selon Gerrish (2000) et Qiao et al. (2011), la transition du rôle d'étudiant vers le rôle d'infirmière est une expérience très stressante. Les infirmières novices ont l'impression de ne pas être assez préparées pour les aspects organisationnels (O'Shea et Kelly, 2007; Yeh et Yu, 2009). De plus, les infirmières novices ont l'impression de ne pas avoir été assez confrontées aux situations d'urgence durant leur formation générale et de ne pas être compétentes dans leur rôle, ce qui pourrait augmenter leur perception du stress (Gerrish, 2000; O'Shea et Kelly, 2007; Qiao et al., 2011; Suresh, Matthews et Coyne, 2012). Néanmoins, nos résultats ainsi que les résultats des autres études sont similaires au score

obtenu par Cohen et al. (1988) auprès de la population générale. La perception du stress des infirmières novices est comparable à celle de la population en général.

Les infirmières novices de notre étude avaient une reconnaissance moyenne du stress de 4,31 sur 5. On ne peut pas comparer nos résultats avec d'autres études ayant utilisé cet instrument de mesure auprès d'infirmières novices puisqu'aucune étude de ce type n'a été recensée. Lorsque l'on compare nos résultats avec ceux de Sexton et al. (2000), nous remarquons que 11 % des infirmières sont en désaccord sur le fait que leur processus de décision n'est pas altéré lors des situations d'urgence. De plus, seulement 30 % de ces infirmières affirment ne pas performer efficacement lors de situations de crises ou d'urgence même lorsqu'elles sont fatiguées. Les différences entre nos résultats plus élevés et ceux de Sexton et al. (2000) peuvent s'expliquer par le fait que les infirmières novices sont davantage sensibilisées à reconnaître leur stress. Les infirmières novices ont des ateliers sur les éléments stressants qui font partie de la profession. De plus, ces ateliers comprennent des stratégies d'adaptation qui les permettent d'utiliser des outils pour faire face à ces situations stressantes. En outre, ces infirmières ont des périodes de formation qui comprennent des simulations (mise en situation) sur les situations de crise. Elles peuvent reconnaître ces situations stressantes et agir efficacement, car elles ont été préparées. Ainsi, les périodes de formation nous apparaissent indispensables pour permettre aux infirmières novices de reconnaître les éléments stressants dans leur milieu de soins, à savoir comment agir dans telles ou telles situations, et par conséquent se sentir mieux préparées à leur nouveau rôle d'infirmière.

5.3 Perception de la qualité des soins

Les infirmières novices de notre étude avaient une perception de la qualité des soins moyenne de 4,25 sur 5. Cette perception était mesurée par *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière. Ainsi, elles avaient une perception de la qualité des soins assez élevée. Aucune étude n'a utilisé le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* auprès d'infirmières novices. Une seule étude, celle de Leggat et al. (2010), a utilisé le *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* auprès d'infirmières. La perception moyenne de la qualité des soins de ces infirmières était de 4,5 sur 5, ce qui suggère que leur

perception concernant la qualité des soins est élevée. Si l'on compare nos résultats avec ceux de Leggat et al. (2010), nous remarquons que nos résultats vont dans le même sens que cette étude. Toutefois, ils sont légèrement plus bas que ceux de Leggat et al. (2010). De plus, une seule étude (Spence Laschinger et al., 2001) a utilisé un instrument de mesure différent auprès d'infirmières pour évaluer la perception de la qualité des soins. Ainsi, nous remarquons que nos résultats ne vont pas dans le même sens que cette étude. En effet, les infirmières de cette étude avaient une perception de la qualité des soins légèrement plus basse soit 2,6 sur 4. Si l'on compare nos résultats avec ceux de Spence Laschinger et al. (2001), nous pouvons constater que la perception de la qualité des soins auprès de nos infirmières novices était légèrement plus élevée.

La différence entre nos résultats et ceux de Spence Laschinger et al. (2001) peuvent s'expliquer par certains facteurs organisationnels tels que la satisfaction au travail, le contrôle sur l'environnement de travail et l'autonomie. En effet, la participation des infirmières novices aux prises de décisions accroît le sentiment d'autonomie et de contrôle. Cette participation augmente la satisfaction au travail et la perception de la qualité des soins (Spence Laschinger et al., 2001). Ainsi, ces facteurs sont associés à une perception élevée de la qualité des soins (Spence Laschinger et al., 2001; Leggat et al., 2010). Étant donné que nos infirmières novices ont peu d'expérience, leurs habiletés cliniques et organisationnelles sont très peu développées. Par conséquent, les infirmières novices peuvent avoir le sentiment de n'avoir aucun contrôle sur les situations inattendues diminuant ainsi leur perception de la qualité des soins. Toutefois, ces infirmières sont dirigées et supervisées par des préceptrices et par des infirmières expérimentées. Ainsi, elles apprennent à utiliser des stratégies pour faire face aux situations inattendues augmentant ainsi leur sentiment de contrôle. Cependant, dans l'étude de Spence Laschinger et al. (2001), les infirmières avaient le sentiment d'avoir très peu d'autonomie et très peu de contrôle sur leur environnement de travail ainsi que sur leur pratique. Ce sentiment a pu diminuer leur satisfaction au travail, et par conséquent, diminuer leur perception de la qualité des soins. De plus, la satisfaction au travail des infirmières novices peut aussi être diminuée si elles ont un sens d'autocritique très élevé et qu'elles ont l'impression de commettre plusieurs erreurs.

Les infirmières novices de notre étude avaient une perception de la qualité des soins moyenne de 3,89 sur 5. Cette perception était mesurée par la dimension « climat de sécurité » du *Safety Attitudes Questionnaire* (CS-SAQ). Nous ne pouvons pas comparer nos résultats avec d'autres études qui ont été réalisées auprès d'infirmières, car aucune n'a été recensée. De plus, si l'on compare nos résultats avec d'autres études réalisées auprès d'infirmières, nous constatons qu'il y a une seule étude soit celle de Sexton et al. (2000). Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Sexton et al. (2000), toutefois ils sont légèrement plus élevés. En effet, plus de la moitié des répondantes de l'étude de Sexton et al. (2000) ont affirmé qu'elles trouvaient difficile de discuter des erreurs, car elles avaient peur des poursuites judiciaires, de perdre leur travail ou encore de perdre leur réputation. Les erreurs étaient cachées et elles n'étaient pas traitées convenablement selon ces infirmières. En effet, aucun rapport d'accident/incident n'était rempli lorsqu'elles commettaient des erreurs. La différence entre nos résultats et ceux de Sexton et al. (2000) peuvent s'expliquer par certains facteurs liés à l'approche de la déclaration des erreurs. En effet, les infirmières novices sont sensibilisées sur le fait que les erreurs des autres infirmières peuvent être une source d'apprentissage d'où l'importance de remplir un rapport d'accident/incident lorsque survient une erreur. Ainsi, l'infirmière-chef investigate sur la cause de cette erreur, organise des formations et, s'il y a lieu, effectue des changements organisationnels pour éviter que cette erreur se reproduise. L'approche concernant la déclaration des erreurs a beaucoup évolué. Les infirmières-chefs essayent de voir qu'elle est la cause de cette erreur et comment l'éviter plutôt que de blâmer l'infirmière responsable. Par conséquent, les infirmières novices se sentent plus à l'aise de parler de leur erreur. Elles ont l'impression que les autres infirmières novices peuvent apprendre de leurs erreurs, ce qui peut leur enlever un poids sur les épaules. De plus, ces infirmières novices sont accompagnées et soutenues dans ce processus par leurs préceptrices. Ainsi, elles peuvent verbaliser sur cette situation diminuant ainsi l'angoisse engendrée par cette expérience d'erreur. Cette approche systémique de gestion des erreurs est exempte de blâme, ce qui favorise la déclaration des erreurs, augmente la perception de la qualité des soins tout en contribuant à l'amélioration du système de soins (Kiekkas, 2011).

5.4 Relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins

Afin d'explorer la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins, nous avons effectué des corrélations de Spearman entre les instruments de mesure. Cependant, notre étude n'a pas démontré une corrélation franche entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices. Par conséquent, elle ne confirme pas le cadre de référence de Firth-Cozens (2001) ni notre hypothèse selon laquelle il y aurait une relation négative entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices. Elle ne la rejette pas non plus, car lors de la combinaison des instruments de mesure qui évaluent la perception du stress et la perception de la qualité des soins, nous remarquons qu'il a une corrélation négative significative de 23 % entre les deux variables. Ce résultat nous laisse penser que malgré le fait que les instruments de mesure évaluent de façon différente les variables, il pourrait y avoir une relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins en utilisant d'autres instruments de mesure complémentaires.

Néanmoins, nos résultats vont dans le même sens que ceux de Sexton et al. (2000), car ils démontrent une relation non significative entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. En effet, selon les résultats de Sexton et al. (2000), il n'y a pas de relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières. En prenant en considération les résultats obtenus lors de la combinaison des instruments de mesure, ceux-ci mettent en lumière une possibilité de relation entre les deux variables. Les différences entre nos résultats obtenus dans la phase exploratoire et ceux de Sexton et al. (2000) peuvent s'expliquer par le fait que les instruments de mesure évaluent les concepts de façon complémentaire. De plus, ces résultats peuvent aussi s'expliquer par la population de l'étude de Sexton et al. (2000) qui était constituée d'infirmières expérimentées qui travaillaient aux soins intensifs. La perception de ces infirmières pourrait différer de celle des infirmières novices au niveau du stress et de la qualité des soins, car leurs habiletés cliniques et organisationnelles sont plus développées, ce qui leur permet de mieux gérer leur stress relié aux situations inattendues. Ces habiletés peuvent diminuer leur perception du stress. En outre, les habiletés des infirmières novices permettent de mettre en place des stratégies qui soutiennent la qualité des soins, ce qui augmente leur perception de

la qualité des soins. Notre étude a aussi révélé qu'il se pourrait que certaines infirmières novices ne se rendent pas compte que la fatigue peut nuire à la qualité de leurs soins durant les situations d'urgence. En effet, 18 infirmières novices sur 101 ont répondu qu'elles étaient légèrement à fortement en désaccord sur le fait que la fatigue pouvait nuire à leur performance durant les situations d'urgence. De plus, les infirmières novices de notre étude trouvent parfois difficile de discuter des erreurs. Selon nos résultats, 31 répondantes sur 101 ont répondu qu'elles étaient légèrement à fortement en accord sur le fait qu'il était difficile de discuter des erreurs commises dans leur milieu de soins. Si l'on compare nos résultats, ceux-ci sont moins élevés que ceux de Sexton et al. (2000). En effet, 64 % des infirmières de l'étude de Sexton et al. (2000) ont répondu que même si elles étaient fatiguées, elles pouvaient performer efficacement durant les situations d'urgence. De plus, plus de la moitié des répondantes ont affirmé qu'il était difficile de discuter des erreurs. Nos résultats, beaucoup moins élevés que ceux de Sexton et al. (2000), peuvent être expliqués par le fait que les infirmières novices sont plus encadrées que les infirmières expérimentées. En effet, les infirmières novices sont supervisées par des préceptrices durant leur période d'orientation dans leur milieu de soins. Ainsi, elles sont davantage sensibilisées sur l'impact de la fatigue sur la qualité des soins. Elles sont aussi sollicitées par leurs préceptrices pour discuter des erreurs effectuées afin de contribuer à leur avancement professionnel. Bien qu'elles puissent trouver difficile de parler de ce sujet, elles savent qu'elles peuvent en discuter avec une personne qui les soutient durant leur période d'intégration ce qui pourrait faciliter la discussion des erreurs, diminuer la perception du stress et augmenter la perception de la qualité des soins. L'importance du préceptorat pour l'avancement professionnel des infirmières novices a été réitérée dans plusieurs études, dont celle d'O'Shea et Kelly (2007).

En conclusion, nos résultats ne nous permettent pas de vérifier les propositions du cadre de référence de Firth-Cozens (2001). Selon ce cadre, les professionnels de la santé, dont les infirmières novices, qui sont très critiques envers elles-mêmes pourraient avoir tendance à percevoir plus d'erreurs diminuant ainsi la perception de la qualité des soins dispensés aux patients. Ainsi, une infirmière novice pourrait être très critique envers elle-

même si elle n'arrive pas à donner des soins de qualités ou si elle ne peut pas répondre à tous les besoins du patient. Toutefois, ces arguments doivent être vérifiés sur un point de vue empirique.

5.5 Forces de l'étude

Cette recherche est la première étude québécoise qui a exploré la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices. Le recours à la version française du *Perceived Stress Scale* à dix questions comme instrument de mesure fidèle, valide et utilisé dans plusieurs autres études scientifiques constitue une force au niveau des instruments de mesure. De plus, notre étude offre des données sur les qualités psychométriques d'instruments de mesure dont certains n'en avaient pas ou pour lesquelles ces données n'étaient pas disponibles pour un instrument traduit en français. De plus, la cohérence interne des instruments utilisés dans cette étude est satisfaisante (George et Mallery, 2003) ce qui suggère que ces instruments sont fidèles. Notre étude a également permis d'explorer plus en profondeur la relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins par l'utilisation de deux questionnaires pour chaque variable. Une autre force réside dans l'utilisation de la plateforme MOODLE. Cette plateforme est un moyen facilitant, car les infirmières novices ont facilement accès à MOODLE et elles savent comment s'en servir. De plus, l'utilisation de MOODLE a permis d'éliminer les erreurs de transcription ce qui augmente la fiabilité des résultats.

5.6 Limites de l'étude

Certaines limites doivent être prises en compte dans cette étude. En effet, le « n » visé de 179 infirmières novices n'a pas été atteint. Nous avons obtenu un taux de réponse de 25,3 % ce qui est légèrement inférieur au taux de réponse de 30 % pour les questionnaires web (Sue et Ritter, 2007). Un biais lié aux qualités psychométriques du *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* version infirmière est à considérer. Il y a très

peu d'information sur les qualités psychométriques de cet instrument de mesure. La fidélité et la validité de la traduction des dimensions du *Safety Attitudes Questionnaire* n'avaient pas été démontrées en début d'étude. Bien que les instruments de mesure utilisés semblent fidèles, leur stabilité n'a pas été mesurée. Un biais de sélection est aussi à envisager dû à la stratégie d'échantillonnage qui a été utilisée. En effet, la généralisation des résultats quant à la perception du stress et la perception de la qualité des soins doivent se limiter aux infirmières novices poursuivant leurs études au baccalauréat. De plus, une limite est aussi à considérer soit au niveau du type d'échantillon. En effet, nous avons eu recours à un échantillon de convenance, ce qui peut nuire à la généralisation des résultats, car ce type d'échantillon n'est pas toujours un échantillon représentatif. Notre étude n'a pas permis d'éliminer hors de tout doute l'interaction possible entre la perception du stress scolaire et la perception du stress occupationnel. La perception du stress scolaire pourrait être une variable confondante dans cette étude. Afin de limiter ce biais, les infirmières novices étaient invitées à répondre au questionnaire web en se référant à leur milieu de travail uniquement. Toutefois, il ne peut être exclu que la perception du stress, telle que mesurée avec le *Perceived Stress Scale* 10 version française, constitue une mesure du score global vécue par l'infirmière, plutôt que celui relié au travail comme le propose notre cadre de référence. Pour terminer, les résultats n'ont pas pu être discutés en fonction des caractéristiques de l'échantillon, car la population accessible et visée était homogène, ce qui constitue une limite.

5.7 Retombées

Sur le plan de la recherche, notre étude a permis de documenter la perception d'infirmières québécoises novices au niveau du stress et de la qualité des soins. Elle a aussi permis de soulever deux problèmes. Le premier concerne le fait que certaines infirmières novices minimisent l'impact de la fatigue sur la performance. Le deuxième problème est relié à la difficulté de discuter des erreurs commises par les infirmières novices. Bien qu'elles soient soutenues par des préceptrices, elles trouvent parfois difficile de discuter de

leurs erreurs. De plus, notre étude a permis d'analyser les qualités psychométriques (validité convergente de contenu et la cohérence interne) des instruments de mesure utilisés tout en permettant la validation de la version infirmière du *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire* sur le plan de la fidélité et de la validité apparente. Cependant, certaines pistes de recherche restent encore à explorer soit au niveau des problématiques soulevées et au niveau du cadre de référence, plus particulièrement le rôle que peut jouer l'autocritique dans la relation entre la perception du stress et la perception de qualité des soins. En effet, bien que le cadre de référence de Firth-Cozens (2001) démontre un lien théorique qui existe entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins, d'autres études sont nécessaires afin de démontrer un lien empirique entre les deux variables chez les infirmières novices.

Sur le plan de la formation, notre étude suggère l'importance de l'expérience clinique pour diminuer la perception du stress. En effet, les infirmières novices qui avaient beaucoup plus d'expérience avaient une perception du stress moins élevée. Elle suggère aussi l'importance du préceptorat pour soutenir les infirmières novices dans leur processus d'apprentissage dans la gestion des situations inattendues ou de crises. Suite aux problématiques soulevées, notre étude révèle qu'il faudrait donner des outils aux infirmières novices pour qu'elles puissent reconnaître leur stress et mettre en place des stratégies pour diminuer celui-ci. Notre étude démontre aussi qu'il faut sensibiliser les infirmières novices sur l'impact que peut avoir le stress sur la qualité des soins, car il existe un lien possible entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins. De plus, les périodes de formation sont indispensables pour permettre à ces infirmières novices de reconnaître les situations stressantes et agir efficacement. Ainsi, elles seront davantage préparées. Les périodes de formation des infirmières novices devraient comprendre un aspect sur la discussion des erreurs. En effet, selon nos résultats, les infirmières novices trouveraient difficile de discuter des erreurs commises. La discussion des erreurs permettrait d'améliorer la perception de la qualité des soins.

Sur le plan de la clinique, notre étude a identifié certaines situations (ex. sentiment de ne pas être préparée aux situations de crise) qui augmentaient la perception du stress. Elle a aussi identifié certaines situations (ex. approche pédagogique reliée aux erreurs) qui

diminuaient la perception de la qualité des soins. Les infirmières novices doivent être capables de les identifier et de mettre des stratégies en place pour éviter que ces situations n'augmentent leur perception stress et nuise à la perception de la qualité des soins.

En résumé, notre étude a contribué à l'avancement des connaissances sur la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices québécoises et ouvre la voie à d'autres études sur le sujet.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour sans le soutien de mes directrices de recherche, madame Cécile Michaud et madame Sylvie Jetté. Merci d'avoir cru en moi. Votre encadrement a été des plus précieux. Merci infiniment.

Merci à monsieur Djamal Berbiche, biostatisticien, qui m'a énormément aidée pour les analyses de recherche et qui a révisé la section des analyses. Merci pour votre patience.

Je tiens aussi à remercier mon mari, Fritzson, qui m'a encouragée à reprendre mes études après avoir eu notre petite fille, Maëva. Merci de m'avoir soutenue lorsque j'avais l'impression que je n'y arriverais pas. Merci d'être là pour moi. Je t'aime chéri.

Je dois aussi remercier ma mère, Jacqueline. Tu m'as donné le sens de la rigueur et la persévérance nécessaire pour être là où je suis en ce moment. Merci d'avoir été ma mère et mon père en même temps. Sans toi, je n'aurais jamais été cette femme. Sans toi, je n'aurais jamais été aussi forte.

Finalement, merci aux infirmières novices qui ont participé au projet de recherche. Par votre participation, vous avez contribué à l'avancement des connaissances sur la perception du stress et la perception de la qualité des soins. Je vous en serai éternellement reconnaissante.

LISTE DES PUBLICATIONS

- Aiken, L. H., Lake, E. T., Sochalski, J. et Sloane, D. M. (1997). Design of an outcomes study of the organization of hospital AIDS care. *Research in the Sociology of Health Care*, 14, 3-26.
- Babakus, E. et Boller, G.W. (1992) An empirical assessment of the SERVQUAL scale, *Journal of Business Research*, 24, 253- 268.
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J. et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11) : 1678-1686.
- Bellinghausen, L., Collange, J., Botella, M., Emery, J.-L. et Albert, E. (2009). Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Santé Publique*, 4(21), 365-373.
- Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Braithwaite, M. (2008). Nurse burnout and stress in the ICU. *Advances in Neonatal Care*, 8(6), 343-347.
- Burgess, L., Irvine, F. et Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: A descriptive exploratory study. *British Association of Critical Care Nurses*, 15(3), 129-139.
- Burhans, L.M. et Alligood, M.R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1689-1697.
- Buttle, F. (1996) SERVQUAL : review, critique, research agenda, *European Journal of Marketing*, 30, 8- 32.
- Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations. [CGSST] (2014). Le stress au travail. Document téléaccessible 14 octobre 2014 à l'adresse < <http://www.cgsst.com/fra/le-stress-au-travail/comprendre-ce-quest-le-stress.asp>>.
- Cohen, S., Kamarck, T. et Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.
- Cohen, S. et Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. Dans S. Spacapan et S. Oskamp (Éds). *The Social Psychology of Health* Newbury Park, CA : Sage Publications Inc, 31-67.
- Coulthard, L. J. M (2004). Measuring service quality. A review and critique of research using SERVQUAL. *International Journal of Market Research*, 46(4), 479-497.

- Dillman, D. A., Smyth, J. D. et Christian, L. M. (2009). *Internet, Mail, and Mixed-Mode Surveys: The Tailored Design Method*. Hoboken, N.J: Wiley.
- Espin, S., Wickson-Griffiths, A., Wilson, M. et Lingard, L. (2010). To report or not to report: A descriptive study exploring ICU nurses' perception of error and error reporting. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 1-9.
- Firth-Cozens, J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 215-222.
- Firth-Cozens, J. et Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of links between stress and lowered clinical care. *Social Science and Medicine*, 44(7), 1017-1022.
- Fortin, M. (2010). *Math et méd. Guide pour une administration sécuritaire des médicaments*. Québec : Édition Chenelière Éducation.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. (2^e éd.). Québec : Édition Chenelière Éducation.
- George, D. et Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update. (4^e éd.). Boston : Allyn & Bacon.
- Gerrish, C. (2000). Still fumbling along? A comparative study of the newly qualified nurse's perception of transition from student to staff nurse, 473-480.
- Gibbons, C., Dempster, M. et Moutray, M. (2010). Stress, coping and satisfaction in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*. 67(3), 621-632.
- Gray-Toft, P. et Anderson, J. G. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behavioral Assessment*, 3(1), 11-23.
- Haccoun, R. R. et Cousineau, D. (2010). *Statistiques : concepts et applications* (2^e éd.). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Harris, P. E. (1989). The Nurse Stress Index. *Work and Stress*, 3(4), 335-346.
- Hays, M. A., All, A. C., Mannahan, C., Cuaderes, E., et Wallace, D. (2006). Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 25(4), 185-193.
- Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (2010). *EPTC2-Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Document téléaccessible 24 septembre 2012 à l'adresse : < http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf>.
- Jones, J. H. et Treiber, L. (2010). When the 5 rights go wrong. Medication errors from the nursing perspective. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(3), 240-247.

- Jones, L. (1997). The Servqual model and its application to nursing services. *Assignment*, 3(4), 8-11.
- Kiekkas, P. (2011). The role of non-blaming culture in learning from errors. *Nursing in Critical Care*, 16(1), 3-4.
- Klein, J., Frie, K.G., Blum, K. et Von dem Knesebeck, O. (2011). Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Services Research*, 11(109), 1-8.
- Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. St. Louis, MO : CV Mosby.
- Laal, M. et Aliramaie, N. (2010). Nursing and coping with stress. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health*, 2(5), 168-181.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee, M. A. et Yom, Y. H. (2006). A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 545-555.
- Leggat, S. G., Bartram, T., Casimir, G. et Stanton, P. (2010). Nurse perceptions of the quality of patient care: Confirming the importance of empowerment and job satisfaction. *Health Care Management Review*, 35(4), 355-364.
- Lesage, F.-X., Berjot, S. et Deschamps, F. (2012). Psychometric properties of the French versions of the Perceived Stress Scale. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 25(2), 178-184.
- Maiden, J., Georges, J. M. et Connelly, C. D. (2011). Moral distress, compassion fatigue and perceptions about medications errors in certified critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 30(6), 339-345.
- Mayo, A. M. et Duncan, D. (2004). Nurse perceptions of medications errors. What we need to know for patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(3), 209-217.
- McCarthy, V. J. C, Power, S. et Greiner, B. A. (2010). Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. *Occupational Medicine*, 60, 604-610.
- Moustaka, L. et Constantinidis, T. C. (2010). Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health Science Journal*, 4(4), 210-216.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.[OIIQ] (2004). L'administration de médicaments : rappel des obligations déontologiques. Document téléaccessible 19 septembre 2012 à l'adresse <<http://www.oiiq.org/pratique->

infirmiere/deontologie/chroniques/ladministration-de-medicaments-rappel-des-obligations-deo>.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. [OIIQ] (2011). Le continuum de formation intégrée DEC-BAC favorise la poursuite des études universitaires. Document téléaccessible 16 juin 2013 à l'adresse <<http://www.oiiq.org/publications/le-journal/archives/marsavril-2011/le-continuum-de-formation-integree-dec-bac-favorise>>.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. [OIIQ] (2014). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Document téléaccessible 9 avril 2014 à l'adresse <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM>.

Osborne, J., Blais, K. et Hayes, J. (1999). Nurses' perceptions : When is it a medication error? *The Journal of Nursing Administration*, 29 (4), 33-38.

O' Shea, M. et Kelly, B. (2007). The lived experience of newly qualified nurses on clinical placement during the first six months following registration in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1534-1542.

Parasuraman, A., Berry, L. L. et Zeithaml, V.A. (1991). Refinement and reassessment of Servqual Scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. et Berry, L. L. (1994). Reassessment of expectation as a comparison standard in measuring service quality: implication for further research. *Journal of Marketing*, 58, 111-124.

Potter, P.A et Perry, A. G. (2005). *Soins infirmiers*. (2^e éd.). Québec : Beauchemin.

Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J. M. et Lopez-Zafra, E. (2012). Sources of stress in nursing students: A systematic review of quantitative studies. *International Nursing Review*, 59, 15-25

Qiao, G., Li, S. et Hu, J. (2011). Stress, coping and psychological well-being among new graduate nurses in China. *Home Health Care Management and Practice*, 23(6), 398-403.

Raosoft. (2013). *Simple size calculator*. Site téléaccessible 24 janvier 2013 à l'adresse : < <http://www.raosoft.com/samplesize.html> >.

Sawatzky, J.-A. V. (1996). Stress in critical care nurses : Actual and perceived. *Heart and Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 25(5), 409-417.

Seashore, S. E., Lawler, E. E., Mirvis, P. et Camman, C. (1982). *Observing and measuring organizational change : A guide to field practice*. New York : John Wiley.

- Selye, H. (1956). *Le stress de la vie*. Paris : Gallimard.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J. et Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional surveys. *British Medical Journal*, 320, 745-749.
- Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R. et Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6(44), 1-10.
- Shteynberg, G., Sexton, B. J. et Thomas, E. J. (2005). *Test retest reliability of Safety Climate Scale*. Document téléaccessible 26 août 2012 à l'adresse < <https://med.uth.edu/chqs/files/2012/05/Safety-Climate-Test-Retest-Tech-Report.pdf>>.
- Spence Laschinger, H. K., Shamian, J. et Thomson, D. (2001). Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care and work satisfaction. *Nursing Economics*, 19(5), 209-219.
- Spreitzer, G. (1995). Psychological empowerment in the work-place: Dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal*, 38 (5), 1442-1465.
- Sue, V. M. et Ritter, L. A. (2007). *Conducting Online Surveys*. Californie : Sage Publications.
- Suresh, P., Matthews, A. et Coyne, I. (2012). Stress and stressors in the clinical environment: A comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland, *Journal of Clinical Nursing*, 22, 770-779.
- Taylor, S., White, B. et Muncer, S. (1999). Nurses' cognitive structural models of work-based stress. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 974-983.
- Tong, A., Sainsbury, P. et Graig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32 item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Tsu-Yin, W., Fox, D. P., Stokes, C. et Adam, C. (2012). Work-related stress and intention to quit in new graduated nurses. *Nurse Education Today*, 32, 669-674.
- Ulanimo, V. M., O'Leary-Kelley, C. et Connolly, P. M. (2007). Nurses' perception of causes of medication errors and barriers to reporting. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(1), 28-33.
- Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R. et Deary, I. (2008). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 270-278.

Wilkins, K. et Shields, M. (2008). *Les corrélats des erreurs de médicament dans les hôpitaux*. Document téléaccessible 29 septembre 2012 à l'adresse : <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008002/article/10565-fra.pdf>>.

Williams, A. M. (1998). The delivery of quality nursing care: A grounded theory study of the nurse's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 808-816.

Zacharatos, A., Barling, J. et Iverson, R. (2005). High-performance work systems and occupational safety. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 77-93.

Zbryrad, T. (2009). Stress and professional burn-out in selected groups of workers. *Informatologia*, 42(3), 186-191.

ANNEXE A

QUESTIONNAIRE WEB

Admissibilité

Pour participer à cette étude, vous devez répondre à tous les critères suivants.

Si vous répondez à ces critères, nous vous remercions à l'avance de votre participation.

Être infirmière avec moins de trois ans d'expérience

Travailler dans un milieu clinique et avoir un minimum de trente jours d'expérience clinique dans les six derniers mois

Donner des soins aux patients

Avoir accès à la plateforme de soutien à l'enseignement (MOODLE) de l'Université de Sherbrooke

Remarque sur la confidentialité

Ce questionnaire est anonyme. L'enregistrement de vos réponses ne contient aucune information d'identification. Aucun risque prévisible n'a été identifié au fait de participer à cette étude. Votre participation est entièrement volontaire.

La réponse au questionnaire web constitue votre consentement à cette étude. Néanmoins, vous pouvez vous retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier votre décision.

Le temps de réponse est approximativement de 10-20 minutes.

Les génériques féminins sont utilisés sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

Avantages et inconvénients

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances en sciences infirmières. Aucun risque prévisible n'a été identifié à la participation à cette étude. Toutefois, il se pourrait que certaines personnes, lors de la réponse au questionnaire, se remémorent une situation difficile et que cela suscite des émotions désagréables. Dans le cas où ces émotions sont difficiles à vivre, vous pouvez communiquer en tout temps avec le service de psychologie et d'orientation de l'Université de Sherbrooke.

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (QUESTIONS 1 À 7)

Les questions ci-dessous concernent vos données sociodémographiques.

- 1 Quel est votre sexe? Femme ou Homme
- 2 Quelle est votre année de naissance?
- 3 Dans quel campus étudiez-vous? Campus de Longueuil ou Campus de la Santé
- 4 Quel est votre statut étudiant? Temps complet ou Temps partiel
- 5 Combien de jours par quinzaine travaillez-vous? Je ne travaille pas pendant l'année scolaire, moins de 2/15, 2/15, 3/15, 4/15, 5/15, plus de 5/15
- 6 Quel est votre quart de travail principal? Jour Soir Nuit
- 7 Combien de mois d'expérience avez-vous comme infirmière ?

DONNÉES SUR LA PERCEPTION DU STRESS (QUESTIONS 8 À 17)

Les questions ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. Essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les 5 choix proposés : Jamais Rarement Parfois Assez souvent Très souvent

Concernant votre activité professionnelle durant les 30 derniers jours travaillés...

- 8 Combien de fois avez-vous été dérangée par un événement inattendu?
- 9 Combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie?
- 10 Combien de fois vous êtes-vous sentie nerveuse ou stressée?
- 11 Combien de fois vous êtes-vous sentie confiante à prendre en main vos problèmes personnels?
- 12 Combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez?

- 13 Combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?
- 14 Combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement?
- 15 Combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation?
- 16 Combien de fois vous êtes-vous sentie irritée parce que les événements échappaient à votre contrôle?
- 17 Combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler?

DONNÉES SUR LA PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS (QUESTIONS 18 À 40)

Répondez à chaque question spontanément. Indiquez votre réponse selon les choix suivants : Fortement en désaccord Désaccord Neutre Accord Fortement en accord Non applicable

Concernant votre activité professionnelle...

- 18 Je suis courtoise auprès des patients/clients
- 19 Je suis attentive et prête à répondre aux besoins des patients/clients
- 20 Je réponds rapidement aux appels des patients/clients
- 21 Je fournis des informations de qualité aux patients/clients à propos de leurs traitements
- 22 Je communique avec les autres cliniciens (professionnels de la santé) et gestionnaires à propos du traitement des patients/clients
- 23 Je suis généralement aidante
- 24 J'aide à soulager la douleur des patients
- 25 Je respecte l'intimité de mes patients/clients durant leur séjour
- 26 Je respecte les besoins culturels et religieux des patients/clients
- 27 J'assure la sécurité du patient

- 28 Je traite les patients/clients avec respect
- 29 Je donne la possibilité aux patients/clients de demander des questions sur leur condition ou leur traitement
- 30 Je fais toujours participer les patients/clients dans les décisions concernant leurs soins
- 31 Je suis déterminée à écouter les problèmes de soins de santé des patients/clients
- 32 J'explique toujours aux patients/clients le but des médicaments
- 33 J'explique toujours aux patients/clients les effets secondaires possibles des médicaments

Répondez aux questions ci-dessous selon vos expériences dans votre milieu de soins.

Indiquez votre réponse selon les choix suivants : Fortement en désaccord Légèrement en désaccord Neutre Légèrement en accord Fortement en accord Non applicable

- 34 Si j'étais une patiente dans cette unité de soins, je me sentirais en sécurité
- 35 Les erreurs de médicament sont traitées de façon appropriée dans ce milieu de soins
- 36 Je sais à qui diriger mes questions concernant la sécurité des patients dans ce milieu de soins
- 37 Je reçois des commentaires appropriés à propos de ma performance
- 38 Dans ce milieu de soins, il est difficile de discuter des erreurs
- 39 Je suis encouragée par mes collègues de travail à rapporter les préoccupations que je pourrais avoir concernant la sécurité des patients
- 40 La culture de ce milieu de soins permet d'apprendre facilement des erreurs des autres

DONNÉES SUR LA RECONNAISSANCE DU STRESS (QUESTIONS 41 À 44)

- 41 Quand la charge de travail devient excessive, cela nuit à ma performance
- 42 Je suis moins efficace au travail quand je suis fatiguée
- 43 Je suis plus susceptible de faire des erreurs dans les situations hostiles ou tendues
- 44 La fatigue nuit à mes performances durant les situations d'urgence (ex : réanimation, crise)

ANNEXE B

LETTRE DE SOLLICITATION



Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Ce document vous renseigne sur le but du projet, les avantages et les inconvénients à y participer, de même que les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Titre de la recherche : Relation entre la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices

Chercheuse principale : Martine Volny, M.Sc. (c), étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, Université de Sherbrooke

Directrices de recherche : Sylvie Jetté, infirmière, Ph. D., professeure, Université de Sherbrooke

Cécile Michaud, infirmière, Ph. D., professeure, Université de Sherbrooke

Objectif de la recherche

Le but de l'étude est de décrire la perception du stress, la perception de la qualité des soins d'infirmières novices et explorer la relation entre les deux variables. L'étude servira aussi à étudier les qualités psychométriques des questionnaires utilisés.

Nature de la participation

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous devez vous rendre sur l'hyperlien suivant : <http://www.usherbrooke.ca/moodle-cours/course/view.php?id=6714>.

Cet hyperlien vous dirigera vers un questionnaire web sur la plateforme MOODLE. Ce questionnaire comprend des questions à choix multiples sur la perception du stress et la perception de la qualité des soins chez les infirmières novices. Le temps de réponse au questionnaire est estimé à plus ou moins 10-20 minutes.

Critères de sélection

Pour pouvoir participer à l'étude, vous devez répondre aux critères suivants :

- Être infirmière avec moins de trois ans d'expérience.

- Travailler dans un milieu clinique et avoir un minimum de trente jours d'expérience clinique dans les six derniers mois et donner des soins aux patients.
- Avoir accès à la plateforme de soutien à l'enseignement (MOODLE) de l'Université de Sherbrooke.

Avantages et inconvénients

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances en sciences infirmières. Aucun risque prévisible n'a été identifié à la participation à cette étude. Toutefois, il se pourrait que certaines personnes, lors de la réponse au questionnaire, se remémorent une situation difficile et que cela suscite des émotions désagréables. Dans le cas où ces émotions sont difficiles à vivre, vous pouvez communiquer en tout temps avec le service de psychologie et d'orientation de l'Université de Sherbrooke.

Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps pendant la réponse au questionnaire web, et ce, sans préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Cependant, lorsque vous aurez rempli le questionnaire, les données seront tout de même conservées puisqu'aucune information permettant d'identifier les participants n'aura été recueillie.

Confidentialité

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront anonymes. La chercheuse principale utilisera les données uniquement à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs de l'étude. Les résultats pourront être publiés dans des revues scientifiques, mais aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

Surveillance des aspects éthiques

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au courriel d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité, vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS.

Consentement

En répondant au questionnaire web, vous consentez librement à participer à cette étude. Vous pouvez vous retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier votre décision.

Pour toute question concernant le projet de recherche, veuillez communiquer avec Martine Volny, étudiante chercheuse ou avec la professeure Sylvie Jetté, directrice de la recherche, ou avec Cécile Michaud, directrice de la recherche.

Merci de votre participation.

ANNEXE C

PERCEIVED STRESS SCALE 10 VERSION FRANÇAISE

Les questions ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. Essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les 5 choix proposés. Ne donnez qu'une réponse pour chaque question¹⁷.

1 = jamais 2 = rarement 3 = parfois 4 = assez souvent 5 = très souvent

Concernant votre activité professionnelle durant les 30 derniers jours travaillés...

1. Combien de fois avez-vous été dérangée par un évènement inattendu ?.....1 2 3 4 5
2. Combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie?.....1 2 3 4 5
3. Combien de fois vous êtes-vous sentie nerveuse ou stressée ?1 2 3 4 5
4. Combien de fois vous êtes-vous sentie confiante à prendre en main vos problèmes personnels?.....1 2 3 4 5
5. Combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez?1 2 3 4 5
6. Combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?.....1 2 3 4 5
7. Combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement?.....1 2 3 4 5
8. Combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation?1 2 3 4 5
9. Combien de fois vous êtes-vous sentie irritée parce que les évènements échappaient à votre contrôle?.....1 2 3 4 5
10. Combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler ?1 2 3 4 5

¹⁷ Les génériques féminins sont utilisés sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

Bellinghausen, L., Collange, J., Botella, M., Emery, J.-L. et Albert, E. (2009). *Validation factorielle de la version française de l'échelle de stress perçu en milieu professionnel*. Santé Publique, 4, 365-373.

ANNEXE D

**DIMENSION RECONNAISSANCE DU STRESS
DU *SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE***

Remplissez ce questionnaire selon vos expériences dans votre milieu de soins.
Indiquez votre réponse selon les choix suivants¹⁸ :

1 = Fortement en désaccord 2 = Légèrement en désaccord 3 = Neutre
4 = Légèrement en accord 5 = Fortement en accord 6 = Non applicable

Item 20. Quand la charge de travail devient excessive, cela nuit à ma
performance.....1 2 3 4
5 6

Item 21. Je suis moins efficace au travail quand je suis fatiguée.....1 2 3 4 5
6

Item 22. Je suis plus susceptible de faire des erreurs dans les situations hostiles ou
tendues.....1 2 3 4 5 6

Item 23. La fatigue nuit à mes performances durant les situations d'urgence (ex :
réanimation, crise).....1 2
3 4 5 6

Traduction française

The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice
(2012). Document téléaccessible 26 août 2012 à l'adresse
<<https://med.uth.edu/chqs/files/2012/05/SAQ-Short-Form-2006.pdf>>.

¹⁸ Les génériques féminins sont utilisés sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

ANNEXE E

***VICTORIAN PATIENT SATISFACTION
QUESTIONNAIRE VERSION INFIRMIÈRE***

Répondez à chaque question spontanément. Indiquez votre réponse selon les choix suivant¹⁹ :

1 = Fortement en désaccord 2 = Désaccord 3 = Neutre 4 = Accord
5 = Fortement en accord 6 = Non applicable

Concernant votre activité professionnelle,

1. Je suis courtoise avec des patients/clients.....1 2 3 4 5 6
2. Je suis attentive et prête à répondre aux besoins des patients/clients.....1 2 3 4 5 6
3. Je réponds rapidement aux appels des patients/clients..... 1 2 3 4 5 6
4. Je fournis des informations de qualité aux patients/clients à propos de leurs traitements.....1 2 3 4 5 6
5. Je communique avec les autres cliniciens (professionnels de la santé) et gestionnaires à propos du traitement des patients/clients.....1 2 3 4 5 6
6. Je suis généralement aidante.....1 2 3 4 5 6
7. J'aide à soulager la douleur des patients.....1 2 3 4 5 6
8. Je respecte l'intimité de mes patients/clients.....1 2 3 4 5 6
9. Je respecte les besoins culturels et religieux des patients/clients..... 1 2 3 4 5 6
10. J'assure la sécurité du patient.....1 2 3 4 5 6
11. Je traite les patients/clients avec respect..... 1 2 3 4 5 6
12. Je donne la possibilité aux patients/clients de poser des questions sur leur condition ou leur traitement..... 1 2 3 4 5 6
13. Je fais toujours participer les patients/clients dans les décisions concernant leurs soins.....1 2 3 4 5 6
14. Je suis déterminée à écouter les problèmes de soins de santé des patients/clients.....1 2 3 4 5 6
15. J'explique toujours aux patients/clients le but des médicaments.....1 2 3 4 5 6

¹⁹ Les génériques féminins sont utilisés sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

16. J'explique toujours aux patients/clients les effets secondaires possibles des médicaments..... 1 2 3 4 5 6

Traduction française.

Leggat, S. G., Bartram, T., Casimir, G. et Stanton, P. (2010). Nurse perceptions of the quality of patient care: Confirming the importance of empowerment and job satisfaction. *Health Care Management Review*, 35(4), 355-364.

ANNEXE F

**DIMENSION CLIMAT DE SÉCURITÉ
DU *SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE***

Remplissez ce questionnaire selon vos expériences dans votre milieu de soins.
Indiquez votre réponse selon les choix suivants²⁰ :

1 = Fortement en désaccord 2 = Légèrement en désaccord 3 = Neutre
4 = Légèrement en accord 5 = Fortement en accord 6 = Non applicable

- Item 7. Si j'étais une patiente dans ce milieu de soins, je me sentirais en
sécurité.....1 2 3 4 5 6
- Item 8. Les erreurs de médicament sont traitées de façon appropriée dans ce milieu de
soins.....1 2 3 4 5 6
- Item 9. Je sais à qui diriger mes questions concernant la sécurité des patients dans ce milieu
de soins.....1 2 3 4 5 6
- Item 10. Je reçois des commentaires appropriés à propos de ma performance.....1 2 3 4
5 6
- Item 11. Dans ce milieu de soins, il est difficile de discuter des erreurs.....1 2 3 4 5 6
- Item 12. Je suis encouragée par mes collègues de travail à rapporter les préoccupations que
je pourrais avoir concernant la sécurité des patients.....1 2 3 4 5 6
- Item 13. La culture de ce milieu de soins permet d'apprendre facilement des erreurs des
autres.....1 2 3 4 5 6

Traduction française

The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice
(2012). Document téléaccessible 26 août 2012 à l'adresse
<<https://med.uth.edu/chqs/files/2012/05/SAQ-Short-Form-2006.pdf>>.

²⁰ Les génériques féminins sont utilisés sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

ANNEXE G

QUESTIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- Quel est votre sexe?
1. Femme
 2. Homme
- Quelle est votre année de naissance?
1. Année de naissance _____
- Dans quel campus étudiez-vous?
1. Campus de Longueuil
 2. Campus de la Santé
- Quel est votre statut étudiant?
1. Temps complet
 2. Temps partiel
- Combien de jours par quinzaine travaillez-vous?
1. Je ne travaille pas pendant l'année scolaire
 2. Moins de 2/15
 3. 2/15
 4. 3/15
 5. 4/15
 6. 5/15
 7. Plus de 5/15
- Quel est votre quart de travail principal?
1. Jour
 2. Soir
 3. Nuit
- Combien de mois d'expérience avez-vous comme infirmière ou comme candidate à l'exercice de la profession infirmière?
1. _____ mois comme infirmière
 2. _____ mois comme candidate à l'exercice de la profession infirmière

ANNEXE H

RÉSULTATS D'ANALYSE

Perception du stress mesurée par le
***Perceived Stress Scale 10* version française**

Question	Moyenne	Écart-Type	Variance
1	3,83	0,736	0,541
2	3,07	0,840	0,705
3	4,06	0,798	0,636
4	2,28	0,709	0,502
5	2,57	0,712	0,507
6	3,39	0,894	0,799
7	2,11	0,733	0,538
8	2,63	0,717	0,514
9	3,20	0,825	0,680
10	2,53	0,923	0,851

Résultats moyens du *Perceived Stress Scale 10* version française

Moyenne	Écart-Type	Variance
2,97	0,47	0,22

**Perception du stress mesurée par la dimension reconnaissance du stress du
*Safety Attitudes Questionnaire***

Item	Moyenne	Écart-Type	Variance
20	4,51	0,745	0,555
21	4,48	0,701	0,492
22	4,38	0,798	0,637
23	3,86	1,219	1,485

Résultats moyens de la dimension reconnaissance du stress du
Safety Attitudes Questionnaire

Moyenne	Écart-Type	Variance
4,31	0,64	0,41

Perception de la qualité des soins mesurée par le
Victorian Patient Satisfaction Questionnaire version infirmière

Question	Moyenne	Écart-Type	Variance
1	4,84	0,463	0,215
2	4,54	0,609	0,370
3	4,03	0,727	0,529
4	4,14	0,762	0,581
5	4,01	0,937	0,879
6	4,50	0,559	0,312
7	4,59	0,551	0,304
8	4,58	0,553	0,305
9	4,09	0,877	0,770
10	4,66	0,475	0,226
11	4,84	0,393	0,155
12	4,47	0,690	0,476
13	4,10	0,770	0,593
14	4,27	0,631	0,398
15	3,57	0,946	0,894
16	2,76	0,933	0,871

Résultats moyens du *Victorian Patient Satisfaction Questionnaire version infirmière*

Moyenne	Écart-Type	Variance
4,25	0,39	0,16

**Perception du stress mesurée par la dimension climat de sécurité du
*Safety Attitudes Questionnaire***

Item	Moyenne	Écart-type	Variance
7	4,23	0,956	0,915
8	4,29	0,982	0,964
9	4,40	0,953	0,909
10	3,95	1,149	1,321
11	3,36	1,230	1,512
12	3,60	1,231	1,515
13	3,39	1,240	1,539

Résultats moyens du *Safety Attitudes Questionnaire*

Moyenne	Écart-Type	Variance
3,89	0,71	0,50