

Université de Montréal

Les conceptions et préférences des infirmières quant aux modalités de l'organisation de leur travail.

Par

Marilys Filion-Côté

Faculté des Sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences  
en sciences infirmières

Janvier 2014

©Marilys Filion-Côté, 2014

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :  
Les conceptions et préférences des infirmières quant aux modalités de l'organisation de leur  
travail.

Présenté par :  
Marilys Filion-Côté

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Mme Marie Alderson, Ph. D., présidente rapporteuse  
M. Carl-Ardy Dubois, Ph. D., directeur de recherche  
M. Régis Blais, Ph. D., membre du jury

## Résumé

**Problématique** : De par les fonctions qu'elles exercent à différentes étapes du continuum de soins, les infirmières jouent un rôle de premier plan dans l'offre des services de santé. La qualité des services repose en grande partie sur du personnel infirmier motivé, judicieusement déployé et travaillant dans des conditions qui permettent d'optimiser leur expérience de travail. Cependant, différentes études suggèrent que les modalités actuelles d'organisation du travail ne permettent pas toujours de créer des conditions et des environnements susceptibles d'optimiser le travail des infirmières et leur qualité de vie au travail (Institute of Medicine, 2001; Hickam & al., 2003; Shojanian, Duncan, McDonald, & Wachter, 2001). Une meilleure compréhension des conceptions et préférences des infirmières est utile pour guider les actions dans les milieux de soins visant à améliorer l'organisation du travail infirmier. **Objectifs** : Cette recherche qualitative descriptive a pour but d'explorer les conceptions et préférences des infirmières par rapport aux modalités d'organisation de leur travail pouvant améliorer leur qualité de vie au travail, dans un contexte de centre hospitalier et plus spécifiquement, dans une unité de médecine. **Méthodologie** : Des entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès de huit infirmières. La technique d'analyse de contenu a été utilisée pour analyser les résultats de l'étude. Le modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté qui a été utilisé s'oriente autour des processus de soins, la dotation en personnel et l'environnement de travail. **Résultats** : Cette étude a établi que les conceptions de l'organisation du travail partagées par les infirmières touchent deux principales dimensions soit la définition des rôles et la répartition des tâches ainsi que l'organisation du travail en temps que modes de coordination du travail et d'interaction entre les membres de l'équipe de travail. Cette analyse a aussi démontré que les principales préférences des infirmières sont exprimées à propos des éléments ayant trait à la disponibilité adéquate du personnel nécessaire à l'exécution des différentes tâches, le soutien du supérieur immédiat, le soutien de l'administration au développement professionnel et de la pratique ainsi que l'aménagement des conditions matérielles de travail. On peut aussi constater que plusieurs préférences exprimées par les infirmières donnent écho à leurs conceptions de l'organisation du travail. **Conclusion** : Cette étude a permis de comprendre les conceptions et les préférences des infirmières par rapport à l'organisation de leur travail. Elle aura ainsi permis d'identifier plusieurs modalités sur lesquels les gestionnaires peuvent agir pour développer des projets d'organisation du travail, soit la dotation en personnels des milieux des soins, le soutien des équipes, la communication et l'aménagement de l'environnement physique des soins. De plus, les infirmières ont elles-mêmes un rôle à jouer pour modifier positivement leur milieu de travail et peuvent influencer plusieurs de ces modalités.

**Mots-clés** : Organisation du travail, conception, préférence, processus de soins, dotation en personnel, environnement de travail, satisfaction au travail, identité professionnelle.

## Abstract

**Title:** The views and preferences of nurses' with respect to job design

**Background:** Given the tasks that they perform throughout the different levels of continuum of care, nurses play a pivotal role in healthcare services. The elevated quality of the services offered relies greatly on a motivated nursing staff, working in a highly organised environment that provides a satisfying work experience. However, various studies suggest that modes of job design currently in use are not always effective in creating conditions and environments conducive to enhancing performance, and the quality of life at work (Institute of Medicine, 2001; Hickam & al., 2003; Shojania, Duncan, McDonald, & Wachter, 2001). A better understanding of nurses' views and preferences is useful to guide the required changes in healthcare environments in order to improve the management of nursing work. **Objectives:** This descriptive and qualitative research, which aims to explore nurses' views and concerns with respect to job design, could improve their work experience in the context of a hospital and, more specifically, a medicine unit. **Methodology:** Semi-structured interviews have been performed with eight nurses. Content analysis techniques were used to analyze the results for the study. The conceptual framework of job design of Filion-Côté used centers around care procedures, staffing, and working environments. **Findings:** This study shows that the views on job design shared among nurses reflect upon two main concepts: the first relate to the definition of roles and division of tasks, the second refers to the mode of coordination of work and the interaction between team members. This study also shows that nurses' main preferences are expressed through factors related to the availability of adequate personnel to perform various tasks, support from immediate superiors, support from management for professional development and practice development, and the planning of physical working conditions. It is also important to note that many concerns expressed by nurses echo their views on job design. **Conclusion:** This study allows a better understanding of nurses' views and preferences with respect to job design. It also helps to better identify factors which administrators may act upon to develop job design projects, such as staffing in healthcare environments, team support, communication, and the planning of physical working conditions. Furthermore, nurses themselves have a role to play and can have an influence on many of these factors.

**Keywords:** job design, work design, views, concerns, care process, staffing, work environment, work satisfaction, professional identity.

## Table des matières

Résumé .....	iii
Abstract .....	iv
Liste des tableaux .....	x
Liste des figures .....	xi
Liste des abréviations .....	xii
Remerciements .....	xiii
Chapitre 1 : Problématique, but de l'étude et questions de recherche .....	1
1.1 Problématique .....	1
1.2 But de l'étude et questions de recherche .....	6
Chapitre 2 : Recension des écrits .....	7
2.1 Définitions de l'organisation du travail .....	7
2.2 Différentes perspectives de l'organisation du travail .....	12
2.2.1 Perspective institutionnelle de l'organisation du travail .....	12
2.2.2 Perspective des équipes de travail de l'organisation du travail .....	14
2.2.3 Perspective individuelle de l'organisation du travail .....	16
2.3 Modèles théoriques de l'organisation du travail .....	19
2.3.1 Modèle des dimensions fondamentales de l'emploi de Hackman et Oldham (1980) .....	19
2.3.2 Modèle sociotechnique des propriétés du travail de Trist (1981) .....	21

2.3.3	Modèle holistique du stress de Nelson et Simmons (2003) .....	22
2.3.4	Modèle de Kristensen (1999) .....	25
2.4	Approches d'organisation du travail dans le domaine des sciences infirmières ...	27
2.4.1	Dotation en personnel .....	27
	Acquisition et déploiement des ressources humaines .....	27
	Conditions de travail .....	28
	Processus d'intégration et d'orientation .....	28
2.4.2	Environnement de travail ou de pratique .....	29
2.4.3	Processus de soins .....	30
	Distribution des rôles et responsabilités .....	32
2.4.4	Préférences des infirmières quant à l'organisation du travail .....	34
2.5	Modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté .....	36
Chapitre 3 : Méthodologie .....		40
3.1	Devis de recherche .....	40
3.2	Milieu d'étude et population cible .....	41
3.3	Échantillonnage .....	41
3.4	Portrait des participantes .....	43
3.5	Organisation des soins infirmiers dans le département sélectionné .....	44
	Projet d'intégration des infirmières auxiliaires .....	45
	Projet d'accessibilité .....	46
3.6	Collecte de données .....	46
3.6.1	Outils de collecte de données .....	47

3.7 Analyse des données .....	48
3.8 Considérations éthiques .....	49
3.9 Critères de qualité .....	49
3.9.1 Crédibilité .....	50
3.9.2 Transférabilité .....	50
3.9.3 Fiabilité .....	50
3.9.4 Confirmabilité .....	51
 Chapitre 4 : Résultats .....	 52
4.1 Conceptions des infirmières de l'organisation du travail .....	52
4.1.1 Organisation du travail en tant que définition des rôles et répartition des tâches .....	52
Structure des postes .....	53
Charge de travail .....	54
Nature du travail des différents groupes d'intervenants .....	55
Planification du travail .....	56
4.1.2 Organisation du travail en tant que mode de coordination du travail et d'interaction entre les membres de l'équipe de travail .....	58
Modes d'interaction entre les infirmières .....	58
Modes d'interaction entre les infirmières et autres membres de l'équipe de soins .....	59
Modalités de coordination organisationnelle .....	60
Modes de gestion du travail d'équipe .....	61

Modes de communication et de transmission de l'information .....	62
4.2 Préférences des infirmières en lien avec les modalités de l'organisation du travail.....	63
4.2.1 Disponibilité adéquate des personnels nécessaires à l'exécution des différentes tâches .....	63
4.2.2 Soutien du supérieur immédiat .....	65
4.2.3 Soutien de l'administration au développement professionnel et à l'intégration du personnel .....	67
4.2.4 Aménagement des conditions matérielles de travail .....	69
 Chapitre 5 : Discussion et conclusion .....	 72
5.1 Conceptions de l'identité professionnelle .....	72
5.2 Préférences ouvrant sur une satisfaction au travail .....	74
5.3 Liens entre les conceptions et les préférences .....	75
5.4 Analyse des éléments du modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté .....	77
5.5 Recommandations et avancement pour la pratique et la recherche .....	78
5.6 Limitations de l'étude .....	80
5.7 Conclusion .....	81
 Bibliographie .....	 84



Annexe 1 : Lettre de recrutement des participants .....	xiv
Annexe 2 : Questionnaire sociodémographique .....	xvi
Annexe 3 : Formulaire de consentement des participants .....	xvii
Annexe 4 : Guide d'entrevue .....	xxiii
Annexe 5 : Certificat d'éthique .....	xxv

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Thème clés de l'organisation du travail .....	11
Tableau 2 : Éléments clés des perspectives de l'organisation du travail .....	18
Tableau 3 : Propriétés du travail (Trist, 1981) .....	22
Tableau 4 : Modèle de Kristensen (1999) .....	26
Tableau 5 : Portrait des participantes .....	44
Tableau 6 : Critères de qualité et démarches pour y répondre .....	51

## Liste des figures

Figure I : Modèle des dimensions fondamentales de l'emploi (Hackman & Oldham, 1980)	20
Figure II : Modèle holistique du stress de Nelson et Simmons (2003) .....	24
Figure III : Modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté .....	39

## Liste des abréviations

AIC : Assistante(s) infirmière-chef ou assistante(s) au supérieur immédiat

BAC : Baccalauréat

CÉRSS : Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé

CEGEP : Collège d'enseignement général et professionnel

CLSC : Centre local de services communautaires

DEC : Diplôme d'études collégiales

DSI : Direction des soins infirmiers

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PTI : Plan thérapeutique infirmier

## Remerciements

Ma maîtrise a été possible avec l'aide et le soutien de nombreuses personnes que je souhaite remercier de tout mon cœur.

Tout d'abord, mon directeur de maîtrise, M. Carl-Ardy Dubois, merci pour votre soutien tout au long de ce projet. Vos corrections et commentaires m'ont permis d'avancer en tant que professionnelle dans le domaine de l'administration.

De plus, merci à Mme Marie Alderson et M. Régis Blais, les membres de mes comités d'approbation et jury, qui m'ont aidé à améliorer mon mémoire par leurs évaluations.

Je tiens à remercier le Centre FERASI pour son généreux soutien financier qui m'a permis de compléter ma maîtrise.

Je souhaite remercier les infirmières ayant accepté de participer à mon étude et m'ont offert de leur temps. De plus, un merci spécial à la direction des soins infirmiers et l'infirmière-chef qui m'ont aidée à entrer dans le milieu et à recruter les infirmières.

Un merci tout particulier à mon mari, Louis-Pierre, qui a démontré une patience d'ange et m'a apporté un soutien incroyable depuis le début de notre relation.

Merci à mes parents Réjeanne et Gilles et ma sœur Sandrine pour leurs encouragements et leur soutien dans mes études et ce, depuis la maternelle.

## **Chapitre 1 : Problématique, but de l'étude et questions de recherche**

### *1.1 Problématique*

De par les fonctions qu'elles exercent à différentes étapes du continuum de soins, les infirmières jouent un rôle de premier plan dans l'offre des services de santé. La qualité des services repose en grande partie sur un personnel infirmier motivé, judicieusement déployé et travaillant dans des conditions qui permettent d'optimiser leur expérience de travail. Cependant, différentes études et rapport tant nationaux qu'internationaux suggèrent de façon unanime que les modalités actuelles d'organisation du travail ne permettent pas toujours de créer des conditions et des environnements susceptibles d'optimiser le travail des infirmières, ni leur qualité de vie au travail (Institute of Medicine, 2001; Hickam & al., 2003; Shojania, Duncan, McDonald, & Wachter, 2001). Les problèmes liés au travail proviennent de l'organisation du travail et affectent la qualité de vie et la satisfaction professionnelle des infirmières. Ces problèmes de l'organisation du travail seront décrits au long de ce chapitre.

Au Québec, comme ailleurs au Canada, les contraintes du travail et du degré de prévisibilités sont associés à des symptômes qui incluent, entre autres, de lourdes charges de travail, de longues heures de travail, des interruptions fréquentes, des demandes qui se contredisent ou, encore, l'obligation pour les infirmières d'étendre indûment leurs activités à des domaines étrangers à leur sphère de compétences et cela, souvent au détriment de l'essence de l'activité professionnelle infirmière elle-même (Baumann & al., 2001). Selon les mêmes auteurs, ces situations amènent les infirmières à subir un grand stress et à vivre le

risque d'être victimes de traumatismes psychologiques. À long terme, une telle situation peut avoir une incidence sur les relations personnelles et professionnelles, en plus d'avoir un impact négatif sur le nombre de congés utilisés pour maladie, le roulement du personnel et l'efficacité professionnelle (Baumann & al., 2001). Au Canada, deux tiers (67 %) des infirmières ont souvent l'impression d'avoir une lourde charge de travail et près de la moitié (45 %) d'entre elles disent ne pas avoir suffisamment de temps pour s'acquitter de leurs tâches (Shields & Wilkins, 2006).

Les problèmes de l'organisation du travail des infirmières se reflètent également, dans beaucoup de cas, par un manque de soutien aux infirmières de la part de leurs organisations, de leurs supérieurs ou de leurs collègues et un manque de reconnaissance des efforts et compétences exigés des infirmières. Des études récentes indiquent que l'engagement de bon nombre d'infirmières envers l'organisation s'effrite en partie parce que celles-ci ne se sentent pas appuyées par leurs supérieurs et leurs employeurs ou travaillent dans des environnements où la collaboration n'est pas optimale (Bougie & Cara, 2008; Hayes, McGrath, & O'Brien-Pallas, 2004). Il a été démontré que de mauvaises relations de travail entre les professionnels de la santé peuvent amener des conséquences négatives pour les patients (mauvaise relation patient-infirmière, délais dans les soins, erreurs de médication) et même augmenter les taux de mortalité (Baumann & al., 2001).

D'autres travaux ont fait état de la limitation de la participation des infirmières aux instances de décision et de l'érosion du leadership associée à certaines activités de restructuration engagées à partir des années 90 et souvent marquées par des compressions

budgétaires importantes et des réductions significatives des effectifs infirmiers (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2005; Priest, 2006). Ces processus de restructuration ont amené des infirmières à être supervisées par du personnel n'ayant pas de formation en sciences infirmières, mais en gestion, qui ne peuvent pas toujours leur apporter tout le soutien nécessaire, ce qui peut réduire leur satisfaction (Priest, 2006). De plus, dans le présent contexte de restructuration du réseau de la santé québécois, les infirmières sentent que leur rôle est souvent dévalorisé ou qu'elles doivent faire face à des situations de conflit, d'ambiguïté de rôles et une augmentation de la charge de travail (Hayes & al., 2004). Les restructurations et les changements dans l'organisation du travail ont été associés à différentes conséquences négatives pour les travailleurs, soit des effets psychosomatiques, des troubles de sommeil, de la dépression, de l'anxiété et de la détresse psychologique (Bourbonnais & al., 1999).

Selon certaines études, la situation présente dans les centres hospitaliers fait en sorte que les infirmières sont continuellement soumises à un ensemble de stressseurs physiques, organisationnels et psychologiques qui posent des risques pour leur santé et sécurité (Baumann & al., 2001). Souvent, les infirmières ne peuvent prévoir quel sera leur charge de travail et le nombre de patients présents dans l'unité (Hayes & al., 2004). Les charges de travail lourdes et imprévisibles auxquelles elles sont soumises créent non seulement du stress, mais les exposent également à des risques de maladies et blessures (Hayes & al., 2004). Au cours de l'année 2005, 61 % des infirmières au Canada ont pris des congés pour des raisons de santé liées à leur emploi, soit psychologiques ou des blessures musculo-squelettiques (Shields & Wilkins, 2006). Ces problèmes perturbent les soins offerts aux patients, rendant plus difficiles la



planification et la gestion des soins et contribuant à la croissance des coûts du système de santé (Baumann & al., 2001). Baumann et al. (2001) ont indiqué qu'une partie de la pénurie d'infirmières au Canada peut être attribuable à un environnement de travail qui épuise les infirmières chevronnées et décourage les recrues. Ce sont autant de contraintes qui non seulement affectent négativement la qualité de vie au travail des infirmières, mais ont des répercussions importantes pour les organisations de santé et les patients. Il a été démontré que les risques d'épuisement professionnel des infirmières augmentent considérablement avec le nombre d'heures travaillées (Bougie & Cara, 2008; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2008).

Depuis plusieurs années, les établissements ont entrepris de mettre en place de nombreuses initiatives pour remédier aux problèmes liés à l'organisation du travail énumérés précédemment (contraintes du travail et du degré de prévisibilité, manque de soutien de la part des supérieurs et collègues, l'autonomie et la sécurité au travail) (Bourbonnais & al., 1999; Dredit, Ngan, Hay, & Alamgir, 2010). Les gouvernements ont réalisé partout au Canada des investissements importants pour financer des projets d'expérimentation de nouvelles pratiques d'organisation du travail susceptibles d'améliorer les conditions de travail des infirmières. Ces projets touchent des domaines aussi variés que l'organisation de la tâche des infirmières, la redéfinition de leurs rôles, l'aménagement des horaires de travail, le soutien au travail des infirmières, la santé et la sécurité au travail (Dredit & al., 2010; Hayes & al., 2004; Ruggiero & Pezzino, 2006; Trinkoff, Geiger-Brown, Brady, Lipscomb, & Muntaner, 2006). Cependant, l'impact est mitigé et les problèmes persistent. De plus, les infirmières soignantes sont souvent peu impliquées dans la conception et le développement de ces projets. Ainsi, les préférences

des infirmières sont peu prises en compte dans la mise en œuvre des interventions et des changements affectant directement l'organisation de leur travail. La littérature indique que les réponses à ces problèmes sont multidimensionnelles, que les solutions sont multiples, soit en lien avec les horaires, la charge de travail, les primes, qu'il faut faire des choix parmi de nombreuses options possibles. Il y a donc un intérêt évident à combiner des solutions qui répondent aux préférences des infirmières. Améliorer l'implication des infirmières dans la recherche de solutions permettrait de réduire leur stress et ainsi accroître leur satisfaction au travail (Stordeur, Vandenberghe, & D'hoore, 1999).

Il faut enfin souligner que l'organisation du travail est un concept aux frontières floues qui peut avoir de multiples acceptions selon les différents groupes. Ce concept est ainsi couramment utilisé comme un terme générique recouvrant diverses catégories d'initiatives : humanisation du travail, restructuration, réingénierie, déploiement du personnel, aménagement des postes de travail et des environnements de travail (St-Onge, Guerrero, Haines, & Audet, 2009). Certaines composantes ou aspects de l'organisation du travail peuvent être privilégiés par un groupe et négligés par un autre. Il y a donc une nécessité de mieux comprendre les conceptions des infirmières par rapport aux modalités d'organisation du travail pour guider les actions. Les modalités d'organisation du travail ont été identifiées comme un déterminant clé de la satisfaction des infirmières (St-Onge & al., 2009). Il est important d'avoir une meilleure connaissance quant aux préférences des infirmières par rapport à divers aspects de l'organisation de leur travail et de quelles façons il est possible de les modifier pour accroître leur satisfaction. Pour régler les problèmes liés à l'organisation du travail, une piste de solution est d'inclure les infirmières dans un projet afin de connaître leurs opinions pour

améliorer la situation et augmenter la satisfaction au travail. C'est la réponse que cherche à apporter cette étude.

### *1.2 But de l'étude et questions de recherche*

Le but de cette recherche qualitative est d'explorer les conceptions et les préférences des infirmières par rapport aux modalités d'organisation de leur travail pouvant améliorer leur qualité de vie et augmenter leur satisfaction au travail, dans un contexte de centre hospitalier et plus spécifiquement, dans une unité de médecine. Les deux questions de recherche sont les suivantes : 1) Quelles modalités sont considérées par les infirmières dans leurs représentations de l'organisation du travail; 2) Quelles sont les préférences des infirmières par rapport aux modalités de l'organisation de leur travail? Cette étude permettra ainsi d'examiner les significations considérées par les infirmières à la notion d'organisation du travail. Au-delà de ces significations, elle cherchera aussi à mieux comprendre les modalités de l'organisation du travail privilégiées par les infirmières pour mener à l'augmentation de la satisfaction au travail. Le terme modalité réfère à une forme particulière d'un fait qui, dans la situation présente, est liée à l'organisation du travail (Rey, 1998)

## Chapitre 2 : Recension des écrits

La recension des écrits comprend cinq parties. La première constitue un inventaire de diverses définitions de l'organisation du travail. La deuxième présente trois perspectives dans lesquelles s'inscrivent différents efforts de conceptualisation de l'organisation du travail : la perspective institutionnelle, la perspective d'équipe de travail et la perspective individuelle. La troisième partie expose différents modèles théoriques faisant écho aux diverses perspectives susmentionnées. La quatrième partie porte sur la manière dont l'organisation du travail est abordée dans les écrits en sciences infirmières et présente trois principales thématiques qui ressortent de l'analyse de ces écrits : la dotation en personnel, l'environnement de travail et les processus de soins. La dernière partie décrit le modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté qui sera utilisé pour guider la recherche.

### *2.1 Définitions de l'organisation du travail*

L'organisation du travail comme concept a donné lieu à de multiples définitions, provenant souvent du domaine de la gestion, qui témoignent de diverses acceptions que peut prendre cette notion. Pour certains, l'organisation du travail peut être vue comme un double mouvement de division et de réunification du travail à l'aide de mécanismes de coordination ou, encore, comme étant les moyens utilisés pour diviser le travail en tâches distinctes et le coordonner (St-Onge & al., 2009). Suivant une telle perspective, la fonction première de l'organisation du travail est donc de mettre en place les modes de division et de coordination du travail qui permettent d'obtenir la meilleure efficacité possible, d'améliorer le rendement

des employés et la performance de l'organisation. La division du travail, ou distribution des tâches, consiste à séparer en sous-tâches un travail complexe afin de distribuer les tâches entre plusieurs employés et, ainsi, améliorer leur performance (Parker, Wall, & Cordery, 2001). Les mêmes auteurs indiquent qu'afin d'atteindre les objectifs de l'organisation, les tâches des employés doivent être complémentaires. Par contre, un travail réduit au minimum peut causer de l'ennui, de l'insatisfaction et de l'épuisement, autant de conséquences d'une tâche répétitive (Parker & al., 2001). Pour diminuer ces effets, les employeurs peuvent implanter une rotation entre les employés et les tâches ainsi qu'élargir horizontalement le travail, c'est-à-dire augmenter le nombre de tâches pour chaque emploi (Parker & al., 2001).

Une telle conception de l'organisation est en continuité avec celle d'autres auteurs qui portent surtout attention à la structure d'emplois (Tonges, Rothstein, & Carter, 1998). L'organisation du travail réfère alors aux manières de structurer le travail et de coordonner les tâches de l'employé. Fried et Fottler (2010) parlent, quant à eux, de l'organisation du travail comme un processus qui vise à modifier, enrichir, élargir les fonctions et les tâches des employés, en éliminer des composantes afin de mieux mettre à contribution les talents des employés, améliorer leur satisfaction au travail et la performance de l'organisation. L'organisation du travail doit simultanément faciliter la réalisation des objectifs organisationnels et reconnaître les capacités et les besoins de ceux qui effectuent le travail. L'organisation du travail combine ainsi la division des tâches, leur répartition, leur enrichissement et leur ajustement à la fois aux objectifs de l'organisation et aux besoins de l'individu. Un autre élément important, en lien avec cette définition de l'organisation du travail, est la création de conditions qui permettent de développer et d'utiliser pleinement les

compétences des employés, ce qui fait référence à la notion d'étendue de la pratique. La compétence est définie comme étant un ensemble de qualités qui permettent à un travailleur de répondre aux exigences d'une fonction donnée (St-Onge & al., 2009). Selon cette perspective, une organisation du travail implique de mettre en œuvre une variété d'activités qui vont faire en sorte que les employés vont acquérir et utiliser un ensemble de connaissances et de compétences pour adapter leur travail aux nombreux changements que subissent les organisations, soit : l'évolution économique, technologique et légale (St-Onge & al., 2009). L'évolution de la situation économique est caractérisée par l'imprévisibilité et une complexité grandissante, la mondialisation de l'économie, l'insatisfaction de la concurrence et l'incertitude par rapport à l'avenir. En ce qui concerne la technologie, celle-ci évolue de façon continue et les employeurs doivent s'assurer que les employés soient formés pour l'utiliser adéquatement. Finalement, l'encadrement juridique est issu de la loi favorisant le développement de la formation de la main-d'œuvre qui oblige les employeurs à assurer la formation de leurs employés (St-Onge & al., 2009).

Pour d'autres, l'organisation du travail fait référence à un ensemble de conditions interreliées en lien avec le travail et qui doivent être mises en place pour soutenir la qualité de vie au travail des employés et favoriser leur efficacité (Acker, 2005; Mottay, 2001). Selon Bourbonnais, Lee-Gosselin et Pérusse (1985) et Kristensen (1999), ces conditions réfèrent à trois grandes dimensions, soit la sécurité, l'autonomie et le soutien social que procurent les collègues, les supérieurs immédiats et l'organisation de l'établissement. Ces trois éléments sont considérés comme des composantes psychosociales importantes de l'organisation du

travail qui peuvent affecter la santé des travailleurs, leur qualité de vie au travail et leur satisfaction (Bourbonnais & al., 1985).

En plus des trois composantes précédentes, la sécurité, l'autonomie et le soutien social, les conditions auxquelles réfère la définition présentée auparavant s'appliquent également aux conditions d'emploi qu'un employeur fournit à ses employés (St-Onge & al., 2009). Elles peuvent toucher la stabilité et la régularité de l'emploi (statut permanent par opposition à statut occasionnel, temps partiel par opposition à temps plein, recours au personnel d'agences ou d'équipes volantes), la durée du travail (recours aux heures supplémentaires, obligatoires ou non), les salaires et avantages sociaux ainsi que les conditions de cessation d'emploi. L'organisation du travail vise alors à mettre en place un ensemble de conditions qui doivent permettre d'assurer une certaine flexibilité dans l'utilisation des employés par leurs employeurs, de garantir la stabilité des équipes et leur déploiement optimal dans les services, d'assurer une continuité dans le travail qui permet de motiver le personnel (St-Onge & al., 2009). Les mêmes auteurs indiquent qu'il est possible de mobiliser des employés et de leur demander de travailler durant plusieurs quarts de travail différents et dans de nombreux départements afin de répondre aux demandes en dotation de personnel.

Finalement, l'organisation du travail fait aussi référence à la structure d'un poste de travail. Cet aspect inclut les conditions physiques, l'environnement de travail, les rôles et responsabilités de l'employé ainsi que les aspects économiques. L'analyse d'un poste de travail permet à l'employeur de déterminer les activités, tâches, devoirs et responsabilités liés à l'emploi, la nature et la portée des décisions, la procédure, la charge de travail, les

équipements qui devront être utilisés, le traitement de l'information et les conditions de travail existantes (St-Onge & al., 2009). L'analyse du milieu de travail porte sur les conditions matérielles entourant l'exécution du travail, la culture d'entreprise, le système de rémunération, l'horaire et le lieu de travail (St-Onge & al., 2009).

En définitive, l'organisation du travail, en tant que concept, fait référence à un large ensemble de mesures qui concernent la structuration du travail et qui peuvent avoir de nombreuses finalités. Ces mesures peuvent ainsi référer à la division du travail, à la coordination, à l'éventail des tâches, à l'intensité de la charge de travail, à l'autonomie, etc. Les finalités visées touchent, suivant le cas, la performance organisationnelle, la qualité de vie au travail, la satisfaction et l'engagement de l'employé. Le *tableau 1* présente un résumé des définitions de l'organisation du travail provenant du domaine de la gestion.

Tableau 1 : Thèmes clés de l'organisation du travail

Thèmes clés	Aspects touchés	Finalités
Division et distribution des tâches	Rôles et responsabilités	Complémentarité des rôles, augmentation du rendement et de la performance
Compétences	Développement et utilisation des compétences	Augmentation de la satisfaction et de la performance
Conditions d'emploi	Charge de travail, autonomie, soutien social et sécurité	Amélioration de la qualité de vie et augmentation de l'efficacité
Structure d'un poste de travail	Environnement de travail, conditions physiques, aspect économique	Augmentation de la satisfaction et de la qualité de vie au travail



## *2.2 Différentes perspectives de l'organisation du travail*

Au-delà des diverses définitions, l'organisation du travail, que ce soit sur les plans théoriques ou pratiques, a donné lieu à plusieurs conceptualisations qui s'inscrivent dans des perspectives différentes. Faisant écho au travail de St-Onge et al. (2009), au moins trois perspectives de l'organisation du travail peuvent être distinguées provenant du domaine de la gestion : la perspective institutionnelle, la perspective des équipes de travail et la perspective individuelle. Les différences entre ces trois perspectives portent sur les finalités, le niveau d'analyse, les mesures ciblées ainsi que les variables d'intérêt.

### *2.2.1 Perspective institutionnelle de l'organisation du travail*

Dans cette perspective, la finalité première est d'optimiser la performance et l'atteinte des objectifs de l'organisation (St-Onge & al., 2009). L'analyse de l'organisation du travail se situe à l'échelle de l'organisation elle-même.

Pour atteindre la finalité susmentionnée, les mesures ciblées misent essentiellement sur la structure de l'organisation. La structure organisationnelle est le lien qui existe entre les membres d'une organisation grâce à leurs relations formelles et informelles (Fottler, 2011). Cette structure inclut la répartition des responsabilités et des rôles selon trois grandes formes de structure, soit les structures mécaniste, organique et en réseau (St-Onge & al., 2009). Ces trois structures font état de divers cadres alternatifs qui circonscrivent l'organisation du travail à l'échelle organisationnelle (St-Onge & al., 2009). Selon les mêmes auteurs, la structure

mécaniste, ou entreprise verticale, se rapporte au mode de relations traditionnelles dans une entreprise selon les différents niveaux hiérarchiques; la structure organique représente un mode décentralisé des relations dans une organisation; alors que la structure en réseau, ou entreprise horizontale, est un mode d'organisation décentralisé «aplati» qui se rapporte aux étapes de processus de production et aux grandes fonctions de l'entreprise. Il s'agit, pour les entreprises, de structurer et de diviser le travail dans l'organisation afin d'augmenter l'efficacité des unités de travail et ainsi atteindre les objectifs fixés par l'organisation (Adler, 1997). Un élément essentiel de ces processus est de définir le nombre et la nature d'unités nécessaires pour effectuer les diverses tâches et de coordonner les unités entre elles.

Cette perspective institutionnelle touche un ensemble de variables d'intérêt qui incluent la disponibilité et le déploiement des ressources humaines et matérielles, le climat de travail, la culture organisationnelle, les procédures et les règles organisationnelles.

Lorsque l'on parle de disponibilité et du déploiement des ressources, il s'agit du nombre d'employés travaillant dans un milieu ainsi que le fait de s'assurer que les travailleurs possèdent les compétences, l'expérience et la formation requises pour y œuvrer (Sanchez McCutcheon & al., 2006). De plus, la disponibilité et le déploiement des ressources constituent un équilibre que les gestionnaires doivent atteindre pour permettre le bon fonctionnement du milieu de travail et, ainsi, atteindre la réalisation des objectifs et le maintien d'un budget raisonnable (Needleman, Buerhaus, Steward, Zelevinsky, & Mattke, 2006). Le climat de travail et la culture organisationnelle ainsi que les procédures et les règles

organisationnelles sont des éléments qui encadrent le bon fonctionnement de l'organisation et assurent l'atteinte des objectifs de celle-ci (Sanchez McCutcheon & al., 2006).

### *2.2.2 Perspective des équipes de travail de l'organisation du travail*

Dans cette perspective, la finalité visée est de créer des équipes motivées et hautement performantes. L'analyse de l'organisation du travail se situe à l'échelle des équipes. Le travail en équipe augmente la productivité, réduit les coûts, accroît la satisfaction au travail et la motivation, améliore les communications et le climat de confiance et, enfin, réduit l'absentéisme et le roulement de personnel (Sanchez McCutcheon & al., 2006; St-Onge & al., 2009).

Pour atteindre la finalité susmentionnée, la méthode de répartition des employés en équipe de travail est utilisée. Il y a trois types d'équipes, à savoir : les équipes qui fonctionnent en marge de la structure formelle de l'organisation, les équipes de projets poursuivant des buts et des objectifs spécifiques ainsi que les équipes intégrées dans la structure formelle de l'organisation (St-Onge & al., 2009). Pour améliorer le rendement des employés, des équipes de travail ont été créées dans les milieux afin de répartir les rôles de gestion selon une certaine hiérarchie; le travail est ainsi divisé entre chaque employé afin de soulager la tâche de chacun et leur permettre une plus grande autonomie et un pouvoir de décision (Sanchez McCutcheon & al., 2006).

La perspective d'équipe de travail met l'accent sur les variables d'engagement, de soutien social et de sécurité au travail (St-Onge & al., 2009). L'engagement est le niveau de responsabilité et d'implication qu'une personne éprouve pour son emploi (Little, Simmons, & Nelson, 2007). Un niveau plus élevé d'engagement pour son travail peut mener à une plus grande satisfaction envers celui-ci (Little & al., 2007).

Le soutien social, ou feed-back, se rapporte à deux thèmes, soit au soutien affectif reçu par les collègues et supérieurs et au soutien cognitif reçu par les mentors qui favorisent le perfectionnement professionnel (Hayes & al., 2004). Le soutien est l'information qu'un travailleur obtient directement sur la qualité de sa performance lui permettant d'accomplir ses tâches, d'effectuer les ajustements requis pour atteindre les objectifs de performance et assurer une meilleure connaissance des résultats qu'il obtient (Hayes & al., 2004).

Finalement, la sécurité au travail est définie comme étant le degré de prévisibilité qu'un emploi exercé peut procurer (Kristensen, 1999). Dans une organisation où le travail en équipe est implanté, les travailleurs ont la responsabilité de décider de quelle façon les ajustements seront faits face aux différents changements que subit l'organisation (Fottler, 2011). Ce ne sont donc plus les superviseurs ou spécialistes qui réorganisent le travail puisque ceci causait de l'imprévisibilité dans la tâche à exécuter (Fottler, 2011).

### *2.2.3 Perspective individuelle de l'organisation du travail*

Pour cette troisième et dernière perspective, la finalité visée est d'accroître la performance individuelle en modifiant positivement certaines variables d'intérêt (St-Onge & al., 2009). Le niveau d'analyse de l'organisation du travail se situe à l'échelle individuelle et se rapporte à l'employé lui-même.

Afin d'atteindre cette finalité, les mesures ciblées touchent souvent la structure des postes de travail (définition de la tâche, charge et horaire de travail). St-Onge, et al. (2009) indiquent que la distribution des tâches aux employés a mené à l'élargissement de celles-ci, soit par l'enrichissement horizontal et l'enrichissement vertical. L'enrichissement horizontal des tâches apporte à une personne la possibilité d'exécuter plusieurs tâches différentes de complexité et d'importance égales (Adler, 1997). À l'opposé, l'enrichissement vertical des tâches est la recomposition d'un poste de travail auquel on intègre des tâches d'exécution et de conception (Adler, 1997). Ces deux modes de fonctionnement ont comme objectifs de valoriser l'employé, de lui apporter de la reconnaissance et de le motiver afin d'augmenter le rendement et la qualité des services (St-Onge & al., 2009).

La perspective individuelle met l'accent sur un ensemble de variables qui incluent les conditions d'emploi, la charge de travail, l'horaire, la conception des postes de travail, la formation, l'évaluation du rendement ainsi que la rémunération.

La charge de travail se rapporte aux exigences que comprend une tâche à exécuter. Celle-ci inclut l'aspect physique, soit le travail musculaire, et l'aspect non physique, soit la charge mentale et la charge affective (Bourbonnais & al., 1985). La charge mentale se rapporte au processus mental du traitement de l'information et de solution des problèmes. À l'opposé, la charge affective sollicite les émotions et sentiments des individus. La charge de travail peut être associée à des problèmes de santé d'ordre psychosocial (Bourbonnais & al., 1985).

Pour un employé, un poste de travail comprend certains éléments sur lesquels il est possible d'agir pour accroître la satisfaction au travail, soit les heures, les horaires et le quart de travail (De Castro & al., 2010; Ruggiero & Pezzino, 2006).

Les conditions d'emploi incluent la charge de travail, les horaires de travail, l'identité professionnelle, la portée de la pratique, l'environnement de travail et le salaire (Santé Canada, 2007). Des conditions de travail inadaptées pour les employés peuvent entraîner une augmentation des blessures, de l'absentéisme lié à la maladie, ce qui exerce un impact sur le nombre d'heures supplémentaires à faire et un plus grand roulement de personnel (Gagnon & Paquet, 2009). Les conditions de travail doivent donc être adaptées à la situation des travailleurs pour leur permettre d'être satisfaits de leur environnement de travail et du travail lui-même. Ces conditions viennent influencer la performance et la qualité du travail des employés (Gagnon & Paquet, 2009).

Le *tableau 2* présente un résumé des éléments clés provenant des trois perspectives de l'organisation, soit organisationnelle, équipe de travail et individuelle, vues sous l'angle de la gestion des ressources humaines. Ces trois perspectives et les définitions présentées dans cette section sont surtout inspirées par le domaine de la gestion particulièrement et mettent l'accent sur l'optimisation du rendement des ressources humaines. Bien que ces perspectives apportent une contribution utile à la compréhension de l'organisation du travail, les valeurs et les finalités qui les sous-tendent peuvent ne pas s'accommoder de la réalité de certaines organisations dans des secteurs comme celui de la santé. La vision utilitariste qui y est sous-jacente pourrait conduire à occulter des facteurs qui sont essentiels pour assurer la satisfaction et le bien-être du personnel soignant (Lu, While, & Barriball, 2005). Les spécificités de l'organisation du travail dans le contexte des soins infirmiers seront explorées dans la section 2.4 de ce document. Cependant, il reste que ces perspectives précédemment décrites, malgré leurs limites, sont d'intérêt pour cette étude, car elles permettent de préciser des composantes clés de l'organisation du travail qui sont extrapolables à différents secteurs.

Tableau 2 : Éléments clés de différentes perspectives de l'organisation du travail

Perspective	Organisationnelle	D'équipe de travail	Individuelle
Finalités visées	Optimiser la performance et atteindre les objectifs de l'organisation	Créer des équipes motivées et hautement performantes	Augmenter la performance individuelle
Niveau d'analyse	Au niveau de l'organisation elle-même	À l'échelle des équipes de travail	Au niveau individuel
Mesures ciblées	Structure de l'organisation (répartition des rôles/responsabilités)	Répartition des employés en équipe de travail	Structure des postes de travail
Variables d'intérêt	Dotation en personnel, climat de travail, disponibilité des ressources humaines/matérielles, procédures et règles organisationnelles	Soutien social, sécurité au travail et engagement	Conditions d'emploi, horaire et charge de travail, conception des postes de travail, formation, évaluation du rendement, rémunération

## 2.3 Modèles théoriques de l'organisation du travail

Les définitions et perspectives mentionnées précédemment ont été intégrées dans différents modèles conceptuels et théoriques. Un modèle est une description schématique expliquant comment les choses fonctionnent dans la réalité ou en théorie (Wolf & Greenhouse, 2007). Il permet d'identifier les éléments essentiels qui doivent être considérés liés et en interaction avec des phénomènes spécifiques pour mener à une prise de décision, une planification, une organisation ou l'évaluation d'une situation particulière (Wolf & Greenhouse, 2007). Quatre modèles représentant autant d'efforts de conceptualisation de l'organisation du travail seront exposés : le modèle des dimensions fondamentales de l'emploi de Hackman et Oldham (1980), le modèle sociotechnique des propriétés du travail de Trist (1981), le modèle holistique du stress de Nelson et Simmons (2003) et le modèle de Kristensen (1999).

### 2.3.1 Modèle des dimensions fondamentales de l'emploi de Hackman et Oldham (1980)

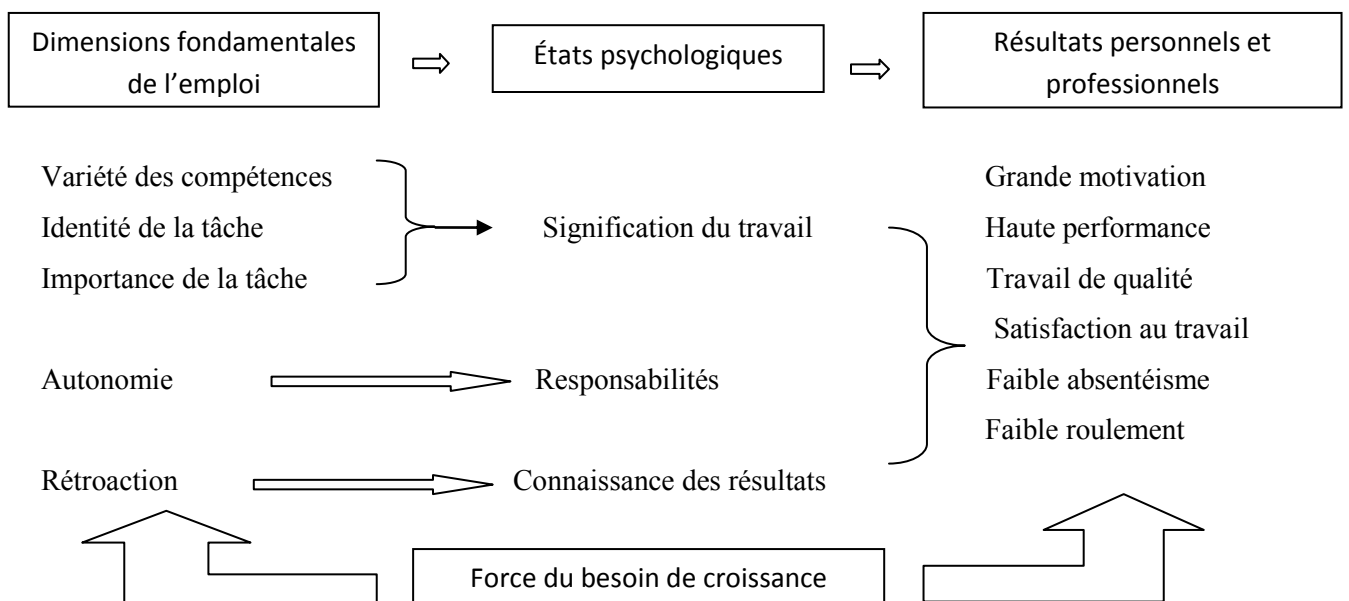
Le modèle des *dimensions fondamentales* de l'emploi de Hackman et Oldham (1980) a été fréquemment utilisé dans la littérature, et ce, dans le domaine de la gestion et des sciences infirmières (*figure 1*). Suivant ce modèle, l'organisation du travail réfère, au premier chef, aux *dimensions fondamentales* de l'emploi qui sont : la variété des compétences, l'identité de la tâche, l'importance de la tâche, l'autonomie et la rétroaction (Hackman, & Oldham, 1975). Suivant le modèle, ces différents facteurs ont un impact sur les états psychologiques (la signification du travail, les responsabilités et les connaissances des



résultats) (Hackman, & Oldham, 1975) qui à leur tour affectent les résultats personnels et professionnels, ce qui comprend une grande motivation et une haute performance au travail, de la satisfaction au travail, un travail de qualité ainsi qu'un faible taux d'absentéisme et de roulement (Hackman, & Oldham, 1975).

Ainsi, lorsqu'un poste de travail est conçu en fonction des dimensions fondamentales de l'emploi et permet à chaque employé d'expérimenter les trois états psychologiques (la signification du travail, les responsabilités et les connaissances des résultats), on observe un certain nombre de résultats bénéfiques pour l'individu et pour l'organisation (St-Onge & al., 2009). Selon ce modèle, un travail a du sens pour le travailleur lorsque celui-ci le trouve important, utile et légitime (St-Onge & al., 2009). Ce modèle rejoint seulement l'aspect de l'emploi et ne touche pas l'étendue des modalités de l'organisation du travail. Il doit y avoir plus à ce modèle pour permettre de répondre aux objectifs de cette recherche.

Figure I : Modèle des dimensions fondamentales de l'emploi (Hackman & Oldham, 1980)



### 2.3.2 *Modèle sociotechnique des propriétés du travail de Trist (1981)*

L'organisation du travail, pour le modèle sociotechnique des propriétés du travail de Trist (1981), se rapporte aux propriétés du travail que sont les aspects intrinsèques et les besoins extrinsèques. Ces propriétés du travail sont regroupées dans le *tableau 3*. Ce modèle préconise que de modifier le milieu de travail, en soutenant positivement les motivations intrinsèques et en comblant les besoins extrinsèques, permet d'induire l'engagement des employés, d'améliorer la qualité de vie au travail et d'augmenter la performance organisationnelle (Trist, 1981). Les changements apportés doivent être basés sur des principes normatifs et correspondre aux motivations intrinsèques et aux besoins extrinsèques (Trist, 1981).

Alors que le modèle précédent, soit le modèle des dimensions fondamentales de l'emploi, était davantage centré sur les besoins par rapport à l'environnement de travail des employés pour améliorer le rendement des employés, ce modèle ajoute les éléments intrinsèques des caractéristiques de l'organisation du travail pour obtenir une plus grande satisfaction de la part des employés. De plus, ce modèle, fondé sur la perspective d'équipe de travail, amène une autonomie aux travailleurs et à l'équipe de travail, ce qui a un effet positif sur le bien-être au travail et la motivation des employés (Trist, 1981). Ce modèle permet aux gestionnaires de baser les changements de l'organisation du travail sur les besoins extrinsèques et aspects intrinsèques de ses employés afin d'augmenter leurs satisfaction et performance au travail (Trist, 1981). Ce modèle aide les gestionnaires, mais il n'indique pas la part que peut prendre les employés dans la prise de décision.

Tableau 3 : Propriétés du travail (Trist, 1981)

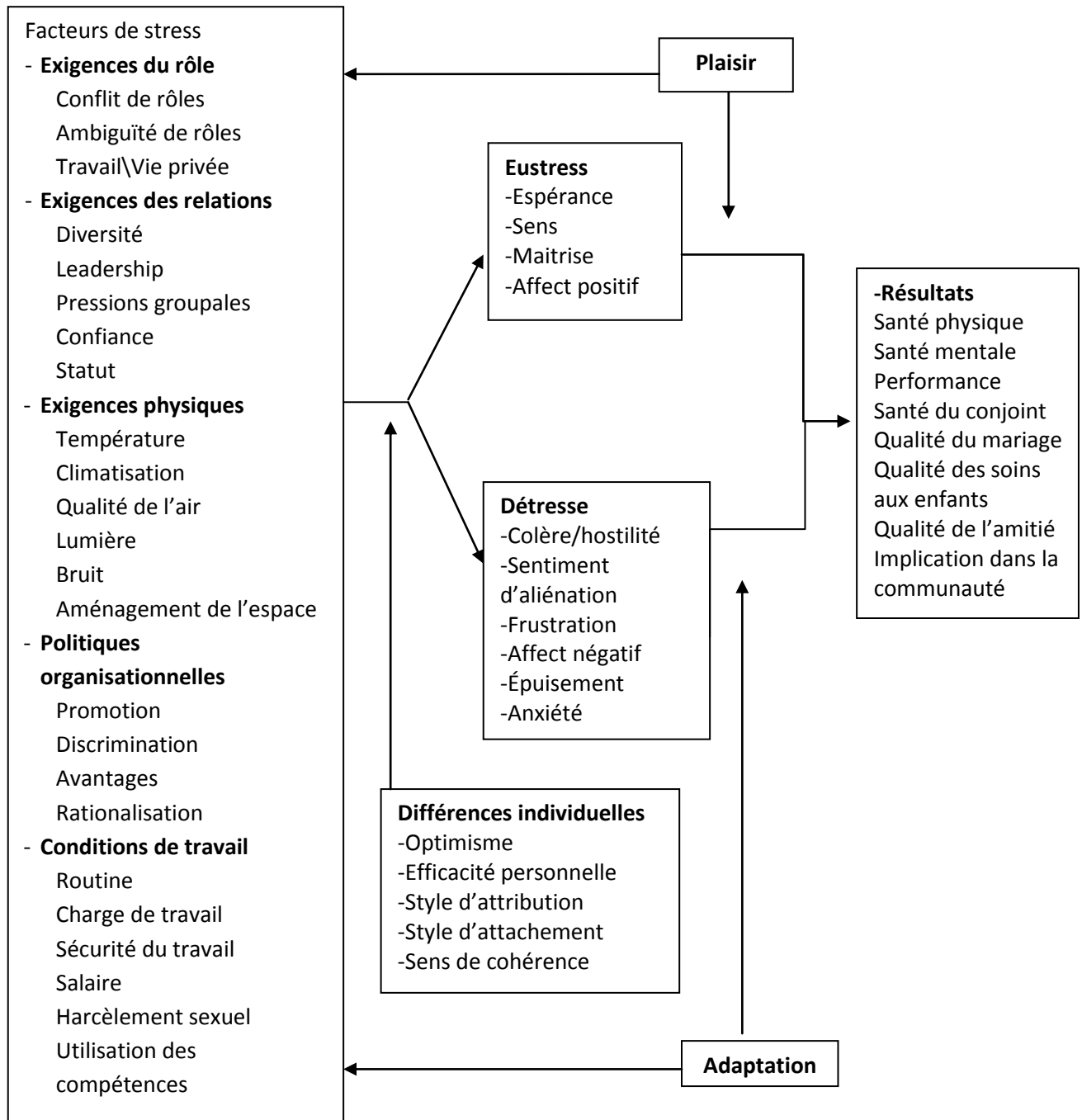
Aspects intrinsèques	Besoins extrinsèques
Variété et défi	Rémunération équitable et adéquate
Apprentissage continu	Sécurité d'emploi
Discrétion et autonomie	Avantages et bénéfices
Reconnaissance et soutien	Sécurité
Contribution sociale significative	Santé
Avenir souhaitable	Procédure régulière
Travail psycho-social	Conditions d'emploi socio-économique

### 2.3.3 *Modèle holistique du stress de Nelson et Simmons (2003)*

Le modèle holistique du stress de Nelson et Simmons (2003), présenté à la *figure II*, définit l'organisation du travail par cinq facteurs qui sont susceptibles de générer du stress aux employés, soit les exigences des rôles, les exigences des relations, les exigences physiques, les politiques organisationnelles et les conditions de travail (Simmons & Nelson, 2007). Ces cinq facteurs de stress influencent les résultats : la santé physique et mentale, la performance, la santé du conjoint, la qualité du mariage, la qualité des soins aux enfants, la qualité de l'amitié et l'implication dans la communauté (Simmons & Nelson, 2007). Les principes psychologiques, qui incluent la détresse et les différences individuelles, modulent l'influence des facteurs de stress sur les résultats (Simmons & Nelson, 2007). La détresse est définie comme étant une réponse négative à un stress psychologique, perçu par la présence d'états psychologiques négatifs (Simmons & Nelson, 2001). À l'opposé, l'eustress est une réponse positive à un facteur de stress, indiqué par la présence d'états psychologiques positifs (Simmons & Nelson, 2001). L'individu peut donc ressentir du plaisir dans son travail ou se trouver dans une situation stressante, l'obligeant à s'adapter (Simmons & Nelson, 2007).

Ce modèle, qui rejoint la perspective individuelle de l'organisation du travail, permet de séparer et de visualiser les éléments qui améliorent la satisfaction au travail et ceux qui augmentent le stress chez les travailleurs. Contrairement aux autres modèles, celui-ci ajoute que la vie externe au travail, soit la vie privée, peut influencer et améliorer le bien-être psychologique au travail ou accroître la détresse psychologique, selon la situation de l'employé. Pour un gestionnaire qui souhaite augmenter individuellement la satisfaction de ses employés, ce modèle présente les éléments à considérer lorsque des changements doivent être apportés dans l'organisation. L'aspect individualiste du modèle empêche son application dans les milieux du système de santé.

Figure II : Modèle holistique du stress de Nelson et Simmons (2003)



#### 2.3.4 *Modèle de Kristensen (1999)*

Le modèle de Kristensen (1999), présenté au *tableau 4*, se fonde sur trois éléments, soit l'individu, le travail et la société. L'organisation du travail, dans ce modèle, est représentée par les dimensions de base des facteurs de stress que sont : la prévisibilité d'un travail, le soutien social, la signification de l'emploi, l'influence, les demandes, les efforts et les récompenses (Kristensen, 1999).

La satisfaction individuelle au travail est la base de ce modèle théorique et rejoint la perspective individuelle présentée précédemment. Les éléments du travail, ou dimensions de base, ont donc été mis en lien avec la situation fondamentale de l'individu ainsi que les caractéristiques d'une société. Ce modèle met en lumière ce qui définit un individu, soit sa relation constante avec ce qui l'entoure, c'est-à-dire la société, et son travail. Une modification par rapport au travail ou de la société va influencer l'individu. Ce modèle ne présente pas l'étendu des modalités de l'organisation du travail ce qui limite l'utilisation de celui-ci pour cette recherche.

Tableau 4 : Modèle de Kristensen (1999)

Situation fondamentale de l'individu (individuel)	Dimension de base des facteurs de stress (travail)	Caractéristique d'une société en santé (société)
Mort (nous allons tous mourir, mais nous ne savons pas quand)	Degré de prévisibilité	Risques de base
Isolation (nous sommes, au fond, seuls, mais nous ne pouvons survivre qu'avec les autres)	Degré de soutien social	Intégration sociale
Insignifiance (il n'y a pas de sens donné à la vie, il faut en créer un nous-mêmes)	Degré de signification	Culture et religion
Liberté (nous sommes libres de choisir, mais limités par les conditions sociales)	Degré d'influence	Démocratie
Injustice (la vie est au fond injuste, mais nous avons un grand besoin de justice)	Effort/Récompense	Justice
Survie (nous devons survivre et nous reproduire)	Demandes	Production et reproduction

Les modèles qui ont été présentés proviennent surtout du domaine de la gestion d'entreprise. L'organisation du travail est représentée dans chaque modèle par différentes composantes qui sont mises en relation et permettent de mieux comprendre comment on peut agir sur les besoins des employés, leur environnement de travail et les modalités de leur travail pour augmenter leur satisfaction et leur rendement. Ces modèles ont aussi inspiré des travaux dans le domaine des sciences infirmières, mais ont dû être adaptés pour tenir compte de la spécificité des services infirmiers et du domaine du soin. Aucun des modèles prend comme objectif de connaître les préférences des employés pour permettre d'assurer leur satisfaction au travail. Cette étude tente de combler ce manque en prenant l'angle des employés plutôt que l'angle de la gestion.

## *2.4 Approches d'organisation du travail dans le domaine des sciences infirmières*

Dans cette section, les approches d'organisation du travail dans les écrits en sciences infirmières seront abordées. Les recherches infirmières, dans ce domaine, approchent l'organisation du travail autour de trois thématiques, soit la dotation en personnel, l'environnement de travail et les processus de travail ou de soins.

### *2.4.1 Dotation en personnel*

La dotation en personnel est définie comme étant un équilibre que chaque unité de l'organisation doit atteindre entre le nombre d'employés disponible dans l'unité, le budget du département ainsi que l'offre et la demande de soins de la clientèle (Needleman & al., 2006). Les recherches sur la dotation dans le domaine des soins infirmiers couvrent trois principaux aspects : l'acquisition et le déploiement des ressources humaines, les conditions de travail et les processus d'intégration et d'orientation.

*Acquisition et déploiement des ressources humaines.* En ce qui concerne les soins infirmiers, l'acquisition et le déploiement des ressources humaines se rapportent à la disponibilité de la main-d'œuvre, au nombre d'employés travaillant dans un milieu, au recours au personnel d'agence et à l'utilisation adéquate des compétences des employés (Sanchez McCutcheon & al., 2006). L'acquisition et le déploiement des ressources humaines permettent de répondre adéquatement à l'offre et à la demande en soins infirmiers afin d'atteindre les objectifs de l'organisation en lien avec les soins aux patients. Des décisions inadéquates à cet égard



peuvent entraîner une diminution de la qualité des soins offerts aux patients ainsi qu'une diminution de la satisfaction des infirmières et des patients (Ruggiero & Pezzino, 2006). Plusieurs facteurs externes peuvent influencer les besoins en ressources humaines, soit les tendances démographiques, le vieillissement de la population active, le progrès technologique, l'équilibre entre le travail et la vie personnelle, ainsi que les décisions politiques (El-Jardali & Fooks, 2005).

Conditions de travail. Les conditions de travail, tout comme dans la gestion, incluent la charge et les horaires de travail, les statuts et la stabilité d'emploi ainsi que les congés et autres avantages. Ces éléments peuvent avoir une incidence sur la dotation, la capacité à retenir les employés et à assurer leur stabilité dans le milieu de travail devenant plus difficile. De mauvaises conditions de travail peuvent mener à des complications en ce qui concerne la santé physique et psychologique des infirmières, soit de plus nombreuses blessures physiques, l'augmentation du stress, de l'insatisfaction et de la détresse psychologique (Gagnon & Paquet, 2009). Ces complications entraînent une augmentation de l'absentéisme, du roulement de personnel et du nombre d'heures supplémentaires. Les gestionnaires doivent adapter les conditions de travail des infirmières afin d'augmenter la performance et la satisfaction de celles-ci par rapport à leur travail et leur environnement de travail pour réduire l'impact de ces complications (Smith, 2006).

Processus d'intégration et d'orientation. Un dernier élément en lien avec la dotation en personnel est le processus d'intégration et d'orientation du personnel infirmier. Cet élément implique qu'une orientation et de la formation sont offertes aux infirmières dans les milieux de

soins afin de mettre à jour et maintenir leurs connaissances et, ainsi, offrir les meilleurs soins possibles aux patients. L'organisation doit donc mettre en place des activités permettant d'acquérir et d'utiliser un ensemble de connaissances et de compétences pour répondre adéquatement à la demande de soins et offrir des soins de qualité aux patients.

#### *2.4.2 Environnement de travail ou de pratique*

L'environnement de travail est défini comme un ensemble de caractéristiques organisationnelles qui facilitent ou limitent la pratique infirmière professionnelle et qui influencent le travail (Gouvernement du Canada, 2012; Lake, 2002). Ces caractéristiques observées dans les « magnet hospitals » incluent entre autres : la participation des infirmières dans les prises de décision, les structures de soutien à la qualité des services infirmiers, les compétences des infirmières gestionnaires, le leadership et le soutien des infirmières, l'adéquation aux effectifs et aux ressources ainsi que les relations entre médecins et infirmières (Lake, 2002). L'environnement de travail inclut également des aspects physiques, sociaux, environnementaux et psychologiques. Sur le plan physique, ces aspects impliquent les odeurs, le bruit, la qualité de l'air, la lumière, l'exposition à des produits toxiques, la température ambiante, l'humidité et l'esthétique de l'environnement (Applebaum, Fowler, & Fiedler, 2010). L'environnement de travail physique peut influencer positivement ou négativement le niveau de stress des travailleurs, ce qui peut avoir un impact sur la satisfaction au travail et sur l'intention de quitter son emploi (Applebaum & al., 2010). De plus, l'environnement peut avoir des conséquences en ce qui concerne la performance et la compétence des employés, le nombre de blessures et d'erreurs commises ainsi que le degré de

fatigue. Le fait d'éliminer les facteurs stressants de l'environnement peut accroître la satisfaction et la rétention des infirmières dans les milieux de soins (Applebaum & al., 2010).

Les études sur les « magnet hospitals » ont permis de démontrer que des caractéristiques organisationnelles satisfaisantes pour les infirmières augmentent la rétention, l'engagement et la satisfaction au travail de celles-ci (Upenieks, 2005). De plus, un milieu de soins offrant des services infirmiers de qualité a pour résultat des soins supérieurs en terme de qualité et une mortalité moins élevée (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Tourangeau & Cranley, 2006). Les types de soutien et de leadership fournis par les gestionnaires aux infirmières sont des facteurs déterminants pour aider à l'offre de services de santé qui seront adéquats pour les patients (Smith, 2006).

#### *2.4.3 Processus de soins*

Les processus de soins réfèrent aux services et activités que les professionnels fournissent aux patients dans le but d'offrir des soins de qualité (Sidani, Doran, & Mitchell, 2004). Ils indiquent ce que les infirmières font pour, avec et pour le compte des patients et de leur famille afin d'améliorer leur état de santé. Les processus de soins ont un impact direct sur le niveau de mortalité et de survie des patients et ont des implications pour la gestion des hôpitaux et la pratique clinique (Tourangeau & Cranley, 2006). Les processus de soins incluent les modèles de soins qui précisent la manière dont les rôles et responsabilités des infirmières doivent être effectués. Ils intègrent les modalités de prise en charge et les procédures qui encadrent la pratique clinique (Sidani & al., 2004).

Différents modèles conceptuels en soins infirmiers permettent de définir et conceptualiser les processus de soins. L'un de ces modèles est le Caring qui est défini comme étant des interventions faites par les infirmières pour assurer le bien-être des patients lorsqu'elles donnent des soins (Watson, 2012). Une infirmière qui imprègne ses soins de caring se soucie du bien-être du patient, l'écoute, le soutien dans ses décisions, est présente émotionnellement pour lui et fait pour le patient ce qu'il ne peut faire par lui-même (Watson, 2012). L'utilisation du caring accroît la satisfaction des patients et améliore l'expérience de travail des infirmières (Watson, 2012). Par ailleurs, le caring, pour les gestionnaires ou pour l'organisation, pourrait être vu comme une référence au soutien social des supérieurs et de l'organisation. Un gestionnaire ou une organisation qui teintent leur travail du modèle du caring se soucieront du bien-être de leurs employés et de leur satisfaction au travail afin de leur permettre une expérience de travail positive. De plus, les gestionnaires utilisant le caring auront à cœur de bonifier des questions telles que les conditions d'emploi, la charge de travail, la rémunération, la prise en compte de l'opinion lors des décisions. Le caring propose des interventions en vue d'augmenter la satisfaction et permettre une plus grande attention aux besoins des employés (Watson, 2012).

Le modèle de McGill qui s'inscrit dans l'école de l'apprentissage de la santé offre un autre exemple d'efforts de conceptualisation des processus de soins infirmiers (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010). Ce modèle a comme but premier le maintien, le renforcement et le développement de la santé des patients et de leur famille, par la collaboration et le partenariat (Allen, 1983). Les infirmières qui utilisent le modèle McGill dans leur processus de soins vont éduquer les patients et les aider à adopter des comportements sains et développer

leur potentiel de santé (Allen, 1983). Selon Allen (1983), l'objectif pour l'infirmière est que le patient et sa famille soient autonomes après son départ de l'hôpital. Sous un autre angle, pour une organisation, ce modèle représente la collaboration, la communication et le partenariat entre ses travailleurs, que ce soit au sein d'une unité de soins ou entre les gestionnaires et le personnel, afin de maintenir, renforcer et développer la satisfaction dans l'organisation (Allen, 1983).

*Distribution des rôles et responsabilités.* Les processus de soins font aussi référence à la distribution des rôles et responsabilités. Lorsque l'on parle des rôles et responsabilités, c'est en lien avec le travail clinique dont les infirmières doivent s'acquitter dans les milieux de soins afin de répondre aux besoins des patients. La distribution des rôles et responsabilités rejoint la dimension verticale et la dimension horizontale de la perspective institutionnelle de l'organisation du travail. Dans le contexte des services infirmiers, les tâches sont réparties entre différents niveaux hiérarchiques qui impliquent les gestionnaires, les infirmières-chefs, les assistantes infirmière-chef, les infirmières ainsi que les infirmières auxiliaires. Ceci représente la dimension verticale de cette structure. Dans les équipes de soins, des groupes d'intervenants ayant des niveaux de formation, des habiletés, des expériences et des compétences différentes sont en relation afin de remplir les rôles et responsabilités exigés par le milieu de travail. L'enjeu pour l'organisation du travail est que chaque individu remplisse ses rôles et responsabilités dans la pleine mesure de ses moyens. Ceci se rapporte à la dimension horizontale.

Deux problèmes peuvent être liés à la distribution des rôles. Tout d'abord en ce qui a trait à la dimension verticale, une mauvaise compréhension en ce qui concerne la distribution des rôles et responsabilités peut survenir. L'ambiguïté des rôles apparaît lorsque la répartition des tâches est mal organisée ou lorsque les critères d'évaluation du travail sont imprécis; le conflit de rôle se produit plutôt lorsque des consignes contradictoires sont données à une infirmière (Stordeur & al., 1999). L'ambiguïté et le conflit des rôles peuvent survenir lorsque l'identité de l'employé n'est pas établie, ce qui a comme conséquence de limiter son autonomie et sa liberté (Hayes & al., 2004). Dans cette situation, l'employé ne connaît pas ses rôles et responsabilités et son environnement de travail adéquatement pour pouvoir travailler à son plein potentiel.

Un deuxième enjeu est la sous-utilisation de l'étendue de la pratique des professionnels et se rapporte à la dimension horizontale de l'organisation du travail. Cette situation se produit lorsque les compétences de certains membres de l'équipe de soins ne sont pas pleinement utilisées par les milieux de soins, ce qui peut apporter de la frustration chez le personnel soignant (Hayes & al., 2004). L'étendue de la pratique infirmière inclut l'évaluation et la planification, l'enseignement, la communication, la surveillance, à la qualité des soins et la mise à jour des connaissances (D'amour & al., 2012). D'amour et al. (2012) décrivent quatre approches qui permettent d'augmenter la portée de la pratique des soins infirmiers : la modification de l'environnement de pratique, la modification des modèles de soins en mettant l'accent sur les fonctions des soins infirmiers de base, la révision des structures de l'emploi et des descriptions des postes, ainsi que les initiatives dans le développement du personnel.

#### *2.4.4 Préférences des infirmières quant à l'organisation de leur travail*

Aucune étude qui examine de manière spécifique les préférences des infirmières en lien avec les modalités de l'organisation du travail n'a été trouvée, mais plusieurs recherches ont permis d'identifier divers aspects de l'organisation du travail qui améliorent la satisfaction au travail des infirmières et des patients. L'intérêt des écrits du domaine des sciences infirmières est qu'ils portent attention aux liens entre l'organisation du travail d'une part et la qualité des soins aux patients, la satisfaction et le bien-être de l'infirmière d'autre part.

La satisfaction au travail est définie comme étant le niveau auquel les employés aiment leur emploi (Zangaro, & Soeken, 2007). Cela signifie qu'un employé satisfait va aimer son travail; à l'inverse, un employé insatisfait ne va pas aimer son emploi. De plus, ce qui rend un travail satisfaisant, ou non, ne dépend pas seulement de la nature du travail lui-même, mais aussi des attentes de l'individu par rapport à ce que le travail devrait lui fournir (Lu, While & Barriball, 2005).

Plusieurs éléments de l'organisation du travail ont été associés à des résultats positifs pour les patients. Ces éléments sont : la quantité de personnel soignant disponible, la stabilité des équipes de travail, les charges de travail, les heures de travail, la qualité des soins et les responsabilités des infirmières (Gagnon & Paquet, 2009).

Il a été observé que lorsque la dotation en personnel diminue, l'incidence des événements indésirables, tels que les erreurs de médicaments, les chutes et les décès,

augmente (Ellis, Priest, MacPhee & Sanchez McCutcheon, 2006). À l'opposé, lorsque les niveaux de dotation sont augmentés, la satisfaction des infirmières augmente, les événements indésirables diminuent et les séjours en centre hospitalier sont moins longs (Amaravadi, Dimick, Pronovost, & Lipsett, 2000). La dotation en personnel a donc un lien direct avec la santé et la sécurité des patients. En lien avec la dotation en personnel, il est possible d'observer que des charges de travail adéquates et des heures de travail n'ayant pas été allongées amènent de la satisfaction aux infirmières, ce qui a un impact positif sur la sécurité et la qualité des soins offerts (Trinkoff, & al., 2006). Par rapport à l'environnement de travail et les processus de soins, il a été observé que lorsque le niveau de qualité des soins augmente, le stress des infirmières diminue, ce qui a un effet positif sur la santé et le rétablissement des patients (Zeytinoglu, & al., 2007).

Plusieurs éléments de l'organisation du travail ont été associés dans d'autres écrits à une meilleure satisfaction au travail des infirmières. En lien avec la dotation en personnel, des méta-analyses ont permis d'observer que les infirmières sont satisfaites de leur salaire, des congés qui leur sont attribués, des horaires de travail et de la gestion des ressources humaines (Lu, While, & Barriball, 2005; Zangaro, & Soeken, 2007). Elles sont aussi satisfaites lorsque leur charge de travail est prévisible, lorsqu'il n'y pas de demande d'heures supplémentaires obligatoires et lorsque la dotation en personnel est adéquate (Lu, While, & Barriball, 2005; Zangaro, & Soeken, 2007).

Par rapport à l'environnement de travail, divers facteurs comme l'offre des services d'une garderie dans les milieux de soins, les installations physiques, les récompenses offertes



pour le travail effectué, le respect reçu de la part des supérieurs, le leadership des supérieurs et l'autonomie ont été associés à une plus grande satisfaction (Hayes, & al., 2006, Lu, While, & Barriball, 2005; Zangaro, & Soeken, 2007). D'autres études ont démontré que la cohésion de l'équipe de travail, la relation avec les pairs et la collaboration avec les médecins augmentent la satisfaction au travail des infirmières (Lu, While, & Barriball, 2005; Zangaro, & Soeken, 2007). Une cohérence dans les demandes, une diminution de la pression externe, la possibilité d'avancement professionnel, un contrôle sur le travail à effectuer, de bonnes relations avec les supérieurs et une possibilité d'influencer les décisions prises par les gestionnaires ont été associés à de la satisfaction chez les infirmières (Lu, While, & Barriball, 2005; Zangaro, & Soeken, 2007).

Pour la troisième modalité, soit les processus de travail, des facteurs comme la qualité de la pratique professionnelle et des soins offerts aux patients peuvent contribuer à améliorer la satisfaction des infirmières (Lu, While, & Barriball, 2005). Par contre, l'ambiguïté et le conflit des rôles et les normes entourant les processus de soins apportent de l'insatisfaction chez les infirmières (Lu, While, & Barriball, 2005).

### *2.5 Modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté*

En tenant compte de la recension des écrits, le modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté (*figure III*) utilisé pour cette étude conceptualise l'organisation du travail dans le contexte des soins infirmiers comme la résultante de trois principales modalités : les processus de soins et de travail, la dotation en personnel et l'environnement de

travail. Les processus de soins concernent les activités réalisées par les infirmières auprès des patients hospitalisés (Sidani & al., 2004). La dotation réfère à l'équilibre qui doit être atteint dans l'unité de soins entre le nombre d'employés, le budget et l'offre et la demande de soins de la part des patients (Needleman & al., 2006). L'environnement de travail réfère à différentes caractéristiques organisationnelles qui peuvent soutenir ou contraindre la pratique infirmière (Gouvernement du Canada, 2012; Lake, 2002).

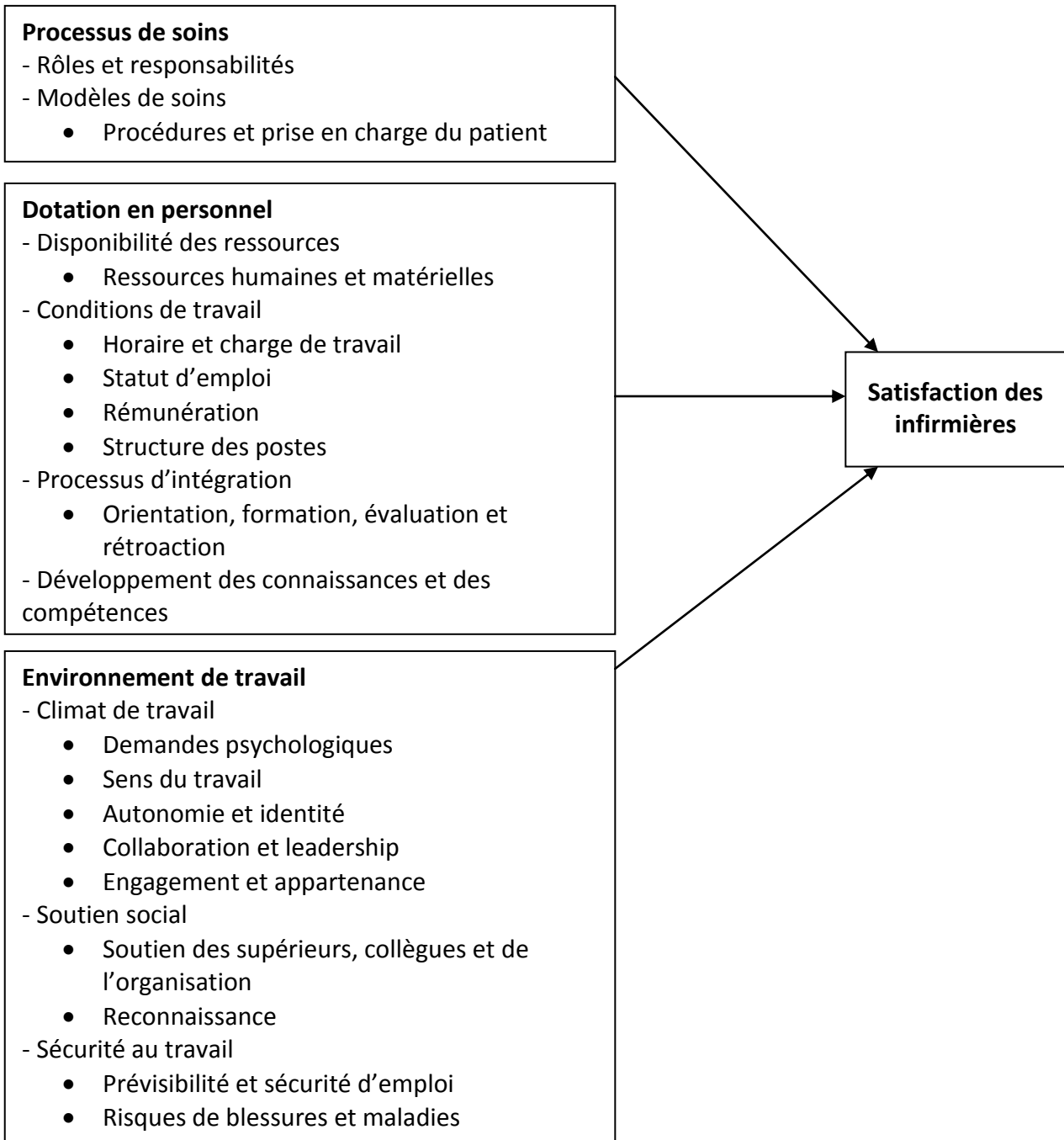
Un certain nombre de composantes ont été proposées dans la littérature pour opérationnaliser chacune des modalités. En ce qui concerne les processus de soins, les composantes d'intérêt concernent : les rôles et responsabilités et les modèles de soins. Les rôles et responsabilités recourent tout ce qui est inclus dans le travail clinique fait par les infirmières (St-Onge & al., 2009), alors que les modèles de soins se rapportent aux modalités de prise en charge, aux procédures qui encadrent la pratique clinique (Sidani & al., 2004). Les modèles de soins indiquent la manière d'exercer les rôles et responsabilités (Sidani & al., 2004). Du côté de la dotation en personnel, les composantes répertoriées dans la littérature sont : la disponibilité des ressources humaines et matérielles, les conditions de travail, les processus d'intégration ainsi que le développement des connaissances et des compétences. La disponibilité des ressources réfère à la présence dans l'unité de ressources suffisantes et une utilisation adéquate du personnel et du matériel (Sanchez McCutcheon & al., 2006). Les conditions de travail réfèrent à la charge de travail, l'horaire, la rémunération, la structure des postes et le statut d'emploi. Les processus d'intégration se rapportent à la formation et à l'orientation adéquates du personnel soignant afin d'assurer son bon fonctionnement dans l'unité. L'environnement de travail couvre : le climat de travail, le soutien social ainsi que la

sécurité au travail. Le climat de travail réfère au sentiment d'appartenance, d'engagement, d'autonomie, d'identité et de collaboration. Le soutien social inclut le soutien affectif des collègues, supérieurs et de l'organisation ainsi que le soutien cognitif et la reconnaissance (Hayes & al., 2004). La sécurité réfère au degré de prévisibilité qu'offre un emploi (Kristensen, 1999).

Les quatre modèles théoriques qui ont été présentés précédemment dans la section 2.3, soit le modèle des dimensions fondamentales de l'emploi, le modèle sociotechnique, le modèle holistique du stress de Nelson et Simmons (2003) et le modèle de Kristensen (1999), n'incluent pas nécessairement dans chaque cas les trois modalités du domaine des soins infirmiers. Le modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté proposé pour cette recherche reflète une synthèse de la littérature et combine différents modèles et perspectives du domaine de la gestion et des sciences infirmières. Il a été adapté de Kristensen (1999), Nelson et Simmons (2003), St-Onge et al. (2009), ainsi que d'Hackman et Oldham (1980). Il permet de couvrir les différentes modalités de l'organisation du travail des infirmières tout en tenant compte des spécificités des soins infirmiers. Les modalités de l'organisation du travail contribuent à la satisfaction du personnel infirmier.

Le modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté permettra d'orienter l'étude afin de répondre aux deux questions de départ et en particulier pour connaître les préférences des infirmières qui mènent à leur satisfaction au travail. Ce modèle, contrairement aux autres modèles présentés dans la section 2.3, inclus un plus grand éventail de modalités pouvant s'étendre du domaine de la gestion au domaine des sciences infirmières.

Figure III : Modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté : Modalités de l'organisation du travail des infirmières



## **Chapitre 3 : Méthodologie**

Cette section est organisée en neuf parties qui couvrent les différents aspects méthodologiques de cette étude : le devis de recherche, le milieu de l'étude et la population cible, l'échantillonnage, le Portrait des participantes, la structure organisationnelle du département de médecine sélectionné, la collecte de données, l'analyse des données, les considérations éthiques et les critères de qualité.

### *3.1 Devis de recherche*

Pour cette étude qualitative, un devis exploratoire descriptif a été utilisé. Un devis qualitatif permet de recueillir des informations riches et approfondies afin d'éclairer les aspects d'un phénomène particulier (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Une recherche exploratoire a pour objectif de combler une lacune sur un sujet particulier de la littérature (Fortin, Côté, & Fillion, 2006). Cette étude explore les conceptions et les préférences des infirmières par rapport aux composantes d'organisation de leur travail. Ce choix est approprié à la situation, car peu de recherches ont exploré les conceptions et les préférences des infirmières en centre hospitalier par rapport aux diverses composantes de l'organisation du travail. Le devis exploratoire descriptif a permis de recueillir une information détaillée auprès d'un échantillon d'infirmières travaillant en centre hospitalier et de saisir dans ces divers aspects leurs conceptions et préférences par rapport aux modalités de l'organisation du travail.

### *3.2 Milieu d'étude et population cible*

L'hôpital sélectionné pour la recherche est un hôpital francophone Montréalais affilié à l'Université de Montréal. C'est un établissement qui est particulièrement engagé dans la mise en œuvre des changements pouvant améliorer les conditions de travail des infirmières. De plus, on y a implanté récemment plusieurs projets de réorganisation du travail comme, par exemple, le réaménagement des horaires de travail, l'introduction des infirmières auxiliaires dans certains départements, des changements dans les rôles. Pour tenir compte du bassin d'infirmières et optimiser le processus de recrutement, une unité de médecine a été sélectionnée. Cette unité fait face, comme c'est le cas pour l'ensemble des services, à des enjeux associés à l'organisation du travail des infirmières. Les besoins en ressources humaines infirmières y sont importants. Cette unité est ouverte à mettre en œuvre des changements pouvant améliorer la situation des infirmières au travail. Dans l'unité, il y a une trentaine de lits et 40 infirmières réparties entre trois quarts de travail. Étant donné le roulement du personnel dans les unités, il y a des infirmières de tous âges, dont certaines ayant accumulé plusieurs années d'ancienneté. Des postes à temps plein et à temps partiel sont offerts sur ces unités. La sélection des participantes à l'étude a pu inclure des infirmières ayant différents profils professionnels (ancienneté, diplômes obtenus, expériences de travail, statut d'emploi).

### *3.3 Échantillonnage*

Plusieurs critères de sélection ont guidé l'échantillonnage. Un échantillon de huit infirmières a été constitué parmi celles travaillant sur l'unité de médecine. Les critères

d'inclusion étaient : 1) être membre de l'ordre de l'OIIQ; 2) avoir au moins un an d'ancienneté dans le département et en tant qu'infirmière; 3) avoir un contact direct avec les patients en termes d'offre de soins; 4) avoir travaillé dans les six derniers mois, afin que la participante ait eu connaissance des derniers changements dans le département; 5) pouvoir lire, parler et comprendre le français. Ces critères visent à assurer que les participantes connaissent bien leur milieu de travail et les modalités d'organisation du travail pour lesquels elles pourront exprimer des préférences.

L'échantillon a été constitué par choix raisonné qui est une méthode d'échantillon non probabiliste qui consiste à choisir les participantes ayant des profils variés pour cette recherche (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Cette méthode a permis d'avoir un échantillon varié qui inclut plusieurs aspects particulier de la population étudiée et répondant aux critères de sélection.

La direction des services infirmiers de l'établissement sélectionné et l'infirmière-chef du département choisi ont été rencontrées en mars 2013 pour discuter de l'étude et aider dans la prise de contact avec des infirmières de l'unité choisie. L'infirmière-chef a été d'une grande aide pour permettre d'exposer et d'expliquer le projet aux infirmières de l'unité en mars et en avril 2013 lors de leur rencontre d'équipe sur le quart de jour. De ces rencontres, deux infirmières ont voulu prendre part à l'étude. Les informations ont été transmises par l'infirmière-chef sur les quarts de soir et de nuit; deux infirmières ont souhaité participer. De plus, l'infirmière-chef a rencontré personnellement les infirmières qui selon elle voudrait participer, ce qui a amené quatre nouvelles participations. Des lettres de recrutement pour

participer à la recherche ont été déposées dans la salle à manger de l'unité de médecine afin de recruter des participantes (*annexe 1*). Les infirmières communiquaient avec l'infirmière-chef ou utilisait les numéros indiqués sur la lettre de recrutement pour cédule une entrevue. Les infirmières étaient informées qu'elles pouvaient à tout moment quitter l'étude.

Des infirmières des trois quarts de travail ont été sélectionnées afin de pouvoir rendre compte des différences de perception des différents groupes. Par ailleurs, pour cette recherche, les infirmières d'agence et les infirmières d'équipe volante n'ayant pas un équivalent de temps plein ou partiel sur l'unité de médecine, les infirmières auxiliaires ainsi que l'infirmière-chef sont exclues, car elles ne vivent pas les mêmes situations face aux modalités d'organisation du travail que les infirmières qui sont en contact direct avec les patients.

### *3.4 Portrait des participantes*

Huit infirmières œuvrant dans le département de médecine ont été interrogées durant cette étude. Le *tableau 5* présente un résumé du profil des participantes. Ce tableau a pu être établi grâce au questionnaire sociodémographique qui a été rempli par les participantes (*annexe 2*).

Il est possible de voir que les infirmières rencontrées ont des profils différents selon leur âge, leur étude, leur titre d'emploi, leur ancienneté et leur quart de travail. Deux infirmières, en plus d'avoir un titre d'emploi d'infirmière ou d'infirmière clinicienne, sont



assistantes infirmière-chef à temps plein. Il en est de même pour quatre infirmières qui remplacent à temps partiel les assistantes infirmière-chef.

Tableau 5 : Portrait des participantes

Caractéristiques	Nombre
Âges	
18-45 ans	2
46-55 ans	4
56 et plus	2
Ancienneté dans la profession	
1-10 ans	3
11 et plus	5
Dernier degré d'étude complété dans la profession	
DEC	4
BAC	4
Titre d'emploi	
Infirmière	4
Infirmière clinicienne	4
Autres responsabilités professionnelles	
AIC	2
AIC remplaçante	4
Aucune	2
Années d'ancienneté dans le département	
1-3	2
4-10	3
11 et plus	3
Quart de travail	
Nuit	2
Jour	4
Soir	2

### *3.5 Organisation des soins infirmiers dans le département sélectionné*

Les soins infirmiers dans le département de médecine sont sous la responsabilité de la direction des soins infirmiers qui a comme attributions de contrôler la qualité des activités

professionnelles et du développement de la pratique professionnelle (Ordre des infirmières et infirmiers Québec, 2013). Ensuite, l'infirmière-chef du département a comme rôles de diriger, surveiller et coordonner les activités des employés du département; l'assistante du supérieur immédiat est la personne-ressource auprès des collègues de travail et remplace l'infirmière-chef lors celle-ci est absente. De plus, elle planifie, supervise et coordonne les activités durant son quart de travail. Pour leur part, les infirmières assurent la responsabilité des soins infirmiers par l'évaluation de l'état de santé et la réalisation du plan de soins et de traitements. Elles peuvent avoir le rôle de leader auprès des infirmières auxiliaires. Elles doivent superviser les infirmières auxiliaires dans leurs soins en situation de triade : une infirmière pour deux infirmières auxiliaires. Les infirmières auxiliaires contribuent à l'évaluation de l'état de santé des patients présents dans le département, aident à la réalisation du plan de soins et prodiguent des soins et traitements infirmiers et médicaux.

Deux projets ont été mis en place au cours de la dernière année dans le département de médecine dans une perspective d'amélioration de l'organisation du travail, soit le *projet d'intégration des infirmières auxiliaires* et le *projet d'accessibilité*.

Projet d'intégration des infirmières auxiliaires. Depuis 2008, sur plusieurs départements, les infirmières auxiliaires ont été réintégrées. Le but de ce projet était de trouver une solution à la pénurie d'infirmières et de donner des soins de qualité aux patients. Dans le cadre de ce projet, une vingtaine d'infirmières auxiliaires ont été introduites. Ceci a aussi amené à revoir le déploiement des équipes de travail par la collaboration des infirmières et des infirmières auxiliaires en créant «la triade». Cette équipe est constituée d'une infirmière leader et de deux

infirmières auxiliaires supervisées. L'infirmière a comme tâche de superviser les infirmières auxiliaires dans leurs soins aux patients, de s'assurer que tous les soins sont faits, ainsi que de compléter les soins qui ne peuvent être réalisés par les infirmières auxiliaires. Les infirmières auxiliaires font les soins directs aux patients. Avant l'implantation de ce projet, les infirmières étaient seules à donner les soins aux patients. Maintenant, elles peuvent compter sur le soutien et l'aide des infirmières auxiliaires pour assurer ses tâches.

Projet d'accessibilité. Ce projet a été commencé en 2013 et planifié pour apporter les changements prévus sur plusieurs années. L'objectif du projet est d'augmenter l'accessibilité aux lits pour monter les patients le plus rapidement possible sur les étages et permettre de préparer la chambre selon les besoins du patient avant son arrivée dans la chambre. Un programme informatique permet aux infirmières du département d'accéder aux informations des patients qui sont attribués aux chambres du département pour pouvoir préparer la chambre avant l'arrivée des patients. Un bureau de projet est en place pour diriger ce projet d'accessibilité. Ce projet est toujours en cours d'implantation dans l'hôpital.

### *3.6 Collecte de données*

La collecte de données a été effectuée au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées afin de permettre aux participantes de parler de leur situation. Le bureau de l'infirmière-chef a été utilisé pour effectuer les entrevues, car cet endroit permettait d'assurer la confidentialité des participantes. Les entrevues, d'une durée d'environ 45 à 60 minutes, ont été enregistrées à l'aide d'un audiophone afin de permettre la retranscription à des fins

d'analyse. Au total, huit entrevues ont eu lieu en avril 2013. Une redondance des données a été atteinte après huit entrevues. La recherche de participante a cessé à ce moment.

Avant le début de l'entrevue, des informations concernant le processus de recherche ont été rappelées aux participantes, soit le but, les objectifs et la durée de l'entrevue, la confidentialité des participantes ainsi que la possibilité de mettre fin à sa participation à l'étude. Le formulaire de consentement a été signé avant de commencer l'entrevue (*annexe 3*).

### *3.6.1 Outils de collecte de données*

Dans un premier temps, un guide d'entrevue a été constitué à partir des éléments inclus dans le modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté (*annexe 4*). Ce document a servi pour diriger les entrevues afin d'obtenir les informations nécessaires pour répondre aux deux questions de recherche. Un pré-test a été effectué afin d'assurer la qualité du guide d'entrevue, de la clarté des questions et faire les ajustements nécessaires. De plus, les entrevues ont été analysées au fur et à mesure qu'elles ont été réalisées pour s'assurer que les résultats recueillis répondaient aux questions de départ. Des notes portant sur les observations faites et les impressions ressenties lors des entrevues ont été consignées dans un journal de bord pour approfondir les réflexions apparues durant les entrevues.

### *3.7 Analyse des données*

L'analyse des données a été effectuée en utilisant la technique d'analyse de contenu et en suivant les étapes proposées par Miles et Huberman (2003). De plus, le logiciel Atlas TI a été utilisé pour faire l'analyse des données recueillies. Premièrement, la lecture des données recueillies a été accomplie afin de prendre connaissance des verbatim des participantes. Deuxièmement, la définition des catégories de classification des données recueillies, ou liste de code, a été réalisée pour guider l'analyse des verbatim. Troisièmement, les verbatim ont été analysés à l'aide de ces codes. Quatrièmement, une synthèse et une interprétation des verbatim ont été effectuées à l'aide des thèmes inclus dans le modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté pour permettre une formulation des résultats. Cette démarche d'analyse a permis de mettre en lumière les éléments principaux concernant les conceptions et préférences des infirmières par rapport aux modalités d'organisation de leur travail à l'aide des codes sortis de l'analyse. La transcription de chaque entrevue a été acheminée à l'infirmière concernée pour lui permettre de modifier, d'ajouter ou de retirer des éléments. Ainsi, s'il y avait des éléments qu'elles avaient oubliés d'indiquer, elles pouvaient l'ajouter ou à l'opposé, s'il y avait des éléments qu'elles souhaitaient retirer, elles pouvaient le faire. De plus, elles pouvaient se retirer de l'étude à tout moment, même après la révision de l'entrevue. Cette étape a permis de clarifier et confirmer l'interprétation.

### *3.8 Considérations éthiques*

Avant de réaliser l'étude dans le milieu désiré, celle-ci a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université de Montréal en janvier 2013 ainsi que le comité d'éthique de l'hôpital sélectionné en mars 2013 (*annexe 5*). Les infirmières qui ont souhaité participer à l'étude, sur une base volontaire, ont rempli un formulaire de consentement libre et éclairé. Les buts et objectifs de l'étude, le droit de quitter l'étude à tout moment, le respect de la confidentialité et de l'anonymat des participants ainsi que les éventuels impacts positifs et négatifs ont fait partie de la présentation avant la signature du consentement. La confidentialité des participantes a été assurée par l'utilisation de codes dans les documents d'analyse. De plus, le matériel enregistré sera gardé sous clé pendant sept ans et détruit par la suite. Les participantes ont été informées qu'à tout moment, si elles le désirent, elles pourront se retirer de l'étude sans conséquence sur les plans professionnel et personnel.

### *3.9 Critères de qualité*

Quatre critères de qualité ont guidé la réalisation de cette étude : la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Le *tableau 6* présente un résumé des actions qui ont été entreprises en regard chaque critère.

### *3.9.1 Crédibilité*

D'abord, la crédibilité vise la confiance que les lecteurs peuvent avoir dans la véracité des résultats de l'étude (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). La validation des transcriptions d'entrevue par les participantes, la validation des codes utilisés lors de l'analyse, l'utilisation du journal de bord ainsi que le questionnaire sociodémographique complété par les participantes avant l'entrevue sont autant de techniques qui ont été utilisées pour assurer la crédibilité des résultats obtenus.

### *3.9.2 Transférabilité*

La transférabilité est définie comme étant le degré à partir duquel les conclusions peuvent s'appliquer à d'autres situations ou contextes particuliers (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). La documentation du contexte de l'étude et les choix de critères d'inclusion et d'exclusion permettant de recruter une diversité d'infirmières dans l'échantillon sont des éléments qui ont visé à augmenter le potentiel de transférabilité des résultats.

### *3.9.3 Fiabilité*

La fiabilité réfère à l'uniformité des données recueillies durant l'analyse de celles-ci (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Dans cette étude, la fiabilité a été assurée par la méthode de reproduction progressive, avec l'aide d'un autre chercheur, soit le directeur de recherche, pour comparer les analyses et les conclusions de la recherche. Le second chercheur

a eu accès en tout temps au contenu des entrevues et a pu ainsi valider les codes utilisés lors de l'analyse des verbatim. Le journal de bord a servi à suivre l'évolution des réflexions de l'analyse du contenu des entrevues.

### 3.9.4 Confirmabilité

La confirmabilité des données recueillies vise à s'assurer de la qualité de l'analyse et de l'interprétation des résultats (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Pour cette recherche, une vérification des résultats par le directeur de recherche, la validation des verbatim par les participantes ainsi que l'utilisation d'un journal de bord ont été effectuées afin de répondre à ce critère.

Tableau 6 Critères de qualité et démarches pour y répondre

Critères de qualité	Démarches
Crédibilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validation des verbatim par les participantes</li> <li>- Journal de bord</li> <li>- Questionnaire sociodémographique</li> <li>- Validation des codes d'analyse</li> </ul>
Transférabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractéristiques détaillées et contexte des participantes</li> <li>- Questionnaire sociodémographique</li> <li>- Critères d'inclusion et d'exclusion</li> </ul>
Fiabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reproduction progressive avec le directeur de recherche</li> <li>- Journal de bord</li> <li>- Validation des codes d'analyse</li> <li>- Validation de l'analyse des verbatim</li> </ul>
Confirmabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérification continue avec le directeur de recherche</li> <li>- Validation des verbatim par les participantes</li> <li>- Journal de bord</li> </ul>



## **Chapitre 4 : Résultats**

Ce chapitre est divisé en deux sections correspondant aux deux objectifs spécifiques de l'étude. La première porte sur les conceptions des infirmières de l'organisation du travail. La deuxième section rapporte les préférences des infirmières en lien avec les modalités de l'organisation du travail.

### *4.1 Conceptions des infirmières de l'organisation du travail*

Cette analyse a permis de faire ressortir deux principaux aspects qui sont prévalants dans les conceptions de l'infirmière par rapport à l'organisation du travail. Le premier se rapporte à la manière dont les rôles sont définis et les tâches sont réparties. Le deuxième a trait à la manière dont le travail est coordonné et les interactions sont organisées entre les membres de l'équipe. Les deux aspects ont été basés sur les réponses des infirmières et les associations qu'elles faisaient dans leurs réponses.

#### *4.1.1 Organisation du travail en tant que définition des rôles et répartition des tâches*

Les huit infirmières rencontrées ont donné écho, de diverses manières, à cette interprétation de l'organisation du travail en termes de définition des rôles et de répartition des tâches. Cette interprétation a été traduite par quatre principales composantes associées à l'organisation du travail : la structure des postes, la charge de travail, la nature du travail des différents groupes d'intervenants et la planification du travail.

Structure des postes. Selon les infirmières, la structure des postes réfère à la manière de déployer les équipes dédiées aux soins dans les différents quarts de travail. Durant un quart de travail, la dispensation des services dépend de la contribution de divers corps de métier soit des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposés. Pour chaque quart de travail, il s'agit donc, d'après les répondantes, de s'assurer que le nombre d'employés et la composition des équipes permettent de répondre aux besoins de l'unité en termes de soins à donner aux patients. Il s'agit aussi d'assurer que les rôles et responsabilités de chaque membre soient prédéfinis par l'organisation. Dans le contexte actuel du département, la structure de poste mobilise des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposés. Les postes offerts pour les infirmières sont : assistante infirmière-chef, infirmière clinicienne et infirmière. Elles peuvent travailler sur le quart de jour, de soir, de nuit ou sur un quart de douze heures, soit de huit heure du matin à vingt heure le soir ou de vingt heure le soir à huit heure le lendemain matin. Une assistante au supérieur immédiat doit être présente sur chaque quart de travail. Pour leur part, les infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires travaillent sur les quarts de travail régulier de jour, de soir ou de nuit.

«C'est dur à dire parce que je fais différents rôles, des fois je suis infirmière, des fois je suis au poste, des fois je suis leader, donc j'essaies de consolider ces trois là. Puis je trouve ça dur parce que des fois, je vais être leader une soirée, une autre soirée je vais être aux patients, une autre soirée je vais être au poste. Des fois j'aimerais que ce soit un petit peu plus stable. [...] Puis comme je te dis le fait de changer souvent de section ou de rôle, ça je ne peux pas vraiment y faire grand-chose, parce que des fois ça dépend vraiment du contexte.»  
(Infirmière D)

Cette structure des postes de travail est considérée comme essentielle pour les infirmières pour assurer un bon fonctionnement et remplir tous les rôles et tâches dans le département. Les répondantes ont mis l'accent sur la stabilité nécessaire dans les structures de

postes. Des problèmes d'instabilité dans les équipes ou des changements trop fréquents dans la structure des postes ont été associés par les répondantes à des ralentissements dans le travail de l'infirmière, des tensions quant aux rôles respectifs de chacun et l'obligation pour les infirmières de devoir se réadapter à chaque fois à une nouvelle façon de travailler.

Charge de travail. La charge de travail se rapporte pour les répondantes à l'exigence des tâches à exécuter par le personnel. Elles ont ainsi associé cet aspect de l'organisation du travail à la fois au quota de patients que chaque infirmière doit prendre en charge, à la lourdeur des cas, à la diversité des tâches à exécuter, incluant la documentation à remplir et le temps d'exécution de ces tâches. Dans les conditions actuelles de fonctionnement du département, le quota de patients assigné aux infirmières est calculé surtout en fonction de la charge de soins estimée pour les patients présents. La charge est distribuée par les AIC qui répartissent les patients entre les infirmières et infirmières auxiliaires. Le quota de patients diffère lorsque les infirmières sont en solo ou en triade. En situation de triade, le quota est de douze patients le jour, seize patients le soir et vingt patients la nuit. En solo, les infirmières ont à leur charge quatre à cinq patients le jour, six à sept patients le soir et neuf à dix patients la nuit.

«L'organisation du travail [...] c'est le quota patients-infirmières, la relation qu'on a avec les infirmières auxiliaires, soit qu'on peut avoir les infirmières auxiliaires à superviser, des fois on a des patients à nous tout seul, donc c'est qu'est-ce qui me vient à l'esprit» (Infirmière B).

Les répondantes ont souligné certaines difficultés qu'elles peuvent ressentir lorsque la charge de travail est mal répartie, entraînant une plus grande lourdeur dans certaines sections et empêchant l'infirmière d'accomplir toutes les tâches demandées par son quart de travail. D'autres difficultés ont été associées à la quantité de documents que doivent rédiger les

infirmières, au dédoublement de certains documents et au travail de supervision des infirmières auxiliaires. En tant que leader de la triade, l'infirmière doit s'assurer que les infirmières auxiliaires connaissent l'état de santé des patients, qu'elles connaissent les tâches qu'elles ont à faire auprès des patients et que les tâches sont bien accomplies.

«Moi je trouve vraiment qu'il y a une grosse carence au niveau des préposés. Au niveau des infirmières, c'est quand même bien depuis qu'ils ont intégré les nouvelles infirmières auxiliaires, notre quota n'est pas si gros que ça. C'est sûr que quand tu as à superviser deux auxiliaires, là ça fait beaucoup de patients à connaître, mais comme tu ne fais pas les soins de base auprès du patient, tu as quand même le temps de fouiller ton dossier.» (Infirmière H)

Nature du travail des différents groupes d'intervenants. Ce troisième aspect a trait à la fois aux rôles respectifs attribués aux infirmières et aux autres membres de l'équipe de soins, à la manière d'offrir les soins aux patients ou d'organiser leur travail auprès des patients et aux interventions effectuées par les membres de l'équipe dans le cadre de leur travail quotidien. Les infirmières ont souligné l'importance d'une part, que les rôles soient clairement définis, et d'autre part que les ressources appropriées soient disponibles pour permettre l'exercice de ses rôles. Pour les répondantes, les rôles infirmiers incluent l'évaluation des patients, l'administration des médicaments, la prise des signes vitaux, les soins spécifiques à l'état du patient et la prise des notes d'évolution. Les infirmières auxiliaires apportent une contribution en lien avec les soins des patients. Les préposés ont aussi leurs rôles à jouer, soit assurer les soins d'hygiène et de confort aux patients. Les assistantes infirmière-chef et l'infirmière-chef garantissent le bon fonctionnement de l'équipe pour que chacun remplisse adéquatement ses rôles.

«Je crois que d'avoir plus de préposés ça aiderait pour effectivement nous décharger du travail physique pour qu'on puisse se consacrer aux patients, aux soins, aux rapports plus aidants avec le patient, plus le soutien psychologique, le suivi et pouvoir mieux encadrer ton patient à tous ces niveaux-là. [Je n'ai pas l'impression d'être utilisée à ma pleine compétence]» (Infirmière B)

Les répondantes ont mis l'accent sur plusieurs difficultés qui peuvent être liées à cet aspect du travail : des rôles mal définis, un manque de personnel de soutien obligeant les infirmières à s'écarter de l'essence de leurs rôles pour suppléer à d'autres et un manque de personnel pour répondre adéquatement aux besoins des patients qui demandent de plus en plus de soins.

«Une autre chose aussi que je trouve qui pourrait s'améliorer c'est toujours un préposé de plus. Ça, c'est un des problèmes. Nous on a parlé de peut-être avoir quelqu'un de midi à huit heure. Quelqu'un qui est là en fin d'après-midi, qui aide pour les soupers, qui est là pour les lunchs aussi l'après-midi. Il peut aider à faire des bains, des douches. Puis nous, à huit heure, il pourrait quitter. Pour aider deux quarts de travail en même temps. Je veux dire, on a toujours parlé de ça, mais ça semblait être impossible. Puis nous, on est frustré des fois, honnêtement, parce que tu vois des choses comme ça, tu passes dans le couloir là-bas et tu as un bel écran. Pourquoi qu'on a de l'argent pour ça, mais on n'a pas d'argent pour mettre un préposé sur l'étage? Donc, il y a des frustrations pour les gens, dans ce sens-là. Ce n'est pas axé sur les patients des fois. Me semble qu'on est un hôpital, c'est supposé... ce n'est pas les beaux bureaux, la belle peinture, les écrans...» (Infirmière G)

Planification du travail. Ce dernier aspect touche à l'organisation de l'éventail de tâches des infirmières. Les infirmières ont souligné que cette capacité à planifier l'ordre des tâches à effectuer durant leur quart de travail et à organiser leurs priorités leur apporte un sentiment d'autonomie, de liberté et de contrôle dans leur travail. Au début du quart de travail, les infirmières évaluent la situation, les besoins et les soins dans leur ensemble pour pouvoir ensuite organiser les priorités. En établissant des priorités, elles peuvent planifier leur quart de travail, s'assurer d'effectuer les soins les plus importants en début de quart, tel que la

médication à donner et les prises de sang à faire à des moments précis, et terminer avec les tâches jugées de moindre importance, tel que mettre à jour le plan thérapeutique infirmier. Les infirmières doivent être capables de gérer leur temps pour «faire toutes leurs tâches et en les exécutant de la meilleure façon pour une meilleure satisfaction des clients et de leur équipe» (infirmière E).

«Une fois que j'ai eu le rapport, je me fais une idée de la situation, et à ce moment-là, bien c'est sûr qu'il y a des priorités. Je commence d'abord à voir c'est quoi mes grosses priorités. Parce qu'il y a toujours des priorités, mais moi, ça va dépendre. Moi je vois toujours ça comme des ballons, un gros ballon, c'est la grosse priorité, puis les ballons vont devenir de plus en plus petits. Puis c'est sûr que je vais finir avec les choses les plus faciles à régler, qui sont quand même importantes, mais qui ne sont pas prioritaires, qui pourraient être laissées pour le quart de travail suivant. Mais je commence toujours par évaluer mes priorités avec l'équipe, avec moi-même ou avec les infirmières auxiliaires qui vont être jumelées avec moi.» (Infirmière A)

Les répondantes ont souligné toutefois que cette planification du travail reste sujette à divers imprévus et que l'infirmière doit pouvoir à tout moment être prête à réévaluer les priorités et s'ajuster, tel que lorsqu'un patient doit se préparer pour aller passer un examen qui n'était pas prévu à l'horaire. Elles peuvent laisser des tâches de moindre importance pour le quart de travail suivant.

«Il y a une blague que nous on fait tout le temps, mettons si on commence à minuit «l'objectif c'est huit heure». C'est toujours de planifier ta journée en fonction du but d'arriver à huit heure. Donc l'organisation du travail c'est ça, mais ça dépend aussi du rôle que tu joues. Si tu es leader, tu as des auxiliaires, si tu es assistante tu as des auxiliaires et tu as des infirmières à gérer aussi, donc automatiquement ça devient totalement une différente organisation du travail.» (Infirmière C)

#### *4.1.2 Organisation du travail en tant que mode de coordination du travail et d'interaction entre les membres de l'équipe de travail*

Cette deuxième conception aura donné lieu dans les propos des répondantes à diverses interprétations de l'organisation du travail qui touchent respectivement les modes d'interaction entre les infirmières, les modes d'interactions entre les infirmières et autres membres de l'équipe de soins, les modalités de coordination organisationnelle, les modes de gestion du travail d'équipe et les modes de communication et de transmission de l'information.

Modes d'interaction entre les infirmières. Ce premier aspect concernant les relations entre les infirmières dans le département touche à la fois le soutien que les infirmières s'offrent de manière réciproque, la collaboration et le climat de travail. Lorsqu'une infirmière n'arrive pas à faire tous ses soins ou qu'un patient décompense, l'infirmière peut alors compter sur ses collègues pour faire ses soins ou pour recevoir des encouragements. Le soutien de l'assistante au supérieur immédiat est considéré d'une grande importance pour assurer la qualité des soins, selon les infirmières rencontrées. Elle est vue comme la chef d'équipe sur l'unité. Les infirmières sont en communication avec leurs collègues et l'AIC, par les comptes-rendus de la journée ou les documents écrits, ce qui assure une bonne continuité des soins.

«Quand on travaille en équipe et que, bien la plupart du temps on travaille en équipe, mais vraiment de voir qu'on a fait une belle job et que, on a toutes travaillé ensemble. Je vais te donner un exemple, des fois il y a des patients qui allaient moins bien, puis tout le monde s'agglomérait. Un allait faire une prise de sang, l'autre telle affaire, l'autre installait un soluté, l'autre... Donc ça, c'est vraiment le fun. On a eu des situations où que, vraiment les patients n'allaient pas et même les préposés en revenaient pas, tu vois tout le monde s'agglomère, tout le monde y va et donne un coup de main. Ça, c'est bien dans ce temps-là quand tu vois que tout le monde a vraiment travaillé ensemble.» (Infirmière D)

Les répondantes ont fait état de divers facteurs qui peuvent affecter ces interactions : la présence de nouveaux personnels dans le département soit de nouvelles infirmières, des infirmières d'agence ou des infirmières de l'équipe volante. Étant donné qu'elles ne se connaissent pas au niveau professionnel et personnel, cela peut être difficile pour les infirmières d'établir une relation de soutien et d'entraide.

«Les irritants c'est quand je ne travaille pas avec les gens que je connais. Des fois on est mal pris avec des filles de la volante qui ne connaissent pas toujours l'étage et qui sont à la traîne, qui font juste les choses pour les faire, donc il faut toujours revenir derrière, «est-ce que tu as fait telle chose, est-ce que tu as fait telle chose?». Ça, c'est quand même un irritant quand on a des sections qui sont lourdes.» (Infirmière A)

Modes d'interaction entre les infirmières et autres membres de l'équipe de soins. Cet aspect de l'organisation du travail réfère, selon les répondantes, au soutien et la collaboration entre les corps de métier, ainsi qu'à l'intégration à l'équipe de travail. Les infirmières doivent exercer leur leadership auprès du personnel présent dans le département et peuvent contribuer à ce climat d'entraide, de communication et de bonne écoute entre les employés. Pour les répondantes, ces interactions sont essentielles pour un meilleur suivi et une meilleure ambiance de travail. De plus, un élément facilitant c'est «quand on a des bons préposés qui font du bon travail, qui ont été bien formés, ça aide beaucoup, beaucoup» (Infirmière B).

«Je commence toujours par évaluer mes priorités avec l'équipe, avec moi-même, avec les infirmières auxiliaires qui vont être jumelées avec moi. Et ensuite, je commence par donner des directives, parce qu'on ne peut pas travailler toutes seules, alors je donne des directives aux infirmières auxiliaires, et aux préposés éventuellement quand ça nécessite qu'il fasse partie de l'équipe. Le préposé fait toujours partie de l'équipe, mais ça va dépendre des patients qu'on va avoir, ça va dépendre de la gravité, de la mobilisation.» (Infirmière A)



Les répondantes ont fait état de divers facteurs qui peuvent soutenir ces interactions : une longue collaboration entre les membres, des personnalités complémentaires et une relation fondée sur un bon soutien mutuel.

«Le travail d'équipe, ah oui ça écoute c'est numéro un, le travail d'équipe. Quand tu as une bonne équipe de travail, tu peux surmonter n'importe quoi. Mais si tu n'as pas une bonne équipe, c'est l'enfer.» (Infirmière C)

Par contre, les facteurs qui peuvent entraver ces interactions sont : des personnalités peu portées vers la collaboration, une instabilité dans l'équipe de travail et le recours fréquent à la main-d'œuvre indépendante ou l'équipe volante.

Modalités de coordination organisationnelle. Le personnel des soins dans le département est appelé à interagir avec divers autres groupes de l'organisation soit les infirmières dans d'autres départements, les autres groupes d'intervenants cliniques, les équipes d'entretien, les techniciens en laboratoires, les gestionnaires, etc. Les interactions avec ces différents groupes font référence à la coordination et à la collaboration. Pour les infirmières rencontrées, ceci implique une relation d'écoute, de communications et d'échanges d'informations nécessaires à la continuité des soins. Les infirmières ont relevé que les mécanismes mis en place dans le cadre du projet d'accessibilité, décrit dans la *section 3.5*, pour assurer la transition des patients ont été efficaces pour réduire le temps d'attente des patients. Par contre, ce projet a apporté un stress supplémentaire pour les infirmières. Ce stress amène souvent des communications difficiles entre les infirmières du département et celles de l'urgence.

«Bien, en général, une pousse, l'autre pousse, les médecins poussent. Exemple, il y a un patient qui a congé, faut qu'on prenne une admission à l'intérieur de deux heures. Ce n'est pas beaucoup, parce que quand tes patients sont stables et

que les choses sont toutes faites, ça va bien, mais quand tu as un patient instable, qui ne va pas bien ou qu'il y a plein de choses à faire, puis que tu as un congé, et que dans l'intervalle de deux heures, il faut que tu prennes un autre patient, ça, ce n'est pas facile. Non, parce qu'on vient qu'on ne voit plus clair.» (Infirmière H)

Modes de gestion du travail d'équipe. Ce quatrième aspect réfère au soutien et au type de leadership du supérieur immédiat. Dans la perspective des répondants, c'est l'infirmière-chef du département qui doit assumer les rôles de gestion des ressources humaines, matérielles et financières dans le département. Une gestion adéquate doit se traduire par un soutien adéquat, un leadership réceptif aux besoins de l'équipe, la présence et l'accessibilité de l'infirmière-chef, l'accès à un développement professionnel par des formations, la mise en place de rencontres d'équipe et la possibilité pour le personnel de participer aux prises de décision. Cette situation reflète le style de leadership démocratique où le gestionnaire incite ses employés à prendre part aux décisions du département (Bergeron, 2006). Dans le département, les répondantes n'ont pas relevé de difficultés particulières par rapport aux modalités de supervision en place.

«Je me sens énormément, énormément soutenue par l'infirmière-chef et c'est même elle qui avait abordé le sujet pour améliorer la situation» (Infirmière E).

Elles ont souligné que l'infirmière-chef est présente et disponible pour des rencontres individuelles, qu'elle tenait des rencontres d'équipe régulières, qu'elle est une personne de confiance et qu'elle offre de la formation à son personnel.

«Nous sommes en train de le faire, on a fait une ébauche de travail. L'infirmière-chef va la présenter à ceux qui sont en place. On a concrétisé ça hier matin. L'infirmière-chef a commencé à en parler aux filles qui étaient là ce matin, il y a des filles en vacances et il y a des filles qui sont en congé. Donc ça

devrait se régler d'ici trois semaines, tout le monde devrait être au courant et on devrait commencer à changer un peu la façon de faire.» (Infirmière B)

Modes de communication et de transmission de l'information. Cet aspect fait référence aux ressources matérielles et à divers outils qui doivent permettre aux infirmières d'assurer une transmission adéquate de l'information et des soins de qualité. Elles ont ainsi souligné qu'elles doivent remplir plusieurs documents : le plan thérapeutique infirmier, la collecte de données, les notes aux dossiers, les feuilles spéciales, etc. Entre chaque quart de travail, les infirmières et infirmières auxiliaires remplissent les dossiers avec leurs évaluations et les soins prodigués pour indiquer aux autres membres de l'équipe ce qui a été accompli. Avec le projet d'accessibilité des soins (décrit à la *section 3,5*), un nouveau logiciel a été mis à la disposition des infirmières pour répondre aux objectifs du projet et augmenter l'accès des infirmières aux données des patients. Les ressources matérielles et divers outils sont utilisés pour assurer la qualité de soins et de suivi.

«Et après tu marques sur ton tableau qui est en pause à quelle heure pour que tes préposés puissent savoir qui est en pause, qui ne l'est pas. Puis en début de nuit, j'ai oublié de te dire que sur le tableau à l'avant, tous les noms des gens qui travaillent sont indiqués avec leurs chambres attribuées. Comme ça, ils ont une bonne répartition de qui à quoi. Puis les infirmières et les auxiliaires en début de nuit donnent un rapport aux préposés qui sont là pour leur dire qui sont les patients à installer, les sondes à vider, les patients qui sont à jeun pour des examens, qui ne faut pas donner d'eau ou quoi que ce soit, les patients qui ont des limites.» (Infirmière G)

Les répondantes ont fait état de plusieurs difficultés qui peuvent être associées à ces outils de communication : documents de communication répétitifs qui alourdissent la charge de travail des infirmières, le nombre de logiciels que les infirmières doivent utiliser pour

obtenir les informations sur les patients et l'impression de documents inutiles qui sont disponibles sur les logiciels informatiques.

«Moi ce que je trouve comme irritant c'est la paperasse à faire. Moi c'est ça l'irritant. Depuis que je travaille on a fait toutes sortes de variantes dans les façons de travailler, au lieu d'appeler ça des PTI on appelait ça d'une autre façon, les collectes de données, ça été la même affaire. Il y a toujours eu des variantes depuis le nombre d'années que je travaille, mais en bout de ligne là, on s'aperçoit que ça donne, entre guillemets, zéro. Puis c'est toujours les mêmes qui les font.» (Infirmière F)

#### *4.2 Préférences des infirmières en lien avec les modalités de l'organisation du travail*

En ce qui concerne les préférences, les aspects privilégiés par les infirmières ont été exprimés sur quatre registres qui touchent : la disponibilité adéquate des personnels nécessaires à l'exécution des différentes tâches, le soutien du supérieur immédiat, le soutien de l'administration au développement professionnel et de la pratique ainsi qu'à l'intégration du personnel et finalement, l'aménagement des conditions matérielles de travail.

##### *4.2.1 Disponibilité adéquate des personnels nécessaires à l'exécution des différentes tâches*

À cet égard, les préférences affichées par les infirmières doivent apporter des réponses à deux types de problèmes vécus. Le premier problème concerne les difficultés liées à la lourdeur des cas et la quantité de documents à compléter par les infirmières pour assurer le suivi des patients. Cette lourdeur et le stress qui y est associé auraient été aggravés, tout au moins temporairement, par le projet d'accessibilité, implanté récemment et qui vise à augmenter la vitesse d'accessibilité des lits dans les départements pour réduire la durée de

séjour à l'urgence des patients. Les patients sont de plus en plus âgés et hypothéqués et nécessitent une intensité de services de plus en plus grande par les infirmières. Le suivi de chaque patient oblige les infirmières à compléter plusieurs documents d'évaluation, de soins et d'historique de santé.

«C'est sûr que quand tu as à superviser deux auxiliaires, là ça fait beaucoup de patients à connaître, mais comme tu ne fais pas les soins de base auprès du patient, tu as quand même le temps de fouiller ton dossier, c'est vrai ça c'est un irritant de ne pas avoir le temps, quand tu es aux patients, de fouiller ton dossier pour connaître mieux ton patient et souvent les dossiers disparaissent parce que le médecin est parti avec, le résident est parti avec, ça, c'est un irritant.»  
(Infirmière B)

Les préférences affichées par les infirmières pour répondre à ce problème sont : de développer et mettre en place un mécanisme plus systématisé d'assignation des patients aux infirmières pour s'assurer que la charge de travail soit adéquate et équivalente entre celles-ci. Également, elles suggèrent d'avoir des quotas de patients qui soient plus flexibles et ajustés selon la lourdeur des cas des patients et non selon une règle préétablie, de rationaliser la documentation à compléter et s'assurer que ceci soit fait dans des délais raisonnables.

Le deuxième problème concerne le manque de disponibilité des personnels de soutien qui appuient le travail des infirmières. Elles incriminent en particulier la faible quantité de préposés présents sur les trois quarts de travail, mais principalement sur ceux de jour et de soir. Les infirmières sentent qu'il y a un manque de préposés dans le département par rapport à la charge de travail à faire, surtout lors des périodes critiques, soit les repas et les pauses. De plus, avec l'avancement en âge des patients et l'augmentation de la complexité des cas, le personnel ne semble plus pouvoir répondre à tous les besoins des patients. Des tâches qui

pourraient être exécutées par du personnel de soutien doivent être effectuées par les infirmières. Elles se sentent alors mal utilisées et dans l'obligation de délaissier leurs soins essentiels pour accomplir une lourde charge de travail physique afin de remplacer le personnel de soutien.

«Moi j'aimerais ça en tant qu'assistante de pouvoir décider. Il n'y a pas une nuit qui est pareille. Une nuit où tu as beaucoup de travail, j'aimerais ça pouvoir appeler un préposé et ne pas me faire dire qu'il y a un budget. Faut aller selon les quotas, ça c'est frustrant parce que tu ne peux pas donner les services que tu devrais donner à tes patients. C'est la même chose si tu avais besoin d'une infirmière ou d'un auxiliaire, tu ne peux pas la demander parce qu'il faut que tu y ailles selon les quotas, faut que tu t'arranges, ça c'est très frustrant.» (Infirmière E)

Les solutions souhaitées par les infirmières pour pallier à ces problèmes sont de réévaluer les besoins du département pour ajuster la dotation en préposés, d'ajouter un préposé durant les périodes critiques de repas, soit de midi à vingt heure durant, pour soulager la charge des infirmières, de permettre aux assistantes infirmières-chefs de faire entrer un préposé de plus, de manière ponctuelle, sur le quart de travail lorsque la charge des soins est trop élevée pour le personnel présent et de continuer à miser sur le travail effectué par les infirmières auxiliaires tout en maintenant le rôle des infirmières comme chef d'équipe.

#### *4.2.2 Soutien du supérieur immédiat*

Le soutien obtenu de leur supérieur immédiat est un aspect de l'organisation de leur travail pour lequel les infirmières ont indiqué à la fois leur satisfaction par rapport à la situation actuelle et leur souhait que le soutien dont elles bénéficient actuellement soit maintenu. Ce soutien de l'infirmière-chef se manifeste actuellement sous différentes formes.

L'infirmière-chef s'assure que les infirmières ont accès à des formations et joue elle-même un rôle de coach auprès de ces dernières pour les outiller, par exemple, pour face à des changements dans le département et veiller à ce que leurs connaissances soient à jour pour qu'elles soient professionnelles. Les infirmières ont souligné également l'accès à la nouvelle information du département qui est facilité par l'infirmière-chef par l'affichage sur un babillard dans la salle à manger. Les répondantes ont affirmé leur intérêt et leur appréciation des rencontres organisées par l'infirmière-chef chaque semaine pour discuter des problèmes et des changements dans le milieu. Elles apprécient grandement ces rencontres qui leur donnent le sentiment d'être engagées dans les changements apportés dans leur milieu de travail et d'être partie prenante dans les décisions. Par contre, les infirmières de soir et de nuit n'ont pas accès à de telles rencontres d'information et souhaiteraient pouvoir y prendre part elles aussi.

«Oui, l'infirmière-chef nous aide pour nos connaissances. Nous de nuit elle n'est pas souvent là, ça c'est sûr et certain, mais de soir des fois elle va rester et mettons, dans le passage elle va nous poser une question et elle voit si on comprend la question ou quoi que ce soit. Des fois moi ça va arriver que je vais lui dire «écoute-moi je ne connais pas ça, je ne sais pas», alors elle va dire «ah ok c'est beau» et elle va me l'expliquer «c'est pour telle raison, telle affaire», «ah c'est intéressant». Non je trouve qu'elle nous questionne souvent donc c'est le plaisant pour ça.» (Infirmière C)

Le soutien de l'infirmière-chef se manifeste aussi par ses interventions directes et individuelles auprès des infirmières ou des équipes de travail et sa disponibilité pour rencontrer individuellement ou en groupe les employés qui le désirent. Il découle de cette situation favorable un sentiment de confiance clairement manifesté par les répondantes à l'égard de l'infirmière-chef et de ses décisions.

«On est très chanceux, on a une chef d'unité qui est hors pair, parce qu'elle est très terre à terre avec son équipe, très présente et toujours à se questionner avec son équipe. Oui, elle se questionne comme gestionnaire, parce qu'il faut qu'elle rende des comptes comme gestionnaire, mais en même temps, c'est comme, donnant donnant pour elle. «Je ne peux rien demander à mes infirmières si je n'ai pas de contre partie à leur offrir». Et ça, ça fait toute la différence. Je pense que c'est, pour le moment, la chose qui nous motive, qui nous donne envie de venir travailler.» (Infirmière A)

#### *4.2.3 Soutien de l'administration au développement professionnel et à l'intégration du personnel*

Les préférences affichées par les infirmières à ce registre font écho à deux lacunes identifiées dans le contexte actuel de leur travail, soit les difficultés à pouvoir profiter des possibilités de formations offertes par l'établissement et le soutien inadéquat lors de l'orientation des stagiaires en sciences infirmières. Les formations offertes par l'organisation sont fréquemment présentées sur les heures de dîner. Les infirmières de jour ne peuvent pas toujours prendre leurs pauses au moment approprié pour y prendre part. Celles de nuit doivent négliger leurs heures de sommeil pour pouvoir y participer, alors que celles de soir doivent arriver plusieurs heures en avance pour recevoir la formation. D'autre part, la durée des formations n'est pas toujours planifiée pour permettre aux infirmières des trois quarts de travail de se présenter sans que cela nuise à leur sommeil ou retour au travail.

«Des fois, ce n'est pas facile, quand c'est une formation toute une journée, je te dirais que c'est problématique parce que ce n'est pas, nous quand on travaille de nuit, tu fais le swing, tu fais du décalage horaire, donc il y a des fois que, c'est sûr qu'on ne travaille pas la journée qu'on va à la formation là, mais quand même tu arrives en formation et là à midi tu as les deux yeux à moitié morts et il faut que tu ailles chercher un café parce que tu n'es plus capable d'endurer ça ou quand il y a de la formation le matin, des fois y nous disent «ah on va vous mettre de la formation le matin», sauf que quand ça fait douze heures que tu es à l'hôpital et puis tu as une formation qui dure trois heures,



bien à la fin du trois heures tu n'es plus là, tu penses rien qu'à une chose, rentrer chez toi et prendre ta douche et te coucher, c'est la seule affaire que tu penses.» (Infirmière G)

Une solution souhaitée par les infirmières serait d'adapter les horaires des formations pour faciliter la participation d'un plus grand nombre d'infirmières sur les trois quarts de travail. Avec les nouvelles demandes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec de maintenir leurs connaissances à jour, les infirmières souhaitent que leur établissement élargisse les possibilités de formations et facilite leur participation à celles-ci.

En matière d'intégration du personnel, l'accueil et l'orientation des nouvelles infirmières dans le milieu sont jugés favorablement par les infirmières. Elles indiquent que les recrues sont bien accueillies et apprécient l'orientation qui est adaptée à leur ancienneté dans le domaine infirmier et leur niveau de développement professionnel. Les recrues montrent en général un désir de rester dans l'établissement après cette période d'orientation. Par contre, les infirmières souhaitent que la charge associée à l'orientation des stagiaires soit prise en compte dans la distribution de la charge de travail. Actuellement, les infirmières doivent prendre une charge régulière de patients malgré l'obligation d'orienter une stagiaire qui aura une charge réduite en début de stage. La stagiaire s'occupera, par exemple, de quatre patients, alors que l'infirmière aura sous sa responsabilité huit patients. La présence de la stagiaire entraîne une surcharge pour l'infirmière qui doit remplir ses rôles d'infirmière et d'orienteur. Cela a comme conséquence que plusieurs infirmières ne souhaitent pas avoir de stagiaires sous leur responsabilité.

«En parlant de formation, je n'ai rien contre le BAC, moi je l'ai fait mon BAC, mais sauf que moi ce que je calcule c'est que la technique, les infirmières sont plus supervisées au point de vue de leur professeur. Au BAC, elles sont laissées plus à elles mêmes. Là, on en a moins les filles du BAC, avant on en avait qui venaient pour des stages d'intégration. On n'en a plus, parce que c'était trop, ça demandait trop pour nous autres. Parce que moi j'ai pour mon dire que ce n'est pas à nous de, comment est-ce que je te dirais ça. Au Cégep, il y a un professeur, il évalue son étudiant et tout ça, tandis qu'au BAC, bien c'est nous autres qui l'évaluons, puis ça je trouvais ça difficile parce qu'on n'avait pas une formation de professeur, de un. Puis, il arrivait, mais là il fallait que tu montres tout de a à z, de la première petite pilule qu'il prend jusqu'à... Il fallait que tu fasses tout l'enseignement, ils sont supposés avoir pratiqué leurs techniques, puis finalement quand ils venaient ici c'était zéro. Donc moi je le sais j'en avais déjà orienté, des gens de l'université, puis à un moment donné j'ai arrêté parce que c'était trop, ça demandait trop. Comme j'ai dit «je ne suis pas là pour faire le professeur moi». Elle vient en stage d'intégration, je ne suis pas là pour commencer de a à z.» (Infirmière F)

La préférence des infirmières est de réduire leur charge de patients quand elles ont des stagiaires sous leur responsabilité. L'infirmière pourrait alors assurer une meilleure présence et un meilleur suivi auprès de la stagiaire, mais ceci impliquerait de recourir à une infirmière supplémentaire qui s'occuperait des patients que l'infirmière-préceptrice ne prendra pas sous sa charge.

#### *4.2.4 Aménagement des conditions matérielles de travail*

Les préférences affichées sur ce registre sont présentées comme des réponses à diverses contraintes de l'environnement matériel de travail actuel. Suivant les répondantes, le matériel n'est pas toujours en quantité suffisante et en état adéquat pour leur permettre de faire efficacement leur travail. Elles ont indiqué qu'elles doivent fréquemment courir pour trouver un tensiomètre qui fonctionne adéquatement.

«Bien c'est sûr le manque de matériel serait quelque chose à gérer beaucoup. Je veux dire, un petit peu plate qu'à chaque fois qu'un patient arrive, tu es à la recherche d'une pompe, d'une tige, on as-tu des chaises d'aisance pour ce patient-là? Il nous manque toujours des médicaments de la pharmacie. Ça la pharmacie, c'est toujours un problème perpétuel.» (Infirmière D)

L'espace de travail est jugé limité et souvent encombré par le matériel entreposé. La configuration des chambres, leurs dimensions réduites, le matériel de soins et les effets personnels des patients qui y sont entreposés sont considérés comme autant de contraintes physiques associées par les répondantes à des risques de blessures et d'accidents chez le personnel du département. Ces contraintes augmentent également les risques de contamination chez les patients, malgré les précautions prises par le personnel soignant, soit le lavage des mains et le port de gants et de jaquettes.

«Là aussi, on n'est pas capable de faire des soins comme on veut. Le patient à une foule d'affaires avec lui, il ne veut pas qu'on touche à ça, alors c'est sûr qu'au niveau de l'hygiène, au niveau de la prévention des infections, on n'est pas capable de faire ce qu'on veut. En médecine, on vit souvent des éclosions de bactéries et ça, c'est un gros irritant pour nous, parce qu'on a l'impression qu'on ne fait pas nos choses convenablement. Mais quand on fait une audite, le nombre de fois qu'on voit une infirmière se lave les mains, c'est épouvantable. Alors, qu'est-ce qu'on ne fait pas de bien? Comment qu'on pourrait faire les choses autrement? Alors, moi c'est sûr j'ai toujours dit que tant et autant que nos corridors sont encombrés, tant et autant qu'on a trop de personnes qui vont et qui viennent en même temps dans les chambres, on ne pourra pas faire de prévention des infections.» (Infirmière A)

«Les chambres sont petites, on se cogne partout, j'ai régulièrement des bleus partout sur les jambes parce que tu te cognes après le lit, après un million de choses, après la chaise roulante qui traînait là. Elles ont été faites il y a plusieurs années pour l'équipement à ce moment-là, mais là l'équipement est différent et on manque de place.» (Infirmière H)

Plusieurs solutions ont été envisagées par les infirmières afin d'améliorer l'organisation matérielle de leur travail : avoir un meilleur système d'entreposage de

l'équipement pour dégager les corridors et les chambres; assurer la disponibilité de certains matériels de base dans les chambres pour éviter de les déplacer de chambre en chambre et ainsi limiter la contamination; assurer le bon fonctionnement des appareils et du matériel pour limiter les allers et venues des infirmières; et prévenir l'encombrement des chambres par les effets personnels des patients.

## **Chapitre 5 : Discussion et conclusion**

La discussion est séparées en sept sections distinctes soit : les conceptions de l'identité professionnelle, les préférences ouvrant sur une satisfaction au travail, les liens entre les conceptions et les préférences, l'analyse des éléments du modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté, les recommandations et l'avancement pour la pratique et la recherche, les limitations de l'étude et la conclusion.

### *5.1 Conceptions de l'identité professionnelle*

Cette analyse a mis en lumière que les conceptions de l'organisation du travail partagées par les infirmières touchent deux principales modalités. La première concerne la définition des rôles et la répartition des tâches et a trait à la structure des postes, la charge de travail, la nature du travail des différents groupes d'intervenants et la planification du travail. Elle fait ainsi référence au travail clinique et à la manière dont les membres de l'équipe s'acquittent de leurs rôles pour répondre aux besoins des patients. La deuxième touche les modes d'interaction entre les infirmières, les modes d'interaction entre les infirmières et autres membres de l'équipe de soins, les modes d'interaction entre les membres de l'équipe et l'organisation, les modes de gestion du travail d'équipe, ainsi que les modes de communication et de transmission de l'information. Elle fait ainsi référence aux diverses formes d'interactions sociales, d'orientation et de soutien offerts par les collègues de travail et supérieurs qui font évoluer professionnellement et personnellement les membres de l'équipe de travail et leur permettent d'organiser leur travail (Fagermoen, 1997). Ces différentes

dimensions des conceptions de l'organisation du travail des infirmières recouvrent les éléments qui définissent l'identité professionnelle des infirmières. L'identité professionnelle des infirmières définit à la fois leur façon d'être et d'agir comme une infirmière et recouvre leur professionnalisme, leurs perceptions des rôles infirmiers et le soi professionnel (Fagermoen, 1997). La notion d'identité couvre deux dimensions : la dimension personnelle qui guide la pratique, les réflexions et la philosophie de soins des infirmières; et la dimension sociale qui inclut les valeurs professionnelles et le rôle professionnel de l'infirmière (Dubar, 2010). Les diverses formes d'interaction au sein de l'équipe de travail évoquées par les infirmières peuvent être considérées comme des éléments qui permettent aux infirmières de construire leur compréhension de leurs rôles et de leur travail et développer leur identité professionnelle (Fagermoen, 1997; Öhlén & Segesten, 1998). On peut aussi relever que l'identité professionnelle et la manière pour les infirmières de comprendre leurs rôles sont fortement imprégnées par la notion de caring qui est cette philosophie des soins caractérisée par le souci du bien-être du patient, l'écoute et le soutien dans ses décisions (Watson, 2012). Le caring est la nature des relations qui guide les interventions et la relation des infirmières auprès des patients dans leurs soins et influence leurs rôles et tâches dans l'équipe de travail. Les modes de coordination et d'interaction entre les membres de l'équipe de travail, ainsi que la définition des rôles et la répartition des tâches, soit les deux conceptions véhiculées par les infirmières, rejoignent la perspective du caring. Les conceptions de l'organisation du travail des infirmières sont donc directement liées à leur identité professionnelle et au caring. Il est donc possible de dire que les conceptions de l'organisation du travail des infirmières reflètent des aspects qui les touchent professionnellement et inclus un rayonnement auprès de leur entourage immédiat.

## *5.2 Préférences ouvrant sur une satisfaction au travail*

Cette analyse a aussi démontré que les principales préférences des infirmières sont exprimées relativement à des modalités liées à la disponibilité adéquate des personnels nécessaires à l'exécution des différentes tâches, le soutien du supérieur immédiat, le soutien de l'administration au développement professionnel et de la pratique ainsi que l'aménagement des conditions matérielles de travail. Ces différentes préférences sont autant d'éléments qui jouent un rôle dans la satisfaction au travail et donnent écho à une vaste littérature sur les déterminants de la satisfaction au travail des infirmières. Ces déterminants recensés dans la littérature sont : les perspectives professionnelles, les conditions physiques de travail, le soutien psychologique au travail, la façon dont les compétences sont utilisées, les possibilités de donner aux patients des soins adéquats et la structure de poste (Estryn-Behar, Négri & Le Nézet, 2007; Lu & al., 2004). Ces différents déterminants trouvent écho directement dans les préférences affichées par les infirmières dans cette étude. Par contre les infirmières ont apportées des préférences en lien avec le soutien adéquat de l'administration au développement professionnel et au développement de la pratique qui ne sont pas inclus dans les éléments apportant de la satisfaction au personnel soignant, mais plutôt comme étant des éléments apportant de l'insatisfaction lorsqu'ils ne sont pas atteints. La plupart des études présentes les éléments apportant de l'insatisfaction au personnel soignant, alors que les résultats de cette étude apportent les éléments satisfaisant pour les infirmières.

On peut aussi relever que certaines préférences affichées par les infirmières rencontrées recourent des caractéristiques associées aux «magnet hospitals». Ces

caractéristiques associées sur le plan de l'administration sont : un style de gestion participatif et solidaire, des infirmières-cadres formées adéquatement et qualifiées, une structure organisationnelle décentralisée, une dotation en personnel infirmier suffisante, un déploiement de spécialistes cliniques, des horaires de travail flexibles, une possibilité de carrière clinique (Buchan, 1999). Les infirmières ont à cet égard exprimé des préférences en termes de soutien du supérieur immédiat et de disponibilité adéquate des personnels nécessaires à l'exécution des tâches. Les caractéristiques des «magnet hospitals» sur le plan de la pratique professionnelle sont : des modèles de prestation de soins professionnels, une autonomie et responsabilité professionnelle, des conseils d'un spécialiste disponibles, l'enseignement des responsabilités du personnel (Buchan, 1999). Les infirmières ont à cet égard exprimé des préférences en termes d'aménagement des conditions matérielles de travail. Les caractéristiques associées aux «magnet hospitals» au plan du développement professionnel sont : l'orientation du personnel, l'accent mis sur un service et une formation continue, l'orientation clinique axée sur les compétences et le développement de la gestion (Buchan, 1999). Les infirmières ont à cet égard exprimé des préférences en termes de soutien de l'administration au développement professionnel et à l'intégration du personnel dans le développement et l'implantation des changements.

### *5.3 Liens entre les conceptions et les préférences*

On peut aussi constater que plusieurs préférences exprimées par les infirmières donnent écho à leurs conceptions de l'organisation du travail. L'accent mis dans les conceptions sur la définition des rôles et la répartition des tâches comme composante



importante de l'organisation du travail s'est reflété par le souhait d'une disponibilité adéquate des personnels nécessaires à l'exécution des différentes tâches. Les infirmières ont exprimé ainsi leur souhait d'avoir du personnel de soutien en quantité suffisante pour répondre aux besoins, de prendre en charge un quota de patients tenant compte des conditions de ces derniers et d'avoir une structure d'équipe qui permette d'optimiser leur utilisation. La conception de l'organisation du travail en termes de modes de supervision du travail s'est reflétée dans les préférences exprimées par les infirmières pour maintenir le soutien privilégié accordé, selon elles, par leur supérieur immédiat en termes de leadership, de dévouement auprès de l'équipe et d'implication au sein de l'équipe. La conception de l'organisation du travail en termes de modalités de coordination organisationnelle est exprimée sur le plan des préférences infirmières en termes de soutien de l'administration au développement professionnel et au développement de la pratique. Les infirmières souhaitent ainsi avoir un accès favorisé aux formations offertes par l'organisation et un meilleur soutien lors de la formation des stagiaires dans les milieux de soins. Une autre préférence exprimée concerne l'aménagement des conditions matérielles de travail, mettant l'accent sur l'importance d'avoir un environnement moins encombré, que le matériel soit mieux entreposé et que les chambres soient mieux adaptées aux besoins des patients et infirmières en termes d'espace et disponibilité du matériel pour offrir les soins. Cette préférence donne écho à la conception exprimée de l'organisation du travail en termes de modes de communication et de transmission des données.

L'environnement physique et matériel de travail n'est pas ressorti de manière explicite dans les conceptions de l'organisation du travail mises de l'avant par les infirmières même si

elles l'ont exprimé par la suite dans leurs préférences. Leur milieu de travail ne fait pas partie de leur conception réelle de l'organisation du travail, car celle-ci est plutôt dirigée vers leur identité professionnelle et les soins empreints de caring tel que décrit dans la *section 5.1*. De plus, les conceptions de modes d'interaction entre les infirmières, entre infirmières et autres membres de l'équipe de soins et modes de communication et de transmission de l'information n'ont été associées à aucune préférence spécifique. Ces éléments n'apportent pas de satisfaction directe aux infirmières, c'est pour cette raison qu'elles n'ont pas ressorties ces éléments lors des questions ouvertes concernant les préférences sur l'organisation du travail.

#### *5.4 Analyse des éléments du modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté*

Par rapport au modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté original, deux constats peuvent être effectués. Le premier est que les conceptions exprimées par les infirmières recouvrent les trois dimensions du modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté. Par contre, certaines modalités clés n'ont pas été exprimées de manière très explicite. Ces modalités se rapportent à la dimension des conditions de travail, soit l'horaire de travail, le statut d'emploi, la rémunération et la sécurité au travail, soit la sécurité d'emploi et les risques de blessures et de maladies. Ce constat peut être expliqué par le fait que les conditions de travail sont incluses dans la description de l'emploi et qu'en acceptant celle-ci, les infirmières ne pensent pas pouvoir changer ces aspects. D'autre part, pour les conditions de sécurité au travail, les maladies et blessures sont des risques qui peuvent être prévenus, mais les infirmières ne sont pas toujours sensibilisées pour contribuer elles-mêmes à réduire ces risques dans leur milieu de travail.

Deuxièmement, le même constat peut être effectué pour les préférences. Ces dernières recouvrent les trois dimensions du modèle conceptuel de l'organisation du travail de Filion-Côté. Par contre, certains thèmes clés n'ont pas été exprimés de manière très explicite : l'horaire, le statut d'emploi, la rémunération et la sécurité d'emploi ne sont pas inclus. Il est surprenant que ces éléments soient exclus, car il s'agit d'aspects qui sont souvent jugés importants pour les infirmières et ont une influence sur leur satisfaction au travail.

### *5.5 Recommandations et avancement pour la pratique et la recherche*

Ces résultats permettent de faire trois principales recommandations pour la pratique. Premièrement, les gestionnaires et l'organisation devraient prendre en compte les conceptions et préférences des infirmières lorsque des projets ou des changements sont apportés dans le milieu de soins modifiant certains aspects du travail des infirmières. Les modalités ou leviers qui sont ressortis de cette étude et qui doivent être mieux pris en compte sont : la disponibilité adéquate du personnel dans le milieu de soins, le soutien auprès de l'équipe et l'aménagement du département.

Deuxièmement, les infirmières et les équipes de travail ont le pouvoir de modifier leur environnement de travail en utilisant un ensemble de leviers à leur disposition pour améliorer l'organisation de leur travail soit : la connaissance de leur milieu et de leurs besoins, ainsi que le soutien reçu. Les infirmières rencontrées ont su décrire des idées projets réalistes qu'elles pourraient mettre en place avec leur gestionnaire et l'organisation pour modifier positivement leur environnement, comme revoir l'aménagement du département, aider à l'élaboration d'une

liste des formations offertes et revoir les documents de communication pour assurer leur utilité.

Troisièmement, il faudrait sensibiliser les infirmières sur des modalités clés de l'organisation du travail qui ont été complètement occultés dans leurs discours comme les conditions de travail et la sécurité au travail. Il serait important pour les projets futurs qu'une section de définitions soit ajoutée pour permettre aux infirmières de mieux comprendre quel élément et quelles modalités sont touchés par le projet. Cette connaissance aidera les infirmières à mieux comprendre l'importance des interventions portant sur ces aspects dans les milieux de soins.

Avec les résultats de ce projet, il est possible de voir des pistes de recherches futures. Comme par exemple, il serait intéressant de connaître les conceptions et les préférences des infirmières de d'autres départements et de d'autres hôpitaux. De plus, dans le département sélectionné, les infirmières travaillaient avec des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. Une étude pourrait être menée pour observer les préférences de ces employés pour augmenter leur satisfaction au travail, ainsi l'équipe de travail pourrait être inclus dans cet objectif commun d'augmentation de la satisfaction. Finalement, une étude quantitative pourrait être effectuée pour quantifier l'impact des modalités sur la satisfaction au travail.

## *5.6 Limitations de l'étude*

Les résultats de cette étude doivent cependant être considérés à la lumière de deux limites. La première est en lien avec le degré de transférabilité des résultats de l'étude. L'étude a été localisée dans un département de médecine, offrant des soins généraux, dans un hôpital francophone affilié à l'Université de Montréal. On peut ainsi questionner dans quelle mesure les résultats reflètent la diversité des réalités de l'organisation du travail dans d'autres unités de soins ou départements de l'hôpital et dans d'autres milieux de soins. La réalité des autres départements peut se distinguer par la structure des postes offerts (par exemple en CLSC, la possibilité de faire une fin de semaine sur quatre de travail), le quota de patients attribué aux infirmières (par exemple, aux soins intensifs les infirmières ont un maximum de deux patients sous leur charge), l'environnement physique de travail nouvellement rénové et répondant aux besoins du personnel, l'absence de certains groupes d'intervenants (par exemple, les infirmières auxiliaires ne sont pas présentes dans tous les départements). Toutes ces différences peuvent influencer les conceptions et surtout les préférences des infirmières en lien avec l'organisation de leur travail.

Une deuxième limite est en lien avec la fiabilité des résultats qui ont été obtenus à l'aide de huit entrevues semi-dirigées. Malgré la saturation observée dans les données recueillies, il est possible de se questionner, à savoir, si un nombre plus important d'infirmières ou des modalités complémentaires de collectes de données, par exemple à l'aide de questionnaires, en touchant un plus large ensemble d'unités ou d'établissements ne modifieraient pas les résultats. Par contre, il faut rappeler que cette étude utilisait un devis

exploratoire descriptif pour examiner un phénomène peu étudié. De plus, la fiabilité des résultats a été assurée par la méthode de reproduction progressive des entrevues et l'utilisation d'un journal de bord.

### *5.7 Conclusion*

En conclusion, cette étude a permis de mettre en lumière les conceptions et les préférences des infirmières par rapport à l'organisation de leur travail. Il en ressort nombreux constats.

Les résultats de cette étude ont démontré que les gestionnaires ont une grande part de responsabilité au niveau de la satisfaction au travail de leurs employés. Il a été établi que le recrutement et la rétention des employés passent par la satisfaction de ceux-ci (Applebaum & al., 2010). Si les gestionnaires désirent garder les infirmières d'expérience sur leur département et attirer de nouvelles infirmières, ils se doivent d'assurer la satisfaction de celles-ci. D'abord, il y a plusieurs modalités sur lesquels les gestionnaires peuvent agir en implantant de nouveaux projets d'organisation du travail qui modifieront positivement l'environnement de travail des infirmières et augmenteront leur satisfaction au travail. Ces modalités touchent la disponibilité adéquate du personnel dans le milieu des soins, le soutien et la communication auprès de l'équipe, l'aménagement de l'environnement physique des soins, la distribution des tâches et la disponibilité des postes de travail. Il faut donc que les gestionnaires s'intéressent aux préférences des infirmières par rapport aux modalités de l'organisation du travail pour pouvoir agir positivement sur ceux-ci. Par contre, les gestionnaires ne doivent pas s'en tenir

seulement à leurs préférences pour agir dans le milieu. Ils doivent s'assurer d'inclure les infirmières dans les projets et prises de décision, car ceci apportera une plus grande satisfaction chez le personnel et une meilleure appréciation des changements mener dans le milieu de soins.

Ensuite, les infirmières ont elles-mêmes un rôle à jouer et peuvent influencer positivement plusieurs de ces modalités pour modifier leur milieu de travail et augmenter leur satisfaction au travail. Par exemple, en travaillant avec l'infirmière-chef pour revoir les documents utilisés dans le département, établir une liste des formations offertes aux infirmières et réaménager l'environnement physique, participer à l'avancement des connaissances sur le département; les infirmières se sentiront inclus dans les changements et prises de décision. Les infirmières ont des idées pertinentes qu'elles peuvent amener dans leur milieu de soins pour permettre l'avancement professionnel et augmenter leur satisfaction au travail. Elles peuvent influencer et prendre part aux décisions de leur département en consultant leur supérieur immédiat ou des gestionnaires clés de leur organisation. Elles doivent agir personnellement et professionnellement pour s'assurer que leurs préférences sont entendues et prise en compte dans les projets d'organisation.

La plupart des études sont axées sur les éléments apportant de l'insatisfaction au travail. Cette étude apporte un regard nouveau sur les éléments positifs pour les infirmières et augmentant la satisfaction au travail. Il est intéressant de prendre cet angle de vue pour modifier positivement les milieux de soins et présenter de nouveaux projets. La satisfaction au travail est vue comme étant une finalité du modèle conceptuel de l'organisation du travail de

Filion-Côté et est ressortie comme étant un aspect principal dans les préférences des infirmières. Cette étude met en lumière l'idée que la satisfaction au travail des employés doit être incluse primordialement dans tous projets de changement dans les milieux de travail, elle doit être une finalité.



## Bibliographie

- Acker, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue Française des Affaires sociales*, 1(1), 161-181.
- Adler, P.S. (1997). *Work Organization: From Taylorism to Teamwork*. US: University of Southern California.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229.
- Allen, M. (1983). Primary Care Nursing: Research in Action. Dans L. Hockey, *Primary Care Nursing* (p. 32-77). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Amaravadi, R.K., Dimick, J.B., Pronovost, P.J., & Lipsett, P.A. (2000). *ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy*. Canada: Canadian Health Services Research Foundation.
- Applebaum, D., Fowler, S., & Fiedler, N. (2010). The Impact of Environmental Factors on Nursing Stress, Job Satisfaction, and Turnover Intention. *The Journal of Nursing Administration*, 40(7/8), 323-328.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2005). *La composition du personnel infirmier : Une recherche documentaire*. Ottawa, Canada.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Irvine Doran, D., ... Ryan, L. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, ses patients et le système*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation.
- Bergeron, P.G. (2006). *La gestion dynamique : Concepts, méthodes et applications* (4<sup>e</sup> éd.). Montréal, Québec : Gaëtan Morin éditeur.
- Bougie, M., & Cara, C. (2008). Temps supplémentaire obligatoire : une première étude phénoménologique sur les perceptions d'infirmières. Sept thèmes se dégagent de leur propos. *Perspective infirmière*, 5(8), 32-40.
- Bourbonnais, R., Comeau, M., Viens, C., Brisson, C., Laliberté, D., Malenfant, R., & Vézina, M. (1999). La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé. *Santé mentale au Québec*, 24(1), p. 136-153.

- Bourbonnais, R., Lee-Gosselin, H., & Pérusse, M. (1985). L'organisation du travail en milieu hospitalier et ses effets sur la santé des infirmières. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 73-85.
- Buchan, J. (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 100-108.
- D'amour, D., Dubois, C-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, E., Blais, R., & Rivard, M. (2012). Measuring Acting Scope of Nursing Practice: A New Tool for Nurse Leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255.
- De Castro, A.B., Fujishiro, K., Rue, T., Tagalog, E.A., Samaco-Paquiz, L.P.G., & Gee, G.C. (2010). Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness. *International Nursing Review*, 57, 188-194.
- Dredit, S., Ngan, K., Hay, M., & Alamgir, H. (2010). Trends and costs of overtime among nurses in Canada. *Health Policy*, 96, 28-35.
- Dubar, C. (2010). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles* (4<sup>e</sup> éd.) Paris, France : A. Colin.
- El-Jardali, F., & Fooks, C. (2005). *Analyse contextuelle des points de vue actuels sur les ressources humaines en matière de santé au Canada : Problèmes relevés, solutions proposées et analyse des écarts*. Toronto, Canada : Conseil Canadien de la santé.
- Ellis, J., Priest, A., MacPhee, M., & Sanchez McCutcheon (2006). *Allier dotation et sécurité : synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient*. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Estryn-Behar, M., Négri, J.-F., & Le Nézet, O. (2007). Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit, Déontologie et soin*, 7, 308-327.
- Fagermoen, M.S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 434-441.
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (2008). *L'organisation du travail : une priorité d'action*.
- Fortin, M-F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, Québec : Chevalière Éducation.
- Fottler, M.D. (2011). Job analysis and job design. Dans B. Fried & M.D. Fottler. *Fundamentals of human resources in healthcare* (p.165-195). Chicago: Health Administration Press.

- Fried, B.J., & Fottler, M.D. (2010). *Human resources management in healthcare: Managing for success* (3<sup>e</sup> éd.). Chicago, IL: Health Administration Press.
- Gagnon, S., & Paquet, M. (2009). *Un environnement de travail sain et performant pour les soignants et les patients : Stabiliser les équipes de soins et améliorer la sécurité et la qualité des soins en intervenant directement auprès des leaders responsables d'assurer le développement d'environnements psychosociaux et de systèmes fonctionnels générateurs d'excellents soins de santé*. Canada : Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
- Gouvernement du Canada (2012). Code Canadien du travail. Repéré à <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/L-2/index.html>
- Hackman, J.R., & Oldham, G.R. (1975). Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60(2), 159-170.
- Hackman, J.R., & Oldham, G.R. (1980). *Work Redesign*. Massachusetts, CA: Addison-Wesley.
- Hayes, L., McGrath, J-L., & O'Brien-Pallas, L. (2004). *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada - Rapport des groupes de discussion formés de militantes et de militants des syndicats infirmiers*. Ottawa, Canada : Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers.
- Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., ... Stone, P.W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 237-263.
- Hickam, D.H., Severance, S., Feldstein, A., Ray, L., Gorman, P., Schuldheis, S., ... Helfand, M. (2003). *The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington DC, US: National Academies Press.
- Kristensen, T. S. (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25(6), 550-557.
- Lake, E.T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188.
- Little, L.M., Simmons, B.L., & Nelson, D.L. (2007). Health Among Leaders: Positive and Negative Affect, Engagement and Burnout, Forgiveness and Revenge. *Journal of Management Studies*, 44(2), 243-260.

- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Canada : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Lu, H., While, A.E., & Barriball, K.L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 211-227.
- Miles, M.B., & Huberman, M.A. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2<sup>e</sup> éd.). Paris, France : De Boeck.
- Mottay, D. (2001). *La structuration du travail ou «job design»*. France : Centre Européen de Recherche en Économie Financière et en Gestion des Entreprises.
- Needleman, J., Buerhaus, P.I., Stewart, M., Zelevinsky, K., & Mattke, S. (2006). Nurse Staffing In Hospitals: Is There A Business Case For Quality? *Health Affairs*, 25(1), 204-211.
- Nelson, D.L., & Simmons, B.L. (2003). Health psychology and work stress: A more positive approach. Dans J.C. Quick, L.E. Tetrick. *Handbook of occupational health psychology* (p. 97-119) Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Öhlén, J., & Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse : concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 720-727.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2013). Rôle et mandat de la directrice des soins infirmiers. Repéré à <http://www.oiiq.org/lordre/partenaires-infirmiers/directrice-des-soins-infirmiers>
- Parker, S.K., Wall, T.D., & Cordery, J.L. (2001). Future work design research and practice: Towards an elaborated model of work design. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 413-440.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3<sup>e</sup> éd). Montréal, Québec : Chenelière éducation.
- Priest, A. (2006). *Les maux qui affligent nos infirmières : Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Rey, A. (1998). Le Robert Micro. Montréal, Canada : Dictionnaires Le Robert.
- Ruggiero, J.S., & Pezzino, J.M. (2006). Nurses' perceptions of the advantages and disadvantages of their shift and work schedules. *The journal of nursing administration*, 36(10), 450-453.

- Sanchez McCutcheon, A., MacPhee, M., Davidson, J.M., Doyle-Waters, M., Mason, S., & Winslow, W. (2006). *Allier dotation et sécurité : Synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient*. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Santé Canada (2007). Conditions de travail des infirmières et infirmiers : Comment relever le défi? *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 13, 2-46.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Ottawa, Canada : Statistique Canada.
- Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M., & Wachter, R. M. (2001). Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. *Evidence Report/Technology Assessment*, 43.
- Sidani, S., Doran, D.M., & Mitchell, P.H. (2004). A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 60-65.
- Simmons, B.L., & Nelson, D.L. (2001). Eustress at Work: The Relationship between Hope and Health in Hospital Nurses. *Health Care Management Review*, 26(4), 7-18.
- Simmons, B.L., & Nelson, D.L. (2007). Eustress at Work : Extending the Holistic Stress Model. Dans D.L. Nelson & C.L. Cooper, *Positive organizational behavior* (p. 40-54). Londre, Angleterre: Sage Publications Ltd.
- Smith, A. (2006). Tirer le meilleur parti du personnel de santé existant. Dans Organisation mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2006 - Travailler ensemble pour la santé* (p. 66-95). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- St-Onge, S., Audet, M., Haines, V., & Petit, A. (1998). *Relever les défis de la gestion des ressources humaines : version provisoire*. Québec, Canada : Gaëtan Morin Éditeur.
- St-Onge, S., Guerrero, S., Haines, V., & Audet, M. (2009). *Relever les défis de la gestion des ressources humaines* (3<sup>e</sup> ed). Québec, Canada : Gaëtan Morin Éditeur.
- Stordeur, S., Vandenberghe, C., & D'hoore, W. (1999). Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmières : une étude dans un hôpital universitaire. *Recherche en soins infirmiers*, 59, 57-67.
- Tonges, M.C., Rothstein, H., & Carter, H.K. (1998). Sources of Satisfaction in Hospital Nursing Practice: A Guide to Effective Job Design. *The Journal of Nursing Administration*, 28(5), 47-61.
- Tourangeau, A.E., & Cranley, L.A. (2006). Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. *Quality and safety in health care*, 15, 4-8.

- Trinkoff, A., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J., & Muntaner, C. (2006). How long and how much are nurses now working? Too long, too much, and without enough rest between shifts, a study finds. *The American Journal of Nursing*, 106(4), 60-71.
- Trist, E. (1981). The evolution of socio-technical systems: a conceptual framework and an action research program. *Occasional paper*, 2.
- Upenieks, V. (2005). Recruitment and Retention Strategies: A Magnet Hospital Prevention Model. *Medsurg Nursing*, 21-27.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. (2<sup>e</sup> ed). Sudbury, US: Jones & Bartlett Learning.
- Wolf, G.A., & Greenhouse, P.K. (2007). Blueprint for Design: Creating Models That Direct Change. *The Journal of Nursing Administration*, 37(9), 381-387.
- Zangaro, G.A., & Soeken, K.L. (2007). A Meta-Analysis of Studies of Nurses' Job Satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30, 445-458.
- Zeytinoglu, I.U., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J., & Boos, L. (2007). Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: Effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress. *Health Policy*, 79, 57-72.

## Annexes

### Annexe 1 - Lettre de recrutement des participants

**Titre de l'étude** : Les conceptions et préférences des infirmières par rapport aux modalités de l'organisation de leur travail

**Chercheur principal** : Carl-Ardy Dubois, Ph. D.  
Professeur qui dirige le mémoire de l'étudiante chercheuse  
Courriel : XXXXXXXXXXXX  
Téléphone : XXXXXXXXXXXX

**Étudiante chercheuse** : Marilys Filion-Côté, B. sc. Inf.  
Candidate à la maîtrise en administration des services infirmiers avec option mémoire  
Courriel : XXXXXXXXXXXX  
Téléphone : XXXXXXXXXXXX

#### Présentation du projet

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de mémoire de Marilys Filion-Côté, B.sc.inf, dirigée par M. Carl-Ardy Dubois, Ph. D., professeur à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Ce projet de recherche est mené en vue de l'obtention d'un diplôme de deuxième cycle universitaire. Les résultats de cette étude devraient apporter une contribution importante afin d'améliorer les pratiques de gestion du personnel infirmier pour augmenter leur satisfaction professionnelle.

Cette étude a pour but d'explorer les conceptions et préférences des infirmières au sujet des modalités d'organisation de leur travail. Les aspects de l'organisation du travail considérés touchent notamment le déploiement du personnel, l'environnement de travail et les processus de soins. Cette étude permettra de générer des connaissances qui pourront être mises à contribution afin de mettre en place des stratégies visant à améliorer la pratique infirmière. En examinant les conceptions et les préférences des infirmières, cette recherche apportera l'information nécessaire pour prendre en compte le point de vue des infirmières et leur permettre d'exercer le leadership nécessaire dans la mise en place d'initiatives visant à améliorer l'organisation de leur travail.

Votre participation consistera à participer à une entrevue, d'environ 45 à 60 minutes qui portera sur la manière dont vous concevez la notion d'organisation du travail et sur vos préférences quant aux changements à mettre en œuvre pour améliorer l'organisation de votre travail.

L'entrevue se déroulera dans un local au sein de votre organisation en fonction de vos disponibilités, soit durant votre quart de travail, soit avant ou après votre quart de travail. La Direction des soins infirmiers est informée de la réalisation de cette étude et s'est engagée à la facilité. La collecte de données se déroulera sur une période d'environ 2 mois, soit de mars 2013 à avril 2013. L'analyse des données sera effectuée au cours de l'été 2013 et les résultats seront disponibles à partir de l'hiver 2014.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse, Marilys Filion-Côté, B.sc.inf, ou le chercheur principal, Carl-Ardy Dubois, Ph. D., aux numéros et courriels suivants :

**Étudiante chercheuse** : Marilys Filion-Côté, B. sc. Inf.

Candidate à la maîtrise en administration des services infirmiers avec option mémoire

Courriel : XXXXXXXXXXXX

Téléphone : XXXXXXXXXXXX

Disponibilité : Tous les jours de 8 h à 18 h

**Chercheur principal** : Carl-Ardy Dubois, Ph. D.

Professeur qui dirige le mémoire de l'étudiante chercheuse

Courriel : XXXXXXXXXXXX

Téléphone : XXXXXXXXXXXX

Disponibilité : 9 h à 17 h du lundi au vendredi

Marilys Filion-Côté, B.sc.inf

Étudiante chercheuse

Étudiante à la maîtrise en administration des services infirmiers

Université de Montréal



## Annexe 2 - Questionnaire sociodémographique

Numéro du participant : \_\_\_\_\_

1. Dans quel groupe d'âge êtes-vous?  
18-25 ans \_\_\_\_\_  
26-35 ans \_\_\_\_\_  
36-45 ans \_\_\_\_\_  
46-55 ans \_\_\_\_\_  
56-65 ans \_\_\_\_\_  
66 ans et plus \_\_\_\_\_
2. Depuis combien d'années(s) êtes-vous infirmière(er)?  
1-3 ans \_\_\_\_\_  
4-10 ans \_\_\_\_\_  
11-20 ans \_\_\_\_\_  
Plus de 20 ans \_\_\_\_\_
3. Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez complété?  
DEC \_\_\_\_\_  
Certificats \_\_\_\_\_  
Baccalauréat \_\_\_\_\_  
Maîtrise \_\_\_\_\_
4. Combien d'années de scolarité avez vous faites dans le domaine des soins infirmiers?  
\_\_\_\_\_
5. Quel est votre titre d'emploi? \_\_\_\_\_
6. Depuis combien d'années possédez-vous ce titre? \_\_\_\_\_
7. Depuis combien de temps travaillez-vous dans le département de médecine dans cet établissement? \_\_\_\_\_
8. Sur quel quart de travail travaillez-vous le plus souvent depuis la dernière année?  
\_\_\_\_\_

### **Annexe 3 - Formulaire de consentement des participants**

**Titre de l'étude** : Les conceptions et préférences des infirmières par rapport aux modalités de l'organisation de leur travail. (XXXXXXXXXXXX)

**Chercheur principal** : Carl-Ardy Dubois, Ph. D.  
Professeur qui dirige le mémoire de l'étudiante chercheuse  
Courriel : XXXXXXXXXXXX  
Téléphone : XXXXXXXXXXXX

**Étudiante chercheuse** : Marilys Filion-Côté, B. sc. inf.  
Candidate à la maîtrise en administration des services infirmiers avec option mémoire  
Courriel : XXXXXXXXXXXX  
Téléphone : XXXXXXXXXXXX

**Lieu où s'effectue la recherche** : Hôpital XXXXXXXXXXXX

**Nom de l'organisme qui subventionne le projet de recherche** : Cette recherche est effectuée dans le cadre d'un projet de maîtrise et ne fait l'objet d'aucune subvention. L'étudiante a auparavant obtenu une bourse de maîtrise du Centre FERASI (2011-2012)

#### Section 1 - Information

##### I. Préambule

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de mémoire de Marilys Filion-Côté, B.sc.inf., dirigée par M. Carl-Ardy Dubois, Ph. D., professeur à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et directeur scientifique du Centre FERASI.

Nous sollicitons votre participation à ce projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou à l'étudiante chercheuse et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

À partir du moment où vous êtes en possession de ce formulaire, vous disposez d'une période de réflexion de 2 semaines pour donner votre accord et nous le retourner signée si vous acceptez de participer au projet de recherche. Vous pourrez nous remettre le présent formulaire au début de l'entrevue qui sera réalisée avec vous.

## II. Nature et objectifs du projet de recherche

Cette étude a pour but d'explorer les conceptions et préférences des infirmières au sujet des modalités d'organisation de leur travail. Les aspects de l'organisation du travail considérés touchent notamment le déploiement du personnel, l'environnement de travail et les processus de soins.

Ce projet de recherche est mené en vue de l'obtention d'un diplôme de deuxième cycle universitaire. Les résultats de cette étude devraient apporter une contribution importante afin de mettre en place des stratégies visant à améliorer la pratique infirmière.

## III. Déroulement du projet de recherche

Dans le cadre de cette étude, dix entrevues seront effectuées sur l'unité de médecine de l'hôpital XXXXXXXXXXXX. Ces entrevues seront de 45 à 60 minutes. Votre participation consistera à participer à une entrevue, d'environ 45 à 60 minutes, qui portera sur votre conception et vos préférences en lien avec les modalités d'organisation de votre travail.

Ces entrevues seront enregistrées sur bande audio et se dérouleront dans un local au sein de votre organisation en fonction de vos disponibilités, soit durant votre quart de travail, soit avant ou après votre quart de travail. La Direction des soins infirmiers est informée de la réalisation de cette étude et s'est engagée à la faciliter. La collecte de données se déroulera sur une période d'environ 2 mois, soit de mars 2013 à avril 2013. L'analyse des données sera effectuée au cours de l'été 2013 et les résultats seront disponibles à partir de l'hiver 2014.

Lorsque l'entrevue réalisée avec vous sera retranscrite, vous en recevrez une copie que vous pourrez relire à votre guise et vous pourrez mentionner à l'étudiante chercheuse si vous désirez ajouter ou enlever des éléments que vous avez mentionnés durant votre entrevue. Cette révision est non obligatoire, mais suggérée. Vous aurez un délai de 10 jours suivant la réception de votre copie pour valider la transcription de votre entrevue.

Une fois que les résultats seront disponibles, une présentation sera organisée dans un local de l'hôpital XXXXXXXXXXXX. L'étudiante chercheuse communiquera avec vous par téléphone ou par courriel afin de vous aviser de l'heure et du lieu de la présentation des résultats. Vous pourrez y assister à votre guise. Cette présentation est non obligatoire.

## IV. Risques et inconvénients associés au projet de recherche

Il est important de noter qu'aucune compensation, reliée à votre participation à cette étude, ne vous sera octroyée.

De plus, il est possible que la participation à cette étude génère de possibles inconforts en regard aux questions posées. Par exemple, vous pouvez avoir un certain inconfort à porter un jugement par rapport à l'organisation de votre travail, avoir une crainte de porter un jugement par rapport à vos collègues de travail ou vos supérieurs, avoir peur des répercussions possibles face à la divulgation de certains éléments même si toutes les garanties de confidentialité sont données, ou encore être amenée à remémorer des événements stressants, etc.

Par contre, sachez que vous serez libre en tout temps de refuser de répondre aux questions. Toute nouvelle information ou connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

#### V. Avantages à participer

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel direct de votre participation à cette étude. Toutefois, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine et à une meilleure compréhension du phénomène étudié.

#### VI. Participation volontaire et possibilités de retrait

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la chercheuse, le commanditaire ou l'établissement où se déroule cette étude de leur responsabilité civile et professionnelle.

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

Le chercheur principal, l'étudiante chercheuse responsables du projet de recherche et le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital XXXXXXXXXXXX peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer votre sécurité et aussi celles des autres sujets de recherche et rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

#### VII. Confidentialité

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code.

La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'équipe de recherche (étudiante chercheuse et le chercheur principal).

Les données de recherche et les bandes audio seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude à l'Université de Montréal et seront détruites par la suite.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CERSS) de l'Université de Montréal ou le Comité d'éthique de la recherche de l'hôpital XXXXXXXXXXXX. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable.

#### VIII. Compensation et indemnisation

Vous ne recevrez pas d'argent pour votre participation à ce projet de recherche. Cette participation pourrait vous occasionner des dépenses (déplacements, repas) qui ne vous seront pas remboursées. Cependant, l'organisation de l'entrevue qui vous est demandée sera effectuée de manière à vous accommoder le plus possible et minimiser les dépenses éventuelles qu'elle pourrait occasionner. L'entrevue se déroulera, autant que possible, sur votre milieu de travail, soit durant votre quart de travail, soit avant ou après votre quart de travail. La Direction des soins infirmiers est informée de la réalisation de cette étude et s'est engagée à la faciliter.

#### IX. Personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante chercheuse du projet de recherche ou avec le chercheur principal aux numéros et courriels suivants :

**Chercheur principal**

Carl-Ardy Dubois, Ph. D.

Disponibilité : 9 h à 17 h du lundi au vendredi

Numéro de téléphone : XXXXXXXXXXXX

Courriel : XXXXXXXXXXXX

**Étudiante chercheuse**

Marilys Filion-Côté, B.sc.inf

Disponibilité : Tous les jours de 8 h à 18 h

Numéro de téléphone : XXXXXXXXXXXX

Courriel : XXXXXXXXXXXX

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de l'hôpital XXXXXXXXXXXX au numéro suivant :

**Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services**

Numéro de téléphone : XXXXXXXXXXXX

Bureau : XXXXXXXXXXXX

Adresse postale : Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXX

**X. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche**

Le comité d'éthique de la recherche de l'hôpital XXXXXXXXXXXX a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

## Section 2 - Consentement

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

---

*Nom et signature du participant*

*Date*

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjugé et je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement.

---

*Nom et signature du chercheur principal ou de l'étudiante chercheuse*    *Date*

## Annexe 4 - Guide d'entrevue

Quelles composantes sont privilégiées par les infirmières dans leur représentation de l'organisation du travail?

1. Pour cette étude, nous souhaitons comprendre comment les infirmières se représentent la manière dont leur travail est organisé. Lorsque nous parlons de la manière dont votre travail est organisé, qu'est-ce qui vous vient en tête? Qu'est-ce que l'organisation du travail pour vous?
2. Décrivez-moi votre journée de travail typique. Comment est-elle organisée?  
Relance pour les éléments ci-dessous :
  - a. Dans votre journée, est-ce qu'il y a des éléments qui facilitent votre travail?
  - b. Qu'est-ce que vous voyez actuellement comme irritants, contraintes ou problèmes dans la manière dont votre travail est organisé? Que faites-vous pour contrer ces irritants?
  - c. Si quelque chose pouvait être amélioré dans l'organisation de votre journée de travail, qu'est ce que vous voudriez modifier, que feriez-vous pour mettre en œuvre cette amélioration?
3. Est-ce qu'il y a eu des projets qui ont été mis en place pour améliorer ou changer la manière dont votre travail est organisé? Sur quoi ont porté ces projets? Comment avez-vous contribué à la mise en place de ces projets? Qu'est-ce que ces projets ont changé dans l'organisation de votre travail au quotidien?

Quelles sont les préférences des infirmières par rapport aux modalités à privilégier quant aux diverses composantes de l'organisation de leur travail?

4. À titre d'infirmière travaillant dans cette unité de soins, quelles suggestions feriez-vous pour que cette unité de soins ait la meilleure équipe de soins déployée de la meilleure manière pour offrir les meilleurs soins aux patients?  
Relance pour les éléments ci-dessous :
  - a. Expliquez-nous aussi comment vous verriez votre contribution à la mise en œuvre de ces solutions (suivi : quantité de personnel, composition des équipes, horaires, charge de travail).



5. Quelles seraient vos suggestions pour améliorer vos conditions de travail?
6. Comment se passe l'intégration des nouvelles infirmières? Qu'est-ce que vous amélioreriez dans ce processus?
7. Comment mettez-vous à jour vos connaissances? Que feriez-vous pour améliorer cette situation?
8. Qu'est-ce qu'il faudrait changer pour créer dans cette unité un environnement où tout le monde souhaite travailler? Quelles suggestions feriez-vous?  
Relance pour les éléments ci-dessous :
  - a. Expliquez-nous aussi comment vous verriez votre contribution à la mise en œuvre de ces solutions (suivi : en ce qui concerne la relation entre les collègues, relation avec les supérieurs, la sécurité des infirmières).
9. Dans un monde optimal, qu'est-ce qui serait inclus et exclu de vos tâches professionnelles?  
Relance pour les éléments ci-dessous :
  - a. Si vous pouviez changer quelque chose pour améliorer la prise en charge des patients, qu'est-ce que vous changeriez?
  - b. Si vous pouviez modifier quelque chose pour améliorer les soins offerts aux patients, qu'est-ce que vous changeriez?
10. Je crois avoir fait le tour des sujets qui m'intéressent par rapport à vos préférences au travail en tant qu'infirmière. Est-ce qu'il y a un sujet que nous n'avons pas abordé dont vous aimeriez me parler avant de terminer l'entrevue?

## Annexe 5 - Certificat éthique

[REDACTED] [REDACTED]

**Certificat éthique**

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital [REDACTED] a approuvé et assurera le suivi du projet de recherche intitulé:

*Les conceptions et préférences des infirmières par rapport aux modalités de l'organisation de leur travail.* [REDACTED]

présenté par *Monsieur Carl-Ardy Dubois*. Cette étude est conforme aux normes éthiques actuelles.

Ce certificat est valide pour la période du *18 mars 2013* au *18 mars 2014*.

 [REDACTED]

[REDACTED]  
Président  
Comité d'éthique de la recherche  
Hôpital [REDACTED]