Université de Montréal

# Culture du bloc opératoire, rétention infirmière et intention de quitter : une ethnographie focalisée

Par
Karine Laflamme

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M. Sc.)
en sciences infirmières (option administration des services infirmiers)

Mai 2018

© Karine Laflamme, 2018

## Résumé

Problématique : Un problème de rétention infirmière dans les blocs opératoires est connu, autant au Québec qu'à l'international. Or, il appert que ce problème persiste même si plusieurs facteurs organisationnels et individuels soient connus, autant pour la rétention que pour l'intention de quitter. L'accès à la chirurgie et une réduction des temps d'attentes sont une priorité du Ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'avère que la formation des nouvelles infirmières au bloc opératoire est un parcours long et coûteux pour les hôpitaux. Il est important d'étudier le contexte et le quotidien dans lequel la rétention et l'intention de quitter ont lieu. But : Explorer en profondeur la culture du bloc opératoire en lien avec la rétention infirmière et l'intention de quitter selon la perception des infirmières d'un hôpital universitaire d'un centre urbain. Méthodologie : Une ethnographie focalisée fut réalisée à l'automne 2017. Onze entrevues (n=11) semi-structurées avec des infirmières ainsi que six jours d'observations furent effectués. Des conversations informelles et des notes de terrains ont complété la collecte de données et une analyse thématique fut réalisée. Résultats : Cinq thèmes ont émergé, soient la rétention des nouvelles infirmières, les départs associés au roulement normal, le cercle vicieux de la pénurie, le partage de la réalité et les facteurs favorisant la rétention. Conclusion : Cette recherche a permis de confirmer plusieurs facteurs du cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010). L'ethnographie focalisée a permis d'approfondir le contexte particulier du bloc opératoire et trois nouveaux facteurs ont émergé en dehors de ce cadre de référence soient : la présence de comportements perturbateurs, la nécessité d'améliorer le partage de la réalité et le besoin d'amélioration de la communication. Des recommandations liées à ces enjeux ont été émises.

**Mots-clés :** Infirmière, culture, salle d'opération, ethnographie, rétention infirmière, roulement d'infirmières, intention de quitter des infirmières, satisfaction des infirmières, relations interprofessionnelles, relation infirmière-médecin.

## Abstract

Problematic: Nurse retention in operating rooms is as much a problem in Quebec as it is worldwide. This problem persists even though organizational and individual factors are well-established, as much for the retention as for the intention to leave. Diminished surgical wait times and operating room access are preoccupations for the government, and training new nurses is costly and time consuming for the establishment. It is thus very important to understand nurse retention factors and the reasons motivating intention to leave within their context in daily life. The goal of this study is to investigate operating room culture, its effect on nurse retention, and the causes influencing nurses' intent to leave, according to the perceptions of nurses working in a university hospital in an urban center. Methodology: A focused ethnography was undertaken in autumn 2017. Eleven semi-structured interviews (n=11) were conducted with nurses, along with six days of on-site observation. Informal conversations and field notes completed the data collection, after which a thematic analysis was conducted. Results: Five themes emerged: new nurse retention, usual turnover, the vicious cycle of shortage, the reality of shared responsibility, and factors favoring retention. Conclusion: This study confirms many factors from the Tourangeau et al. (2010) reference framework. This focused ethnography has shed light on the specific setting of operating rooms, and brought three new factors to its framework: disruptive behaviour, the improvement of reality-sharing, and better communication. Recommendations have been submitted based on these findings.



**Key words:** Nursing, culture, operating room, ethnography, nurse's retention, nurse's turnover, nurse's satisfaction, nurse's intent to leave, interprofessionnal relations, doctor-nurse relation.

## Table des matières


Résumé ..... ii
Abstract ..... iv
Table des matières ..... v
Liste des tableaux ..... viii
Liste des figures ..... ix
Liste des abréviations ..... x
Dédicace ..... xi
Remerciements ..... xii
Préface ..... xiii
Introduction ..... 1
Chapitre 1 : Problématique ..... 4
Problématique ..... 5
Mise en contexte ..... 5
Problématique de rétention infirmière dans la profession ..... 6
Problématique de rétention infirmière au bloc opératoire ..... 8
Définition de la culture ..... 10
But de l'étude et questions de recherche ..... 12
Chapitre 2 : Recension des écrits ..... 13
Stratégie de recherche documentaire ..... 14
Culture du bloc opératoire et contexte socioculturel ..... 15
Culture du bloc opératoire ..... 16
Relations interprofessionnelles ..... 19
Relation infirmière-médecin ..... 20
Comportements perturbateurs ..... 23
Rétention et intention de quitter des infirmières dans la profession ..... 27
Rétention dans la profession infirmière ..... 27
Intention de quitter la profession ..... 30
Rétention et intention de quitter des infirmières au bloc opératoire ..... 32
Rétention au bloc opératoire ..... 32
Intention de quitter le bloc opératoire ..... 35
Cadre de référence ..... 37
Modèle sur les déterminants de l'intention de demeurer à l'emploi ..... 38
Chapitre 3 : Méthodologie ..... 42
Devis de recherche ..... 43
L'ethnographie ..... 43
L'ethnographie focalisée ..... 45
Déroulement de l'étude ..... 45
Milieu à l'étude ..... 45
Échantillonnage ..... 46
Collecte de données ..... 49
Questionnaires sociodémographiques ..... 49
Entrevues individuelles semi-structurées ..... 50
Observations ..... 51
Conversations informelles ..... 53

Journal de bord ..... 54
Analyse des données ..... 54
Critères de rigueur ..... 55
Crédibilité ..... 55
Fiabilité ..... 56
Confirmabilité ..... 56
Transférabilité ..... 57
Considérations éthiques ..... 57
Chapitre 4 : Résultats ..... 60
Description du contexte socioculturel du bloc opératoire à l'étude ..... 62
Contexte de l'unité de soins pendant l'étude et accueil de l'étudiante ..... 62
Journée typique ..... 64
Profil sociodémographique des infirmières ..... 73
Thèmes émergents de l'étude et schéma intégrateur ..... 74
Thèmes émergents ..... 74
Schéma intégrateur ..... 77
Rétention des nouvelles infirmières ..... 78
Départs associés au roulement normal ..... 84
Cercle vicieux de la pénurie ..... 86
Partage de la réalité ..... 100
Facteurs favorisant la rétention (briser le cercle vicieux) ..... 102
Chapitre 5 : Discussion et recommandations ..... 109
Facteurs du cadre de référence ..... 110
Caractéristiques des infirmières ..... 110
Relations avec les collègues de travail ..... 112
Relations avec et soutien des gestionnaires ..... 113
Soutien et pratiques de l'organisation ..... 114
Reconnaissance au travail ..... 115
Réponses physiques et psychologiques reliées au travail ..... 116
Nouveaux facteurs dans un contexte de pénurie ..... 117
La présence de comportements perturbateurs ..... 118
L'amélioration du partage de la réalité ..... 121
L'amélioration de la communication ..... 122
Limites de l'étude ..... 124
Recommandations ..... 125
Recommandations pour la recherche ..... 125
Recommandations pour la pratique clinique ..... 125
Recommandations pour la formation ..... 126
Recommandations pour la gestion ..... 127
Conclusion ..... 130
Références ..... 133
Annexe A : Lettre d'autorisation pour effectuer le projet ..... 151
Annexe B : Formulaire d'information et de consentement pour les entrevues ..... 153
Annexe C : Lettre d'invitation pour le recrutement au bloc opératoire ..... 161
Annexe D : Coupon-réponse pour les entrevues individuelles ..... 163
Annexe E : Questionnaire sociodémographique ..... 165

Annexe F : Guide d'entrevue semi-structurée pour les infirmières ..... 167
Annexe G : Guide pour l'observation des infirmières et du milieu ..... 171
Annexe H : Lettre explicative pour l'unité de soins ..... 173

## Liste des tableaux

Tableau
1 Présentation des méthodes de collecte de données liées aux acteurs concernés .....49
2 Données sociodémographiques des infirmières .....74
3 Thèmes et sous-thèmes.....76

## Liste des figures

Figure
1 Modèle sur les déterminants de l'intention de rester à l'emploi des infirmières d'hôpital.....41
2 Schéma intégrateur de la rétention et de l'intention de quitter des infirmières au bloc opératoire dans un contexte de pénurie.....78

## Liste des abréviations

| | |
|---|---|
| **AIIC** | Association des infirmières et infirmiers du Canada |
| **AORN** | *Association of periOperative Registered Nurse* |
| **CEC** | Circulation extracorporelle |
| **CÉR** | Comité d'éthique et de la recherche |
| **CIISOQ** | Corporation des Infirmières et des Infirmiers de Salle d'Opération du Québec |
| **FIQ** | Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec |
| **MSSS** | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| **OIIQ** | Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec |
| **OR** | Operating room |
| **TS** | Temps supplémentaire |
| **TSO** | Temps supplémentaire obligatoire |

*À Emmanuel et Damien à qui j'espère transmettre*

*ma curiosité et mon amour d'apprendre*

**Remerciements**

La rédaction de ce mémoire fut l'aboutissement de nombreuses heures de travail et cela a été rendu possible grâce à plusieurs personnes que j'aimerais chaleureusement remercier.

Tout d'abord, j'aimerais remercier ma directrice de recherche Annette Leibing, qui a manifesté de l'intérêt pour mon sujet dès le premier séminaire de projet. Merci également à ma codirectrice Mélanie Lavoie-Tremblay qui a gentiment accepté une codirection dans une autre université. Merci pour votre sagesse, votre humour, vos encouragements, vos commentaires constructifs, vos expertises mutuelles et votre grande disponibilité. Je me considère privilégiée d'avoir pu être votre étudiante et je suis honorée que l'on puisse avoir nos trois noms sur un même travail scientifique. Merci infiniment également aux membres du jury, Laurence Bernard et Jérôme Gauvin-Lepage, pour vos judicieux conseils afin d'améliorer ce mémoire.

J'aimerais également remercier la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, la Faculté des études supérieures et postdoctorales et l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière pour leur généreux soutien financier.

Un merci sincère à la chef d'unité pour son accueil et son intérêt pour ce projet. Je remercie infiniment les infirmières qui ont généreusement partagé leurs perceptions sur le sujet.

Un merci à ma famille et ma belle-famille (Jean, Céline, Éric, Ariane, Monique, Réjean et Line) pour leur soutien. Un merci spécial et infini à Alain pour ta patience, ta compréhension et ton respect à mon égard. Tu m'as toujours encouragé à croire en moi, peu importe les projets.

Je termine en remerciant trois infirmières que j'ai connu à la maîtrise avec qui j'ai pu partager mes défis ou mes réussites. Merci infiniment pour votre soutien. Elles se reconnaîtront.

## Préface

*Grincement de roues, craquement d'une civière en mouvement, voix qui s'entremêlent et regards furtifs d'inconnus au passage d'une civière dans le corridor.* Voici un récit qui illustre le parcours d'un patient qui s'apprête à vivre l'expérience du « bloc opératoire ». Notre patient est muni d'une jaquette d'hôpital, tissu léger, ouverte à l'arrière, et d'un couvre cheveux semi-transparent à l'air invariablement mal positionné. Une couverture le recouvre partiellement et laisse dépasser ses pieds dénudés. Couché sur sa civière froide et peu confortable, il est poussé par un inconnu silencieux. Il parcourt les corridors de l'hôpital depuis le court séjour chirurgical vers l'aire d'attente principale du bloc opératoire où les civières sont collées les unes sur les autres. Il n'y a pas de séparation physique entre les patients (rideau ou autre). Dès son arrivée, à tour de rôle, une infirmière, un chirurgien et un anesthésiologiste, responsable de la salle d'opération dans laquelle sera opéré le patient, viennent le voir afin de procéder à un questionnaire précis en fonction de leur rôle respectif. Il s'ensuit alors, dans un environnement peu confidentiel, une série de questions en rafale pour le patient. A-t-il retiré tous ses bijoux ou ses sous-vêtements ? Son consentement est-il bien rempli ? Quels sont ses problèmes de santé ? Quel est l'historique de son problème l'amenant jusqu'au bloc opératoire ? Ceci laisse peu de temps pour les questions et les inquiétudes du patient. Un certain niveau de stress est invariablement présent. Le patient s'apprête à perdre le contrôle de son corps et il devra faire confiance à toutes ces personnes qu'il ne connaît pas. Vont-elles voir son corps dénudé ? Va-t-il se réveiller pendant l'intervention ? Va-t-il avoir un tube dans la gorge ? Va-t-il avoir mal ?

Certains patients verbalisent leurs craintes, d'autres se referment, mais à chaque fois, peu importe l'intervention, cette tension est palpable. Chaque professionnel aura peu de temps afin d'écouter le patient, de répondre à ses questions et de tenter de le rassurer. Dans un bloc

opératoire, chaque minute entre les cas est comptée. On doit être performant afin d'opérer le maximum de patient chaque jour. Ensuite, c'est le départ vers la salle d'opération. La civière traverse les dernières portes qui le séparent du bloc opératoire (les salles d'opération). C'est la zone la plus restreinte de cet environnement. Durant son trajet, le patient va croiser dans ce corridor du matériel (chariots à réanimation et autres), des volumineux équipements (microscopes, appareil portatif de radiologie) et des tables avec des cabarets et des instruments chirurgicaux. Finalement, les portes de la salle où il sera opéré s'ouvrent. Il fait généralement autour de 20$^{o}$C, et le patient, n'ayant que sa petite jaquette, est transféré de la civière vers la table d'opération qui est dure, étroite et froide. En plus de cet inconfort physique, le patient doit composer avec ce nouvel environnement impressionnant. Au plafond, deux immenses lumières mobiles sont pointées sur lui. À la tête, la machine d'anesthésie s'impose, pendant qu'à ces pieds, deux infirmières s'affairent, dans un bruit de métal qui s'entrechoque, à préparer tous les instruments nécessaires à la chirurgie. C'est un moment parfois très bruyant dans la salle d'opération et diverses conversations s'entremêlent. Comme seul point de réassurance, le patient ne peut maintenant se référer qu'aux yeux des personnes qui l'entourent, car tout le monde porte masque et chapeau. Pendant que tout se prépare dans la salle pour l'intervention, l'équipe d'anesthésiologie prend le patient en charge. L'anesthésiologiste a peu de temps pour gagner la confiance du patient et le rassurer. Pendant cette étape, divers gestes invasifs sont posés. Au minimum, une voie veineuse est installée. C'est un moment redouté par plusieurs patients. Ensuite, le monitorage de base est installé (brassard à pression, électrocardiogramme, saturomètre, etc.) ce qui implique l'installation d'équipement froid sur lui et sous sa jaquette. Parfois, des techniques plus invasives seront réalisées avant de procéder à l'anesthésie générale,

neuraxiale, plexique ou locale. Une fois l'anesthésie débutée, toute l'attention sera tournée vers l'intervention à accomplir.

C'est dans cet univers et autour de cette expérience vécue par de multiples patients chaque jour que prennent place les interactions entre tous les intervenants travaillant dans un bloc opératoire. Les interactions sont multiples et complexes, le contexte est unique, les savoirs sont spécialisés et l'ambiance est rapidement changeante. Une situation calme se transforme en quelques secondes en une situation critique. Peu importe l'heure, cet environnement se doit d'être fonctionnel et des gens compétents se doivent d'être au poste prêt à prendre en charge tous types de cas. L'infirmière au bloc opératoire est centrale dans la gestion de cet environnement. Un fonctionnement optimal au bloc opératoire passe, au quotidien, par la capacité de l'infirmière à planifier et à préparer les diverses interventions chirurgicales, en plus de participer directement au bon déroulement des celles-ci. Dans plusieurs cas, des chirurgies imprévues ou des changements en cours d'intervention nécessitent anticipation et adaptation. Ceci implique des savoirs spécialisés qui doivent être acquis et transférés, une communication constante avec les autres membres de l'équipe qui gravitent autour du patient et une gestion du stress exemplaire. Intégrer la formation à cet environnement est un défi constant. Il en va de même pour la rétention du personnel infirmier.

# Introduction

Le problème de rétention infirmière et de roulement de personnel infirmier dans les établissements de santé est connu à travers le monde. Dans un rapport récent sur l'effectif infirmier de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2015), le nombre d'infirmières est en baisse au Canada. Les départs à la retraite ou une réorientation de carrière sont deux exemples de facteurs qui ont contribué à cette baisse (AIIC, 2015). Le bloc opératoire n'échappe pas à cette problématique internationale de rétention des infirmières. Cela a été bien décrit dans la littérature par plusieurs auteurs à travers le monde. Des écrits venant de Suède, d'Australie, du Royaume-Uni ou encore des États-Unis ont rapporté de bas taux de rétention ou des difficultés à retenir les nouvelles recrues dans les salles d'opération (Björn, Josephson, Wadensten et Rissén, 2015 ; Björn, Lindberg et Rissen, 2016 ; Gillespie, Wallis et Chaboyer, 2008 ; Gilmour et Hamlin, 2003 ; Wilson, 2012). Plusieurs départs à la retraite sont aussi à prévoir dans les prochaines années dans les salles d'opération au Québec et aux États-Unis (Brinkman, 2013 ; Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec [OIIQ] et Corporation des Infirmières et des Infirmiers de Salle d'Opération du Québec [CIISOQ], 2007). Cette pénurie d'infirmières et les problèmes de rétention de celles en place ont un impact, entre autres, sur les temps d'attentes pour avoir accès à une chirurgie (OIIQ et CIISOQ, 2007). L'accès à la chirurgie et une réduction des temps d'attente sont actuellement une priorité du Ministère de la Santé et des Services sociaux au Québec (MSSS, 2014, 2016). De plus, il est important de souligner que la formation de nouvelles infirmières en salle d'opération est un parcours long et coûteux pour les hôpitaux, car c'est une unité de soins spécialisés. Le problème de rétention dans les blocs opératoires persiste malgré le fait que de nombreux facteurs organisationnels et individuels contribuant à ce problème soient connus dans la littérature. Afin de mieux comprendre la persistance du problème, il est important d'étudier plus en profondeur le contexte et le quotidien

dans lequel la rétention et l'intention de quitter ont lieu au bloc opératoire. En effet, peu d'écrits en sciences infirmières ont étudié de façon approfondie la culture et le contexte du bloc opératoire. Finalement, à notre connaissance, aucune étude québécoise n'a eu lieu sur la culture, la rétention et l'intention de quitter des infirmières au bloc opératoire.

Ces différents enjeux seront discutés tout au long de ce mémoire qui sera divisé en cinq chapitres : la problématique, la recension des écrits, la méthodologie, les résultats et, pour terminer, la discussion et les recommandations.

# Chapitre 1 : Problématique

Dans ce chapitre, la problématique sera présentée. D'entrée de jeu, une mise en contexte du bloc opératoire mettra en lumière les particularités de ce milieu. Il est important de prendre en compte ces particularités dans le contexte actuel de pénurie et de problèmes de rétention. Par la suite, la problématique de rétention infirmière en général dans la profession sera abordée pour ensuite s'attarder plus particulièrement à celle du bloc opératoire. Finalement, la définition de la culture ainsi que le but et les questions de recherche termineront ce chapitre.

## Problématique

### Mise en contexte

Le bloc opératoire est un monde à part (Genest, 1990). En effet, plusieurs auteurs le décrivent comme un environnement nécessitant des savoirs hautement spécialisés où se chevauchent des protocoles, des normes de pratiques et l'adhésion à des règles strictes d'asepsie (Eskola et coll., 2016 ; Higgins et MacIntosh, 2010). Le travail de bloc opératoire se fait dans un environnement stressant (Chen, Lin, Wang et Hou, 2009 ; Higgins et MacIntosh, 2010 ; Vowels, Topp et Berger, 2012). Les infirmières y sont continuellement en apprentissage et doivent s'adapter à plusieurs chirurgiens, anesthésistes, infirmières, infirmières auxiliaires, préposés, le tout, en prenant soin des patients. D'autres infirmières décrivent le bloc opératoire comme un environnement intense, géographiquement isolé du reste de l'hôpital et qui présente une plus grande hiérarchie sociale que dans la plupart des autres unités de soins, ce qui peut même créer un choc culturel pour les nouvelles recrues (Gillespie et coll., 2008). Il y a une proximité dans les relations interprofessionnelles qu'il n'y a pas ailleurs dans l'hôpital étant donné que tout le personnel se côtoie autour d'un patient qui, la plupart du temps, est sous

anesthésie sur la table d'opération – et cela dans un espace très limité (environ 50 $m^2$/salle) (MSSS, 2015). Une partie du travail des infirmières en salle d'opération consiste notamment à connaître et préparer tout le matériel, les instruments et faire le décompte avant l'arrivée du chirurgien, le tout selon les standards de stérilité et les lignes directrices (Gillespie et coll., 2008). Ces mêmes auteures mentionnent que le travail d'équipe multidisciplinaire dans un petit espace, le fait de devoir gérer de multiples demandes verbales pendant une chirurgie et le fait de devoir apprendre un langage et une nomenclature très spécialisée, fait partie des difficultés au bloc opératoire. Même si, dans l'histoire, on a longtemps décrit le rôle de l'infirmière de salle d'opération comme la servante du chirurgien (Gillespie et coll., 2008 ; Gilmour et Hamlin, 2003 ; Riley et Manias, 2006a), l'infirmière a un rôle essentiel pour le bon fonctionnement de la chirurgie et des soins au patient (Laconcepcion et Snookoo, 2006). La démonstration que fait l'infirmière de son savoir et de sa compétence est particulièrement appréciée en salle d'opération (Gillespie et Hamlin, 2009). En effet, selon ces mêmes auteurs, une infirmière compétente a un savoir spécialisé qui respecte des standards de pratique, mais est aussi capable de travailler en équipe et d'avoir des qualités humaines telles que la communication, la coordination et du *leadership*. Le tout dans le but d'offrir en salle d'opération des soins sécuritaires, performants et efficaces (Gillespie et Hamlin, 2009). Dans ce monde à part avec ses particularités uniques, la rétention des infirmières semble un problème important qui pose des défis aux gestionnaires. Les prochaines sections aborderont cette problématique.

**Problématique de rétention infirmière dans la profession**

Le problème de rétention infirmière et de roulement de personnel infirmier dans les établissements de santé est connu internationalement. Dans la littérature, plusieurs auteurs de

différents pays se sont penchés sur cette problématique (Carter et Tourangeau, 2012 ; Z.C. Chan, Tam, Lung, Wong et Chau, 2013 ; Estryn-Behar et coll., 2007 ; Hayes et coll., 2012 ; Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Gelinas, Desforges et Marchionni, 2008 ; Lavoie-Tremblay et coll., 2010 ; Lavoie-Tremblay, Paquet, Marchionni et Drevniok, 2011 ; O'Brien-Pallas, Murphy, Shamian, Li et Hayes, 2010 ; Twigg et McCullough, 2014). Dans leur revue systématique de littérature sur l'intention de quitter des infirmières, par exemple, Z.C. Chan et coll. (2013) ont répertorié plusieurs facteurs organisationnels (environnement de travail, culture organisationnelle, engagement, demande au travail, soutien social) et individuels (satisfaction au travail, surmenage, facteurs démographiques) en lien avec l'intention de laisser son employeur ou la profession infirmière, et ce, au niveau international.

Au Canada, l'AIIC prévoyait en 2009, dans son rapport sur les solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada, que la pénurie d'infirmières va quasiment quintupler en 15 ans et pourrait atteindre un manque de près de 60 000 infirmières travaillant à temps plein en 2022. Dans ce même rapport, les auteurs montrent que cette pénurie augmente les temps d'attente, peut être à l'origine d'évènements importuns pour les patients ou encore être à la base de situations de travail difficiles entre collègues. Le rapport récent sur l'effectif infirmier de l'AIIC (2015) va dans le même sens : le nombre d'infirmières est en baisse au Canada dû, entre autres, aux départs à la retraite ou une réorientation de carrière.

Au Québec, l'OIIQ affirmait en 2013 que le taux de rétention de la relève infirmière cinq ans après l'obtention du permis atteint 92 %, ce qui semble encourageant. Par contre, les nouvelles infirmières qui restent dans la profession sont très mobiles (OIIQ, 2013). En effet, le taux de rétention de la relève infirmière chez son employeur (toutes régions confondues), cinq ans après l'obtention de son permis, est de 58,7 % (OIIQ, 2013). D'après les prévisions de main-

d'œuvre de 2007 du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), il manquera 23 000 infirmières au Québec en 2022 (cité dans OIIQ, 2007). Le problème de rétention d'infirmières au Québec est donc semblable à celui du Canada.

**Problématique de rétention infirmière au bloc opératoire**

Les blocs opératoires québécois n'échappent pas à cette problématique internationale de rétention des infirmières. Plusieurs auteurs semblent s'entendre sur le fait que la pénurie d'infirmières au bloc opératoire est multifactorielle (Gillespie et coll., 2008 ; OIIQ et CIISOQ, 2007 ; Wilson, 2012). Dans un mémoire écrit en 2007, l'OIIQ et la CIISOQ se sont penchés sur cette question. Ils affirment que le Québec fait actuellement « face à une pénurie de main-d'œuvre infirmière pour garantir efficacement à la clientèle l'accès à la chirurgie requise par sa condition de santé. Cette situation entraîne une augmentation du temps d'attente et, de ce fait, a des répercussions sur la santé des Québécois » (p.3). Selon le réseau des monitrices et des gestionnaires de bloc opératoire de 10 hôpitaux au Québec, en moyenne 50 % des infirmières de bloc opératoire quittent avant la fin de leur formation (consultation personnelle, 2015). Ceci est particulièrement préoccupant pour les gestionnaires étant donné que la formation de nouvelles infirmières en salle d'opération est un parcours long et coûteux pour les hôpitaux (Mollohan et Morales, 2016), car c'est une unité de soins spécialisés. Dans leur recension d'écrits, Jones et Gates (2007) ont affirmé que le roulement d'infirmières est un problème récurrent et coûteux pour les établissements de santé. Le coût estimé pour remplacer une infirmière de spécialité est de 64 000 $ (US) (Strachota, Normandin, O'Brien, Clary et Krukow, 2003). Selon les mêmes auteurs, ces coûts incluent le recrutement, la formation et la perte de productivité. Une revue de littérature plus récente (Y. Li et Jones, 2013) affirme que le coût

associé au roulement par infirmière peut aller jusqu'à 88 000 $ (US). Ceci inclut, entre autres, le recrutement, l'embauche, le temps supplémentaire, la perte de productivité, l'orientation et l'ajustement pour l'inflation (Jones, 2008). À partir des données de cette étude, il est possible d'avoir une idée de l'ordre de grandeur des coûts reliés à la formation d'une nouvelle infirmière au Québec.

La formation au bloc opératoire est plus longue que sur les unités de médecine ou de chirurgie habituelles. Selon *l'Association of periOperative Registered Nurse* (AORN, 2011), la durée moyenne d'une formation au bloc opératoire pour une infirmière sans expérience est de 6 à 12 mois, comparée à environ un mois sur les unités de soins habituelles (consultation personnelle, 2017). Selon Shermont et Krepcio (2006), minimiser le roulement d'infirmières sera toujours gagnant et important tant au niveau de la perspective économique pour les gestionnaires que pour celle du maintien de la qualité des soins offerts aux patients. De plus, les problèmes de rétention et de roulement de personnel au bloc opératoire mettent de la pression auprès de celles qui restent en place et peuvent avoir un impact sur la capacité à offrir des soins de qualité (Björn et coll. 2015). En effet, ce roulement d'infirmières peut aussi être un indicateur d'insatisfaction au travail (O'Brien-Pallas et coll., 2006). Au Québec, on ajoute à cela que 41,4 % des infirmières en soins périopératoires ont plus de 50 ans et qu'une partie de ces infirmières expérimentées quittent le réseau de la santé pour aller au privé en fin de carrière (OIIQ et CIISOQ, 2007). Cela « laisse présager une accentuation de la pénurie dans les prochaines années et, aussi, une difficulté à assurer le transfert nécessaire de leur expertise à de nouvelles infirmières » (OIIQ et CIISOQ, 2007, p.6). À la lumière de ces données de 2007, la situation continue d'être préoccupante en 2018 étant donné que ces mêmes infirmières de 50 ans et plus en 2007 approchent maintenant de la retraite ou ont déjà quitté.

Dans les quatre grands axes abordés par ce mémoire, l'OIIQ et la CIISOQ recommandaient, entre autres, de reconnaître le rôle particulier d'une infirmière en salle d'opération, en tentant d'intéresser davantage les jeunes infirmières à ce milieu unique lors de stages et à créer une formation uniforme pour tous en soins périopératoires. Cette formation serait donnée dans les établissements scolaires et répondrait à des exigences provinciales. Plusieurs recommandations telles que le programme-cadre provincial de formation en soins infirmiers périopératoires ou encore l'ajout de stage en salle d'opération dans les établissements scolaires n'ont pas vu le jour. Les jeunes infirmières n'ont donc pas plus d'opportunité de s'intéresser davantage à ce milieu spécialisé, car cela ne fait pas partie de la formation de base (Brinkman, 2013 ; Storen et Hanssen, 2011). Même une exposition minimale à la salle d'opération pourrait influencer positivement des infirmières à poursuivre leur carrière en salle d'opération (Thompson, 2007). Cette problématique de rétention au bloc opératoire est située dans un environnement qui est différent du reste de l'hôpital. Afin de mieux comprendre ce contexte unique, nous allons définir d'entrée de jeu ce que nous entendons par la culture du bloc opératoire et l'importance d'étudier celle-ci.

**Définition de la culture**

La culture a été définie de plusieurs façons par bon nombre d'auteurs et a fait l'objet de questionnements en anthropologie et en sociologie depuis longtemps (Rocher, 1992). Ainsi, la culture fait aussi référence au contexte socioculturel. Dans le cadre de ce projet, la définition retenue est celle de l'anthropologue britannique Edward Burnett Tylor (1871). Bien que cette définition date, elle a traversé les époques et est encore largement citée de nos jours (Anthrobase, s.d.). Par contre, des chercheurs ont questionné le concept de la culture, plus particulièrement la

notion de totalité chez Tylor, ainsi que le manque de politique dans sa définition (Kuper, 1999 ; Moore, 2012). En effet, aujourd'hui, la recherche est faite dans des sociétés complexes et globalisées, ce qui est différent de la civilisation décrite par Tylor. Malgré tout, sa définition correspond bien à la situation du bloc opératoire. Tylor (1871) définit la culture de la façon suivante :

> La culture, ou la civilisation, pris au sens large, au sens ethnographique, est ce tout complexe qui inclut la connaissance, la croyance, l'art, les morales, la loi, la coutume et toute autres capacités et habitudes acquises par l'homme comme un membre de la société [traduction libre, p.1].

Ainsi, la culture du bloc opératoire se distingue par des connaissances spécialisées, de la technologie avancée, des coutumes, des protocoles ou des procédures qui lui sont uniques. Le bloc opératoire est toutefois fortement lié au reste de l'hôpital au point de vue macroscopique, politique et économique, car un groupe n'est jamais considéré comme un système fermé.

À la lumière des écrits précédents, le bloc opératoire est un endroit unique et complexe dans lequel la rétention continue d'être problématique et particulièrement difficile malgré que plusieurs facteurs organisationnels et individuels soient connus. L'étude de la culture du bloc opératoire vise à mieux comprendre la connaissance, la croyance, l'art, les morales, la loi, la coutume et toute autre capacité des infirmières en lien direct ou indirect avec la rétention et l'intention de quitter. L'art fait ici référence à l'art de faire de la médecine. Étudier une culture permet de mieux comprendre le quotidien et les interactions des infirmières avec leurs collègues, tout comme leur environnement macroscopique tel que les politiques de santé ou la culture organisationnelle. Une ethnographie focalisée peut permettre de révéler des connaissances qui ne ressortent pas dans les autres méthodes de recherche (Wall, 2015). L'ethnographie peut ajouter de nouvelles connaissances, car elle permet de mieux comprendre le vécu et le point de

vue des personnes, ici des infirmières. Cette méthode prend en considération la complexité du milieu, ce qui permet de contextualiser les comportements et de révéler les interrelations entre les multiples facettes des interactions d'un groupe (Constable et coll., 2012). Une compréhension plus en profondeur des enjeux du bloc opératoire et de la culture contribuera à l'avancement des connaissances en sciences infirmières. Finalement il existe peu d'ethnographies abordant la rétention infirmière et peu d'écrits sur la rétention et l'intention de quitter le bloc opératoire. Avant de poursuivre avec la recension des écrits au chapitre 2, le but et les questions de recherche sont présentés ci-dessous.

## But de l'étude et questions de recherche

Le but de cette étude est d'explorer en profondeur la culture du bloc opératoire en lien avec la rétention infirmière et l'intention de quitter selon la perception des infirmières d'un hôpital universitaire d'un centre urbain. Afin d'arriver à ce but, trois questions de recherche sont posées :

1. Quelles sont les conditions de travail au bloc opératoire ?
2. Quelles sont les interactions des infirmières avec d'autres individus au bloc opératoire ?
3. Quelles sont les perceptions des infirmières sur les facteurs en lien avec la rétention et l'intention de quitter au bloc opératoire ?

# Chapitre 2 : Recension des écrits

Dans ce chapitre, la stratégie de recherche documentaire sera présentée. Ensuite, la recension des écrits abordera la culture et le contexte socioculturel spécifique au bloc opératoire, la rétention des infirmières et l'intention de quitter dans la profession, pour enfin s'attarder plus particulièrement au bloc opératoire. Finalement, le cadre de référence de cette étude sera présenté.

## Stratégies de recherche documentaire

Plusieurs bases de données en sciences infirmières, en médecine, en sciences humaines et sociales et en psychologie ont été consultées (*CINAHL, EBM Cochrane*, Érudit*, PUBMED, PROQUEST* et *PsycINFO*). De plus, *Google Scholar* et la liste de références à la fin des articles ont été consultés en complément. Cela a permis d'accéder à des documents de type littérature grise tels que des écrits du ministère, de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec ou des guides de pratiques. Les mots-clés suivants ont été utilisés seuls ou en combinaison : *Nursing, culture, operating room, ethnography, nurse's rétention, nurse's turnover, nurse's satisfaction, nurse's intent to leave, interprofessionnal relation, doctor-nurse relation.* La combinaison du concept 1 (*operati* AND (room* OR block* OR suite* OR theatre* OR department* OR unit*)) OR (surgical AND (suite* OR department* OR unit*)) OR surgicent*) AND/OR* le concept 2 (*Nurs* AND (retention* OR satisfaction OR Retain* OR interprofessinal relation OR doctor relation OR turnover* OR Keep* departure* OR quit* OR short* OR intent to leave OR intent so stay)) AND/OR* le concept 3 *(Cultur* OR ethnograph* OR anthropolog*)* a été appliquée. Une bibliothécaire en sciences de la santé a été consultée afin d'éliminer les oublis potentiels. Les écrits les plus récents de moins de 10 ans ont été privilégiés. Par contre, certains écrits classiques qui datent de 1871 et après ont tout de même été retenus pour leur pertinence. Ce

procédé a permis de répertorier près de 800 articles. Après avoir éliminé les doublons et avoir lu les résumés, les articles qui ont été retenus avaient les critères suivants :

1) Écrits théoriques ou études primaires ou secondaires en français ou en anglais portant sur la culture, l'anthropologie ou des ethnographies au bloc opératoire.
2) Écrits théoriques ou études primaires ou secondaires en français ou en anglais portant sur la rétention des infirmières dans la profession ou au bloc opératoire
3) Écrits théoriques ou études primaires ou secondaires en français ou en anglais portant sur l'intention de quitter des infirmières dans la profession ou au bloc opératoire.

À part quelques exceptions lorsque la littérature manquait sur un sujet précis, les écrits devaient être au bloc opératoire. Les écrits périopératoires plus éloignés du sujet du bloc opératoire (salle de réveil, chirurgie d'un jour, unité de chirurgie) ont été exclus. Au final, à l'exception d'un écrit de 1871 retenu pour sa pertinence historique, près de 200 documents entre 1967 et 2018 ont été retenus. Les écrits ont été analysés par une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2010) et ensuite divisés en trois thèmes : les écrits concernant la rétention infirmière dans la profession ou au bloc opératoire, les écrits concernant l'intention de quitter la profession ou au bloc opératoire et les écrits portant sur la culture et le contexte socioculturel du bloc opératoire.

## Culture du bloc opératoire et contexte socioculturel

La recension des écrits de cette section s'inspire de plusieurs éléments de notre définition de la culture de Tylor (1871). Ainsi, la culture du bloc opératoire sera abordée au niveau des

connaissances spécialisées, de l'art de la médecine, des coutumes et des habitudes acquises par les infirmières au bloc opératoire. Ensuite, une section abordera la proximité des relations interprofessionnelles dans le contexte particulier du bloc opératoire. Enfin, la dernière section s'intéresse au quotidien du bloc opératoire.

## Culture du bloc opératoire

Avec son environnement et sa culture unique, plusieurs auteurs issus de divers domaines tels que la sociologie (Waring, Harisson et McDonald, 2007), l'anthropologie (Cassel, 1991, 1998 ; Genest, 1990 ; Katz, 1999 ; Prentice, 2013), l'éducation (Bezemer, Korkiakangas, Weldon, Kress et Kneebone, 2016), les sciences infirmières (Björn et coll., 2016 ; Brinkman, 2013 ; Gillespie et coll., 2008) et la médecine (Braaf, Manias et Riley, 2013 ; Marco, 2001) se sont intéressés à divers angles concernant le bloc opératoire. Ce qui se passe au bloc opératoire est enraciné dans une façon d'être. La culture y est apprise par les personnes et découle d'un environnement social spécifique (Hofstede, 1994). Nous abordons dans la sous-section suivante les connaissances spécialisées, l'art de la médecine, les coutumes et des habitudes acquises par les infirmières au bloc opératoire.

**Connaissances spécialisées, art de la médecine, coutumes et habitudes acquises par les infirmières au bloc opératoire.** Le bloc opératoire nécessite des connaissances spécialisées. Dès l'entrée au bloc opératoire, il y a une séparation entre les employés et les visiteurs avec l'affiche « Personnel autorisé seulement » ou « Accès interdit bloc opératoire », ce qui indique une zone à circulation restreinte où la stérilité s'accentue à mesure que le patient ou le personnel avance dans les différentes zones (Prentice, 2013). Seuls les employés avec un uniforme, des

couvre-chaussures et un chapeau pour couvrir les cheveux peuvent pénétrer dans les zones les plus stériles du bloc opératoire (Prentice, 2013). Le poste des infirmières à l'entrée du bloc opératoire assure une certaine forme de contrôle afin que seules les personnes avec une permission et un habillement adéquat atteignent cette zone (Prentice, 2013). De leur côté, les infirmières ont une façon de se déplacer et d'utiliser des instruments spécifiques à chaque chirurgie. Elles doivent apprendre à assister le chirurgien selon une variété d'interventions et doivent apprendre plusieurs procédures strictes. Ce sont autant d'éléments qui nécessitent des connaissances spécialisées de la part des infirmières et qui lui sont appris par ses collègues lorsqu'elle est en formation.

Tel que mentionné précédemment, il y a même une forme d'art au bloc opératoire. Dans son ethnographie en salle d'opération publiée en 1990, l'anthropologue québécois Genest explique qu'on y retrouve une forme d'art quand le chirurgien entre en scène et que « l'expression anglaise, surtout britannique, *theater* pour désigner la salle d'opération est particulièrement suggestive » (p.12). Genest (1990) explique dans son ethnographie que le chirurgien responsable du cas « entrera en scène une fois le champ stérile installé. Certains chirurgiens, ayant un meilleur sens du spectacle, feront leur entrée dans la salle […] juste au moment où s'achève la mise en place du champ opératoire » (p.16). En 2018, cette mise en scène est davantage procédurale qu'artistique à l'exception peut-être des blocs opératoires avec de la chirurgie très spécialisée où certaines chirurgies « sauvent des vies ».

Le bloc opératoire est aussi rempli de coutumes et de rituels périopératoires. Selon Katz (1981), les rituels incluent le nettoyage des mains et des avant-bras avec des mouvements précis et minutés, plus communément appelé le *brossage*, pour tous ceux qui seront directement impliqués dans la chirurgie, habituellement l'infirmière *brossée*, le résident en chirurgie et le

chirurgien. Ensuite, il y a le décompte des instruments, l'anesthésie, le positionnement, la désinfection du site opératoire, l'installation des champs opératoires, l'opération et lorsque la chirurgie achève, un autre décompte, et finalement, la fermeture de la région opérée, le pansement et le réveil du patient.

Finalement, le bloc opératoire comporte aussi des habitudes acquises par les infirmières. Un des défis relevés en salle d'opération selon Prentice (2013), est savoir situer son corps dans un espace où se chevauche du matériel stérile et non stérile. Selon cette même auteure, même si cela semble facile à comprendre en théorie, il s'avère que plusieurs personnes qui commencent leur apprentissage au bloc opératoire éprouvent de la difficulté à appliquer ces principes dans la pratique. Selon Higgins et MacIntosh (2010), la culture au bloc opératoire est « gouvernée par des règles, politiques et procédures, ainsi qu'à une accessibilité restreinte aux patients qui, pour la plupart, sont anesthésiés » [Traduction libre] (p.323). Dans ce contexte, le rôle de l'infirmière consiste principalement à s'assurer de la sécurité et de la dignité du patient, de préparer de façon sécuritaire le matériel et les équipements nécessaires incluant les contrôles de sécurité ou les prélèvements (McGarvey, Chambers et Boore, 2000). De son côté, Timmons et Tanner (2005) affirment que l'infirmière a un « rôle d'hôtesse » et que sa mission principale en salle d'opération est de s'assurer que le chirurgien est satisfait et que l'ambiance de travail est décontractée. Cette définition semble toutefois réductrice et moins actuelle en 2018.

L'infirmière travaille en étroite collaboration avec le chirurgien et les autres membres de l'équipe. Il y a une grande proximité entre les membres de l'équipe ce qui peut parfois amener des défis au niveau des relations interprofessionnelles et de la communication. Ce contexte socioculturel particulier nous amène à aborder les prochaines sections.

**Relations interprofessionnelles**

Le travail au bloc opératoire est un travail d'équipe avec une proximité dans les relations interprofessionnelles qu'il n'y a pas ailleurs dans l'hôpital. Il peut y avoir dans la salle plusieurs infirmières, infirmières auxiliaires, un inhalothérapeute, un anesthésiste, des étudiants en chirurgie ou en anesthésie et des préposés aux bénéficiaires au besoin. La salle est généralement d'une dimension minimale de 50 $m^2$ (MSSS, 2015). Le travail se fait dans un espace limité ce qui peut occasionner davantage d'opportunités de tensions, car tout le personnel se côtoie de façon rapprochée autour du patient endormi. Chacun des professionnels de l'équipe interdisciplinaire a un bagage culturel différent et un niveau d'éducation qui varie (Clark et Kenski, 2017). Selon Petri (2010), la collaboration interdisciplinaire suppose que chaque professionnel impliqué dans l'équipe de soins est interdépendant et priorise les objectifs du patient plutôt que leurs intérêts personnels. Afin d'assurer la sécurité des patients, une bonne communication et collaboration est essentielle (Makary et coll., 2006). Dans leur revue systématique de littérature, Gillespie, Chaboyer et Murray affirment que l'amélioration de la communication en salle d'opération améliore la sécurité des patients et diminue les risques de complications ou d'évènements indésirables graves (2010). Un bon travail d'équipe et une communication de qualité améliorent les résultats des patients (Clayton, Isaacs et Ellender, 2016 ; Mazzocco et coll., 2009 ; Sacks et coll., 2015) et augmentent l'efficacité des soins de santé (Sacks et coll., 2015).

Cette dynamique d'équipe comporte aussi de petites sous-équipes. Alors que l'anesthésiste travaille étroitement avec l'inhalothérapeute, l'infirmière collabore en lien étroit avec les autres infirmières et le chirurgien. Cette interaction infirmière-médecin mérite qu'on

s'y attarde, car elle peut avoir des répercussions sur la rétention. C'est ce que nous allons explorer dans la prochaine section.

**Relation infirmière-médecin**

La relation infirmière-médecin intéresse les auteurs depuis plus de 50 ans et a évolué dans le temps. Un des premiers auteurs à s'être intéressé à la relation infirmière-médecin se nomme Dr Leonard I. Stein (1967). Dans son article classique *The Doctor-Nurse Game* (1967), il qualifie la relation entre les deux professionnels de « vraiment spéciale » et empreinte de respect mutuel et de coopération. Selon cet auteur, le médecin a un rôle plus traditionnel et doit prendre toutes les décisions en lien avec le traitement de ses patients. De plus, malgré le stéréotype hiérarchique de cette relation, le médecin s'inspire quand même des recommandations des infirmières avec qui il travaille en étroite collaboration. L'infirmière peut ainsi se permettre de faire certaines recommandations si elles sont bien réfléchies, mais elles doivent être faites sans avoir l'air de faire des recommandations fermes. Selon Stein, l'infirmière a un rôle assez passif dans la dynamique médecin-infirmière, où elle a appris à l'école des infirmières à montrer un grand respect au médecin et ne pas être en désaccord avec lui (1967). Cette alliance fonctionne très bien, mais si l'infirmière perd la confiance du médecin dans le jeu, les pénalités peuvent être sévères et le médecin devient méfiant, ce qui perturbe l'alliance médecin-infirmière (Stein, 1967).

Vingt-trois ans après cet article, Stein, Watts et Howell (1990), ont revisité ce classique et apporté une certaine nuance à la dynamique médecin-infirmière de 1967. En effet, avec l'influence des changements sociaux tels que la féminisation de la médecine, l'augmentation du niveau d'éducation et de responsabilités des infirmières et la détérioration de l'estime du public

pour les médecins, les auteurs affirment que les infirmières sont maintenant des professionnelles autonomes et travaillent davantage d'égal à égal avec le médecin ce qui contribue à des changements majeurs comparés à 1967 (Stein et coll., 1990). Quelques auteurs s'entendent toutefois pour dire que la dynamique médecin-infirmière de Stein telle que décrite en 1967 est encore d'actualité dans les milieux de soins (Holyoake, 2011 ; Snelgrove et Hughes, 2000). Dans leur étude en 2000, Snelgrove et Hughes avaient pour but d'examiner le changement dans la relation médecin-infirmière telle que décrite par Stein (1967) et Stein et coll. (1990) et voir si cela était encore d'actualité dans un environnement de travail contemporain comme à l'hôpital. Après avoir fait des entrevues semi-dirigées avec 20 médecins et 39 infirmières sur une période de quatre mois, les auteurs en sont venus à la conclusion que les médecins et les infirmières se perçoivent encore dans des rôles largement traditionnels malgré le fait que les infirmières soient moins réticentes à défier l'autorité des médecins et qu'elles se permettent parfois d'être l'avocate du patient et de contester les décisions médicales (Snelgrove et Hughes, 2000). Les chercheurs plus récents affirment aussi que la relation infirmière-médecin est parsemée d'incompréhension des rôles (Casanova et coll., 2007) et d'un débalancement au niveau du pouvoir (Casanova et coll., 2007 ; Corser, 2000). Une bonne collaboration entre les deux professionnels reste la clé de la réussite pour améliorer la qualité des soins, la sécurité des patients et la satisfaction de ceux qui donnent les soins (Gotlib Conn, Kenaszchuck, Dainty, Zwarenstein et Reeves, 2014).

Malgré l'avancement de la profession infirmière et le développement de son rôle professionnel, la relation infirmière-médecin est encore hiérarchique, tout particulièrement au bloc opératoire. Les mentalités sont souvent à l'ancienne, incluant un modèle de soins hiérarchique et médical. Selon une anthropologue américaine, les chirurgiens jouent un rôle

central durant les opérations (Prentice, 2013). Selon cette même auteure, plusieurs ethnographies américaines sur les relations sociales des chirurgiens décrivent des traits de caractère communs aux chirurgiens tels qu'une grande confiance en soi, une image de soi-même héroïque ainsi qu'une grande capacité à prendre des décisions (Cassell, 1991, 1998). Cette définition semble toutefois moins actuelle en 2018 et nécessiterait une nuance par rapport à ce qu'on observe dans les blocs opératoires québécois. En effet, les interactions peuvent aussi être conviviales et respectueuses.

Par ailleurs, les interactions entre les infirmières et le médecin affectent grandement le moral des infirmières. En effet, Rosenstein (2002) a étudié l'impact des relations infirmières-médecins sur la satisfaction, le moral et la rétention des infirmières. Après l'analyse de 1200 réponses de médecins, infirmières et gestionnaires, Rosenstein (2002) en est venu à la conclusion que les relations négatives teintées de comportements perturbateurs — c'est-à-dire un comportement qui ne démontre pas à autrui du respect (définition qui sera approfondie plus bas) — affectent grandement le moral, la satisfaction et la rétention des infirmières. En effet, 96 % des infirmières qui ont répondu disaient avoir été témoin ou avaient expérimenté un comportement perturbateur de médecin. De plus, les infirmières évaluaient à 8,3/10 l'importance qu'avait ce comportement perturbateur sur leur satisfaction et leur moral. Cette recherche recommande de sensibiliser davantage les médecins sur le fait que leur attitude peut grandement influencer la satisfaction des infirmières au travail.

À la lumière de ce portrait de la culture du bloc opératoire et de son contexte socioculturel, il ressort dans la littérature que cet environnement complexe où la sécurité des patients et la performance sont une priorité, peut amener à des tensions, des malentendus ou des conflits qui peuvent dégénérer en de l'incivilité entre les professionnels (Clarck et Kenski,

2017). En effet, ce contexte peut devenir une importante source de stress pour les infirmières et augmenter la prévalence d'intimidation au bloc opératoire (Gillespie et coll., 2008 ; Gilmour et Hamlin, 2003). La prochaine section traite de ce sujet.

**Comportements perturbateurs**

Selon Villafranca, Hamlin, Enns et Jacobsohn (2017a), l'origine des comportements perturbateurs en salle d'opération peut être intrapersonnelle, interpersonnelle ou organisationnelle. Il existe plusieurs définitions dans les associations de soins de santé (Villafranca et coll., 2017a). Dans le cadre de ce projet, la définition des comportements perturbateurs retenue est celle de Villafranca et coll. (2017a) : ce sont des « comportements qui ne montrent pas à autrui un niveau adapté de respect et qui provoquent, chez les victimes ou les témoins de tels comportements, un sentiment de menace à leur égard » (p.128). Plusieurs écrits théoriques et empiriques ont démontré qu'il existe dans les blocs opératoires la présence de comportements perturbateurs qui découlent de son contexte socioculturel (Reyka, 2015 ; Rosesnstein et O'Daniel, 2006 ; Villafranca et coll., 2017a ; Villafranca, Hamlin et Jacobsohn 2017b), d'agressions, de désaccords ou d'abus (Coe et Gould, 2008 ; Higgins et MacIntosh, 2010) ou encore de violence ou d'intimidation (Chipps, Stelmaschuk, Albert, Bernhard et Holloman, 2013 ; Dunn, 2003 ; Gilmour et Hamlin, 2003).

Dans leurs études respectives, Chipps et coll. (2013) et Rosenstein et O'Daniel (2006) ont démontré que 59 % des infirmières au bloc opératoire ont déjà été témoins d'intimidation envers leurs collègues. Selon certains auteurs, la violence expérimentée est parfois horizontale entre les infirmières (Bigony et coll., 2009 ; Dunn, 2003), alors que pour d'autres auteurs, c'est une violence verticale venant principalement du chirurgien (Cochran et Elder, 2015 ; Coe et

Gould, 2008 ; Higgins et MacIntosh, 2010 ; Villafranca et coll., 2017a). En effet, dans l'étude de Coe et Gould (2008), 53,4 % des 391 participants avaient vécu des comportements agressifs venant de la part du chirurgien. Le but de cette étude était de déterminer l'étendue du nombre d'incidents de désaccords entre les professionnels et la fréquence perçus de comportements agressifs par le personnel de la salle d'opération. Les résultats de cette étude ont démontré que les principaux sujets de discorde étaient en lien avec la gestion de la liste opératoire et une incompréhension des rôles et des buts en lien avec le patient.

Cela va dans le même sens que le compte rendu contemporain de la littérature de Villafranca et coll. (2017a) sur les comportements perturbateurs dans un contexte périopératoire. En effet, ce sont les chirurgiens, suivis du personnel infirmier et des anesthésistes qui perturbent davantage. Les difficultés éprouvées entre infirmières et médecins par rapport au temps incluent le jugement du chirurgien quant à l'ordre sur la liste opératoire ou le moment des chirurgies, le contrôle de la vitesse à laquelle les patients rentrent dans la salle, l'estimation que le chirurgien fait de l'utilisation de son temps opératoire ou encore les différentes perceptions du temps (Riley et Manias, 2006b). Selon les infirmières de cette étude, il faut gérer la perception du temps selon l'infirmière et la perception du temps selon les chirurgiens. Selon ces dernières, les chirurgiens ne réfléchissent qu'à leur partie de la chirurgie, mais oublient de prendre en considération le temps de préparation infirmier et anesthésique. Higgins et MacIntosh (2010) ont aussi rapporté des résultats dans le même sens. En effet, dans leur étude qualitative descriptive qui avait pour but de comprendre la perception des abus de médecins sur leur santé et sur leur habileté à prendre soin des patients, 10 infirmières ont rapporté qu'un des catalyseurs des conflits et des abus au bloc opératoire était en lien avec le manque de temps pour opérer ou encore le fait de blâmer les infirmières de causer des délais.

Par ailleurs, dans l'étude de Rosenstein et O'Daniel (2006), les principaux comportements perturbateurs, dont les participants ont été témoins, étaient le fait de voir un collègue se faire crier après ou lever le ton ou d'avoir vu des interactions irrespectueuses, un langage abusif, une réprimande devant les pairs, des insultes ou de la condescendance. Cette étude avait pour but d'évaluer à l'aide d'un questionnaire l'importance et la présence de comportements perturbateurs dans le bloc opératoire d'un grand hôpital urbain. Suite à l'analyse des 244 questionnaires complétés, il est ressorti que les « comportements perturbateurs augmentaient le niveau de stress et de frustration ce qui affecte la concentration, la communication, la collaboration et le transfert d'informations, qui sont tous cruciaux pour améliorer la qualité des soins » (Rosenstein et O'Daniel, 2006) [Traduction libre, p.102]. Rosenstein et O'Daniel (2006) ont conclu que les comportements perturbateurs affectent négativement la communication et la dynamique d'équipe, augmentent le niveau de stress et de frustration, ce qui a un impact négatif sur le soin aux patients. De son côté, dans sa thèse de doctorat en sociologie, ReyKa (2015) a étudié l'impact des comportements perturbateurs sur la satisfaction des infirmières de salle d'opération chez 45 infirmières. Les résultats ont démontré un effet modéré négatif sur la satisfaction au travail et un prédicteur modéré d'intention de quitter.

La littérature démontre que les comportements perturbateurs ont un impact autant sur la qualité des soins (Clark, Olender, Cardoni et Kenski, 2011 ; Joint Commission, 2008 ; Rosenstein et O'Daniel, 2006), que sur l'intention de quitter (Reyka, 2015 ; Simons, 2008 ; Vessey, DeMarco, Gaffney et Budin, 2009) et la satisfaction au travail (Boafo, 2018 ; Reyka, 2015 ; Rowe et Sherlock, 2005 ; Vessey et coll., 2009). Par contre, il n'y a pas unanimité dans les études. En effet, lors de son étude en 2003, Dunn arrive à un résultat différent. La présence

de « sabotage » n'est pas significativement associée à la satisfaction au travail. Pour Dunn (2003), le « sabotage » se définit par l'action de miner ou de détruire l'intégrité personnelle ou professionnelle d'une personne ce qui peut causer des dommages à l'intégrité personnelle et professionnelle ainsi qu'à l'estime de soi. De leurs côtés, Chipps et coll. (2013) soutiennent que la présence d'intimidation est en lien avec l'épuisement émotionnel, mais selon les 167 participants, cela n'affecterait pas nécessairement la sécurité des soins. Malgré les contradictions dans quelques études empiriques, Villafranca et coll. (2017a) affirment dans leur compte rendu contemporain que ces comportements peuvent avoir des conséquences sur les soins des patients (diminution de la communication et du travail d'équipe), sur les professionnels de la santé (stress, anxiété, épuisement) et sur les organisations (diminution de la productivité, absentéisme, diminution de la satisfaction au travail). Bref, « l'incivilité dans les établissements de santé peut mener à des conditions de travail non sécuritaire, une pauvre qualité des soins et augmentation des coûts médicaux » [Traduction libre] (Clark et coll., 2011, p.324). De plus, ces comportements perturbateurs peuvent être soutenus et perpétués par l'environnement de travail des organisations et être une perte de temps pour eux (Lewis, 2006). Malheureusement si ces comportements perturbateurs ne sont pas pris en charge par les organisations, ils peuvent augmenter le niveau de stress des employés (Clark, 2008 ; Rowe et Sherlock, 2005), augmenter le taux d'absentéisme (Rowe et Sherlock, 2005)**,** diminuer la satisfaction au travail **(**Boafo, 2018 ; Rowe et Sherlock, 2005**),** accroître la détresse psychologique (Clark et coll., 2011 ; Cortina, Magley, Williams et Langhout, 2001**)** et accentuer l'intention de quitter **(**Simons, 2008 ; Vessey et coll., 2009**).**

En résumé, la culture et le contexte socioculturel en salle d'opération est unique, complexe et présentent certains facteurs, tels que la présence de comportements perturbateurs,

qui peuvent influencer le moral, la satisfaction des infirmières au travail et leur rétention au sein de l'organisation (Rosenstein, 2002). Occasionnellement, les pauvres relations de travail entre les infirmières et les chirurgiens peuvent aussi mener à de l'insatisfaction (Laconcepcion et Sookhoo, 2006). La satisfaction au travail joue un rôle primordial dans la rétention infirmière (Sourdif, 2004 ; Upenieks, 2005), mais d'autres facteurs peuvent influencer la rétention des infirmières dans la profession. La prochaine section traite de ce sujet.

## Rétention et intention de quitter des infirmières dans la profession

Cette section abordera tout d'abord la rétention des infirmières dans la profession pour ensuite aborder l'intention de quitter la profession.

### Rétention dans la profession infirmière

Le problème de rétention et de roulement d'infirmières est important, car il peut avoir un impact sur la qualité des soins (Lartey, Cummings et Profetto-McGrath, 2014 ; O'Brien-Pallas et coll., 2006 ; 2010) et sur la satisfaction des infirmières au travail (Aiken et coll., 2001 ; Lartey et coll., 2014 ; O'Brien-Pallas et coll., 2010 ; Tourangeau et Cranley, 2006). Dans leurs écrits, les auteurs Jones et Gates (2007) et Hayes et coll. (2006) ont affirmé que le roulement d'infirmières est un problème récurrent et coûteux pour les établissements de santé, mais aussi coûteux émotionnellement (Tang et Naugle, 2010) et peut même perturber la productivité (O'Brien-Pallas et coll., 2006). La rétention peut être améliorée par la possibilité d'une bonne conciliation travail-famille, lorsque les infirmières se sentent engagées psychologiquement au travail, que la perception de demandes est raisonnable et qu'il y a du soutien de la part de l'organisation pour le développement professionnel (Carter et Tourangeau, 2012). Selon le

guide de lignes directrices de Tang et Naugle (2010), les interventions organisationnelles qui peuvent être faites par les infirmières gestionnaires de terrain qui favorisent une meilleure rétention infirmière sont en lien avec l'amélioration de l'autonomie des infirmières, la démonstration de respect et de reconnaissance envers celles-ci ainsi que l'amélioration de la communication avec les infirmières. Par l'amélioration de l'autonomie des infirmières, on fait référence à donner plus de possibilités d'implication et de pouvoir décisionnel, davantage de flexibilité d'horaire, minimiser les tâches non infirmières ou encore partager la gouvernance (Laschinger et Finegan, 2005 ; Tang et Naugle, 2010). Du côté de la démonstration de respect et de reconnaissance, les infirmières gestionnaires doivent démontrer régulièrement de l'appréciation au niveau de la performance et de l'accomplissement des infirmières (Blegen et coll., 1992 ; Tang et Naugle, 2010). Selon ces mêmes auteurs, cela peut être fait à l'aide d'une rétroaction individuelle verbale ou écrite, ou encore, publiquement. Finalement, au niveau de l'amélioration de la communication avec les infirmières, il s'agit de donner davantage d'information sur le travail à faire et ce qui est attendu d'elles (Tang et Naugle, 2010).

Les écrits démontrent aussi l'importance de mettre de l'emphase sur la gouvernance partagée, tout comme sur l'autonomie de l'infirmière (Lartey et coll., 2014 ; Tang et Naugle, 2010 ; Twigg et McCullough, 2014). Selon Brault, Roy et Denis (2008), la « gouvernance clinique inclut l'ensemble des initiatives permettant d'optimiser la qualité des soins et des services de santé » (p.172). La gouvernance clinique, située entre le système de gestion et le système clinique, permet la mobilisation des savoirs, fait ressortir des initiatives de qualité et de *leadership*, rapproche la gestion de la clinique et implique une responsabilité partagée ce qui permet de mettre en place des mesures basées sur les bonnes pratiques et sur des résultats probants, favorisant ainsi la performance, la qualité et l'excellence (Brault et coll., 2008). De

plus, offrir de la reconnaissance et de la rétroaction (Blegen et coll., 1992 ; Tang et Naugle, 2010) ainsi que d'offrir du soutien avec un *leadership* positif (Lartey et coll., 2014 ; Twigg et McCullough, 2014) se retrouvent aussi dans les stratégies qui améliorent la rétention. Cela rejoint les écrits d'autres auteurs qui en sont venus à la conclusion que l'intention de rester peut aussi être influencé par un *leadership* transformationnel de la part des gestionnaires et un environnement de travail soutenant (Cowden, Cummings et Profetto-McGrath, 2011 ; Lavoie-Tremblay, Fernet, Lavigne et Austin, 2016).

Par ailleurs, la possibilité de faire du mentorat, des stratégies pour mettre l'emphase sur les bonnes relations au travail (Lartey et coll., 2014 ; Twigg et McCullough, 2014) et accorder de l'importance à l'environnement de travail (Tang et Naugle, 2010 ; Twigg et McCullough, 2014) améliorent la rétention. Les récompenses psychologiques (compliments, appréciation, respect), financières (paie, allocation) ou non-financières (vacances, activités) peuvent aussi motiver et retenir les infirmières (De Gieter et coll., 2006). Par contre, il y a inconsistance dans les écrits concernant la reconnaissance salariale et les effets sur la rétention. En effet, alors que pour J. Li, Galatsch, Siegrist, Muller et Hasselhorn (2011) et De Gieter et coll. (2006), les récompenses sont importantes, d'autres auteurs ont conclu qu'un facteur tel que le salaire n'a pas d'effet significatif sur la prédiction de quitter leur emploi (Nei, Anderson Snyder et Litwiller, 2015) ou encore n'a pas d'impact important sur la satisfaction au travail (Laconcepcion et Sookhoo, 2006).

À la lumière des évidences ressorties, les auteurs s'entendent tous pour dire qu'il n'y a pas d'intervention ou de stratégie qui ressort comme étant la meilleure. Par contre, une combinaison d'interventions reste l'approche à privilégier (Lartey et coll., 2014 ; Tang et Naugle, 2010 ; Twigg et McCullough, 2014 ; Upenieks, 2005). La satisfaction au travail est

identifiée comme l'élément critique qui affecte le plus l'intention de quitter ou le roulement et la rétention (Z.C. Chan et coll., 2013 ; Tang et Naugle, 2010) et elle est reliée à l'engagement professionnel au travail, aux conflits de rôles, au stress et aux conditions de travail dans l'organisation (Lu, Barriball, Zhang et While, 2012). Finalement, travailler sur l'amélioration de la satisfaction au travail, la reconnaissance, la communication (Tang et Naugle, 2010) tout comme sur l'autonomie des infirmières et sur la gouvernance partagée semblent être les avenues les plus prometteuses afin d'augmenter la rétention (Lartey et coll., 2014 ; Tang et Naugle, 2010 ; Twigg et McCullough, 2014). Nous allons maintenant aborder ce qui influence l'intention de quitter la profession infirmière.

**Intention de quitter la profession**

L'intention de quitter des infirmières est un phénomène complexe et est influencée par de multiples facteurs organisationnels et individuels (Z.C. Chan et coll., 2013). L'intention de quitter est définie comme étant : le plan que possède un employé de quitter son emploi actuel et de se trouver un autre travail (Mobley, Horner et Hollingsworth, 1978) dans un futur rapproché (moins de 6 mois) (Tett et Meyer, 1993). L'intention de quitter est un concept se retrouvant avant le taux de roulement, il est un des meilleurs prédicteurs de ceux qui vont quitter réellement (Mobley et coll., 1978 ; Tett et Meyer, 1993). C'est pourquoi il est important de s'y attarder dans notre projet. Le taux de roulement d'infirmière est à 19,9 % au Canada (O'Brien-Pallas et coll., 2010). Selon les mêmes auteurs, un taux de roulement élevé vient avec une diminution de la satisfaction au travail.

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la satisfaction ou l'insatisfaction au travail influencent autant la rétention (Aiken et coll., 2001 ; Lartey et coll., 2014 ; O'Brien-Pallas et

coll., 2010 ; Tourangeau et Cranley, 2006) que l'intention de quitter (Z.C. Chan et coll., 2013 ; Griffeth, Hom et Gaertner, 2000 ; Larrabee et coll., 2003 ; Tzeng, 2002). Pour quelques facteurs, l'intention de quitter est en quelque sorte l'inverse de l'intention de rester. Par exemple, si l'employé est capable d'avoir un bon équilibre travail-famille avec une demande psychologique raisonnable et un sentiment d'engagement psychologique envers son travail (Carter et Tourangeau, 2012) tout comme un environnement de travail empreint d'un *leadership* positif (Cowden et coll., 2011 ; Lartey et coll., 2014 ; Twigg et McCullough, 2014) ou encore un environnement de travail positif (Tang et Naugle, 2010 ; Twigg et McCullough, 2014), cela va l'encourager à rester. Par contre, un débalancement dans la conciliation travail-famille (Nei et coll., 2015), l'utilisation d'un *leadership* abusif (Lavoie-Tremblay et coll., 2016) ou encore une demande émotionnelle élevée, une diminution de l'engagement au travail et un environnement psychologique défavorable (J. Li et coll., 2010), vont influencer son intention de quitter. Mais ce n'est pas tous les facteurs qui sont inversables. Dans leur méta-analyse sur les causes du roulement d'infirmières, Nei et coll. (2015) ont fait ressortir aussi d'autres prédicteurs qui n'ont pas été nommés précédemment. Le peu de centralisation au travail, le manque d'engagement organisationnel, la tension dans les rôles, la complexité dans le travail et le manque de cohésion d'équipe font aussi partie des causes qui peuvent augmenter le roulement (Nei et coll. 2015).

Finalement, l'épuisement (Meeusen, Van Dam, Brown-Mahoney, Van Zundert et Knape, 2011), les relations infirmières-médecins conflictuelles (Heinen et coll., 2013), tout comme un débalancement effort-récompense ou une frustration au niveau de faible récompense (J. Li et coll., 2011) peuvent aussi avoir un impact sur l'intention de quitter.

## Rétention et intention de quitter des infirmières au bloc opératoire

Cette section s'attarde plus particulièrement à la rétention infirmière au bloc opératoire pour ensuite aborder l'intention de quitter le bloc opératoire.

### Rétention au bloc opératoire

Plusieurs infirmières adorent le bloc opératoire et ne se voient pas travailler ailleurs dans l'hôpital. Il existe quelques écrits qui se sont intéressés à la motivation des infirmières à travailler en salle d'opération (Björn et coll., 2016 ; Laconcepcion et Sookhoo, 2006 ; Newland, 2007 ; Thompson, 2007 ; Storen et Hanssen, 2011) ou en soins périopératoires (Mackintosh, 2007). Newland (2007) a fait remplir un questionnaire sur « la joie des soins périopératoires » à 70 infirmières de bloc opératoire dans une conférence nationale sur les soins périopératoires en Nouvelle-Zélande. Les aspects positifs qui sont ressortis de ce sondage sont par ordre d'importance : le travail d'équipe, l'apprentissage constant de nouvelles habiletés et les défis. De plus, le fait de s'occuper d'un patient à la fois, la camaraderie, les amitiés crées, l'horaire, l'atmosphère, les pics d'adrénaline et l'environnement soutenant sont autant d'éléments qui gardent les infirmières en poste.

Par ailleurs, dans l'étude quantitative de Storen et Hanssen (2011), 90 étudiantes infirmières en soins périopératoires ont répondu à un questionnaire avec 26 énoncés de style *Likert* pour répondre aux deux questions suivantes : pourquoi elles ont choisi les soins infirmiers périopératoires et pourquoi elles ont quitté leur emploi précédent. Les résultats ont démontré que les infirmières choisissent la salle d'opération afin de se sentir utiles et aidantes, parce qu'elles peuvent s'occuper d'un patient à la fois et finalement pour relever de nouveaux défis

intéressants. Cela rejoint les résultats de l'étude à devis mixte de Thompson (2007) qui avait pour but, entre autres, d'explorer les facteurs qui influencent le fait de rester des infirmières en salle d'opération chez les différents groupes d'âge. Des infirmières *baby-boomers* (nées entre 1938 et 1960) (n=130) et des infirmières de la génération X (nées entre 1961 et 1982) (n=117) ont répondu. Ressemblant aux résultats du sondage de Newland (2007), plusieurs raisons poussent les infirmières à aimer la salle d'opération : les bonnes relations entre les membres de l'équipe, la possibilité de faire une différence, le fait de s'occuper d'un seul patient à la fois et d'être dans un environnement excitant et d'apprentissage sont les résultats retrouvés dans les deux groupes d'âge (Thompson, 2007).

Chez les quatre infirmières de bloc opératoire de l'étude phénoménologique de Laconcepcion et Sookhoo (2006), la satisfaction au travail en salle d'opération est reliée au fait de se sentir comme un membre essentiel à l'équipe, des possibilités d'apprentissages professionnels et de faire de leur mieux pour le patient. Par ailleurs, Björn et coll. (2016) ont fait une étude quantitative au devis transversal corrélationnel sur les facteurs attrayants en salle d'opération et comment cela diffère de la réalité. Après avoir obtenu les réponses de 147 infirmières, les auteurs sont venus à la conclusion que les facteurs les plus significatifs et attrayants sont les relations de travail, le style de *leadership* et le statut d'emploi. Par contre, les facteurs qui sont importants, mais qui diffèrent de la réalité quotidienne sont le salaire, l'organisation du travail (autonomie) et l'environnement physique (bruit, qualité de l'air).

La planification de la formation et du préceptorat est une étape essentielle à la rétention des infirmières de bloc opératoire (Mollohan et Morales, 2016 ; Willemsen-McBride, 2010). Selon ces deux auteurs, l'apprentissage doit se faire dans un environnement positif et soutenant et le choix du précepteur est très important. Cela rejoint aussi les résultats de la thèse de doctorat

de Brinkman (2013) qui, dans une ethnographie focalisée qui avait pour but d'explorer l'expérience de la transition-formation de 14 nouvelles infirmières en salle d'opération, est arrivée à des conclusions similaires. Selon Brinkman (2013), ce qui facilite la transition et la rétention des infirmières est une expérience d'apprentissage positive, une perception d'acceptation dans la culture du bloc opératoire, un environnement stimulant et soutenant et la collégialité entre les collègues. Par contre, ce qui nuit à la transition et à la rétention des nouvelles recrues est l'inconsistance dans le précepteur, un environnement hostile, une exposition limitée avant l'arrivée dans un bloc opératoire et le sentiment d'être débordée (Brinkman, 2013).

Finalement, Eakin (2015) affirme que la satisfaction au travail des infirmières et des technologistes en chirurgie (au Québec, les infirmières auxiliaires) est nécessaire pour améliorer et maintenir la rétention au bloc opératoire et la qualité des soins au patient. Cette étude qualitative phénoménologique d'un hôpital universitaire pédiatrique du Texas s'est intéressée à la satisfaction au travail et son influence sur l'intention de rester ou de quitter le bloc opératoire. Les 12 infirmières et les 12 technologistes en chirurgie ont fait ressortir quatre thèmes essentiels à la satisfaction au travail : le travail d'équipe, la reconnaissance du chirurgien, le fait de travailler avec des enfants et leurs familles et l'appréciation des collègues. Les deux autres thèmes de cette étude sont en lien avec l'envie de rester ou de quitter : l'environnement de travail et le style de *leadership* des gestionnaires.

En résumé, plusieurs éléments du bloc opératoire sont attrayants et peuvent aider à retenir les infirmières, surtout quand la satisfaction au travail est priorisée (Brunges et Foley-Brinza, 2014 ; Eakin, 2015). Plusieurs auteurs arrivent à des conclusions similaires. Une bonne cohésion dans les relations de travail et une bonne ambiance dans le travail d'équipe (Björn et

coll., 2016 ; Eakin, 2015 ; Laconcepcion et Sookhoo, 2006 ; Newland, 2007 ; Thompson, 2007), des opportunités d'apprentissage continu (Laconcepcion et Sookhoo, 2006 ; Newland, 2007 ; Thompson, 2007) et le fait d'avoir un patient à la fois (Newland, 2007 ; Storen et Hanssen, 2011 ; Thompson, 2007) sont autant d'éléments qui incitent les infirmières à choisir et rester au bloc opératoire. De plus, le bloc opératoire offre des défis stimulants (Newland, 2007 ; Storen et Hanssen, 2011) et la possibilité de se sentir utile ou de faire une différence pour le patient (Laconcepcion et Sookhoo, 2006 ; Storen et Hanssen, 2011 ; Thompson, 2007). Finalement, des environnements de travail soutenant (Eakin, 2015; Newland, 2007), empreints d'un *leadership* positif (Björn et coll., 2016 ; Eakin, 2015) et d'un préceptorat dans un environnement soutenant (Brinkman, 2013 ; Gillespie et coll., 2008 ; Willemsen-McBride, 2010) sont autant d'éléments qui améliorent la rétention des infirmières au bloc opératoire.

**Intention de quitter le bloc opératoire**

À notre connaissance, il existe très peu d'écrits sur l'intention des infirmières de quitter le bloc opératoire (Jay, 2015 ; Meeusen et coll., 2011) ou d'études sur l'intention de quitter dans le domaine infirmier connexe à la chirurgie (Sveinsdóttir et Blöndal, 2014). Dans leurs questionnaires en ligne envoyés à 923 infirmières anesthésistes néerlandaises, Meeusen et coll. (2011) avaient pour but d'examiner les causes sous-jacentes à l'intention de quitter. Des données ont été collectées sur l'environnement de travail, le climat de travail, la satisfaction au travail, l'épuisement et la personnalité. Les résultats les plus concluants sont que l'intention de quitter peut être prédite par l'insatisfaction au travail et des symptômes d'épuisement (Meeusen et coll., 2011). D'un côté, les symptômes d'épuisement peuvent être prédits par certaines dimensions de

la personnalité (*easy going, compassionate, receptive)*. De l'autre côté, la satisfaction au travail est prédite par le climat au travail et le contexte de l'environnement de travail.

Par ailleurs, Jay (2015) s'est intéressé dans sa thèse de doctorat à la façon dont le climat organisationnel prédit l'intention de quitter le bloc opératoire. Son étude quantitative corrélationnelle lui a permis de questionner 322 infirmières de salle d'opération sur la collaboration infirmière-médecin, la dominance des médecins et l'autonomie des infirmières. Les résultats finaux indiquent qu'aucune des trois variables indépendantes n'a de lien significatif avec la prédiction de quitter, ce qui est venu contredire plusieurs écrits antérieurs.

Finalement, des chercheurs en Islande se sont intéressés dans leur étude quantitative descriptive aux déterminants de l'intention de quitter chez 189 infirmières en chirurgie (Sveinsdóttir et Blöndal, 2014). Les auteurs en sont venus à la conclusion que le peu de reconnaissance des gestionnaires, de satisfaction au travail et de devoir parfois travailler de façon non professionnelle sont des raisons d'avoir l'intention de quitter.

En résumé, peu de chercheurs se sont intéressés à l'intention de quitter au bloc opératoire. Pour l'instant, les résultats des études de ce milieu particulier sont dissemblables et des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de mieux comprendre ce phénomène.

Dans cette recension des écrits, la culture et le contexte socioculturel spécifique au bloc opératoire ont été abordés. Puis, la rétention et l'intention de quitter des infirmières dans la profession et au bloc opératoire ont été présentées. Ce projet a pour but de combler plusieurs lacunes dans les connaissances. Force est de constater qu'il existe peu d'ethnographies abordant la rétention infirmière. Avec ses multiples façons de collecter des données, l'ethnographie focalisée permet de révéler plus de facteurs ou d'idées que les autres méthodes de recherche ne

montrent habituellement pas (croyances, valeurs, savoir, compétences, activités, pouvoir ou contrôle) (Wall, 2015). Les connaissances peuvent alors être plus approfondies que si seulement des entrevues avaient lieu. De plus, il y a quelques écrits sur ce qui retient les infirmières au bloc opératoire, mais la littérature est très limitée sur l'intention de quitter le bloc opératoire. Cette ethnographie focalisée est une opportunité de combler les lacunes dans les connaissances en s'intéressant tout d'abord de façon plus approfondie au contexte et à la culture du bloc opératoire, tout comme à ce qui retient les infirmières et ce qui influence leur intention de quitter.

## Cadre de référence

Depuis les années 80, les États-Unis ont réalisé que certains hôpitaux réussissaient à attirer et retenir leur personnel infirmier mieux que d'autres (Brunelle, 2009 ; Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec, 2010). Le concept des hôpitaux magnétiques est alors apparu. Ces hôpitaux partageaient huit conditions essentielles soient : l'autonomie professionnelle, le soutien fourni, une bonne collaboration entre médecins et infirmières, la valorisation professionnelle et le *leadership* infirmier, des relations positives avec les pairs, un ratio de personnel adéquat, un accent client et accorder de l'importance à la qualité des soins (Brunelle, 2009 ; McClure, Poulin, Sovie et Wandelt, 1983). Le cadre de référence choisi va dans le même sens que les hôpitaux magnétiques et s'attarde aux déterminants de l'intention de demeurer à l'emploi.

**Modèle sur les déterminants de l'intention de demeurer à l'emploi**

Tel que vu précédemment dans la recension des écrits, afin de pouvoir émettre des stratégies efficaces de rétention infirmière, il faut en premier lieu comprendre les facteurs qui influencent la rétention (Tourangeau, Cummings, Cranley, Ferron et Harvey, 2010). Afin de nous aider à mieux comprendre le phénomène de rétention infirmière et d'intention de quitter au bloc opératoire, le modèle de Tourangeau et coll. (2010) sera utilisé (*Determinants of Hospital Nurse Intention to Remain Employed Model*). Ce modèle en sciences infirmières s'intéresse plus particulièrement à huit catégories thématiques qui reflètent les déterminants de l'intention de rester : les relations avec les collègues de travail, les conditions de l'environnement de travail, les relations et le soutien des gestionnaires, la reconnaissance au travail, le soutien organisationnel et les pratiques de soins, la demande physique et psychologique au travail, la relation avec le patient et la charge du travail et les facteurs externes autres. Ces huit thèmes sont ressortis suite à 13 groupes de discussion chez 78 infirmières canadiennes. Les groupes de discussion ont eu lieu dans six hôpitaux de l'Alberta ou de l'Ontario.

Selon Tourangeau et coll. (2010), la nature et la qualité des relations avec les collègues de travail tout comme le sentiment d'appartenance jouent le rôle le plus important sur l'envie de rester à l'emploi tandis que les relations négatives, dénigrantes ou insatisfaisantes peuvent inciter à quitter l'emploi.

Au niveau des conditions de l'environnement de travail, les groupes de discussion ont fait ressortir l'importance d'avoir un équilibre dans les ressources humaines et matérielles et avoir un environnement physique de travail adéquat (qualité de l'air, propreté ou confort) influence l'envie de rester. Par contre, des conditions de travail qui influencent négativement la

prestation de soins sécuritaires telles qu'un manque d'infirmières ou du personnel formé inadéquatement peuvent inciter à quitter l'emploi (Tourangeau et coll., 2010).

Les relations et le soutien du gestionnaire ont aussi une influence sur l'envie de rester chez l'employeur, car, selon les groupes de discussion des mêmes auteurs, le gestionnaire a une influence sur l'environnement de travail et la reconnaissance. Un gestionnaire qui offre du soutien, qui a des compétences relationnelles et qui est juste et respectueux, influence positivement l'envie de rester (Tourangeau et coll., 2010).

Du côté de la récompense ou reconnaissance au travail, les infirmières avec plus d'expérience prennent davantage en considération le salaire, le régime de retraite, les congés de maternité, le stationnement, l'accès à de l'entraînement et l'opportunité de choisir ses préférences de vacances sont les éléments qui motivent de rester à l'emploi. Par contre, les infirmières plus jeunes qui n'ont pas de choix de vacances adéquat ou d'accès à un congé de maternité sont plus enclines à quitter le travail (Tourangeau et coll., 2010).

Au niveau du soutien organisationnel et la pratique de soins, les infirmières des groupes de discussion ont fait ressortir plusieurs éléments qui leur donne le goût de rester à l'emploi. Principalement, les opportunités de formation complémentaire, la possibilité de s'impliquer dans des comités, la charge de travail selon l'âge de l'infirmière et une flexibilité dans les horaires et l'organisation ont un rôle à jouer. De plus, la qualité de l'orientation et du soutien offert aux nouvelles recrues font partie de ces éléments aussi (Tourangeau et coll., 2010).

Au niveau de la demande physique et psychologique au travail, les infirmières se sont entendues sur le fait qu'être stressées, fatiguées ou surchargées, tout comme un débalancement entre le travail et la famille, a un impact sur leur santé et leur intention de quitter (Tourangeau et coll., 2010).

Selon Tourangeau et coll. (2010), la possibilité d'avoir une relation avec le patient et sa famille influence grandement l'envie de rester à l'emploi tout comme une charge de travail adéquate.

Finalement, les facteurs externes font référence à d'autres opportunités de travail, plus payantes ou ailleurs, que peuvent avoir des infirmières. Aussi, si les infirmières se font offrir des bonus par une nouvelle organisation, cela peut les inciter à quitter (Tourangeau et coll., 2010).

Le modèle est illustré à la Figure 1. Bien que le mot déterminant ait été utilisé pour respecter la traduction d'anglais à français, le mot facteur sera utilisé à partir du prochain chapitre pour uniformiser le vocabulaire. Les flèches foncées découlent directement des huit thèmes qui déterminent l'intention de rester à l'emploi. Les flèches plus fines démontrent l'effet des catégories de thèmes les unes sur les autres et comment ils s'influencent entre eux. Force est de constater que les relations de travail avec les collègues, les relations et le soutien du gestionnaire et le soutien organisationnel influencent les conditions de l'environnement de travail. D'un autre côté, les trois flèches qui mènent aux conséquences du travail sur la santé physique et psychologique sont les conditions de l'environnement de travail, la relation avec le patient et la charge de travail, puis finalement les récompenses et la reconnaissance au travail.

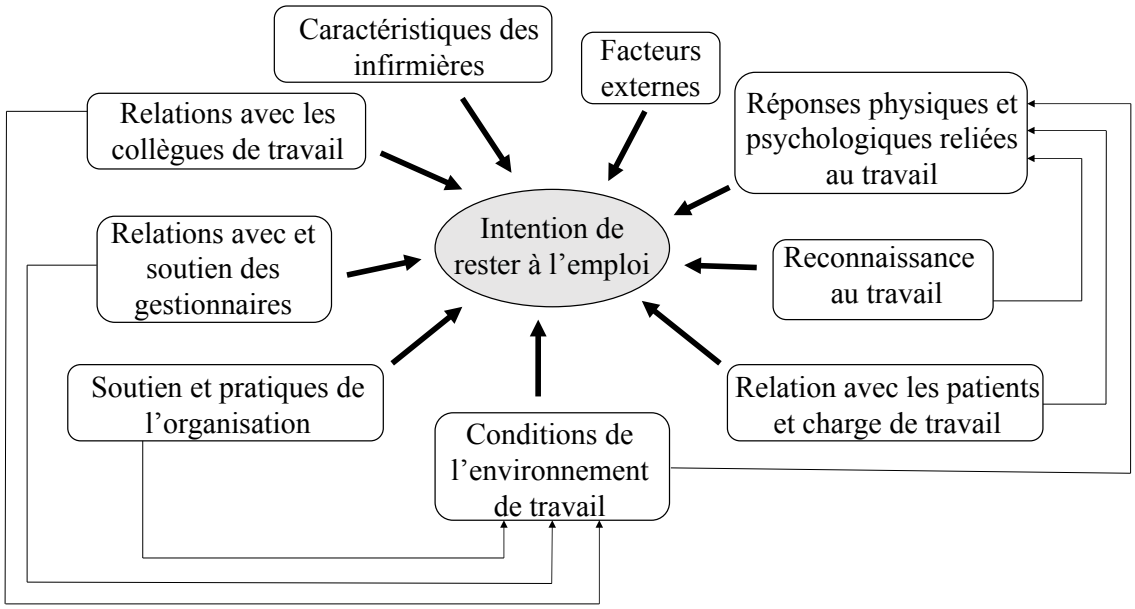


*Figure 1*. Modèle sur les déterminants de l'intention de rester à l'emploi des infirmières d'hôpital (Tourangeau et coll., 2010). Figure extraite de l'article *Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding,* par Tourangeau et coll. (2010), *Journal of Advanced Nursing, 66*(1), p.28. Droits d'auteur (2009) par John Wiley and Sons. Figure reproduite et traduite avec permission.

Ce modèle servira d'assise et on peut penser qu'il donnera la chance de mettre en lumière d'autres facteurs externes ou internes que ceux rapportés par les auteurs. Une immersion sur le terrain permettra de mieux comprendre et observer en détail les conditions de travail des infirmières, les interactions quotidiennes ou encore les tensions entre les infirmières et les membres de l'équipe, les conversations, l'ambiance, l'atmosphère et les échanges non verbaux entre professionnels. On peut penser que ces connaissances contribueront à explorer des facteurs culturels ou du quotidien qui n'ont pas été approfondis par ce modèle.

# Chapitre 3 : Méthodologie

Dans ce chapitre, la méthode utilisée pour explorer en profondeur la culture du bloc opératoire en lien avec la rétention infirmière et l'intention de quitter selon la perception des infirmières d'un hôpital universitaire d'un centre urbain sera présentée. En premier lieu le devis de recherche, le déroulement de l'étude, la collecte et la méthode d'analyse des données seront exposés. Ensuite, les critères de rigueur et les considérations éthiques termineront ce chapitre.

## Devis de recherche

Afin de répondre au but de l'étude, une étude qualitative avec un devis de recherche de type ethnographie focalisée a été retenue. Ce devis s'avère pertinent parce qu'avec le temps prolongé dans le milieu, l'étudiante chercheuse est capable, idéalement, de mieux comprendre aussi l'implicite, le non-dit et le *tacit knowledge* (McLean et Leibing, 2007). L'immersion sur le terrain permet de mieux interpréter le phénomène à l'étude avec l'aide d'observations et des conversations informelles. De plus, les entrevues semi-structurées permettent d'explorer en profondeur les perceptions et le vécu des infirmières sur la rétention et leur intention de quitter. Les sections suivantes sur l'ethnographie suivie de l'ethnographie focalisée permettront de mieux décrire ce devis de recherche.

### L'ethnographie

L'ethnographie provient historiquement du domaine de l'anthropologie (J.S. Boyle, 1994 ; Côté et Gratton, 2014 ; Creswell, 2013 ; Holloway et Todres, 2003 ; Knoblauch, 2005 ; Madden, 2010 ; Roper et Shapira, 2000 ; Speziale, 2007) et permet de mieux comprendre une culture (Spradley, 1979 ; J.S. Boyle, 1994) tout en considérant un phénomène dans un contexte holistique (Roper et Shapira, 2000). Selon Roper et Shapira (2000), le « processus de recherche

de l'ethnographie permet d'apprendre *sur* les gens en apprenant *d'eux* » [Traduction libre] (p.1). De plus, l'ethnographie permet de mieux saisir le sens des comportements humains dans leur milieu naturel (Bourbonnais, 2015 ; J.S. Boyle, 1994 ; Roper et Shapira ; 2000) et, à travers des observations et l'immersion dans le quotidien, même les aspects moins visibles et peu articulés d'un phénomène (Leibing et McLean, 2007). L'ethnographie permet de mieux comprendre l'organisation sociale et les relations dans la routine quotidienne des individus (Campbell et Gregor, 2002). Le travail de premier plan de l'ethnographe est de décrire (Spradley et McCurdy, 1972) et il essaie aussi de découvrir de « l'information sur la culture qui est si ancrée dans les expériences culturelles que les membres du groupe étudié n'en parlent pas ou n'en sont même pas conscients » (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.224). L'ethnographe est un « instrument » de recherche (Roper et Shapira, 2000 ; Speziale, 2007) et doit s'immerger dans le quotidien des gens afin de faire des observations et des entrevues (Spradley et McCurdy, 1972). Cette immersion lui permet d'avoir une perspective *étique* (vision du chercheur de l'extérieur) et aussi une perspective *émique* (vision de l'intérieur des informants) (J.S. Boyle, 1994). Cette immersion aide aussi le chercheur à comprendre le sens des interactions entre les gens du groupe, les comportements et le langage (Creswell, 2013). L'ethnographie est une méthode de recherche qualitative qui nécessite un processus de déroulement itératif, c'est-à-dire que l'échantillonnage, la collecte de données ainsi que l'analyse se font de façon concomitante (J.S. Boyle, 1994 ; Speziale 2007) et se poursuivent jusqu'à ce que la redondance des données émerge. Il y a alors, idéalement, saturation des données (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007).

### L'ethnographie focalisée

L'ethnographie focalisée peut être utile quand on veut explorer et comprendre un phénomène particulier dans un contexte spécifique, par exemple une unité spécialisée telle que présentée dans notre étude (Cruz et Higginbottom, 2013 ; Higginbottom, Pillay et Boadu, 2013 ; Roper et Shapira, 2000). L'ethnographie focalisée peut aussi être appelée micro ethnographie (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007) ou mini ethnographie (Kleinman et Benson, 2006 ; Leininger, 1991). Le chercheur qui s'intéresse à un phénomène plus ciblé peut alors impliquer un plus petit nombre de participants et une recherche à moins long terme qu'une ethnographie classique (Bourbonnais, 2009 ; Cruz et Higginbottom, 2013, Leininger, 1991) surtout quand l'étudiante chercheuse connaît déjà bien l'environnement à étudier puisqu'elle a déjà travaillé quelques années en salle d'opération.

## Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée entre septembre 2017 et octobre 2017. Dans les prochaines sous-sections, le milieu de l'étude et l'échantillonnage seront présentés.

### Milieu à l'étude

Ce projet de recherche a eu lieu dans un bloc opératoire d'un hôpital universitaire d'un centre urbain. Cet hôpital comprend plus de 400 lits et fait environ 10 000 chirurgies par année. Le bloc opératoire a une dizaine de salles d'opération fonctionnelles. L'unité compte environ 80 postes d'infirmières en incluant la salle de réveil. Plusieurs de ces postes sont temporairement dépourvus de leur titulaire. Étant elle-même une ancienne infirmière de salle d'opération,

l'étudiante chercheuse, qui est aussi la personne qui fait l'ethnographie focalisée, a choisi un milieu dans lequel elle n'avait pas travaillé afin d'avoir une vision plus neutre et avec moins de préconceptions du milieu.

## Échantillonnage

La section échantillonnage est divisée en trois sous-sections : l'échantillon, les critères d'inclusion et d'exclusion puis finalement la stratégie de recrutement.

**Échantillon.** Les participants d'une ethnographie peuvent aussi être appelés des informateurs (Spradley, 1979) ou des « informateurs clés » (Bourbonnais, 2009 ; Leininger, 1991 ; Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Les « informateurs clés », ici les infirmières, sont celles qui connaissent bien le phénomène à l'étude (Leininger, 1991) comme le contexte du bloc opératoire, la rétention et l'intention de quitter des infirmières au bloc opératoire. Cela permet d'avoir une perspective *émique*, c'est-à-dire une vue de l'intérieur de la culture (J.S. Boyle, 1994). La population ciblée par cette immersion a été composée de toutes les infirmières du bloc opératoire volontaires qui répondaient aux critères d'inclusion. Un échantillonnage non probabiliste de convenance, aussi nommé échantillon accidentel ou échantillon de volontaires (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007) pour les entrevues semi-structurées a été retenu. Par ailleurs, selon Patton (2002), il n'y a pas de règle prédéfinie concernant la taille de l'échantillon en recherche qualitative. En effet, cela dépend, entre autres, de la profondeur de l'information recherchée, du but de l'étude et le temps ou des ressources nécessaires (Patton, 2002), tout comme la saturation des données (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Leininger (1991) affirme que dans une mini ethnographie, le chercheur a besoin de six à huit « informateurs clés ».

Pour cette étude, un nombre de 11 infirmières a été atteint pour les entrevues individuelles. Les entrevues ont été réalisées entre septembre et octobre 2017.

Par ailleurs, concernant les observations de terrain, elles ont été effectuées dans diverses salles au bloc opératoire. Un échantillonnage non probabiliste de convenance a aussi été privilégié pour accéder aux salles d'opération. Afin de diversifier les observations et de voir si le fonctionnement d'une journée typique ou les interactions entre les membres de l'équipe différaient d'une salle à l'autre, en moyenne deux salles d'opération différentes par jour sur environ dix salles ont été sélectionnées à la convenance de l'assistante infirmière-chef et des participants. Les observations ont totalisé 6 jours (environ 30 heures).

**Critères d'inclusion et d'exclusion.** Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) être une infirmière qui parle et écrit en français, 2) avoir un poste au bloc opératoire à temps plein ou à temps partiel depuis plus d'un an et 3) avoir envie de partager son expérience. Les critères d'exclusion sont les suivants : 1) être en formation au bloc opératoire et 2) être une infirmière de main-d'œuvre indépendante. Environ une vingtaine d'infirmières de l'unité anticipée pour l'étude répondaient à ses critères.

**Stratégie de recrutement.** Un premier contact par courriel a été fait avec l'infirmière-chef à l'automne 2016 par l'étudiante chercheuse. Ensuite, une rencontre en personne a eu lieu en décembre 2016 pour lui présenter le projet. Une brève visite du bloc opératoire et de la salle de réveil fut amorcée avec l'aide d'une infirmière de l'unité. Après avoir obtenu les autorisations de l'établissement et du comité d'éthique et de la recherche (CÉR) à l'été 2017 (voir Annexe A), il a été convenu avec l'infirmière-chef de faire une présentation orale du projet lors d'une

réunion mensuelle ou bimensuelle d'équipe avant le quart de travail pour rejoindre les infirmières de jour. Il a aussi été convenu de faire une deuxième présentation l'après-midi pour rejoindre le quart de soir et les infirmières qui commencent à partir de 10:00. Selon l'infirmière-chef, cette façon de procéder permettait de rejoindre environ 75 % des infirmières de l'unité. Le but de cette réunion était d'expliquer aux infirmières les objectifs de l'étude, le déroulement prévu incluant les observations et la recherche de candidats pour les entrevues individuelles semi-structurées, les avantages ou les risques d'y participer, les mesures entourant la confidentialité et le consentement libre et éclairé. En effet, Laperrière (2009) suggère de présenter de façon simplifiée et neutre aux futurs observés : les objectifs, l'organisation, l'anonymat, les étapes et la durée de la recherche. Des enveloppes contenant le formulaire de consentement (voir Annexe B) et la lettre d'invitation pour recrutement (voir Annexe C) ont été remises aux infirmières. Cette même lettre d'invitation a aussi été laissée dans les aires communes et sur la table de la salle à café afin de solliciter la participation des infirmières absentes lors de la réunion. Elles pouvaient ainsi contacter directement l'étudiante chercheuse. Avant de terminer la réunion, elles étaient invitées à remplir un coupon-réponse (voir Annexe D) afin qu'elles puissent exprimer leur accord ou leur désaccord à recevoir davantage d'informations ou participer aux entrevues individuelles semi-structurées. Les coupons ont alors été mis dans une enveloppe scellée anonyme et le tout a été ramassé par l'étudiante chercheuse. De plus, le recrutement des infirmières a été facilité aussi par des infirmières qui n'étaient pas en position d'autorité, lesquelles ont fait du bouche-à-oreille concernant le projet. Un suivi a été fait par l'étudiante chercheuse à l'aide des coordonnées du participant.

## Collecte de données

Dans le cadre d'une ethnographie focalisée, de multiples sources d'informations permettent d'avoir une vision d'ensemble de la problématique (Creswell, 2013). Le Tableau 1 présente un résumé des méthodes de collecte de données utilisées dans le cadre de ce projet. Elles sont expliquées une à une par la suite.

Tableau 1

*Présentation des méthodes de collecte de données liées aux acteurs concernés*

| **Méthodes de collecte de données** | **Acteurs concernés** |
|---|---|
| Questionnaire sociodémographique | Infirmières |
| Entrevues individuelles semi-structurées | Infirmières |
| Observations | Infirmières – équipe de soins - milieu |
| Conversations informelles | Infirmières – équipe de soins |
| Notes de terrain | Étudiante chercheuse |
| Journal de bord | Étudiante chercheuse |

(Adapté de Bourbonnais, 2009)

### Questionnaire sociodémographique

Les questionnaires sociodémographiques ont servi à dresser un portrait sommaire du profil des infirmières de bloc opératoire qui ont fait une entrevue individuelle semi-structurée (voir Annexe E). Des informations sur l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le nombre d'années d'expérience et le type de poste occupé ont été recueillies.

**Entrevues individuelles semi-structurées**

Les entrevues individuelles semi-structurées face à face sont utiles quand on veut avoir la perspective d'un participant sur le sujet de recherche (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest et Namey, 2005 ; Savoie-Zajc, 2009). En fait, « l'entrevue semi-dirigée vise *la compréhension du monde de l'autre* » (Savoie-Zajc, 2009, p.343). L'entrevue permet « d'élucider des informations qui autrement n'auraient pas été discutées dans la vie de tous les jours » [Traduction libre] (Staples et Smith, 2015, p. 2). En d'autres mots, cela permet parfois d'approximer davantage la « compréhension de l'expérience humaine en rendant visible ce qui est invisible » [Traduction libre] (Staples et Smith, 2015, p. 15). Dans le cadre de ce projet, des entrevues d'environ 30 à 45 minutes enregistrées sur bande audio ont été prévues dans la collecte de données. Un guide d'entrevue flexible a été élaboré à l'aide de questions ouvertes (voir Annexe F) et en incluant les huit facteurs de Tourangeau et coll. (2010). Cela permet de s'ajuster au fur et à mesure selon les réponses des participants (Mack et coll., 2005). Spradley (1979) suggère d'alterner des questions descriptives et des questions structurelles au cours de l'entrevue. Voici un exemple de question descriptive de départ qui a permis de mettre en perspective le contexte du travail des infirmières : « Je m'intéresse au quotidien des infirmières qui travaillent au bloc opératoire. Pourriez-vous me décrire une journée typique ? » Les questions structurelles, de leurs côtés, permettent une complémentarité aux questions plus descriptives (Spradley, 1979). Par exemple : « Quels sont les éléments de votre travail que vous aimez ? » Les thèmes abordés sont en lien avec le but, les questions de recherche et avec le cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010) sur l'intention de rester à l'emploi. Dans les entrevues, la personne questionnée est l'experte et le chercheur est l'apprenti (Mack et coll., 2005). Les questionnaires ont été prétestés chez deux infirmières de salle d'opération issues d'un autre milieu que celui à l'étude. La première

infirmière cumulait plus de 11 ans d'expérience dans deux blocs opératoires. La deuxième avait cinq ans d'expérience elle aussi dans deux blocs opératoires. Cela a permis de s'assurer que les questions étaient claires et de faire les ajustements nécessaires. L'assistante infirmière-chef a pu aider l'étudiante chercheuse à faire un horaire d'entrevue pour chaque après-midi. L'étudiante chercheuse a été sur l'unité deux jours par semaine pour les observations, mais s'est déplacée pour faire des entrevues les autres journées aussi. Les entrevues se sont déroulées dans un local fermé sur l'unité durant le quart de travail. L'infirmière-chef acceptait de libérer les infirmières le temps de l'entrevue en après-midi après les dîners (14:30-15:15) à moins d'un manque de personnel ce jour-là. Si certains participants le préféraient, les entrevues pouvaient aussi avoir lieu à un autre moment à l'extérieur de l'hôpital à la convenance de chacun. Cette option a aussi été proposée verbalement lors de la réunion d'information pour les infirmières. Avant de commencer l'entrevue individuelle, les participants ont signé le consentement et rempli le questionnaire sociodémographique. Une copie du consentement a été remise au participant. Les questions ouvertes ont été ensuite posées en suivant le guide d'entrevue.

**Observations**

Selon Spradley (1980), l'observation a pour but la « description d'une culture » du point de vue de ses participants (p.3). Les observations sont une méthode de collecte de données qui est avantageuse lorsque l'on veut mieux « comprendre les contextes physique, social, culturel et économique dans lesquels des participants vivent ; les relations entre les gens, contextes, idées, normes et évènements ; et les comportements des gens et leurs activités- que font-ils, comment fréquemment et avec qui » [Traduction libre] (Mack et coll., 2005, p.14). Cela va dans le même sens que Peretz (1998) qui affirme que « l'observation directe consiste à être témoin

des comportements sociaux d'individus ou de groupes dans les lieux mêmes de leurs activités ou de leurs résidences, sans en modifier le déroulement ordinaire » (p. 14). Selon ce même auteur, la réalisation d'observations nécessite trois activités qui forment un tout : interaction du chercheur avec le milieu incluant une présence sur place, l'observation et la prise de notes. Les observations impliquent d'être attentif à l'environnement social, physique et matériel, tout comme au langage verbal et non verbal des personnes (Atkinson, 2015). Selon le même auteur, il faut aussi être à l'écoute de plusieurs de nos sens, entre autres ici, la vue, l'ouïe et l'odorat afin de bien prendre en considération la complexité de l'environnement. Ces observations impliquent aussi d'être à l'affût des jeux de pouvoir, de l'histoire ou de la politique (Madden, 2010). Les observations sont habituellement faites dans les heures où le fonctionnement est le plus actif (Peretz, 1998). L'observation non participative structurée a été de deux journées par semaine pendant trois semaines. Ainsi, il a été possible de varier les observations et de voir si le déroulement d'une journée représentative ou les relations entre les membres de l'équipe différaient d'une salle à l'autre. Il a été privilégié de regarder des chirurgies complètes afin de voir tout le processus du début à la fin. Les participants ont été informés de l'utilisation de numéros et que le nom de l'établissement et celui des employés resteraient anonymes. Un guide pour l'observation des infirmières, de l'équipe de soins et du milieu a été construit en s'inspirant des suggestions de Laperrière (2009), Mack et coll. (2005) et Spradley (1980) (voir Annexe G). Ces auteurs suggèrent de débuter par une observation générale afin de poursuivre avec des observations plus sélectives. Le personnel du bloc opératoire a été avisé des observations d'une durée d'environ six jours par l'infirmière-chef via courriel (lorsque possible) et avec une lettre disponible dans les différentes aires communes de l'unité (voir Annexe H). Les médecins et les résidents ont aussi été préalablement informés du projet de recherche. L'infirmière-chef a

envoyé la lettre explicative pour l'unité de soins par courriel en pièce jointe aux chefs de chirurgie et d'anesthésiologie afin que ceux-ci transfèrent l'information à leurs collègues et résidents. De plus, cette même lettre explicative pour l'unité de soins a été installée dans le salon des médecins. Les observations étaient non participatives et concernaient le déroulement et la description d'une journée de travail et n'intervenaient pas dans le déroulement de la routine quotidienne. Aucune information personnelle n'a été collectée ni sur le patient ni sur l'équipe de soins. Le personnel a été invité à mentionner à l'étudiante chercheuse s'il ne désirait pas être inclus dans la collecte de données. Des notes de terrain descriptives (faits observés de façon neutre) et des notes analytiques (mémos sur de la planification ou réflexions sur des intuitions) ont été prises (Laperrière, 2009). Les notes de terrain ont servi à documenter au fur et à mesure nos observations, nos conversations, les questions qui surgissaient ou encore nos interprétations préliminaires (Roper et Shapira, 2000).

**Conversations informelles**

Les conversations informelles ont eu lieu lors des observations dans les salles d'opération ou pendant que l'étudiante chercheuse était dans les aires communes telles que les corridors, la salle des employés ou le vestiaire. Elles ont eu lieu avec des infirmières, les infirmières gestionnaires ou encore les autres membres de l'équipe de soins (anesthésiologiste, chirurgien, inhalothérapeute, infirmière auxiliaire, préposés). Les conversations informelles ont permis d'enrichir la collecte de données en permettant de valider certaines perceptions (Roper et Shapira, 2000). Ces conversations ont aussi permis de confirmer certains propos entendus en entrevue ou de stimuler la réflexion sur différents enjeux.

### Journal de bord

Le journal de bord permet de noter ses confusions, ses idées, ses peurs et les émotions ressenties (Spradley, 1979). Le journal de bord a servi principalement à garder une trace du déroulement de la recherche et des réflexions ou impressions personnelles (Laperrière, 2009). L'étudiante chercheuse s'en ai servi aussi pour noter ses premières interprétations ou idées des liens entre les données (« mémos »). Par souci de transparence du processus de l'étude, présenter une synthèse du journal de bord peut aussi être un « complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité » de la recherche (Valéau et Gardody, 2016, p.76).

## Analyse des données

La méthode d'analyse thématique en six étapes de Braun et Clarke (2006) a été celle privilégiée pour cette étude. La première étape a consisté à s'immerger et se familiariser avec les données (transcrites dans *Word*, lecture et relecture). Le texte a été segmenté en unité de sens et codé tel que le propose Tesch (1990) dans sa phase de décontextualisation. Le codage a permis de faire une sélection de ce qui a été retenu pour l'analyse (Van der Maren, 1996). Un type de codage mixte a été retenu. Le codage fermé était en lien avec nos questions de recherche et notre cadre de référence (Van der Maren, 1996). Le codage ouvert a permis de rester ouvert à toutes données nouvelles qui ont pu émerger en dehors du cadre de référence. Tesch (1990) suggère que les passages anecdotiques ou sans lien avec le sujet de recherche soient éliminés. Cela permet la réduction des données. Troisièmement, le regroupement des codes a permis la recherche de thèmes généraux et de sous-thèmes qui a permis la recontextualisation et la catégorisation. Une relecture intensive des verbatim a permis de raffiner, créer de nouveaux codes au besoin et de combiner ensemble différents codes qui se voulaient semblables à la

lecture des verbatim. Quatrièmement, une révision des thèmes avec les codes a permis une révision et un raffinement ainsi qu'une première représentation thématique en schéma. La cinquième étape consistait à définir et nommer clairement les thèmes et faire une représentation thématique finale. Ensuite s'en ai suivi la production du rapport final de l'analyse et la mise en lien avec les écrits théoriques et empiriques.

## Critères de rigueur

Plusieurs éléments de rigueur ont été pris en considération afin de présenter une étude qualitative de qualité. La fiabilité, la crédibilité, la confirmabilité et la transférabilité sont présentées dans les sections suivantes. Ils sont inspirés, entre autres, de Lincoln et Guba (1985, 1989).

### Crédibilité

La crédibilité réfère « à la confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données » (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.44). Une transcription des entrevues dans un court délai (24-48 heures) été privilégiée. Aussi, une autre des techniques utilisées pour assurer la crédibilité des données en ethnographie est la triangulation des données (J.S. Boyle, 1994 ; Creswell, 2013 ; Roper et Shapira, 2000). Cette technique est utile quand le phénomène étudié est complexe (Roper et Shapira, 2000) et que l'on veut s'assurer que les interprétations sont crédibles (Lincoln et Guba, 1985). Cela a permis d'avoir différentes sources de données sur un même thème et cela a permis de voir la corroboration de certains résultats (Creswell, 2013) afin d'avoir « une représentation authentique de la réalité » (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.338). Selon Roper et Shapira (2000), il y a trois stratégies de collectes de données principales

avec lesquelles on fait une triangulation (p.13) : les observations, les entrevues formelles et informelles et les documents pertinents.

**Fiabilité**

La fiabilité réfère à l'imputabilité procédurale et à « l'uniformité des données au fil du temps et dans différentes situations » (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.340). Tous les documents utilisés (guide d'entretien, questionnaires, consentement) ont été annexés au mémoire. Une traçabilité des actions posées et des données est disponible dans le journal de bord et les notes de terrain. Une traçabilité des décisions méthodologiques durant tout le processus de recherche augmente la fiabilité (Guba et Lincoln, 1989).

**Confirmabilité**

La confirmabilité réfère à « la congruence des données, ou encore à la confirmation de l'analyse ou de l'interprétation » (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007, p.340). Des discussions et des réunions régulières entre les directrices et l'étudiante chercheuse ont permis de vérifier la congruence de l'analyse et des interprétations préliminaires. Les sources empiriques étaient disponibles et retraçables (transcriptions, notes d'observations, enregistrement audio). Une description détaillée du processus pour arriver au résultat doit être faite (Santiago-Delefosse, Gavin, Bruchez, Roux et Stephen, 2016). Miles et Hubberman (2003) suggèrent aussi de solliciter les réactions des informateurs (*member checking*). Les principaux résultats et les recommandations issues de la recherche ont été présentés aux participantes suite à la rédaction du mémoire.

### Transférabilité

La transférabilité fait référence à l'applicabilité à d'autres contextes (Lincoln et Guba, 1985). Une description en profondeur du contexte permet au lecteur de juger de la transférabilité possible à d'autres milieux (Santiago-Delefosse et coll., 2016). À cet effet, avec la description détaillée offerte concernant le bloc opératoire à l'étude, les lecteurs seront en mesure d'évaluer la transférabilité envisageable de ces résultats à leurs milieux de pratique.

## Considérations éthiques

Le projet a tout d'abord été présenté et approuvé par le comité d'éthique et de la recherche de l'hôpital où le projet a eu lieu à l'été 2017. Creswell (2013) suggère de donner de l'information générale sur le projet et d'expliquer le but de l'étude. De plus, il a fallu s'assurer que le consentement des participants était libre et éclairé pour les entrevues individuelles semi-structurées. Par ailleurs, l'anonymat du milieu et des participants a été préservé à l'aide de la codification des données. La participation des infirmières était volontaire et les participants pouvaient se désister en tout temps. À notre connaissance, il n'y avait pas de conflits d'intérêts pour cette étude, car l'étudiante chercheuse a pris soin de choisir un milieu où elle n'a jamais travaillé afin d'avoir un regard neuf sur la problématique. De plus, la protection contre les inconvénients a été réfléchie. S'il s'avérait qu'un participant ait des émotions négatives pendant l'entrevue, l'entrevue aurait pu être cessée et le participant aurait pu être référé au programme d'aide aux employés. Aussi, les données seront préservées de façon confidentielle pendant sept ans pour ensuite être détruites. Étant donné la taille de l'échantillon (n=11), il faut protéger l'identité des participants lors de la transmission des résultats. Les données sociodémographiques seront présentées en général (ex. : moyennes) et seulement pour les

catégories ayant plus de deux personnes. Une attention particulière a été faite afin que nous ne puissions pas reconnaître les participants en minorité (homme par exemple). Avant de présenter des résultats, ils ont été vérifiés par les deux directrices afin de s'assurer qu'ils ont été suffisamment anonymisés. Par ailleurs, tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver l'identité et la confidentialité des renseignements, les participants ont été identifiés que par un numéro de code. La clé du code reliant le nom au dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable. Des citations directes de ce que qui est dit (verbatim) peuvent être publiées/utilisées dans la présentation des résultats pour illustrer des thèmes clés. Cependant, le risque d'identification indirecte des participants est faible, car l'analyse des résultats vise principalement à regrouper les données par des thèmes.

Finalement, au niveau des observations non participatives, une lettre explicative a été disponible sur l'unité afin d'expliquer que l'étudiante effectuait des observations dans les salles d'opération. Ces observations concernaient le déroulement et la description d'une journée de travail de l'équipe de soins. Les professionnels de la santé ne désirant pas être observés pouvaient en aviser l'étudiante chercheuse. La confidentialité et l'anonymat des participants ont été respectés et il n'y a eu aucune atteinte à la vie privée. Aucun renseignement personnel n'a été pris en note, ni sur le patient, ni sur le personnel. Selon le Groupe consultatif interorganisme en éthique de la recherche (2015), si le « chercheur ne recueille aucun renseignement personnel, le consentement n'est pas nécessaire » (Gouvernement du Canada, paragraphe 46). En terminant, « la recherche axée sur l'observation qui ne permet pas d'identifier les participants lors de la diffusion des résultats, […] et qui a un caractère non intrusif sera normalement

considérée comme comportant un risque minimal » (Gouvernement du Canda, Paragraphe 41). Tout comme pour les entrevues individuelles, une attention particulière a été faite afin que nous ne puissions pas reconnaître les participants en minorité dans la salle (chirurgien ou anesthésiologiste par exemple).

# Chapitre 4 : Résultats

Dans ce chapitre, les résultats obtenus avec les diverses méthodes de collectes de données seront présentés. L'étude avait pour but d'explorer en profondeur la culture du bloc opératoire en lien avec la rétention infirmière et l'intention de quitter selon la perception des infirmières d'un hôpital universitaire d'un centre urbain. Nous allons voir à travers la présentation des résultats que plusieurs des facteurs du cadre de référence présenté à la Figure 1 ressortent des entrevues. Toutefois, la richesse de l'ethnographie focalisée avec son immersion sur le terrain, ses observations et ses conversations informelles nous a permis d'explorer plus en profondeur certains de ces facteurs et de mieux comprendre le phénomène pour le nuancer davantage dans le contexte particulier du bloc opératoire observé. De plus, comme cette méthodologie nous a permis de rester sensibles aux aspects culturels, de nouveaux facteurs ont été découverts en dehors de ce cadre de référence.

Tout d'abord, une description du contexte socioculturel du bloc opératoire sera faite et permettra de répondre partiellement aux deux premières questions de recherche en lien avec les conditions de travail et les relations avec les individus. La présentation du contexte de l'unité et d'une journée typique sont inclus dans cette partie. Ensuite, le profil sociodémographique des infirmières qui ont participé aux entrevues sera présenté. Finalement, les résultats qui émergent de ces entretiens seront présentés à l'aide d'un schéma intégrateur qui permet de mieux comprendre le contexte quotidien des infirmières au bloc opératoire. Cette dernière section permettra de terminer de répondre plus spécifiquement aux deux premières questions de recherche de ce projet et de répondre à la troisième question sur la perception des infirmières sur la rétention et l'intention de quitter.

## Description du contexte socioculturel du bloc opératoire à l'étude

Cette section permettra de répondre partiellement et de façon générale aux deux premières questions de recherche en décrivant quelles sont les conditions de travail au bloc opératoire et les interactions des infirmières avec d'autres individus. Pour débuter, le contexte de l'unité de soins au moment de l'étude et l'accueil de l'étudiante chercheuse seront présentés. Ensuite, une journée de travail typique sera décrite, dans laquelle la relation des infirmières avec les individus sera abordée ainsi que les connaissances spécialisées spécifiques à cet environnement. Les conditions de travail (environnement physique, ressources humaines ou matérielles, manque d'infirmières) seront abordées implicitement tout au long de cette section. La description du contexte socioculturel est inspirée des différentes façons dont les données ont été collectées : entrevues, observations, conversations informelles, notes de terrain et journal de bord. Par souci d'anonymat dans les observations ou les entrevues, toute information qui aurait pu nous permettre de reconnaître une personne en particulier ou en minorité a été écartée. Pour minimiser la lourdeur du texte et pour préserver l'anonymat, le mot infirmière ou inhalothérapeute sera utilisé au féminin et le mot chirurgien ou anesthésiologiste au masculin.

### Contexte de l'unité de soins pendant l'étude et accueil de l'étudiante chercheuse

**Contexte de l'unité de soins pendant l'étude.** La recherche a eu lieu dans un bloc opératoire d'un hôpital universitaire d'un centre urbain. Il compte une dizaine de salles d'opération fonctionnelles et une quinzaine de spécialités chirurgicales. C'est un bloc opératoire qui n'est pas récent et plusieurs rénovations ont eu lieu dans les dernières années, entre autres pour pallier au fait qu'il y a de plus en plus de matériels à ranger. L'étude s'est déroulée dans

un contexte de pénurie d'infirmières. Les gestionnaires venaient de réduire le nombre de salles d'opération (en fonction à chaque jour) dues au manque d'infirmières. Plusieurs départs d'infirmières d'expérience avaient eu lieu dans les derniers mois. Un certain épuisement général se faisait sentir tant au niveau des infirmières que du personnel en général. Ce sentiment d'épuisement sera davantage approfondi dans la section des thèmes émergents. C'est dans ce contexte de pénurie que le projet de recherche a débuté.

**Accueil de l'étudiante chercheuse.** La première approche auprès du personnel infirmier fut en septembre 2017 lors de deux réunions qui ont permis de présenter le projet. Malgré le fait qu'on pouvait sentir la réticence de quelques infirmières peu habituées à la recherche dans leur contexte de travail, l'étudiante chercheuse ressentait l'ouverture de plusieurs infirmières à améliorer la compréhension du problème de rétention. Le bloc opératoire, en général, a la réputation d'être un milieu fermé qui n'est pas facile à percer. Cette perception a été validée par l'étudiante chercheuse lors de ses premières journées sur l'unité, mais aussi à deux reprises lorsque des infirmières ont partagé de façon informelle que « les infirmières de bloc ont la réputation d'être moins gentilles au début, mais finalement, elles ne sont pas si pires » ou encore tout simplement « qu'il y a peu d'études au bloc, car c'est un milieu fermé ». Ainsi, l'aide d'infirmières respectées fut appréciée pour « l'intégration à la famille », surtout lors des observations dans les salles. L'accueil dans les salles a été facilité la plupart du temps quand une infirmière présentait l'étudiante chercheuse à l'équipe et rappelait le but du projet. Malgré que le projet ait été présenté en personne, que l'information le concernant ait été affichée à plusieurs endroits et envoyée à plusieurs personnes clés par courriel (chirurgiens, anesthésiologistes, infirmières-chefs de salle, etc.), certains membres du personnel ne

semblaient pas au courant lorsque l'étudiante arrivait dans une salle pour observer le temps d'une chirurgie. Par contre, dès que les gens comprenaient le but du projet et que l'étudiante chercheuse ne prenait aucune information personnelle ni sur eux ni sur les patients, ils se détendaient et semblaient oublier sa présence pendant les observations. Afin d'éviter de rendre les gens mal à l'aise, les notes sur le déroulement de la chirurgie étaient prises au vestiaire entre les cas. À quelques reprises, des infirmières ont questionné afin de savoir ce qui était observé précisément. L'étudiante chercheuse leur répondait brièvement qu'elle s'en tenait aux informations reliées à son projet et des exemples de la grille d'observation (table d'instruments, ambiance, relations entre les membres de l'équipe, etc.) étaient donnés. Nous allons maintenant faire la description d'une journée typique au bloc opératoire.

**Journée typique**

La journée de l'infirmière, des médecins et du personnel débute habituellement par une visite au vestiaire où tous ceux qui auront à rentrer dans les aires du bloc opératoire doivent se vêtir de l'uniforme du bloc opératoire. Chaque profession a sa propre salle de repos-café où les gens se retrouvent avant de commencer la journée. L'action se poursuit ensuite au poste des infirmières où il y a une atmosphère effervescente, le téléphone qui sonne et beaucoup de bruit. Plusieurs anesthésiologistes peuvent discuter du programme de la journée entre eux ou avec leur résident. Le coordonnateur peut discuter avec l'assistante infirmière-chef des particularités de la journée. Il y a alors de multiples conversations médicales, administratives et organisationnelles, en plus de diverses discussions de nature personnelle, entre tous les acteurs qui transitent par ce point de rencontre important. Les infirmières qui débutent à 07:45 se dirigent au poste et regardent sur le tableau dans quelle salle (ou quelle spécialité) elles seront

attitrées selon le programme opératoire établi. La répartition des infirmières est habituellement décidée par l'assistante infirmière-chef. Les infirmières peuvent alors prendre connaissance de qui seront leurs collègues infirmières, anesthésiologiste, chirurgien et quels seront les cas de la journée. Ensuite, l'infirmière, qui est déjà en uniforme, marche dans le corridor vers les salles du bloc opératoire. Sur son chemin, elle croise la salle d'attente des patients et la salle de réveil. Elle devra mettre son chapeau, son masque et ses couvre-chaussures avant de rentrer dans la zone la plus stérile du bloc opératoire et se rendre à sa salle attitrée. À l'aide de la requête opératoire et du kardex du chirurgien, elle doit préparer le matériel de son premier patient avant son entrée dans la salle. L'équipe met toute son énergie à s'occuper d'un patient à la fois. L'infirmière doit s'assurer que la salle est montée adéquatement. Par exemple, elle doit vérifier que c'est la bonne table opératoire, le bon nombre de tables d'instruments, dans la bonne disposition, les bons meubles (ex. : scopie) et les bons appareils (ex. : électrocautère). Elle peut avoir à faire plusieurs va-et-vient pour aller récupérer des cabarets d'instruments ou du matériel particulier qui n'est pas dans la salle. Il y a toujours deux infirmières par salle, une qui sera en *interne* et s'occupera de préparer la table stérile de matériel et d'instruments pour le chirurgien et l'autre sera en *externe* et sera plutôt responsable de coordonner la journée selon les besoins de l'équipe de chirurgie, la gestion du patient (pathologie, prélèvements, etc.), le remplissage du dossier informatique ou de certains documents papier.

L'inhalothérapeute de son côté travaille en étroite collaboration avec l'anesthésiologiste. Elle vérifie la machine d'anesthésie et prépare le matériel nécessaire à la prise en charge du patient dépendamment du type d'anesthésie. Cela peut être du matériel relié à la prise en charge des voies respiratoires, à une épidurale ou une rachianesthésie, à une canule artérielle, aux voies veineuses périphériques ou centrales, à l'installation de monitorage particulier (appareil

d'échographie cardiaque ou autre) ou encore aux diverses perfusions requises. Quand toute l'équipe est présente et que tout le monde est prêt, le patient est rentré en salle vers 08:00. On sent alors que tout le monde s'active autour du patient et que tout s'amorce en même temps pour lui dans une prise en charge globale. Dans la salle, la liste de vérification qui est utilisée pour assurer la sécurité du patient doit être faite à l'aide de toute l'équipe médicale. L'équipe a peu de temps pour le rassurer et avoir un bon contact avec lui. L'infirmière en *interne* part dans l'entre-salle faire le lavage en profondeur de ses mains et mettre son gel désinfectant, communément appelé le *brossage*. Ensuite, l'infirmière en *externe* doit ouvrir le matériel pour l'infirmière qui sera en *interne* et qui devra préparer et monter ses tables d'instruments. Il est important de mentionner que ce n'est qu'une fois que le patient est installé sur la table d'opération, que la civière ou le lit est sorti de la salle et que les portes de la salle sont refermées que le matériel stérile peut commencer à être ouvert. On sent alors une course contre la montre, car tout doit être fait en même temps et surtout en peu de temps. Généralement, le plus gros de l'installation du premier cas se fait entre 08:00 et 08:30. Le patient doit certainement ressentir cette effervescence autour de lui alors qu'il y a des va-et-vient constants autour et beaucoup de bruit. Dépendamment de la complexité de la chirurgie et du nombre d'instruments, il peut y avoir plusieurs tables de différentes grosseurs à préparer.

C'est dans le bruit fait par les instruments qui s'entrechoquent ou le décompte des instruments à faire que l'équipe d'anesthésiologie doit interagir avec le patient au moment de procéder à son anesthésie. Souvent, il y a de l'enseignement en même temps. Un hôpital universitaire est un milieu d'enseignement, que ce soit un externe ou un résident en chirurgie ou anesthésie ou d'une nouvelle infirmière, l'enseignement fait partie du quotidien des équipes médicales et infirmières. À un nombre volumineux de professionnels déjà présents autour du

patient dans la salle, se rajoutent parfois un ou des étudiants de différents niveaux. Ainsi, dans une salle souvent d'environ 50 $m^2$, gravitent des professionnels avec des tâches bien précises, en plus de ceux présents pour leurs apprentissages. Une fois l'anesthésie réalisée, selon la longueur ou la particularité de la chirurgie, l'infirmière en *externe* et le préposé peuvent avoir des tâches supplémentaires à effectuer. L'infirmière peut parfois avoir une sonde urinaire à installer ou devoir mettre la plaque de cautère. De son côté, le préposé peut avoir à mettre des bas compressifs ou une ceinture pour attacher le patient. Toute l'équipe est mobilisée pour le positionnement du patient surtout si ce positionnement est particulier (latéral, ventral, lithotomie, etc.). Chaque position requiert du matériel particulier ainsi que des précautions propres à chaque installation, par exemple éviter tout point de pressions et toutes compressions nerveuses. Ensuite, peut finalement suivre le badigeon de la peau pour désinfecter. Le badigeon est fait dans un grand respect de l'intimité du patient qui n'est pas toujours endormi, car il peut être sous anesthésie locale ou régionale. Il faut aussi habiller (après leur *brossage*) avec des jaquettes et gants stériles tous ceux qui participeront directement à la chirurgie. Habituellement, il y a un chirurgien et son résident ou externe en chirurgie. Parfois un assistant en chirurgie peut aussi venir aider. L'infirmière en *interne* donne les jaquettes stériles et enfile les gants à tous les membres de l'équipe chirurgicale. Il peut aussi avoir la présence d'une perfusionniste pour des chirurgies nécessitant une circulation extracorporelle (CEC) en chirurgie cardiaque ou pour la préparation d'un autotransfuseur dans les cas où c'est une chirurgie à risque de pertes sanguines significatives. En orthopédie, il y a parfois la présence d'un technicien en radiologie pour installer son appareil de fluoroscopie (appareil volumineux). Cela implique une personne de plus et augmente le risque de bris d'asepsie. Le mouvement de cet appareil et du technicien est à prévoir pendant l'intervention. Aussi, s'il y a de la fluoroscopie, tout le personnel de la salle

devra porter un tablier et un cache-cou plombé. Ce tablier plombé est un poids de plus à porter. Ceux qui assisteront la chirurgie devront porter ce poids sous la jaquette stérile et seront plus enclins à avoir chaud. Lorsque l'opération débute, le premier coup de bistouri électrique (cautère), amène une odeur typique de chair brulée dans la salle. Cette odeur varie en fonction des tissus cautérisés. Parfois, une odeur fécale se mêle aux autres odeurs si l'intestin doit être ouvert. Le bruit de fond en salle d'opération est principalement la pulsation cardiaque du patient que l'on entend sur le monitorage de la machine d'anesthésie, mais aussi les différentes alarmes sur les appareils, sans parler des multiples conversations simultanées. Durant le cas, il y a beaucoup de circulation dans la salle : des gens des autres salles peuvent venir poser des questions à la chef de salle ou chercher du matériel. Pour éviter tout bris d'asepsie, la circulation du personnel se fait via les entre-salles, car les grandes portes par où est entré le patient demeurent fermées dès que le patient est installé sur la table d'opération et tout le long de la chirurgie. Plusieurs personnes peuvent entrer et sortir à plusieurs reprises que ce soit pour donner une pause ou un dîner.

L'infirmière en *externe* a un rôle de coordination et doit voir à tout. Elle doit diriger le préposé au besoin lors de l'installation du patient ou encore s'assurer qu'il n'y a pas de bris d'asepsie nulle part. Parfois, elle peut avoir à aider l'équipe d'anesthésie. L'infirmière doit compiler toutes les informations importantes au dossier afin qu'il soit complet, faire le compte des pertes sanguines et peser les compresses au besoin. Elle peut aussi avoir à noter la traçabilité d'implants installés dans le patient ou encore avoir à donner et noter la colle biologique dont le suivi est fait avec la banque de sang. En plus de la gestion du matériel et des étapes spécifiques à la chirurgie en cours dans un espace restreint et des délais courts, il faut planifier et préparer le matériel pour les interventions à venir dans la journée. Il faut appeler le cas suivant au besoin

au moment opportun et répondre à toutes demandes ponctuelles. La charge de travail de l'infirmière dépend beaucoup du type de chirurgie, de la longueur de celle-ci et aussi de la quantité de cas planifiés à l'horaire de la journée. Certaines journées, les infirmières en *externe* n'ont pas le temps de s'asseoir même pour quelques minutes. Il est important de reconnaître que le rôle de l'infirmière est différent d'une infirmière œuvrant sur les unités de soins. En effet, l'infirmière n'assure habituellement pas la surveillance clinique ou l'évaluation du patient. De plus, elle n'a généralement pas à effectuer les diverses techniques de soins propres à sa profession (installation de voie veineuse, de tube nasogastrique, administration de médicaments, etc.).

Quand le cas se termine, de façon protocolaire, un double décompte final doit être effectué afin de s'assurer qu'aucun instrument ou qu'aucune compresse n'est restée à l'intérieur du patient. Le réveil est amorcé par l'équipe d'anesthésie, le pansement est mis et le patient est transféré de la table d'opération à une civière ou un lit si le patient est hospitalisé. Il est ensuite reconduit à la salle de réveil pendant que l'infirmière en *interne* range sa table d'instruments. Les instruments souillés sont sortis de la salle, car ils devront être stérilisés. Le ménage se fait entre les cas par le préposé à l'entretien. Il sort les poubelles, lave le plancher et sort le matériel superflu qui ne sera pas nécessaire pour le cas suivant. Durant ce temps, les infirmières vont chercher les instruments nécessaires à la chirurgie suivante. L'infirmière qui est sur le quart de travail de 09:45 à 18:00 ou 10:45 à 19:00 viendra aussi faire des pauses ou remplacer le temps des repas. Il faut avoir une bonne capacité d'adaptation, car cela implique qu'elle se *brosse* et remplace l'infirmière en cours d'intervention et qu'elle prend le relais à n'importe quelle étape de l'intervention. À la fin de la journée, vers 14:30, l'assistante infirmière-chef va se promener de salle en salle pour estimer quelles salles dépasseront de la fin prévue à 16:00. C'est une

estimation parfois difficile, qui mets indirectement de la pression sur les équipes en place (rapidité pour terminer le cas, amorcer le réveil, faire le pansement, ramasser la salle, etc.) et peut aussi créer des tensions avec l'équipe chirurgicale si cette évaluation implique des annulations de patients en fin de journée. Cette évaluation de fin de journée implique aussi la recherche de personnel pour terminer la journée. En effet, les infirmières sont sollicitées dans les salles où il n'a pas de relève infirmière de déjà planifiée pour remplacer. La plupart du temps, par soucis professionnels, mais aussi de bon cœur et par esprit d'équipe, les infirmières vont accepter de faire du temps supplémentaire et de terminer le cas en cours, mais on peut parfois sentir que cela entre en conflit avec la conciliation travail-famille, la fatigue ou un rendez-vous de prévu après le travail. Les infirmières aident beaucoup à pallier les fins de journée, ce qui fait que l'infirmière-chef, sauf exception, n'a pas besoin d'utiliser le temps supplémentaire obligatoire.

En résumé, en lien avec notre question de recherche 1, les conditions de travail (environnement physique, ressources humaines ou matérielles, manque d'infirmières) se passent dans un environnement complexe où l'infirmière a de multiples interactions avec ses collègues et du matériel. La charge de travail de l'infirmière est variable selon la salle où elle est assignée et la liste opératoire. Dans un contexte de pénurie où il manque d'infirmières, celles-ci doivent régulièrement faire du temps supplémentaire pour pallier les fins de journée.

**Relation des infirmières avec les individus (professionnels de la santé).** La salle à café semble le premier endroit du matin où débutent les interactions entre les infirmières. Elles discutent beaucoup et elles peuvent ventiler leurs défis ou des situations problématiques particulières. À part les infirmières chefs de salle qui sont toujours dans la même spécialité

(plastie ou orthopédie par exemple), la plupart des infirmières apprennent le matin même, au poste, avec qui elles travailleront. De leurs côtés, « les deuxièmes de salle » sont des infirmières qui vont plus régulièrement dans la même spécialité. Pour les infirmières qui ne sont ni des chefs de salle ni des « deuxièmes de salle », il y a une multitude de possibilités d'équipe et c'est cette répartition qui dictera un peu les interactions de la journée. Le fait de travailler avec des équipes potentiellement différentes au quotidien demande une bonne capacité d'adaptation. Il y a beaucoup d'interactions entre les membres de l'équipe au niveau de la planification du travail quotidien. Le fait de travailler en étroite collaboration avec tous les membres de l'équipe multidisciplinaire dans un espace restreint amène son lot de défis particuliers. Les équipes peuvent avoir des objectifs qui ne sont pas nécessairement connus des autres ou avoir des priorités qui sont différentes à un même moment. Par exemple, les défis de communication dans le bruit. L'équipe d'anesthésie peut vouloir endormir le patient avec le moins de bruit possible alors que les infirmières doivent monter leurs tables d'instruments en même temps. Cela nécessite beaucoup de communication et de respect entre les membres de l'équipe. Les interactions semblent en général assez conviviales. À cause de la proximité entre les membres de l'équipe, le tutoiement est principalement utilisé entre les professionnels. La hiérarchie est moins visible que celle décrite dans les écrits du chapitre 2. Finalement, les interactions peuvent parfois devenir plus sérieuses en situation de stress ou d'imprévus. Les interactions sont aussi importantes quand les infirmières se donnent le rapport lorsqu'elles se remplacent entre elles en cours d'intervention. Nous reviendrons aussi sur les relations de travail entre les individus plus loin dans les résultats.

**Connaissances spécialisées, normes, coutumes ou lois.** Il est pertinent de souligner qu'en décrivant une journée typique, nous avons aussi abordé les connaissances spécialisées. Les chirurgiens discutent régulièrement de leurs besoins spécifiques avec les chefs de salle qui ont des connaissances approfondies sur le matériel et leurs spécificités, ce que les chirurgiens semblent particulièrement respecter at apprécier. Les infirmières chefs de salle semblent aussi être une grande source d'informations pour les collègues qui ont des questions parfois de façon ponctuelle. Elles sont le pilier de la spécialité dans cet environnement fort complexe qui inclut un roulement de personnel quotidien. Un nombre restreint de personnes maîtrise très bien les normes et les savoirs spécialisés, ce qui peut créer des tensions avec les chirurgiens si le personnel est moins habitué. On sent que les chirurgiens apprécient quand les chefs sont présentes dans les salles. Les infirmières doivent avoir des savoirs hautement spécialisés, car elles peuvent avoir à manipuler différentes technologies et de nouveaux équipements. Cela amène un défi supplémentaire pour rester à jour, car la technologie et les savoirs spécialisés changent rapidement en centre universitaire. De plus, cela peut aussi créer des situations inconfortables la nuit ou la fin de semaine quand les infirmières habituées de la spécialité ne sont pas là pour répondre aux questions. Pour une intervention spécifique qui implique souvent beaucoup de matériel, il y a une façon précise de monter ses tables et de multiples étapes à connaître pendant la chirurgie. Il faut toujours inclure la possibilité d'imprévus comme un saignement soudain, ce qui peut amener une chirurgie différente qui nécessite du matériel différent. Par exemple, une chirurgie peut débuter en scopie, mais s'il arrive une complication, elle va se transformer en chirurgie ouverte par tomie. Cela implique alors une réorganisation soudaine et l'ouverture de nouveau matériel. Aussi, des connaissances en lien avec toutes les normes (stérilité en général, guide des bonnes pratiques, taux humidité, port de bijoux) font

partie intégrante de sa journée. Toutes les étapes plus protocolaires telles que les décomptes, le dossier informatique ou la documentation à remplir font partie des connaissances spécialisées à savoir et des obligations de normes à respecter. À l'occasion, il peut avoir de la frustration quand un groupe vis-à-vis d'un autre ne s'entend pas sur le respect des normes. Par exemple, un chirurgien qui, à la fin de l'opération, ouvre les grandes portes pour sortir le patient avant que le pansement soit terminé a amené une infirmière — observée sur le terrain par l'étudiante chercheuse — à dire « on dirait qu'on est les seules à se soucier des normes et du patient ! ». Bref, ce milieu hautement spécialisé amène des défis quotidiens et amène l'infirmière à devoir gérer de multiples connaissances spécialisées.

En résumé, en lien avec notre question de recherche 2, nous avons vu que les relations de travail des infirmières avec les individus (professionnels de la santé) ont lieu dans un environnement avec un savoir hautement spécialisé. Les interactions sont variées et multiples. Nos deux premières questions de recherche en lien avec le milieu de travail seront aussi abordées plus loin dans les résultats. C'est dans cet environnement particulier qu'a eu lieu les observations et les conversations informelles, mais aussi le recrutement des infirmières pour les entrevues. La prochaine section abordera ce dernier item.

## Profil sociodémographique des infirmières

Les données sociodémographiques ont été recueillies au même moment que l'entrevue semi-dirigée. La moyenne d'âge des infirmières qui ont participé à l'étude est de 39 ans. Près de la moitié des infirmières détiennent un diplôme universitaire de premier cycle (n= 5) et l'autre moitié détient un diplôme d'études collégiales (n= 6). Un peu plus de la moitié (n= 6) ont entre 5-9 ans d'expérience au bloc opératoire et les autres ont plus de 9 ans d'expérience (n=5). Toutes

les infirmières qui ont participé à l'étude ont un poste à temps plein. Le Tableau 2 présente un résumé des données sociodémographiques :

Tableau 2

*Données sociodémographiques des infirmières*

| **Variables** | **Moyenne (x) ou nombre (n)** |
|---|---|
| Âge | x = 39 |
| Sexe féminin | n = 11 |
| Scolarité collégiale | n = 6 |
| Scolarité universitaire | n = 5 |
| Expérience au bloc opératoire (entre 5 et 9 ans) | n = 6 |
| Expérience au bloc opératoire (plus de 9 ans) | n = 5 |
| Poste à temps plein | n = 11 |

La prochaine section traitera des cinq thèmes et 19 sous-thèmes émergents, entre autres, des entrevues réalisées avec ces 11 infirmières.

## Thèmes émergents de l'étude et schéma intégrateur

### Thèmes émergents

Cette section permettra de mettre en lumière les principaux thèmes qui ont émergé de la collecte de données soient, la rétention des nouvelles infirmières, les départs associés au roulement normal, le cercle vicieux de la pénurie, le partage de la réalité et les facteurs favorisant la rétention. Tel que décrit dans le Tableau 3, les thèmes et les sous-thèmes permettent de mieux comprendre certains des facteurs identifiés dans le cadre de référence de Tourangeau et coll.

(2010) (Figure 1) pour le contexte du bloc opératoire (voir Tableau 3). Des cinq thèmes émergents, un schéma intégrateur a été élaboré (voir Figure 2) afin de contextualiser les résultats et le quotidien des infirmières. Ceci permettra de suivre plus facilement la présentation des données. Ainsi, les facteurs du cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010) tels que les caractéristiques des infirmières, les relations avec les collègues de travail, les relations avec les patients et la charge de travail, les relations avec et soutien des gestionnaires, le soutien et pratiques de l'organisation, les conditions de l'environnement de travail, la reconnaissance et les réponses physiques et psychologiques reliées au travail et finalement les facteurs externes seront abordés tout au long de l'explication du schéma intégrateur. De plus, trois nouveaux facteurs (en caractères gras dans le Tableau 3) ont émergé en dehors de notre cadre de référence soient : les comportements perturbateurs, le partage de la réalité et l'amélioration de la communication. Les verbatim seront présentés avec un « P » pour participant et son numéro du participant suivra. Le « E » fait référence à l'étudiante chercheuse. Les crochets [...] sont utilisés quand l'ajustement du propos était nécessaire à l'anonymat ou à la compréhension sans en modifier le sens. Bien que les thèmes émergents à l'étude proviennent principalement des entrevues, les observations et les conversations informelles ont permis d'enrichir cette recherche en permettant de contextualiser et de nuancer les thèmes. Les notes de terrain et du journal de bord inspirent aussi cette section tout comme le cadre de référence de la Figure 1, qui sert de toile de fond tout au long de la présentation des thèmes.

Tableau 3

*Thèmes et sous-thèmes*

| Thèmes | Sous-thèmes | Liens avec le cadre de référence |
|---|---|---|
| Rétention des nouvelles infirmières | Attirer les infirmières<br>Caractéristiques des nouvelles<br>Formation et soutien des nouvelles | Caractéristiques des infirmières<br>Condition de l'environnement de travail (manque d'infirmières)<br>Soutien et pratique de l'organisation |
| Départs associés au roulement normal | Distance<br>Manque d'intérêt<br>Opportunité ailleurs<br>Absence de relation avec le patient | Facteurs externes<br>Relation avec les patients |
| Cercle vicieux de la pénurie | Pénurie d'infirmières<br>Sursollicitation du personnel en place (pression)<br>Épuisement-tensions<br>**Comportements perturbateurs**<br>Intention de quitter<br>Départs | Condition de l'environnement de travail (manque d'infirmières)<br>Charge de travail<br>Réponses physiques et psychologiques reliées au travail<br>Soutien et pratique de l'organisation<br>Reconnaissance au travail |
| **Partage de la réalité** | | |
| Facteurs favorisant la rétention (briser le cercle vicieux) | Bonnes relations de travail infirmières et collègues<br>**Amélioration de la communication**<br>Reconnaissance des gestionnaires et du corps médical<br>Horaires stables<br>Prime monétaire<br>Soutien des gestionnaires dans les situations difficiles | Relations avec les collègues de travail<br>Reconnaissance au travail<br>Soutien et pratiques de l'organisation<br>Relation avec et soutien des gestionnaires |

**Schéma intégrateur**

Le premier rectangle gris au centre est le bloc opératoire et ses caractéristiques (exemple : le nombre de salles, de spécialités et le fait d'être un centre universitaire ou régional, etc.). De plus, ce bloc opératoire doit avoir un nombre minimum requis d'infirmières pour fonctionner au quotidien dépendamment de sa taille. Nous débuterons par le premier thème, la rétention des infirmières (à droite dans le schéma). Ensuite, nous aborderons le deuxième thème concernant les départs associés à un roulement normal au bloc opératoire (à gauche du schéma). Puis, nous descendrons dans le schéma et aborderons le troisième thème qui fait référence aux résultats qui sont en lien plus spécifiquement avec la pénurie d'infirmières présente lors du projet, qui semble malheureusement avoir mené à un cercle vicieux de la pénurie qui sera expliqué plus en détails plus bas. En parallèle, nous aborderons le quatrième thème soit la difficulté du partage de la réalité en lien avec la problématique de pénurie. Finalement, le chapitre se terminera par le cinquième thème en abordant ce qui influence la rétention des infirmières en place ce qui pourrait aider à briser le cercle vicieux, selon la perception des infirmières.

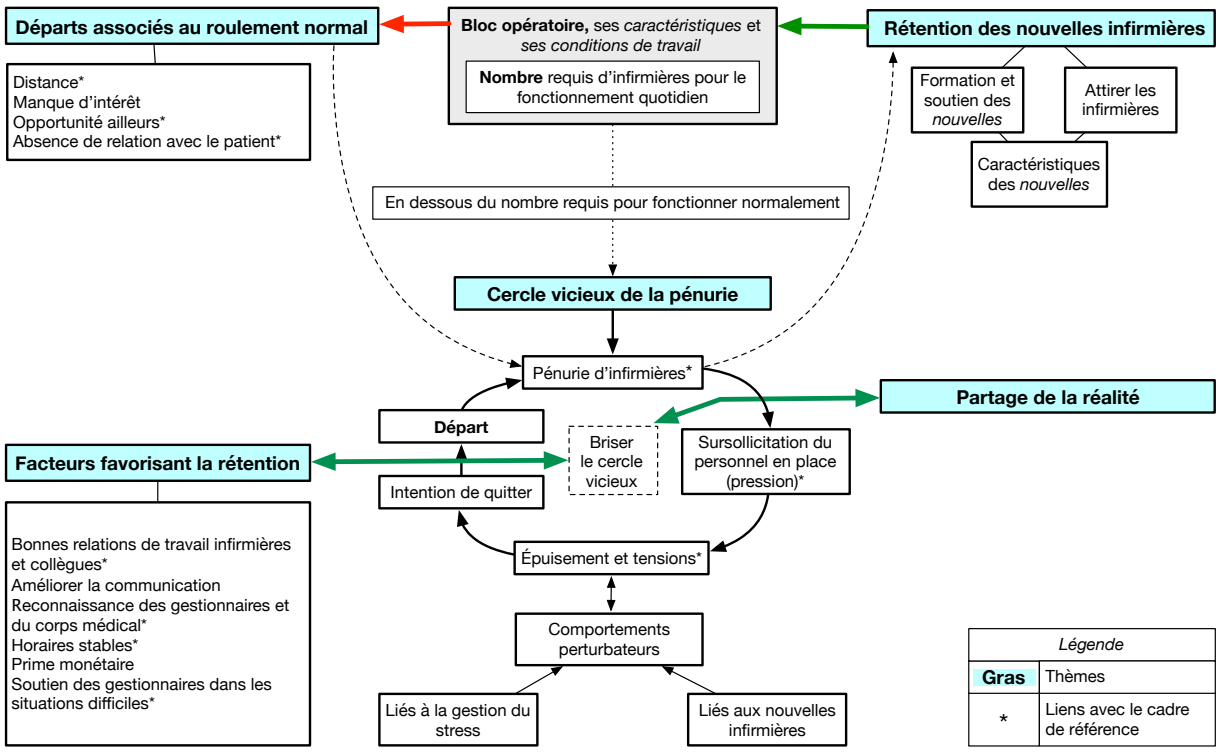


*Figure 2.* Schéma intégrateur de la rétention et l'intention de quitter des infirmières au bloc opératoire dans un contexte de pénurie. Schéma élaboré par l'étudiante chercheuse.

## Rétention des nouvelles infirmières

Cette section abordera principalement les données concernant les nouvelles infirmières à recruter, à former et à retenir. Ce premier thème sera divisé en trois sous-thèmes : attirer les infirmières, les caractéristiques des nouvelles et la formation ainsi que le soutien des nouvelles.

**Attirer les infirmières.** Il semble qu'offrir la possibilité de venir observer au bloc opératoire, avoir des infirmières qui ont un intérêt pour le côté plus concret et visuel de l'anatomie et faire découvrir le rôle particulier de l'infirmière en salle d'opération soient des avenues prometteuses pour attirer les infirmières. Ces éléments seront abordés dans les lignes

qui suivent. En effet, plusieurs infirmières ont eu l'appel de la salle d'opération en ayant eu l'opportunité de faire des observations comme en témoignent les verbatim suivants :

> *J'ai fait une journée d'observations, j'ai vu les césariennes, j'ai vraiment tripé (P1, 92-93)*

> *[…] ma collègue […] m'a envoyé un message texte : « ils ont besoin des infirmières à la salle d'opération si ça t'intéresse ». J'ai dit : « Ha mon dieu que j'ai aimé ça pendant [mes observations !] ». (P7, 103-105).*

Aussi, selon plusieurs participantes, la plupart des infirmières qui ont été attirées par le bloc opératoire avaient soit un intérêt à la base pour la chirurgie ou un intérêt pour le côté plus concret et visuel de l'anatomie du corps humain. Le fait de découvrir et comprendre le corps sous un autre angle semble être très apprécié :

> *J'aime ça aussi voir les chirurgies en tant que telles, ça m'a toujours intéressé de voir comment ça se passait une chirurgie […]voir l'intérieur du corps humain c'est quand même assez impressionnant (P2, 85-87)*

> *[…] la découverte du corps humain, vraiment l'anatomie […] c'est beau de le voir dans les livres, à l'étage on voit le suivi après une chirurgie tout ça, mais là de vraiment voir l'anatomie du corps… (P3, 57-59)*

Finalement, le rôle de l'infirmière en salle d'opération est peu abordé durant le parcours scolaire. En effet, le rôle de l'infirmière au bloc opératoire est plus méconnu et, tel que vu dans la description d'une journée typique, dépasse largement le rôle d'exécutante ou le rôle de « passer des instruments ». Quand une infirmière d'expérience de salle d'opération partage son enthousiasme pour ce domaine en faisant découvrir le rôle particulier de l'infirmière au bloc opératoire à une jeune infirmière de la relève, il semble y avoir un effet positif pour attirer aussi :

> *[…] une voisine qui travaillait dans un bloc opératoire qui était infirmière [et] je faisais mes cours en soins […] elle me parlait de son travail. Je trouvais que ça avait l'air intéressant […] déjà à l'école, j'aimais beaucoup la bio […], ce qui touchait à ça, les opérations, la physiologie […] comment ça marche, qu'est-*

*ce que ça l'air, pis bon pourquoi ci, pourquoi ça. Ça m'intéressait déjà pas mal […] j'étais curieuse beaucoup là. (P9, 47-62)*

**Caractéristiques des nouvelles.** Certaines infirmières affirment que le bloc opératoire ne convient pas à tout le monde et qu'un certain type de personnalité permet de s'y adapter plus facilement. Ces données sur le caractère de base à avoir ont été renforcées par des conversations informelles dans une des salles. Un résident en chirurgie, qui venait d'apprendre que le projet s'intéressait à la rétention des infirmières en salle d'opération, demande en riant si la présence de l'étudiante chercheuse est pour « checker s'ils sont fins » ? Une des infirmières dans la salle laisse alors sous-entendre que si certaines personnes de l'équipe chirurgicale sont moins gentilles, qu'elles « sont capables de se défendre ». Cette situation, tout de même conviviale, laisse quand même transparaître cet aspect de la personnalité que l'infirmière doit avoir. Les infirmières parlent du fait d'avoir du caractère à la base tel que l'illustrent les verbatim suivants :

*C'est bousculant […] c'est pas tout le monde qui est fait pour le bloc, dans le sens où faut quand même que tu aies un bon caractère […]. Parce qu'à force de te faire rentrer dedans, si tu traînes ça chez vous après 4 heures, tu tofferas pas longtemps. Pis j'en ai vu des infirmières pleurer […] je pense que ça dépend aussi de ta solidité face à ça. (P1, 424-428)*

*Il faut un certain caractère pour travailler au bloc opératoire […] nos chirurgiens maintenant, ils le savent… ah ok ben xxxxx [nom de l'infirmière] on va la laisser faire ses affaires […] souvent il faut mettre son pied à terre pis dire non moi je n'accepte pas cette situation-là [en parlant de compromettre la sécurité du patient ou de la qualité du travail fait]. (P4, 181-184)*

*En général, je pense que ça va bien surtout si t'as un bon caractère. [E : ok (rire), qu'est-ce que vous voulez dire ?]. Ben, parce que, faut que tu répondes à un moment donné, tu ne peux pas juste te laisser […] (P10-211-213)*

De plus, dans une des entrevues, une infirmière parle même d'une intuition où les infirmières d'expérience sont déjà capables de sentir et de prédire quelles nouvelles ont le meilleur profil pour rester :

*[…] il y a de la capacité aussi, pis, c'est un peu plate à dire [rire gêné], c'est sûr qu'on veut avoir du monde pis on veut qui reste, mais dans la salle à café des fois […] on discute on fait comme : « […] des 4 qui sont arrivés, là ouf, non elle, elle n'ira pas ben ben loin ou je pense pas qu'à reste ». [E : vous le sentez déjà]. On le sait déjà [E : ok]. On le sait quand les filles font des liens, quand [elles] sont débrouillardes qui en posent des questions, pis qui osent. […], C'est mieux que quelqu'un qui reste dans son coin qui n'ose pas trop […] [E : il y en a qui ont moins le profil]. Oui. (P9, 425-432)*

**Formation et soutien des nouvelles.** Une fois les nouvelles infirmières attirées, l'administration a le défi de les former et les retenir. Le temps de formation au bloc opératoire en centre universitaire est d'environ un an. C'est un investissement de temps et d'énergie autant pour les personnes qui forment que pour l'infirmière en formation. Il y a aussi l'investissement monétaire de l'hôpital sans avoir de garantie que la personne va rester après ou quitter pendant la formation. Ce sont habituellement les chefs de salle qui forment et plus rarement la formation se fait sous forme de préceptorat où la nouvelle infirmière suit la ou les deux mêmes infirmières pendant toute la durée de la formation d'un an. Plusieurs éléments semblent être propices ou nuisibles à la réussite de la nouvelle recrue. Dans ce sous-thème, nous aborderons l'irritation vécue quand les infirmières vivent une coupure de la formation et la nécessité que les horaires atypiques soient intégrés à la réalité de travail de la nouvelle infirmière rapidement. Nous terminerons avec la nécessité du soutien durant cette période.

***Coupure de la formation*.** Dans les éléments irritants qui semblent avoir de l'importance pour les nouvelles est le fait que la formation soit occasionnellement et momentanément suspendue par le manque de personnel. Cela implique que les infirmières retournent dans des spécialités déjà connues et a pour effet de briser le rythme et de rallonger la formation. Comme en témoigne cette infirmière :

*[…] il y a du monde en formation [et] ça fait un petit bout [et] là ils essaient d'aller dans une autre spécialité [et ils] sont tout le temps bloqué par qu'il manque tellement d'infirmières [...] tu es en formation, mettons en orthopédie [et] là ils te remettent en chirurgie générale parce que là il manque une fille […] c'est long là ! C'est long [et] ardu, quand tu sais que tu as deux mois à faire en orthopédie, là tu fais deux jours semaine là, ça prolonge, ça prolonge de beaucoup ! (P10, 372-382).*

***Horaire.*** Pour retenir les nouvelles infirmières réellement intéressées et éviter les problèmes potentiels avec les horaires atypiques, il semble préférable que l'infirmière puisse avoir une idée très rapidement de l'horaire réel pour éviter des départs qui découragent les infirmières qui restent. Cela pourrait éviter des situations fâcheuses comme celles illustrées ici-bas où la nouvelle infirmière fait sa formation de neuf mois à un an de jour pour quitter ensuite quand les gardes et l'horaire atypique commencent :

*Puis il y a beaucoup de gens qui font la formation, la « belle » formation de jour de 8 à 4 du lundi au vendredi [petit rire] pendant 9 mois puis qu'après ça [E : quand les gardes embarquent ?] après ça qui prennent leur valise puis [s'en vont]. (P4, 489-491).*

*[…] les horaires c'est quand même une lourde charge là [...] jour-soir-nuit, la garde […]il y en a ça les dérange beaucoup dans leur vie […] mais à ce moment-là, ils ne devraient pas venir appliquer au bloc là. Quand ils passent l'entrevue pour avoir un poste, ce n'est pas caché ça […], c'est dit. Une fois qu'ils ont tout fini la formation [et] là, ils se rendent compte de comment ça va être dans les 10-6 [et] d'être de garde, ha ben finalement je n'aime pas vraiment ça là […] Tu viens te faire former, autrement dit tu profites d'avoir un horaire de jour [E : la formation est longue, c'est presque un an, c'est ça], oui. (P8, 492-501).*

***Soutien aux nouvelles.*** Sinon, plusieurs infirmières s'entendent pour dire qu'un des éléments cruciaux liés à la rétention des nouvelles infirmières est de les soutenir surtout quand elles commencent leurs gardes de fin de semaine. Il faut s'assurer d'équilibrer l'expérience sur les équipes, car sinon certaines infirmières pourraient quitter par manque de soutien :

*[...]moi je pense, les supporter un peu plus [E : les nouvelles ?]. Les nouvelles ! Les nouvelles infirmières, dès qu'elles ont fini leur formation, elles commencent*

*à remplir les gardes, les fins de semaine, mais souvent la fin de semaine, rapidement elles se retrouvent maintenant avec le rôle d'assistante, donc faut les outiller ces filles-là, faut les exposer aux situations […] ils n'ont plus le temps maintenant de faire un apprentissage graduel. […] Elles auraient besoin de plus de support. (P5, 312-321)*

*Parce que, quand une personne vient de finir sa formation [...] faut mettre une vieille, une nouvelle […] Ben ça, c'est genre de choses qui se passaient, zéro support. Toutes les nouvelles [qu'ont] formaient [...], partaient. […]. Parce que, ils sentaient […] lâchés lousses, puis arrangez-vous. Manque de support, pis ça, c'est vraiment… [E : ok, ça c'est vraiment une raison qui fait que plusieurs infirmières, vous en avez perdu plusieurs]. Oui. (P8, 446-471)*

En résumé dans cette section appelée « rétention des nouvelles infirmières », nous avons présenté le premier thème. Nous avons vu que, pour attirer les infirmières, il semble essentiel d'offrir la possibilité de venir observer au bloc opératoire ou encore de faire découvrir le rôle particulier de l'infirmière en salle d'opération. Ensuite, nous avons vu dans les caractéristiques des nouvelles qu'un certain type de personnalité est souhaitable pour s'adapter plus facilement au bloc opératoire. De plus, il faut porter une attention sur les irritants en cours de formation comme le fait de fragmenter la formation et ainsi d'en allonger la durée totale. Aussi, nous avons abordé la nécessité de mettre les horaires atypiques de l'avant rapidement pour les infirmières. Finalement, la nécessité de soutien durant la période où la nouvelle infirmière commence seule ses gardes. Ce premier thème nous a permis de faire des liens avec le cadre de références de la Figure 1 sur les caractéristiques des infirmières, les conditions de l'environnement de travail (conséquences du manque de personnel) et le soutien et pratiques de l'organisation (horaire, soutien aux nouvelles). Nous allons maintenant poursuivre avec notre deuxième thème qui aborde les départs associés au roulement normal.

**Départs associés au roulement normal**

Si on se réfère au schéma intégrateur de la Figure 2, il y a des départs associés au roulement normal d'un bloc opératoire, c'est-à-dire des départs qui auraient eu lieu même dans un contexte de travail idéal. Cela semble des facteurs plus individuels sur lesquels il serait plus difficile d'intervenir. Ce deuxième thème sera divisé en quatre sous-thèmes : la distance, le manque d'intérêt, les opportunités ailleurs et l'absence de relation avec le patient.

**Distance.** Selon les infirmières, il y a eu des départs inévitables à cause de la distance de l'hôpital pour les gardes ou tout simplement à cause du trafic ou le fait que l'hôpital n'offre pas de stationnement aux nouvelles infirmières. Les infirmières qui sont sur appel doivent être capables de se rendre à l'hôpital en 30 minutes :

> *[...]de celles qui ont quitté, il y avait la distance, parce qu'il faut être à 30 minutes de l'hôpital, faut vivre à 30 minutes de l'hôpital à cause des gardes, on en a perdu une il n'y a pas longtemps à cause de ça. (P1, 511-513)*

> *[...] ils n'ont comme juste pas eu le choix de changer d'hôpital parce qu'ils étaient à plus de 30 minutes d'ici à cause des gardes [E : à cause des gardes] exactement. Il y en a 2 je sais qui ont quitté pour ça [...] (P2, 387-389).*

**Manque d'intérêt.** Certaines infirmières vont réaliser assez rapidement que la salle d'opération n'est pas faite pour elles. Il y en a qui ne se sentent tout simplement pas à leur place dans la routine quotidienne du bloc opératoire ce qui inclut aussi les infirmières qui ne passent pas à travers les évaluations en cours de formation. Ces différents éléments sont illustrés dans les verbatim suivants :

> *Souvent c'est les nouvelles qui quittent […] elles sont en formation […] elles se rendent compte que ce n'est pas pour elles oui. […] si elles voient dans quel rythme effréné ont vit chaque jour au quotidien ce n'est pas pour tout le monde [...] (P2, 390-394)*

*[…] il y en a qui ont quitté parce qu'ils ne faisaient juste pas l'affaire, les évaluations n'étaient pas très positives pour les garder au bloc opératoire [E : ils se sont fait remercier en fait ?] oui exactement. (P4, 481-483)*

*[…] ce n'est pas ma place […] moi je veux rester avec les patients, tourner, donner des médicaments, faire le dossier, évaluer. (P7, 313-315)*

**Opportunités ailleurs**. Par ailleurs, certaines infirmières vont quitter le bloc opératoire tout simplement, car elles peuvent avoir eu des opportunités ailleurs :

*[…] la majorité c'était [qu'elles] ont eu des opportunités ailleurs, puis sans résistance, elles se disent : « pourquoi pas essayer ! » (P11, 490-491)*

**Absence de relation avec le patient**. La majorité des infirmières s'entendent pour dire que la relation avec le patient est presque absente en salle d'opération. Il y a un contact très bref à l'accueil du patient dans la salle au cours duquel, pendant quelques brèves minutes, l'infirmière posera quelques questions de la liste de vérification et tentera de gagner la confiance de celui-ci. La relation avec le patient se passe plutôt en préadmission, à la préparation du patient ou encore après la chirurgie en post opératoire. En salle d'opération, l'infirmière aide le patient, mais d'une façon différente, en permettant tout d'abord à un chirurgien de procéder à une intervention chirurgicale. Certaines infirmières ont mentionné aimer le fait de se sentir utile et aidante dans le processus de rétablissement du patient, même si le contact avec lui est minimal. Une infirmière pour qui la relation avec le patient semble essentielle ne sera pas nécessairement à sa place dans un bloc opératoire, ce qui pourrait occasionner des départs.

*[…] ce qui me le plus manqué c'est la relation avec le patient, parce qu'ici il n'y en a pratiquement pas […], c'est pratiquement nul car le patient dort [...] j'essaie d'aller cette relation-là avec le reste c'est peut-être pour ça aussi que je suis bien parce que j'ai une belle relation avec les gens avec qui je travaille, si ça pouvait s'étendre aux anesthésistes, chirurgiens, inhalos ce serait. [...] le paradis là […] (P1, 499-504)*

En résumé, nous avons vu dans ce deuxième thème qu'il y a des raisons de départs qui sont de nature davantage individuelle sur lesquelles l'administration a peu de pouvoir telles que la distance, le manque d'intérêt pour le travail, les opportunités ailleurs ou l'absence de relation avec le patient. Ces sous-thèmes font référence aux facteurs externes et la relation avec les patients de notre cadre de référence de la Figure 1.

Par ailleurs, pour les nouvelles infirmières qui vont bien et qui aiment le travail de bloc opératoire, il est primordial de tenter de les garder afin de minimiser les coûts de formation, de décourager les équipes en place et d'éviter de tomber sous le seuil minimal requis d'infirmières qui peut mener vers un cercle vicieux de la pénurie. Or, qu'en est-il quand un bloc opératoire arrive à la pénurie d'infirmières ? Les données qui émergent des entrevues font essentiellement état d'un bloc opératoire qui est arrivé à une pénurie d'infirmières importante. Chaque bloc opératoire pourrait avoir à faire face à une telle période de pénurie à un moment ou à un autre. Nous allons maintenant poursuivre avec le troisième thème et l'exploration de celui-ci afin d'aborder ce qui arrive lorsque le manque d'infirmières devient trop important.

**Cercle vicieux de la pénurie**

Lorsque nous descendons dans le schéma intégrateur (Figure 2) et que le bloc opératoire tombe en dessous du nombre minimal d'infirmières requis pour fonctionner, il semble avoir des signes précurseurs (ex. : arrêt fréquent de salles pour dîner, annulation de cas en fin de journée, incapacité d'ouvrir le nombre habituel de salles le matin). Fonctionner avec un nombre en dessous du seuil minimal semble amener vers le cercle vicieux de pénurie. Nous aborderons ici les différents sous-thèmes de ce cercle en débutant avec la pénurie d'infirmières qui peut amener une sursollicitation du personnel sur place, l'épuisement et des tensions qui peuvent amener des

comportements perturbateurs pour finir par mener à l'intention de quitter et des départs qui se concrétisent, ce qui augmente la sollicitation de ceux qui restent.

**Pénurie d'infirmières.** Le manque d'infirmières amène son lot de défis quotidiens et de conséquences. Que ce soit par l'arrêt des salles pour les repas, l'occupation des salles sous-optimale, la frustration des différentes équipes de travail, les gardes qui reviennent souvent à l'horaire ou encore la demande fréquente pour du temps supplémentaire, le manque d'infirmières se fait sentir. Les infirmières en place doivent pallier et travailler plus. C'est aussi un discours qui a été entendu dans les corridors, les salles ou encore dans les entrevues au sujet des conséquences du manque d'infirmières qui enclenchent le cercle vicieux de la pénurie :

> *[…] il manque beaucoup beaucoup beaucoup de personnel, on est souvent sollicité pour faire du TS [temps supplémentaire] rester pour faire finir les cas de la journée… [E : Est-ce que c'est du temps supplémentaire qui est obligatoire ou c'est volontaire ?]. Ce n'est pas vraiment obligatoire, mais, on a comme une certaine conscience professionnelle aussi […] on ne peut pas s'en aller [et] laisser le patient tout seul, c'est un peu comme sur les étages. […] on a toujours le choix de dire non […] on sait que c'est difficile de trouver du monde aussi en fin de journée, des fois c'est le vendredi soir. On sait que ça ne tente […] pas à tout le monde [...] C'est un peu je vous dirais une conscience professionnelle et une conscience d'équipe aussi, qu'on, c'est ça, on reste finalement. (P2, 111-124).*

**Sursollicitation du personnel en place.** Ce manque d'infirmières amène une grande sollicitation du personnel ce qui peut entraîner de la fatigue et un essoufflement dans les équipes qui doivent compenser cette pénurie. Une première infirmière fait référence à une roue qui tourne, dont il est difficile de se sortir. La deuxième infirmière fait référence au fait que lorsqu'une salle est coupée par manque d'infirmières le matin, les cas seront rattrapés durant le soir et la nuit, ce qui va solliciter beaucoup les équipes de garde.

*[...]c'est une roue, il manque du monde [alors] on est surchargé […] mais on n'est pas capable de garder le monde, c'est comme c'est ça, c'est une roue qui tourne, on dirait que c'est dur de s'en sortir de cette roue-là. (P2, 153-155).*

*Quand on manque de personnel, ce qui arrive, c'est qu'on coupe une salle. Parce que si on n'a pas assez de personnel pour partir [les] salles le matin, bien on va couper une salle pis on va être correct. [Alors] il y a un chirurgien qui s'est fait couper une priorité opératoire […]. Donc, ce que ça fait, c'est que les cas d'urgence s'accumulent […]. Donc, le soir, la nuit, bien souvent on essaie de compenser le manque à gagner qui a eu dans la journée, donc […] on va faire entrer les équipes supplémentaires, donc on travaille plus avec nos équipes de garde à ce moment-là, alors que la garde devrait être là pour subvenir à une urgence vitale. […] Ils les font d'emblée rentrer pour essayer de compenser le fait qu'on n'a pas opéré le jour […] (P5, 468-479)*

Cette grande sollicitation se fait sentir aussi au niveau des gens qui forment la relève. Bien que pour certaines participantes, le fait de former la relève est valorisant, on sent un épuisement des formateurs qui doivent composer constamment avec des nouvelles. Il y a aussi un certain découragement lorsque les infirmières ne restent pas. De plus, la cadence ou le rythme des chirurgies ne ralentit pas même si une infirmière est en formation, ce qui amène un défi supplémentaire surtout avec les infirmières qui n'ont aucune expérience en salle d'opération et qui partent de zéro. Cet épuisement des formateurs en place se fait sentir par les propos suivants :

*[...] c'est décourageant beaucoup pour les chefs d'équipe sont tannées là, c'est toujours en mode formation, ça demande beaucoup, tu parles tout le temps […] (P9, 421-423)*

*[…] tu vois il y en a une la semaine prochaine, il y en a deux l'autre semaine, pis une autre l'autre semaine […] C'est épouvantable le roulement […], oui c'est sans arrêt, pis comme je dis, vu qu'ils partent de zéro, c'est encore pire ! Comme je disais, s'ils avaient au moins la connaissance des instruments, la connaissance, de comment passer les choses […] Moi j'en ai fait des zéros, partir de zéro, avoir de la misère à mettre ses gants-là, c'est épuisant parce que faut que tu roules […] Ça roule la même chose ! [E : à un moment donné des fois vous devez même tasser la nouvelle ?]. Oui[...]faut avoir des nouvelles allumées là ! (P10, 487-507)*

**Épuisement-tensions.** Un des propos qui est ressorti en entrevue était le fait que les infirmières se sentaient beaucoup « poussées ». Malgré que dans certaines salles, on peut sentir que le rythme est plus rapide avec un chirurgien qui dit à l'occasion « gogogo », l'ambiance semblait quand même conviviale et à l'occasion même à la rigolade malgré la pression. D'après les observations, différentes ambiances ont pu être ressenties, certaines plus conviviales, d'autres plus sérieuses ou tendues. Bien que plusieurs infirmières aient fait ressortir en entrevue le sentiment de se « sentir poussées », étonnement, la plupart du temps, l'ambiance semblait tout de même conviviale et respectueuse entre les membres de l'équipe. Peut-être que ce sentiment de se sentir poussé est le reflet d'un personnel très sollicité et épuisé ? Pourtant la sensation d'être poussée et peu respectée est bien expliquée dans les entrevues :

> *[…] vraiment on arrête pas pis, souvent on est confronté, comme j'avais dit tantôt, on nous pousse tellement que des fois on doit couper dans des choses pis ça ne devrait pas être comme ça [...] (P4, 346-348)*

> *[…] c'est tout le temps pour finir leurs cas, pour finir leurs cas […] ils veulent passer, faut qu'ils y aillent vite. C'est sûr eux ils attendent entre le ménage, entre le fait qu'on rentre l'autre patient [et] tout ça, eux ils attendent [alors] eux y pensent que c'est ben long, pis qu'on [ne] fait rien j'ai l'impression. [...] c'est comme tout le temps, ils nous poussent beaucoup. (P10, 220-224)*

Par ailleurs, cet état d'épuisement peut aussi mener plus facilement à du découragement quand les infirmières quittent vers d'autres blocs opératoires. Il faut reconnaître que les caractéristiques de ce bloc opératoire sont moins favorables à la rétention en ce moment. Le cercle vicieux de la pénurie est bien installé, la charge de travail est lourde et les gardes sont très occupées. Ce contexte amène plusieurs infirmières à quitter pour des blocs opératoires moins intenses qui ont moins de spécialités ou de gardes. Cela est encore plus décourageant quand les recrues aiment le travail de salle d'opération. Une infirmière explique ici que, parfois, les

infirmières quittent pour un bloc opératoire dans un autre hôpital moins intense ce qui laisse l'impression qu'elles aiment le travail de salle d'opération.

> *C'est un investissement qui est très très long. […] ce qui est fâchant, c'est qu'on a l'impression de former xxxx [nom de la ville]et ses environs (rires). On ne forme pas […] pour xxxxx [nom de l'hôpital] […]. Ils s'en vont ailleurs, parce qu'une fois qu'ils ont leur formation à xxxxx [nom de l'hôpital], ils savent qu'ils peuvent aller travailler ailleurs facilement. [E : Vous avez perdu des joueurs qui sont partis dans d'autres blocs opératoires] Ha oui […] ils ont quitté pour d'autres blocs opératoires. [E : donc ce n'est pas qu'ils n'aimaient pas le travail de bloc opératoire ?]. Non. (P5, 532-541)*

Cette observation a aussi été rapportée par un chirurgien et un anesthésiologiste lors de conversations informelles sur l'unité ou dans les salles. Les deux avaient le même discours : « on les forme pour les autres hôpitaux ». Ceci peut être décourageant pour les équipes en place qui doivent constamment recommencer la formation de nouvelles recrues. De plus, les départs accentuent la charge de travail pour ceux qui restent en poste, ce qui contribue à la fatigue des équipes. Comme en font état les résultats qui vont suivre, ce climat d'épuisement et de tensions est un terrain propice à la présence de comportements perturbateurs.

**Comportements perturbateurs**. Le fait d'avoir toujours de nouvelles infirmières en formation amène son lot de défis tels qu'un épuisement des formateurs ou une irritation des chirurgiens d'être souvent avec des débutantes. Il semblerait que ce milieu rempli d'épuisement et de tensions puisse contribuer à des comportements perturbateurs. Tel qu'illustré dans le schéma intégrateur de la Figure 2, les flèches vont dans les deux sens, car les comportements perturbateurs peuvent aussi contribuer à la tension. Mais avant de parler plus spécifiquement des comportements perturbateurs, il faut d'abord amener une certaine nuance, car ils sont situés dans un contexte de cercle vicieux de la pénurie. Ce sous-thème du cercle vicieux sera donc divisé selon une certaine gradation, allant des relations de travail plutôt positives entre les

individus, vers des interactions plus négatives. Tout d'abord, nous allons voir que les différentes relations de travail vont bien entre les infirmières et entre les différents professionnels malgré un état d'épuisement général. Puis, nous verrons que la perception de la relation entre l'infirmière et les chirurgiens ne fait pas l'unanimité. Finalement, nous verrons que les comportements perturbateurs venant des chirurgiens semblent plutôt liés à des situations de gestion de stress ou encore aux nouvelles infirmières dans le contexte actuel. Nous terminerons avec l'impact de ces comportements sur la rétention des infirmières.

***Les infirmières entre elles***. En général, les données de cette recherche soutiennent que les relations de travail se passent bien entre les différents professionnels. Il est intéressant de constater que la grande majorité des infirmières sont d'accord sur le fait que les relations de travail des infirmières sont plutôt positives, empreintes de solidarité et de collaboration comme en témoignent les propos suivants :

> *Entre les infirmières habituellement, ça va quand même assez bien. Je pense que tout le monde, peut-être a plus d'affinités avec certains, mais sinon, entre infirmières on s'entend bien. (P3, 122-123)*
>
> *Je pense qu'en général ça va bien […] les infirmières qui ont un accrochage on règle nos problèmes directement. Honnêtement je pense que c'est ça qui fait que le bloc continue à rouler, on se tient […]. On se tient d'une certaine façon, on ne se tient pas assez fort pour ce qu'on devrait se battre pour [...]on est une belle équipe [...] (P4, 284-288)*
>
> *[…] ça se passe très bien ! Ça se passe bien, on collabore beaucoup [...] tout le monde est prêt à aider [...] [E : ça va bien en général ?] Oui oui. (P9, 215-216)*

***Les infirmières et le reste de l'équipe.*** Certaines infirmières ont mentionné qu'il y a parfois des tensions au sujet du chevauchement des rôles avec les infirmières auxiliaires. Aussi, les infirmières soulignent que l'équipe chirurgicale est séparée de l'équipe d'anesthésie, mais la

plupart des participantes s'entendent pour dire qu'à part de petits accrochages ou irritants quotidiens, il n'y a pas de problèmes majeurs avec le reste de l'équipe, incluant les infirmières auxiliaires :

> *Au niveau de l'équipe, encore là il y a comme deux clans, il y a le clan infirmière-chirurgien, pis il y a le clan anesthésite-inhalo. [...] je dirais que les relations ne sont pas mauvaises, mais je ne peux pas dire qu'on travaille en collaboration entière. C'est chacun on fait nos choses, pis si ça fait un tout tant mieux […] (P5, 219-222)*

***La relation positive entre l'infirmière et le chirurgien.*** Au niveau des chirurgiens, plusieurs infirmières ont affirmé bien s'entendre avec eux, surtout celles avec plusieurs années d'expérience, quand la confiance du chirurgien était déjà acquise. Certaines participantes ont même fait mention qu'elles recevaient régulièrement de l'enseignement de la part des chirurgiens et que ceux-ci peuvent donner beaucoup si on est intéressé. Le défi semble surtout quand l'infirmière est en apprentissage.

> *[...]je pense que c'est plus difficile au début quand on n'a pas encore fait notre place, mais une fois qu'on a fait notre place, c'est comme s'ils nous mettent un « sticker » dans le visage [et] ils se disent ok bien elle, elle travaille bien, même si [E : ça prend du temps gagner la confiance] oui c'est ça exactement. [E : un coup que la confiance est gagnée ça se passe bien] en général oui [...] (P4, 301-305)*

> *En général ça va bien, ben pour ma part. (P6, 167)*

> *Moi […] les chirurgiens c'était ceux avec qui j'avais le plus de complicité. Il y en a qui n'étaient pas respectueux des fois, mais j'allais valider à la fin de la journée, pourquoi, qu'est-ce qui s'est passé [et] on m'expliquait. (P11, 259-262)*

***Les relations plus difficiles***. Faisant suite à ce qui est décrit plus haut, la description positive de la relation infirmière-chirurgien ne fait pas l'unanimité. Les relations de travail qui amènent plus de défis semblent être entre les chirurgiens et les infirmières. Bien que ce ne soient pas la majorité, certains chirurgiens semblent avoir des caractères plus difficiles :

> *Avec certains chirurgiens c'est plus difficile, avec d'autres ça se passe très bien c'est vraiment, c'est vraiment certaines personnes, c'est ciblé. Il y en a quelques-uns par spécialité là. (P2, 172-174)*

Comme il a été vu dans la littérature au chapitre 2, le bloc opératoire du projet de recherche n'échappe pas aux comportements perturbateurs habituellement connus dans les écrits. Ceux-ci semblent parfois inévitables en salle d'opération :

> *Puis finalement, dans un milieu comme ça, il y en arrive, c'est inévitable qu'il y aura des maladresses, des tons plus agressifs, des caractériels […], c'est un milieu à haut niveau de stress donc de combattre ça, ça prend ça dans un bloc […] (P11, 196-199)*

***Comportements perturbateurs en lien avec les nouvelles.*** Il semble que les comportements perturbateurs venant de la part des chirurgiens soient davantage liés aux nouvelles infirmières. Ils sont alors moins patients et plus tendus. Il est certain que le contexte du cercle vicieux de la pénurie n'aide pas, car il y a continuellement des nouvelles infirmières à former. Cette réalité a pu être observée lors d'un cas. Une nouvelle infirmière montait sa table d'instruments en recevant les instructions de son infirmière formatrice qui était *brossée* avec elle pour lui expliquer comment organiser les instruments sur la table. L'infirmière nouvelle doit accepter de se faire reprendre sur plusieurs détails, car il y a beaucoup d'informations à apprendre sur la préparation de la table et sur les particularités de la chirurgie. Pendant qu'elle tentait de finir de monter sa table, le chirurgien est arrivé près d'elle en ayant mis son gel désinfectant et prêt à s'habiller stérilement alors que le décompte d'instruments n'était pas fait encore. On sentait que le chirurgien s'impatientait déjà, car il devait attendre que le décompte soit fait avant de pouvoir mettre sa jaquette et ses gants stériles. Durant l'opération, le chirurgien a dit d'un ton bête et pressé « plus vite » en faisant référence à la vitesse de passage des instruments ou encore « ce n'est pas encore prêt ? » (*en parlant d'une aiguille sur le porte-*

*aiguille*), ce qui semblait mettre encore plus de pression sur l'infirmière en formation. Les exemples suivants illustrent le lien entre les comportements perturbateurs et les nouvelles infirmières :

> *Moi les nouvelles […] qui ne se sont pas rendus jusqu'au bout c'était souvent ça. C'était la pression. […] au niveau du service interne les chirurgiens, je sais que les chirurgiens sont tannés parce qu'on a tout le temps des infirmières en formation pis à un moment donné eux autres, sont patients, sont patients, mais des fois ils aimeraient juste ça que ça roule, juste avoir une journée où tu travailles avec une infirmière habituée […]. Je les comprends parce qu'à un moment donné c'est sûr que c'est demandant pour eux aussi là. Mais, c'est sûr que si sont super bête avec une nouvelle parce qu'elle commence pis qu'est pas super habile au début, mais elle écoute à se faire fesser sur la tête de même toute la journée, elle finit sa journée en pleurant. Le lendemain, ça lui tente plus ou moins. Beaucoup de remise en question. [Alors]les nouveaux qui rentrent, les premiers mois […], quand ils ont de la misère à gérer leur trop-plein de pression, c'est là que ça se corse…. (P1, 522-533)*

> *Je pense que […] de préparer le contexte. Je [ne] vous dit pas que ça fonctionne toujours, mais 80 % du temps, si on informe l'équipe médicale qu'il y a une nouvelle [...] ils devraient être en mesure de, de baisser leurs attentes ou de se recalibrer pour être capable de, de travailler sans être agressif. Je pense que le chirurgien est exigeant par défaut. […] Lui il s'attend à de la perfection. [E : les attentes sont hautes]. Oui. Si tu lui en fais part, ben je pense qu'il peut se recalibrer. […] Mais je pense aussi que les chirurgiens dans notre milieu en ce moment, ils en ont marre parce que c'est de la formation sans arrêt […]. Je pense qu'ils sont usés (P11, 269-281).*

Au début des apprentissages de l'infirmière, il semble difficile de gagner la confiance du chirurgien ce qui peut impliquer plusieurs semaines, voire des mois plus difficiles. Heureusement, une fois la confiance gagnée, la relation avec les chirurgiens semble s'améliorer.

***Comportements perturbateurs en lien avec le stress.*** Il semble que certains comportements perturbateurs des chirurgiens soient en lien avec la gestion du stress lié à un imprévu ou une complication liée à la chirurgie. Le chirurgien porte la responsabilité de la réussite de la chirurgie, de la sécurité du patient, de l'absence de complications et du bon

déroulement de l'intervention. Lorsqu'un imprévu survient, les réactions varient d'un chirurgien à l'autre. Certains restent plus calmes alors que pour d'autres la gestion du stress semble plus difficile. Il est intéressant de mentionner que quand le ton monte à cause du stress, cela semble rarement dirigé contre l'infirmière en tant que telle et, idéalement, l'infirmière devrait être capable de s'en détacher comme le rapporte la première infirmière ici-bas :

> *[…] la façon aussi de se faire parler, le respect des fois, ça peut être, les chirurgiens des fois quand ils sont dans un stress, ou que ça [ne] fonctionne pas comme ils veulent, des fois vont s'emporter un peu, souvent c'est l'infirmière qui va recevoir les insultes si on peut dire, pis ça justement faut être capable de s'en détacher, mais […] à un moment donné à la fin d'une journée [...] ça draine beaucoup d'énergie. (P3, 239-245)*

> *Peut-être qu'il y en a qui gère peut-être moins bien leur stress là, quand il arrive quelque chose qui va moins bien [...] de crier ou de faire stresser tout le monde autour, ça n'aide pas à ce que ça fonctionne mieux, du tout […] veut, veut pas c'est stressant pour eux [et] les demandes, ils n'ont pas le temps d'attendre vraiment beaucoup, faut qu'on soit là, faut que tu sois à l'écoute aussi. (P9, 225-234)*

> *[…] des fois il y en qui monte le ton, il y en a qui ont de la misère à gérer leur stress [et] tout ça […] il y en a qui ont la panique facile, faut que tu les remettes à sa place [...] (P10, 214-217)*

Certains des éléments rapportés en entrevue ont aussi pu être observés dans les salles. L'ambiance peut passer rapidement de conviviale à sérieuse, surtout quand la chirurgie complique, par exemple si un saignement imprévu survient. Le chirurgien peut alors lever le ton en demandant un instrument spécialisé comme une pince vasculaire. On sent alors le stress qui monte et que tout le monde devient sérieux et à l'affût des besoins du chirurgien pour pallier à la complication chirurgicale. C'est intéressant de souligner qu'on peut alors sentir le soutien entre les infirmières dans cette ambiance plus tendue, même seulement par contact visuel entre elles. D'après ce qui a pu être observé à quelques reprises, les infirmières répondent tout de suite

à l'autorité ou au ton qui monte, en démontrant beaucoup de savoir-faire et de professionnalisme.

***Comportements perturbateurs en lien avec la rétention.*** Malheureusement, ces comportements peuvent avoir un impact négatif sur l'envie de rester des infirmières :

> *[…] quand tu te fais des fois ramasser par les chirurgiens ou par les gens dans la salle [et] que c'est tout le temps comme ça [...], que ton travail [n'est] pas reconnu, je serais partie ailleurs, définitivement. (P1, 408-410)*

> *[E : Puis, pensez-vous que vous avez perdu des infirmières à cause de genre de situations comme ça ?]. Oui. […] Mais je considère que ça il y en a partout, ce n'est pas juste ici. Puis, je considère que dans les 5 dernières années, ils font quand même des efforts dans ce sens-là pour améliorer […]. Mais ça comme prit trop de temps, avant que ça se fasse. Ils disaient oui oui oui, ils nous rencontraient, oui oui oui, tolérance zéro pour ce genre de choses, mais après ça [...], ça tombait à rien. […] Faut qu'il y ait un suivi-là. Il faut qu'il y ait quelque chose, il faut que ce soit pris au sérieux. (P8, 418-427)*

Le sous-thème des « comportements perturbateurs » sera considéré comme un nouveau facteur en dehors du cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010). Les comportements perturbateurs ne sont pas abordés directement dans ce cadre de référence et la complexité de ce sous-thème nécessite un approfondissement et une certaine nuance dans le contexte particulier du bloc opératoire.

**Intention de quitter.** Précédemment dans les résultats, nous avons abordé les « départs associés au roulement normal », c'est-à-dire des départs inévitables sur lesquels l'organisation a peu de contrôle. Ici, nous allons aborder l'intention de quitter des infirmières en lien avec différents enjeux sur lesquels l'organisation peut tenter d'intervenir. Nous avons vu précédemment dans le schéma intégrateur (Figure 2) que les tensions et l'épuisement peuvent

mener à l'intention de quitter. Le contexte difficile de pénurie et de sursollicitation n'aide pas l'état d'épuisement des infirmières. Tel que vu dans le chapitre 2, l'intention de quitter est le meilleur prédicteur de celles qui vont quitter réellement. Il est donc important de s'attarder à ce qui donne l'intention de quitter aux infirmières en place afin de prévenir les départs potentiels. Dans les résultats présentés en lien avec l'intention de quitter, nous verrons tout d'abord que cela peut être lié, entre autres, à la pression ou au stress. Ensuite, nous aborderons l'épuisement, les horaires difficiles et le manque de reconnaissance.

***Pression.*** Étant donné que le bloc opératoire est un milieu à haut niveau de stress, ce n'est pas toutes les infirmières qui seront à l'aise dans cet environnement. Certaines infirmières auront l'intention de quitter étant donné la pression et le stress relié à cet environnement :

> *Mais aussi les gens quittent, c'est vraiment la pression. (P1, 521)*

> *[…] l'aspect d'urgence […], un travail qui est stimulant […]. Beaucoup de défis. Mais l'envers de la médaille c'est qu'il y en a trop des fois. Et je pense que c'est pour ça qu'elles quittent parfois parce que c'est trop lourd. (P11, 362-365)*

***L'épuisement.*** L'épuisement général ressenti avec l'horaire chargé et toutes les gardes peut amener les infirmières à choisir un poste ailleurs. Les infirmières sont épuisées et on peut le ressentir dans les verbatim suivants :

> *Il manque beaucoup de monde, les gens sont fatigués, il y a une pénurie qui est comme plus évidente on dirait [alors] là, la charge retombe toute sur les mêmes personnes [et] là bien, ça va plus chialer [...] [E : les gens sont plus fatigués en fait]. Sont fatigués, ils font de la garde, ils sont toujours appelés sur leurs gardes ça devient épuisant là. (P8, 160-164)*

> *Sont épuisées. Sont fatiguées. Parce que la plupart, on n'a pas mal toutes des postes à temps plein. […]. Puis, en plus d'être là à temps plein, d'avoir des gardes [et] des fins de semaine [...] quand tu rentres sur pas mal toutes tes gardes [et] que tu as des fins de semaine […] C'est jour-soir-nuit, ça arrête [plus] là... (P9, 482-487)*

***Les horaires difficiles.*** La majorité des infirmières éprouvent de la difficulté à concilier l'organisation travail-famille-vie personnelle, car les horaires ne sont pas stables :

> *Les horaires difficiles. La conciliation travail et vie personnelle qui est difficile au bloc. (P4, 457)*
>
> *Encore les horaires, les horaires de travail, si t'as un horaire stable sur une unité tu vas aller faire ça préférablement que faire 3 quarts de travail, plus des gardes. […] (P6, 296-298).*

***Manque de reconnaissance.*** Le manque de reconnaissance a été mentionné à plusieurs reprises par les participantes. Que ce soit le peu d'opportunité de développement professionnel ou le manque de reconnaissance au quotidien. Les infirmières donnent beaucoup et considèrent qu'elles reçoivent peu en retour. On peut aussi sentir dans plusieurs verbatim le manque de reconnaissance en lien avec le fait de donner beaucoup pour dépanner, mais de recevoir peu en retour.

> *[…] ça m'écœurait beaucoup qu'on aille zéro reconnaissance, qu'il manque du monde, qu'on dépanne, mais qu'après ça on n'est pas capable de rien nous donner en retour […] (P6, 249-251)*
>
> *Bien la non-reconnaissance. On dirait qu'on, tu donnes, tu donnes tu donnes, mais quand tu demandes quelque chose, mais eux ils te demandent beaucoup de choses. Quand toi tu demandes quelque chose : « Ha […] on ne pourrait pas faire ça ». Ben c'est parce que quand on donne en général, on aimerait ça recevoir. (P10, 416-419).*
>
> *[…] la reconnaissance professionnelle, elles ne se sentent pas vraiment reconnues. Je pense que ça fait quitter (P11, 459-460)*

**Départs.** Il est important de souligner que la plupart des infirmières semblent aimer le travail de salle d'opération et que finalement, ce qui donne l'intention de quitter est principalement lié à ce qu'il y a à l'extérieur de la salle en général, incluant l'ambiance et le climat difficile. Le travail en tant que tel est aimé :

*Je pense que c'est tout ce qui n'a pas rapport, toute qu'est-ce qui est à l'extérieur de la salle. […]. Comme toute l'ambiance qui a à l'extérieur de la salle, c'est ça, je reviens tout le temps, les horaires, les formations à l'extrême […] toute ça, mais moi quand je suis dans la salle, c'est là que je suis le mieux, c'est là que je veux rester. [...]. C'est tout qu'est-ce qu'il y a à l'extérieur ! (P10, 541-548)*

Malheureusement, dans ce cercle vicieux de la pénurie, il y aura inévitablement des départs ce qui va contribuer au manque d'infirmières. Les infirmières épuisées de la charge de travail vont quitter pour des blocs opératoires avec une charge moins lourde :

*[…] les personnes aiment le travail de bloc opératoire, d'être infirmière au bloc opératoire […], mais elles ne veulent pas assumer toute cette charge-là. Donc ils vont aller vers un bloc opératoire qui va être moins exigeant […] ce ne sera pas un bloc qui va rouler jour-soir-nuit donc ils vont choisir un bloc, qui va rouler 8 à 4 et un peu de gardes de soir […] Maintenant, on opère sans arrêt quasiment […], presque sans arrêt. (P5, 347-357).*

En résumé, nous avons vu dans le schéma intégrateur le cercle vicieux de la pénurie d'infirmières qui consistait à notre troisième thème. Nous avons abordé différents sous-thèmes : pénurie d'infirmières, sursollicitation du personnel en place, épuisement-tensions, comportements perturbateurs, intention de quitter et départs. Nous avons nuancé que les comportements perturbateurs étaient principalement liés aux nouvelles infirmières et à la gestion du stress et, de par sa complexité et la nécessité d'apporter des nuances, il a été considéré comme un nouveau facteur en dehors du cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010). Dans les résultats présentés en lien avec l'intention de quitter, nous avons vu que celle-ci peut être liée à la pression ou au stress, à l'épuisement, aux horaires difficiles tout comme au manque de reconnaissance ou aux comportements perturbateurs de la part des chirurgiens. Ce troisième thème a fait aussi référence à quelques facteurs du cadre de référence de la Figure 1 tels que les conditions de l'environnement de travail (manque d'infirmières), la charge de travail, les

réponses physiques et psychologiques reliées au travail (pression, stress, épuisement), le soutien et pratiques de l'organisation (horaire) et la reconnaissance. Nous allons maintenant aborder le quatrième thème soit la difficulté du partage de la réalité en lien avec la problématique de pénurie.

**Partage de la réalité**

Dans le contexte de pénurie d'infirmières vécu, il est pertinent de constater qu'il y a une méconnaissance de la réalité de l'autre et que les gens peuvent être si proches et ne pas savoir. Un certain partage de la réalité de l'autre permettrait aux infirmières de se sentir davantage comprises dans ce contexte de pénurie. Par exemple, tel que l'illustre ce verbatim, une infirmière raconte qu'un chirurgien ne se rendait pas compte à quel point le problème de pénurie était rendu important et que tous les chirurgiens devraient être davantage concernés par la problématique de rétention infirmière qui les concerne aussi grandement :

> *[…] ça devient précaire parce qu'il manque tellement d'infirmières, parce qu'ils se font couper des journées opératoires […] on est juste pas capable de fournir et d'ouvrir une salle parce qu'il en manque trop. [Alors]j'pense que là ils commencent à s'en rendre compte. Même la semaine passée j'ai un chirurgien qui nous a posé la question, qu'est-ce qui fait qu'il y a autant de monde qui s'en vont. Moi c'est la première fois que je me faisais poser cette question-là en 6 ans […]. Je ne sais pas s'ils se rendaient compte à quel point il manquait du monde. Parce qu'on est tout le temps en train de pallier, on reste faire du TS [temps supplémentaire], [alors il n'y a]pas vraiment de journées opératoires qui étaient coupées […] Là il y a des coupures de salles, une par jour depuis comme quelques semaines (…) là on dirait qu'ils se rendent compte-là qu'il manque vraiment du monde parce qu'avant, j'ai l'impression qu'on palliait tellement que ça paraissait plus ou moins, il n'y avait pas de priorité qui était coupée, mais […] ils commencent on dirait à s'intéresser à ça. Mais on est comme rendu là, on est rendu trop loin. (P2, 348-367)*

Il semblerait que personne n'a de vue d'ensemble sur la réalité de chacun. Cette réalité amène au fait que chacun travaille pour sa profession sans vraiment réaliser les implications de la réalité sur les autres :

> *[…] ce que je trouve le plus plate c'est qu'on travaille en silos on a les infirmières d'un bord, les préposés d'un bord, les inhalos, les anesthésistes, les chirurgiens [et] chaque catégorie ne se mêle pas assez, on ne fait pas assez d'interdisciplinarité […]. Chacun travaille pour sa branche (P1, 125-128)*

> *Il y a deux morceaux, il y a la tête du patient pis il y a le corps [rires communs]. Le chirurgien pis l'infirmière sont pour le corps. L'anesthésiste, l'inhalo pour la tête. […] La dynamique est vraiment, c'est deux équipes. (P11, 294-297).*

Il est important aussi de souligner qu'il semble que la pénurie d'infirmières amène son lot de conséquences (arrêt pour dîner, pauses) et de tensions, tandis que parfois, on remet ce problème sur la faute des infirmières en tentant, semble-t-il, de les culpabiliser :

> *[…] si jamais il manque du personnel et qu'il faut arrêter les salles d'opération pour manger, il y a toujours un commentaire qui est lancé : « Ben c'est ça, on arrête une heure pour manger. ». […] on peut considérer ça comme des représailles là si on veut. (P4, 197-200)*

> *[…] rendue dans une salle [et] se faire dire : « ben c'est à cause des infirmières qu'on coupe des salles encore. » (P6, 335-336)*

En résumé, il semble avoir une méconnaissance des autres membres de l'équipe de la problématique de pénurie et un certain manque de communication et de partage de la réalité, ce qui diffère de notre cadre de référence. En effet, ce manque de partage de la réalité est considéré comme un nouveau facteur. Nous allons maintenant aborder le cinquième et dernier thème concernant ce qui influence la rétention des infirmières selon la perception des infirmières.

**Facteurs favorisant la rétention (briser le cercle vicieux)**

Dans le schéma intégrateur de la Figure 2, les facteurs qui améliorent la rétention infirmière peuvent aider à venir briser le cercle vicieux. La plupart des infirmières qui aiment le bloc opératoire semblent apprécier le travail en tant que tel, le fait de travailler en équipe multidisciplinaire et d'avoir un lieu d'appartenance. Plusieurs d'entre elles perçoivent la salle d'opération comme un milieu stimulant, peu routinier, rempli d'opportunités d'apprentissages tous les jours, où la dynamique quotidienne est parfois parsemée d'imprévus et d'adrénaline, surtout lors des urgences. Elles semblent proposer des solutions concrètes aux problématiques de terrain et cette section témoigne des six sous-thèmes à cet effet. Tout d'abord, l'esprit d'équipe et les bonnes relations entre les collègues semblent aider à les retenir. Aussi, afin de retenir les infirmières déjà en place, l'amélioration de la communication, avoir la reconnaissance des gestionnaires et du corps médical, avoir des horaires stables, une prime monétaire et du soutien des gestionnaires dans les situations difficiles, semble aider à la rétention, selon les infirmières.

**Bonnes relations de travail entre infirmières et les collègues.** Tout d'abord, certaines d'entre elles font référence à la complicité ou à l'esprit d'équipe entre les collègues au bloc opératoire. De plus, un des éléments soulevés par les infirmières lorsque celles-ci réfléchissent à ce qui les retient au bloc opératoire est le fait d'avoir des collègues qui s'entraident et un lieu d'appartenance comme une famille.

> *[...] je pense que la première chose qui me retient c'est vraiment ma famille. (P1, 383)*

> *[…] mais c'est souvent la première chose qui me retient c'est mes collègues de travail avec qui j'apprécie énormément travailler [...] (P1, 393-394)*

*[…] la proximité avec certaines infirmières qui sont devenues mes amies aussi à l'extérieur du travail [...] Donc ça aussi, je pense que ça l'aide à faire les journées […] (P3, 168-169)*

**Améliorer la communication.** L'amélioration de la communication semble essentielle pour retenir les infirmières. Dans plusieurs discussions informelles, il a été soulevé qu'amener un changement ou une nouveauté dans la pratique quotidienne n'est pas simple, qu'il y a facilement de la résistance au changement au bloc opératoire. L'amélioration de la communication à cet égard pourrait aider. Que ce soient dans les éléments négatifs en lien avec le travail ou dans les suggestions pour améliorer les conditions de travail, les infirmières en entrevue ont suggéré d'améliorer la communication. De plus, elles ont aussi fait des liens avec la communication pour améliorer les relations au travail. Finalement, selon elles, améliorer la communication fait partie de ce que l'organisation peut faire pour aider à retenir les infirmières. Avant, il y avait des réunions hebdomadaires matinales qui permettaient de faire le suivi de plusieurs dossiers ou nouveautés. Ces réunions ont dû être mises plus tôt par souci de ne pas retarder le début des salles d'opération et ainsi jouer sur la performance du bloc opératoire. En changeant l'horaire de ces réunions, le taux de participation a baissé et ainsi, les informations ne se rendent pas aussi bien aux infirmières :

*[…] avant ça, on avait un temps alloué où on avait une rencontre une fois par semaine […] on réussissait à rejoindre l'équipe, donc pour répondre à des questions, pour faire des mises à jour, pour faire une présentation sur un nouveau produit, maintenant on n'a plus ça, en fait c'est qu'ils ont déplacé l'heure de la réunion […]. Mais au lieu d'avoir 90, ben 100 % de nos travailleurs de la journée, nos infirmières de la journée à la réunion, ben là on rejoint à peu près 25 % […]. On sait plus vraiment où aller chercher l'information qui nous concerne […]. Ça c'était très apprécié. (P5, 378-399)*

*Mais je pense que c'est vraiment, la communication, on a des problèmes, avoir plus de réunions le matin pour se dire les vraies affaires : « Là on est rendu là, faut qu'on coupe des salles à cause de ça… ». [Tu sais], en discuter en équipe,*

*pas juste être mit sur le fait accompli […] être au courant. […] Que ce soit transparent. Qu'on puisse parler entre, entre une équipe, se dire les vraies affaires. (P6, 332-338)*

Ce qui a amené plusieurs infirmières à trouver que l'information ne se rendait plus aussi bien à elles dans le quotidien et en particulier dans les salles. Ceci peut être un irritant :

*[…] il y a beaucoup d'éléments irritants là […] le manque de communication ça c'est quelque chose qu'on vit ici, presque au quotidien je dirais. [Tu sais] de l'information qui ne nous rejoint pas dans la salle. Il se prend des décisions ici et là, il y a des procédures qui sont lancées, il y a des informations qui sont disponibles, mais on dirait que, elle n'est pas disponible […] elle devient disponible, mais à une très courte échéance avant qu'il soit trop tard […] On est une équipe dans la salle […], des fois il y a juste 25 % de l'équipe qui est au courant que le cas prochain est changé […] parce qu'il faut qu'on se prépare nous autres aussi […] (P8, 127-146)*

Le sous-thème « améliorer la communication » sera considéré comme un nouveau facteur, car il diffère du cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010) et nécessite de prendre en considération le contexte particulier du bloc opératoire.

**Reconnaissance des gestionnaires et du corps médical**. Pour certaines infirmières, se faire offrir des opportunités de développement professionnel ou des possibilités de formation supplémentaire, comme un congrès, peut aider à la rétention et au fait de se sentir reconnues. Une autre des façons de retenir les infirmières serait de sensibiliser davantage le corps médical et les gestionnaires au besoin de reconnaissance et de respect dans le quotidien :

*Davantage de reconnaissance, mais en fait je pense qu'un des plus gros problèmes ici qui fait que les infirmières quittent c'est justement tous les irritants […] et c'est ça on n'a pas de reconnaissance, tout ce qu'ils veulent c'est une exécutante […] Oui, mais nous autres on a des normes à respecter… (P1, 416-420)*

*[…] les chirurgiens à la fin d'une journée quand ils montrent qu'ils sont satisfaits et qu'ils sont contents de la journée opératoire pis qu'ils remercient tout le monde, déjà, ça c'est, ça finit bien une journée (P3, 175-177)*

*En ce moment il n'y a pas de reconnaissance. [E : De qui vous aimeriez avoir plus de reconnaissance ? De toute la hiérarchie plus haute, les médecins, les gestionnaires ?]. Oui (P4, 382-385)*

*Au niveau de la reconnaissance, juste apprécier, apprécier le travail qui est fait, merci. Juste un merci en fin de journée, fait toute la différence. Pis pas un merci, merci on a eu un gros été difficile, merci d'avoir été là. C'est vraiment merci, je suis vraiment content que vous ayez été là […], la reconnaissance oui c'est ça. (P5, 303-306)*

*Ben moi, juste que les supérieurs nous disent : « hey on a une grosse semaine, mais merci » […] bravo, on a passé au travers, juste la reconnaissance comme ça (P6, 247-249)*

**Horaires stables**. Par ailleurs, les horaires atypiques et les gardes de soir, nuit ou fin de semaine semblent un réel défi pour la conciliation travail-famille. Certaines améliorations ont pu avoir lieu au cours des dernières années à l'aide d'un comité des horaires incluant les ressources humaines, le syndicat et les relations de travail. Par contre, la plupart des infirmières disent vivre des difficultés au niveau des horaires. Les gens accordent une grande importance à avoir une certaine autonomie et à pouvoir se planifier une vie à l'extérieur du travail. Dans les solutions pour retenir le personnel, plusieurs infirmières ont suggéré d'avoir des horaires plus stables, dans lesquels elles peuvent avoir leurs mots à dire :

*Moi je pense que c'est les horaires, si on travaille sur les horaires, les gens vont vraiment vouloir rester […]. C'est vraiment un point positif dans une vie de quelqu'un. (P6, 259-262)*

*[…] l'horaire. Si on pouvait faire des demandes, si on pouvait […] se mettre en groupe [et]de suggérer des choses, faire un « brainstorming », il y aurait peut-être quelqu'un qui aurait peut-être une bonne idée, mais on l'a jamais, on dirait qu'on l'a jamais fait ça. Peut-être que ça aiderait parce que c'est sûr que les nouvelles infirmières qui arrivent pis qui nous entendent parler des horaires là, ça l'a comme juste le goût de les faire fuir là, parce qu'on chiale tout le temps*

*après les horaires. Il y a tout le temps quelque chose qui fonctionne pas pis tout ça. (P10, 324-330)*

*[…] une stabilité dans les horaires, ça c'est quelque chose qui est gagnant, si on peut arriver à le faire c'est gagnant. Réduire la fréquence des fins de semaine, réduire les gardes. (P11, 394-396)*

**Prime monétaire.** Le bloc opératoire détient déjà une prime monétaire de 7 %. Plusieurs infirmières s'entendent pour dire qu'une prime monétaire supérieure serait la bienvenue. Cela a été entendu dans les entrevues, mais aussi dans la salle à café. Bien que ce n'est pas tout le monde qui s'entend sur le type de prime (soir-fin de semaine- centre universitaire), il y a tout de même un consensus sur le fait qu'une prime supplémentaire serait un incitatif non négligeable.

*C'est sûr côté salaire aussi, des fois une petite prime aussi qui met que notre salaire est justifié après une grosse journée (P3, 190-191)*

*C'est sûr que dans les questions de rétention, il y a toujours la question monétaire […] Moi je considère que la façon dont on travaille ici, pis l'intensité qu'on travaille ici, la prime c'est certainement pas superflu. Mais c'est sûr que ce n'est pas l'élément unique pour la rétention […] parce que le côté monétaire c'est une marque d'appréciation […], les marques d'appréciation qui sont sincères, ça, ça l'a un effet très positif sur l'ambiance, sur le moral des troupes. (P8, 573-587)*

**Soutien des gestionnaires dans les situations difficiles**. Finalement, pour retenir les infirmières, il semble important d'avoir le soutien des gestionnaires dans les situations difficiles ou de conflits, c'est-à-dire intervenir rapidement et de façon constante. Ceux-ci doivent faire preuve de *leadership* pour régler les situations.

*[…] il faut que l'administration soit vraiment proactive quand il arrive des incidents de discordes ou de malentendus entre les individus. Il faut qu'ils soient très proactifs pis qu'ils agissent là-dessus. Si, les gens qui travaillent n'ont pas l'impression que l'administration ne fait rien pour améliorer une situation qui est intolérable là, ils vont aller voir ailleurs… [E : Ils vont perdre des joueurs] Ça, c'est clair… Ça, c'est clair. (P8, 369-375)*

En résumé, nous avons vu dans ce cinquième thème que pour aider la rétention des infirmières, l'esprit d'équipe et les bonnes relations entre les infirmières et les collègues semblent primordiaux. Aussi, afin de retenir les infirmières déjà en place, l'amélioration de la communication, avoir la reconnaissance des gestionnaires et du corps médical, avoir des horaires stables, une prime monétaire et du soutien des gestionnaires dans les situations difficiles semblent importants. Cette section ramène à plusieurs facteurs du cadre de référence de la Figure 1 tels que les relations avec les collègues de travail, la reconnaissance au travail, le soutien et pratiques de l'organisation et les relations avec et soutien des gestionnaires. Finalement, le sous-thème « amélioration de la communication » a été considéré comme un nouveau facteur.

En conclusion de ce chapitre, nous avons répondu à nos trois questions de recherche en lien avec les conditions de travail au bloc opératoire, les interactions des infirmières avec d'autres individus et nous avons vu les perceptions des infirmières sur la rétention et l'intention de quitter. Une description du contexte socioculturel a permis de répondre partiellement aux deux premières questions de recherche. Finalement, les principaux thèmes qui ont émergé de ces entretiens ont été présentés à l'aide d'un schéma intégrateur et du cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010), ce qui a permis de mieux comprendre la réalité du quotidien des infirmières de ce bloc opératoire. Cette dernière section a permis de répondre plus spécifiquement aux trois questions de recherche de ce projet et d'aborder tant la rétention que l'intention de quitter. Plusieurs de nos résultats sont en lien avec le cadre de référence de la Figure 1. Par contre, la richesse ainsi que la profondeur de l'ethnographie et le contexte particulier de pénurie au moment de l'étude a permis de bonifier le cadre de référence et de faire

émerger trois nouveaux facteurs soient la présence de comportements perturbateurs, la nécessité d'améliorer le partage de la réalité et la communication pour aider à la rétention. Enfin, le schéma intégrateur (Figure 2) a permis d'illustrer la dynamique entre les thèmes au bloc opératoire. Dans le prochain chapitre, les résultats de cette étude seront discutés en les mettant notamment en lien avec la littérature scientifique.

# Chapitre 5 : Discussion et recommandations

Ce dernier chapitre propose une discussion sur les résultats et leurs liens avec la littérature scientifique. Nous allons débuter par approfondir et nuancer six principaux facteurs de notre cadre de référence (Figure 1) qui sont ressortis de manière évidente en lien avec la rétention et l'intention de quitter dans le contexte particulier du bloc opératoire. Ensuite, nous allons aborder les trois nouveaux facteurs que l'ethnographie nous a permis de découvrir dû à une immersion sur le terrain, la contribution des observations, des conversations informelles et des notes de terrain. Le contexte de pénurie vu dans notre schéma intégrateur (Figure 2) a fait émerger de nouveaux facteurs et ces résultats seront interprétés ainsi que comparés avec la littérature. Le chapitre se terminera avec les limites de l'étude et des recommandations pour la recherche, la pratique, la formation et la gestion.

## Facteurs du cadre de référence

Dans cette section, nous allons discuter de six facteurs du cadre de référence (Figure 1). Nous allons approfondir les caractéristiques des infirmières, les relations avec les collègues de travail, les relations avec et soutien des gestionnaires, le soutien et pratiques de l'organisation, la reconnaissance au travail et finalement la réponse physique et psychologiques reliées au travail.

### Caractéristiques des infirmières

Les résultats de cette étude suggèrent qu'un certain type de personnalité permet de s'adapter plus facilement au bloc opératoire. En effet, les infirmières avaient la perception que cela prend une certaine force de « caractère » pour s'adapter plus aisément au milieu stressant et exigeant du bloc opératoire et que cet environnement ne convient pas à tout le monde. En

effet, c'est un milieu où les situations d'urgence sont imprévisibles et la vie du patient peut en dépendre. Les infirmières ont même fait part d'une intuition où elles sont capables de prédire lesquelles parmi les nouvelles infirmières sont à leur place, intégreront mieux « la famille » et passeront à travers la formation. Ce résultat diffère de la façon dont le cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010) discute des caractéristiques des infirmières. En effet, selon eux, les caractéristiques des infirmières qui sont en lien avec l'intention de rester font référence plutôt à l'âge (Tourangeau et Cranley, 2006), au niveau d'éducation (Tourangeau et Cranley, 2006 ; Yin et Yang, 2002) ou au nombre d'années d'expérience (E. Chan et Morrison, 2000 ; Larrabee et coll., 2003). En ce qui a trait aux caractéristiques des infirmières, d'autres auteurs font aussi référence au champ de pratique de l'infirmière (E. Chan et Morrison, 2000). Par ailleurs, une seule étude dans les blocs opératoires semble avoir fait un lien avec les symptômes d'épuisement, la personnalité et l'intention de quitter (Meeusen et coll., 2011). Cette étude sur l'intention de quitter a été réalisée auprès de 923 infirmières anesthésistes néerlandaises avec des questionnaires en ligne, ce qui diffère de notre population et de notre méthodologie. Des auteurs ont suggéré que les caractéristiques de la personnalité peuvent influencer le choix du champ de pratique de l'infirmière, le niveau de satisfaction au travail, le niveau de stress ou les symptômes d'épuisement (Kennedy, Curtis, Waters, 2014a). Ces mêmes auteurs rapportent que les effets de la personnalité sur la rétention ne sont pas encore bien établis, car la littérature est limitée. Quelques études se sont intéressées aux traits de personnalité des infirmières à l'urgence (Kennedy, Curtis, Waters, 2014b), aux soins intensifs (Burgess, Irvine et Wallymahmed, 2010) et l'unité intensive de néonatalogie (Barr, 2018). Certains profils de personnalité gèrent mieux le stress (Barr, 2018 ; Burgess et coll., 2010), ce qui pourrait être aidant au bloc opératoire.

**Relations avec les collègues de travail**

Les résultats de cette étude montrent que la plupart des relations de travail sont positives entre les infirmières et plusieurs collègues et cela peut aider à retenir les infirmières en place. La perception des infirmières a permis de constater que l'entraide et le sentiment d'appartenance, comme « avoir une famille », semblent avoir un apport positif à la rétention, surtout dans le contexte particulier de manque de personnel au sein duquel les gens s'entraident et sont solidaires. Cela va dans le même sens que le cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010) qui montre que l'envie de rester peut être influencée par le sentiment d'appartenance et la nature et la qualité des relations avec les collègues de travail. Plusieurs autres auteurs issus d'autres milieux (Lartey et coll., 2014 ; Tourangeau et Cranley, 2006 ; Twigg et McCullough, 2014) ou au bloc opératoire (Björn et coll., 2016 ; Eakin, 2015 ; Laconcepcion et Sookhoo, 2006 ; Thompson, 2007) arrivent à des conclusions similaires. Le travail d'équipe dans une ambiance positive et une cohésion dans les relations de travail améliorent la rétention des infirmières (Björn et coll., 2016 ; Eakin, 2015 ; Laconcepcion et Sookhoo, 2006 ; Thompson, 2007). Bien que les études aient été faites au bloc opératoire, la population de ces études, le pays ou la méthodologie de recherche diffèrent de notre recherche. En effet l'étude de Björn et coll. (2016) a été faite en suède selon une étude quantitative au devis transversal corrélationnel. Dans cette étude auprès de 147 infirmières, les auteurs ont conclu que les facteurs les plus attrayants sont, entre autres, les relations de travail. De son côté, Eakin (2015) a fait une étude qualitative phénoménologique dans un hôpital universitaire pédiatrique du Texas. Bien que ses conclusions sur les relations de travail soient similaires, la population à l'étude n'est pas seulement des infirmières et son étude porte principalement sur les thèmes qui influencent la satisfaction au travail et l'envie de rester. La moitié de son échantillon de 24 participants (n=12) implique aussi

des technologistes en chirurgie. Du côté des quatre infirmières d'Espagne de l'étude phénoménologique de Laconcepcion et Sookhoo (2006), c'est plutôt l'insatisfaction dans les pauvres relations de travail qui peut mener au roulement d'infirmières en salle d'opération. Au niveau de la recherche américaine à devis mixte de Thompson (2007), celle-ci a exploré les facteurs qui influencent le fait de rester des infirmières de salle d'opération chez les différents groupes d'âge comme les *baby-boomers* (n=130) et des infirmières de la génération X (n=117). Les bonnes relations entre les membres de l'équipe font partie des raisons qui influencent la rétention des infirmières. Bref, plusieurs auteurs issus des blocs opératoires ou d'autres milieux arrivent à des conclusions similaires, même si les devis de recherche sont différents.

**Relations avec et soutien des gestionnaires**

Les résultats de cette étude suggèrent que le soutien des gestionnaires dans les situations difficiles ou conflictuelles est essentiel pour retenir les infirmières. La constance et la rapidité avec laquelle les gestionnaires interviennent aident les infirmières à se sentir reconnues, écoutées et soutenues. Étant donné le contexte particulier en salle d'opération, les infirmières sont régulièrement confrontées à des situations de stress où il peut survenir des situations difficiles. Selon le témoignage des infirmières, les gestionnaires doivent être proactifs et faire preuve d'un *leadership* pour régler les situations. Cela va dans le même sens que notre cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010) et de plusieurs auteurs (D. Boyle, Bott, Hansen, Woods et Taunton, 1999 ; Cummings et coll., 2008 ; Yin et Yang, 2002) qui suggèrent que les gestionnaires ont un rôle à jouer sur l'environnement de travail et le soutien offert, ce qui influence positivement l'envie de rester. Cela rejoint les revues de littérature de Lartey et coll. (2014) et Twigg et McCullough (2014) qui en sont venus à la conclusion que d'offrir du soutien

avec un *leadership* positif se retrouve dans les stratégies qui améliorent la rétention. Un environnement de travail soutenant et l'utilisation du *leadership* transformationnel de la part des gestionnaires influence positivement l'intention de rester (Cowden et coll., 2011 ; Lavoie-Tremblay et coll., 2016). Par contre, aucune de ces études n'a été réalisée dans le contexte particulier du bloc opératoire.

**Soutien et pratiques de l'organisation**

Au niveau du soutien organisationnel et la pratique de soins tel que décrit par Tourangeau et coll. (2010), nous faisons référence ici à la possibilité d'impliquer les infirmières dans des comités, d'avoir une flexibilité dans les horaires et au soutien offert aux nouvelles recrues, ce qui influence positivement la rétention. Les résultats de notre étude vont dans le même sens que le cadre de référence et suggèrent que le manque d'infirmières amène des horaires difficiles avec des gardes rapprochées ce qui rend la conciliation travail-famille-vie personnelle difficile, ce qui peut influencer l'intention de quitter. Tel que vu au chapitre précédent, certaines améliorations ont pu avoir lieu au cours des dernières années à l'aide d'un comité des horaires (ressources humaines), du syndicat et des relations de travail. Par contre, les infirmières de cette recherche ont rapporté que le problème d'horaire était toujours d'actualité et constitue un enjeu majeur pour leur qualité de vie à l'extérieur du travail. Aussi, les infirmières souhaiteraient avoir une meilleure autonomie dans la gestion de leurs horaires. Plusieurs auteurs rapportent dans leurs revues de littérature ou leurs études que soutenir les infirmières dans leur autonomie et leur décision (Tang et Naugle, 2010 ; Twigg et McCullough, 2014) tout comme en favorisant des horaires plus flexibles avec une meilleure conciliation travail-famille (AlAzzam, AbuAlRub et Nazzal, 2017 ; Cohen, 2006), améliorent la rétention ou la satisfaction au travail. Par ailleurs,

nos résultats en lien avec l'importance de soutenir les nouvelles recrues soutiennent aussi la thèse de doctorat de Brinkman (2013). Cette dernière consiste en une ethnographie focalisée en salle d'opération et qui est venue à la conclusion que l'importance d'offrir un environnement soutenant pour soutenir les nouvelles recrues au bloc opératoire fait partie des éléments importants pour la rétention.

**Reconnaissance au travail**

Pour Tourangeau et coll. (2010), la récompense ou la reconnaissance est liée aux choix de vacances, avoir accès à un gymnase, au stationnement, au régime de retraite ou aux congés de maternité. Les résultats de cette étude démontrent plutôt que selon la perception des infirmières, la reconnaissance est en lien avec le fait de se sentir respecté et apprécié. Que ce soit par des remerciements de la part des médecins ou des gestionnaires ou par une reconnaissance salariale telle que l'augmentation de la prime de salle d'opération, toute marque de respect, d'appréciation, de compliments et de reconnaissance du travail accompli est la bienvenue. De plus, il semble que la possibilité d'avoir des opportunités de développement professionnel ou d'invitation à des formations ou des congrès puisse améliorer la rétention et le sentiment d'être reconnue. D'après leurs perceptions, il y a peu de reconnaissance dans le contexte difficile de pénurie alors que les infirmières ont l'impression de donner beaucoup et de recevoir peu en retour. Il y a un certain débalancement entre les efforts faits et la reconnaissance ressentit ce qui peut diminuer la santé et la satisfaction au travail (Siegrist et coll., 2004). Une faible reconnaissance (monétaire ou psychologique) et un grand débalancement effort-récompense peuvent aussi avoir un impact sur l'intention de quitter (J. Li et coll., 2011). Selon Tourangeau et coll. (2010), le salaire fait partie des marques de reconnaissance. Cela rejoint

plusieurs écrits où les récompenses financières sont importantes pour aider à la rétention (De Gieter et coll., 2006 ; J. Li et coll., 2011). Même si le bloc opératoire a déjà une prime monétaire de 7 %, plusieurs infirmières s'entendent pour dire qu'une prime monétaire supérieure serait la bienvenue et serait un incitatif non négligeable pour retenir. Par exemple, aux soins intensifs et à l'urgence, la prime est de 10 % (consultation personnelle, 2018). Par contre, tel que vu dans la recension des écrits du chapitre 2, il y a inconsistance dans les écrits à l'égard de la reconnaissance salariale et certains auteurs mentionnent que cela n'a pas effet sur la prédiction de quitter son emploi (Nei et coll., 2015) ou la satisfaction au travail (Laconcepcion et Sookhoo, 2006). Par ailleurs, la reconnaissance des gestionnaires et du corps médical semble un facteur important à prendre en compte et coïncident avec plusieurs autres écrits. La reconnaissance et la rétroaction des gestionnaires influencent positivement la rétention (Blegen et coll., 1992 ; Sveinsdóttir et Blöndal, 2014 ; Tang et Naugle, 2010). Aussi, la possibilité d'avancement et de développement professionnel semble des avenues prometteuses pour améliorer la rétention (Carter et Tourangeau, 2012). Particulièrement au bloc opératoire, la reconnaissance du chirurgien influence la satisfaction au travail et la rétention (Eakin, 2015). Bref, une reconnaissance des gestionnaires et du corps médical, tout comme une reconnaissance salariale sont des résultats qui rejoignent plusieurs écrits.

**Réponses physiques et psychologiques reliées au travail**

Les résultats de cette étude suggèrent que le stress, l'épuisement et la pression ressentie sont des éléments qui influencent l'intention de quitter. Le contexte particulier de pénurie d'infirmières au moment de l'étude faisait état d'un personnel épuisé, sursollicité et fatigué. Certaines infirmières avaient quitté pour des blocs opératoires avec une charge de travail moins

lourde. L'épuisement se faisait sentir aussi au niveau des formateurs constamment sollicités pour former la relève. Nos résultats vont dans le même sens que le cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010) sur le fait que d'être stressées, fatiguées ou surchargées a un impact sur la santé et l'intention de quitter. Cela rejoint les résultats de l'étude de Meeusen et coll. (2011) dans laquelle les symptômes d'épuisement et un climat difficile prédisaient l'intention de quitter chez des infirmières anesthésistes de Suède. Nos résultats en lien avec le stress concordent aussi avec les résultats d'autres études faites à l'extérieur du bloc opératoire (D. Boyle et coll., 1999 ; Yin et Yang 2002, Zeytinoglu et coll., 2006).

En résumé de cette section, nous avons discuté et nuancé six facteurs du cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010). La prochaine section porte sur l'émergence de nouveaux facteurs.

## Nouveaux facteurs dans un contexte de pénurie

Nous avons approfondi dans la section précédente six facteurs de notre cadre de référence. Une compréhension plus en profondeur des enjeux du bloc opératoire et de la culture a contribué, de façon novatrice, à l'avancement des connaissances en sciences infirmières. En effet, l'immersion dans la culture a permis de rester ouverts à tout nouveau facteur qui émergerait en dehors du cadre de référence. Suite à l'analyse des résultats, trois facteurs se sont ajoutés en lien avec la rétention infirmière ou l'intention de quitter dans le contexte particulier du bloc opératoire soient : la présence de comportements perturbateurs, l'amélioration du partage de la réalité et l'amélioration de la communication. Ces trois facteurs seront discutés et comparés avec la littérature.

**La présence de comportements perturbateurs**

Les résultats de notre étude suggèrent que la présence de comportements perturbateurs semble inévitable dans un milieu à haut niveau de stress comme le bloc opératoire et que cela peut avoir un impact sur l'intention de rester. De plus, dans notre étude, s'ajoute un contexte de pénurie d'infirmières bien établi ce qui ne facilite pas la situation. Selon nos résultats, les difficultés relationnelles qui posent des défis sont plutôt entre certains chirurgiens et infirmières. Cela rejoint d'autres auteurs où la violence verticale vient principalement du chirurgien (Cochran et Elder, 2015 ; Coe et Gould, 2008 ; Higgins et MacIntosh, 2010 ; Rosenstein et O'Daniel, 2006, Villafranca et coll., 2017a). Les infirmières s'entendent pour dire que ce n'est pas la majorité des chirurgiens avec qui c'est plus difficile, mais que c'est avec ce groupe de professionnels que cela pose défi. Par contre, il semble que ce soit dans certaines situations particulières que ces comportements surviennent. Nous allons nuancer et discuter des comportements perturbateurs en lien avec les nouvelles infirmières puis des comportements perturbateurs en lien avec la gestion du stress.

Du côté des comportements perturbateurs en lien avec les nouvelles infirmières, il y a une certaine irritation, car les chirurgiens sont régulièrement avec des infirmières peu habituées et comme le mentionnait une des infirmières (P1) en entrevue, ces derniers souhaitent un roulement efficace des patients dans leur journée de travail. Nous avons aussi vu dans les résultats que le défi est que par défaut le chirurgien est quelqu'un d'exigeant. Une infirmière (P11) mentionnait que ces derniers sont capables de rééquilibrer leurs attentes face à une nouvelle infirmière, s'ils sont avisés et préparés à l'avance. À notre connaissance, une seule étude au bloc opératoire est venue à conclure que les nouvelles infirmières avec peu d'expérience catalysent les réactions de comportements perturbateurs (Higgins et MacIntosh,

2010). Par contre, il existe quelques écrits sur les nouvelles infirmières graduées d'autres départements et les conséquences des comportements perturbateurs (D'Ambra et Andrews, 2014 ; Laschinger, Grau, Finegan et Wilk, 2010 ; Shatto et Lutz, 2017 ; Vogelpohl, Rice, Edwards et Bork, 2013). Des écrits ont permis de faire un lien entre comportements perturbateurs et l'influence des environnements soutenant sur la rétention (Shatto et Lutz, 2017) et comment l'incivilité peut diminuer la satisfaction au travail chez les nouvelles infirmières (D'Ambra et Andrews, 2014). De plus, les comportements perturbateurs peuvent affecter la performance et l'intention de quitter (Vogelpohl et coll., 2013), tout comme le risque d'épuisement (Laschinger et coll., 2010). Par ailleurs, quelques études ont fait un lien avec le temps qui est un sujet de discorde en salle d'opération (Espin et Lingard, 2001 ; Higgins et MacIntosh, 2010 ; Riley et Manias, 2006b). On peut penser qu'une nouvelle infirmière qui a moins d'habiletés et d'expérience peut ralentir le rythme ou la cadence de la journée par rapport à une infirmière habituée, ce qui peut occasionner un irritant pour les chirurgiens. Les difficultés relationnelles entre infirmières et médecins peuvent être liées au contrôle de la vitesse à laquelle les patients rentrent dans la salle ou l'estimation du chirurgien de sa gestion du temps (Riley et Manias, 2006b). Le chirurgien peut s'impatienter, car il a peur de manquer de temps pour terminer sa journée opératoire et il peut blâmer les infirmières de causer des délais (Higgins et MacIntosh, 2010). De plus, la gestion de la liste opératoire peut être un sujet de discorde (Coe et Gould, 2008). Pour une nouvelle infirmière, il semble long et difficile de gagner la confiance du chirurgien. Par contre, selon nos résultats, une fois la confiance gagnée et les connaissances spécialisées acquises, les relations avec les chirurgiens semblent s'améliorer et ils sont capables d'être très reconnaissants quand l'infirmière est habituée, maîtrise les étapes d'une procédure et devient efficace. Ceci rejoint les écrits de Gillespie et Hamlin (2009) et Riley et Manias (2006a),

où les chirurgiens apprécient particulièrement le fait que l'infirmière démontre sa compétence et un savoir spécialisé. Contrairement à une époque où il y avait peu de roulement du personnel infirmier au bloc opératoire, les chirurgiens doivent, de nos jours, faire face à un roulement plus grand des équipes de travail donc passer plus de temps avec des infirmières moins habituées (Bezemer et coll., 2016).

Pour les comportements perturbateurs en lien avec la gestion du stress, il y a un changement d'ambiance dans la salle quand un imprévu chirurgical survient. Dépendamment du chirurgien et du type de complications, certains chirurgiens peuvent adopter des comportements perturbateurs (ton plus sec, insulte, crier, etc.) quand le niveau de stress augmente. Nous avons vu dans les résultats que, par contre, cela semble rarement être dirigé contre l'infirmière. Plusieurs écrits rapportent que le travail de bloc opératoire est fait dans un environnement stressant (Chen et coll., 2009 ; Higgins et MacIntosh, 2010 ; Vowels et coll., 2012) et que la profession de chirurgien est un travail à haut niveau de stress (Balch, Freischlag et Shanafelt, 2009). Selon les mêmes auteurs, les chirurgiens ont régulièrement à gérer des situations où la vie de leur patient est en jeu, ce qui peut occasionner une grande source de stress. Bref, le milieu du bloc opératoire est un environnement où des situations stressantes peuvent survenir à tout moment et les comportements perturbateurs en lien avec le stress semblent difficiles à éviter.

Finalement, selon les résultats de notre étude, la présence de comportements perturbateurs peut avoir un impact négatif sur l'intention de rester des infirmières et cela rejoint les écrits de plusieurs auteurs. En effet, selon Rosenstein (2002), les interactions entre les infirmières et les médecins peuvent affecter la satisfaction, la rétention et le moral des infirmières. De plus, les relations dénigrantes et insatisfaisantes (Tourangeau et coll., 2010) ou

les relations infirmières-médecins conflictuelles (Heinen et coll., 2013) peuvent avoir un impact sur l'intention de quitter son travail. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 2, la littérature démontre que les comportements perturbateurs en salle d'opération ont un lien avec l'épuisement émotionnel (Chipps et coll.2013), la satisfaction au travail (Reyka, 2015) et l'intention de quitter (Reyka, 2015 ; Simons, 2008 ; Vessey et coll., 2009).

Idéalement, les organisations devraient être à l'affût de ces comportements, car ils peuvent augmenter le niveau de stress des employés (Clark, 2008 ; Rowe et Sherlock, 2005 ; Villafranca et coll., 2017a), augmenter le taux d'absentéisme (Rowe et Sherlock, 2005 ; Villafranca et coll., 2017a)**,** diminuer la satisfaction au travail (Boafo, 2018 ; Clark et coll., 2011 ; Eakin, 2015 ; Spence Laschinger, Leiter, Day et Gilin, 2009 ; Rowe et Sherlock, 2005 ; Vessey et coll., 2009**),** accroître la détresse psychologique (Clark et coll., 2011 ; Cortina et coll., 2001), accentuer l'intention de quitter (Spence Laschinger et coll., 2009 ; Simons, 2008 ; Vessey et coll., 2009) et avoir des conséquences sur les soins des patients en plus de diminuer la qualité de la communication et du travail d'équipe. (Villafranca et coll., 2017a)

**L'amélioration du partage de la réalité**

Nous avons vu dans la présentation des résultats l'importance du contexte de pénurie d'infirmières (cercle vicieux de la pénurie, Figure 2) au moment de l'étude. Il est intéressant de constater qu'il y a une méconnaissance de la réalité de l'autre. En effet, même si les gens sont si proches dans un environnement physique restreint, ils ne semblent pourtant pas partager la même réalité. Plusieurs infirmières ont exprimé de façon différente cette particularité. Alors qu'une infirmière parle de travail en « silos » chacun de son côté (P1), une autre parle qu'il y a une séparation entre le la tête-haut du corps (anesthésiste et inhalothérapeute) et le bas du corps

(chirurgien et infirmières) (P11). Cela rejoint les propos d'une infirmière (P2) qui raconte que les chirurgiens ne se rendaient pas compte à quel point le problème de pénurie était rendu grave. Ces résultats nous indiquent que la réalité de l'autre semble incomprise et que le partage de la réalité semble inadéquat. Une avenue qui pourrait être prometteuse afin d'améliorer la situation serait que cette problématique de pénurie et ses conséquences soient partagées par tous les groupes de travail. Si tout le monde partage le problème, la faute n'est pas uniquement imputable aux infirmières et facilite la recherche d'une vision commune afin de trouver des solutions acceptées par tous les groupes de travail. Une gestion des problèmes complexes pourrait être facilitée par le co-*leadership* quand plusieurs personnes réfléchissent à un même enjeu, tout en ayant aussi l'avantage de partager l'imputabilité, la responsabilité et le risque (O'Toole, Galbraith et Lawler, 2002). Aussi, le partenariat fort en dyade entre les infirmières et médecins gestionnaires permet de solutionner des situations de gestion clinique complexe (Clausen et coll., 2017).

**L'amélioration de la communication**

Les résultats de notre étude suggèrent que l'amélioration de la communication semble essentielle pour favoriser la rétention infirmière. Les enjeux de communication sont multiples dans un bloc opératoire. Les infirmières travaillent en étroite collaboration avec plusieurs professionnels dans un espace restreint d'environ 50 $m^2$ (MSSS, 2015). Ensuite, les infirmières en entrevue ont fait des liens entre le manque de communication et les éléments négatifs au travail. En effet, les problèmes de communication peuvent être perçus comme des irritants au quotidien. Par exemple, quand les infirmières mentionnent que l'information ne se rend pas à

elle dans les salles ou encore qu'elles soient les dernières avisées de changement de procédures ou d'un nouveau produit. De plus, selon elles, améliorer la communication fait partie de ce que l'organisation peut faire pour aider à retenir les infirmières. Au niveau de la littérature, les écrits en lien avec l'amélioration de la communication au bloc opératoire sont plutôt en lien avec la sécurité des patients (Gillespie et coll., 2010 ; Lingard et coll., 2005 ; Makary et coll., 2006 ; Williams et coll., 2007), l'amélioration des résultats des patients (Clayton et coll., 2016 ; Mazzocco et coll., 2009 ; Sacks et coll., 2015) ou encore l'efficacité des soins de santé (Sacks et coll., 2015). Quelques écrits vont dans le même sens que nos résultats, mais ce ne sont pas des études dans un bloc opératoire. Selon Tang et Naugle (2010), les interventions organisationnelles qui peuvent être faites par les infirmières gestionnaires qui favorisent une meilleure rétention infirmière sont en lien l'amélioration de la communication avec les infirmières ce qui peut aussi améliorer la satisfaction au travail et la rétention. Selon une étude africaine auprès de 265 infirmières, l'amélioration et la satisfaction de la communication peuvent ainsi améliorer la satisfaction au travail (Wagner, Bezuidenhout et Roos, 2015). La synergie d'équipe peut aussi influencer la communication en lien avec l'intention de quitter (Apker, Propp et Ford, 2009). Par contre, une étude faite auprès de 415 infirmières dans une unité de soins intensifs pédiatriques arrive à des conclusions différentes. En effet, dans l'étude de Blake, Leach, Robbins, Pike et Needleman (2013), la variable de communication entre les infirmières ou entre les infirmières et les médecins ne prédisait pas l'intention de quitter, mais était tout de même importante pour la création d'environnement de travail sain. Bref, la communication reste un enjeu important dans le contexte particulier du bloc opératoire et y accorder de l'importance semble primordial pour améliorer la satisfaction au travail et la rétention.

En résumé, nous avons vu dans cette section trois facteurs en lien avec la rétention infirmière ou l'intention de quitter dans le contexte particulier du bloc opératoire : la présence de comportements perturbateurs, la nécessité d'améliorer le partage de la réalité et le besoin d'amélioration de la communication.

## Limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites qui ont pu influencer l'interprétation des résultats. Une première limite est le fait que l'étude a été faite dans un seul bloc opératoire d'un milieu universitaire qui ne reflète peut-être pas l'ensemble des blocs opératoires québécois. De plus, ce bloc opératoire faisait face à une grave pénurie d'infirmières. Bien que les résultats de cette étude soient issus d'un bloc opératoire en crise, plusieurs blocs opératoires pourraient avoir à vivre cette problématique tôt ou tard dans leur avenir.

Une deuxième limite est le fait que la présentation des résultats a été faite auprès du milieu après la rédaction du mémoire ce qui n'a pas permis de valider l'interprétation des résultats préliminaires auprès des infirmières. Par contre, avec les multiples conversations informelles et les observations, les données ont été vérifiées de façon continue durant la collecte de données. Ensuite, l'interprétation des résultats a été faite à trois avec l'aide des deux directrices.

Une troisième limite est le nombre limité d'observations (six jours) et l'exclusion des quarts de soir, de nuit et de fin de semaine. Par contre, à titre d'ancienne infirmière de bloc opératoire, la routine quotidienne de bloc opératoire était quelque chose de familier pour l'étudiante chercheuse. De plus, les conversations informelles et les entrevues ont permis de confirmer les données recueillies lors des observations.

## Recommandations

La rédaction de ce mémoire a permis de contribuer à des recommandations pour la recherche en sciences infirmières, pour la pratique clinique, pour la formation, ainsi que pour gestion.

### Recommandations pour la recherche

Quatre pistes pour des recherches futures découlent de la discussion des résultats. Tout d'abord, les résultats en lien avec le profil de personnalité constituent un des aspects novateurs de cette recherche. Il serait intéressant de faire une recherche sur le type de personnalité qui s'adapte le mieux avec le contexte et la culture du bloc opératoire.

Ensuite, une deuxième piste serait de faire une recherche à plus grande échelle dans plusieurs blocs opératoires afin de valider et d'approfondir les facteurs trouvés dans cette étude.

Troisièmement, cette étude a inclus seulement des infirmières de plus de cinq ans d'expérience au bloc opératoire. Comme il y a un défi autour de la rétention des infirmières en formation ou nouvellement formées, il serait intéressant éventuellement d'avoir leur version sur ce qui les influence à quitter ou à rester.

Finalement, l'échantillon cette étude comprend uniquement des femmes. Il serait certes bénéfique pour de futures recherches d'inclure aussi des hommes afin de voir s'il y a une différence de perceptions selon le genre.

### Recommandations pour la pratique clinique

Pour la pratique clinique, bien que nous ayons compris que le milieu du bloc opératoire est à haut niveau de stress et que parfois les comportements perturbateurs semblent inévitables, il serait important de sensibiliser davantage les chirurgiens et l'équipe de soins à l'impact de

ceux-ci sur la rétention des nouvelles infirmières. Sachant que les nouvelles infirmières sont plus sensibles à ces comportements que les infirmières avec beaucoup d'expérience, il serait important de préparer les nouvelles infirmières à ces situations à haut niveau de stress, car elles seront inévitablement exposées à ces comportements. De plus, il est essentiel de leur offrir du soutien lorsque de telles situations se produisent. Aussi, il est primordial de renforcer les politiques autour de la tolérance zéro et d'agir rapidement lorsqu'un évènement survient. Finalement, une meilleure compréhension de tous les facteurs énoncés, présentés et discutés pourrait certes bénéficier à toutes les infirmières, nouvelles ou d'expérience, qui pourraient avoir un intérêt de travailler en salle d'opération.

**Recommandations pour la formation**

Pour la formation, offrir des opportunités de découvrir le rôle particulier de l'infirmière en salle d'opération semble un premier pas pour attirer des infirmières au bloc opératoire. Il serait important de sensibiliser davantage les infirmières pendant leur parcours scolaire à ce milieu relativement isolé et moins connu, en plus de les encourager à aller observer durant leurs stages lorsque c'est possible. Aussi, il serait pertinent de faire des portes ouvertes et d'offrir la possibilité à des infirmières déjà en poste dans l'hôpital de venir observer afin de voir le travail de salle d'opération. Finalement, avant le début de la formation, les infirmières devraient être sensibilisées à la réalité du bloc opératoire, soit, un milieu à haut niveau de stress où l'on repart souvent de zéro malgré l'expérience acquise sur d'autres unités, des horaires atypiques et peu de contact avec le patient. Diverses mesures telles le préceptorat, l'introduction rapide des horaires atypiques et des gardes, un soutien constant en cours de formation, se devrait d'être considéré par les responsables de la formation.

**Recommandations pour la gestion**

Quelques recommandations en lien avec notre discussion pourraient être utiles pour les gestionnaires. Tout d'abord il faudrait sensibiliser les gestionnaires et le corps médical sur l'importance d'offrir des opportunités de développement professionnel, d'avancement et sur l'importance de démontrer de la reconnaissance aux infirmières.

Ensuite, nous avons discuté des aspects autour du type de personnalité idéale pour le milieu du bloc opératoire. Il serait donc intéressant de faire une présélection en entrevue (lorsque possible) d'un certain profil d'infirmière (force de caractère, bonne gestion du stress). Certains auteurs suggèrent qu'identifier les personnes avec des traits de personnalité en lien avec une bonne gestion du stress peut faire partie d'une stratégie de recrutement (Burgess et coll., 2010)

Par ailleurs, diverses mesures pourraient aider à prévenir les départs en fin de formation quand les infirmières débutent les gardes et les horaires de travail atypiques du bloc opératoire. Donc, l'introduction des gardes et des horaires atypiques en début de formation serait une avenue à privilégier. Aussi, idéalement, les infirmières devraient avoir de l'expérience au bloc opératoire lorsque cela est possible.

De plus, bien que cela ne fasse pas l'unanimité dans les écrits, il semble que selon nos résultats, bonifier la prime monétaire sur les quarts où la pénurie sévit le plus (fin de semaine, soir, nuit) serait une avenue à considérer. Par contre, comme les écrits ne sont pas unanimes concernant la mise en place de prime monétaire, cette recommandation est à prendre avec prudence.

Également, accorder de l'importance à l'équilibre de la conciliation travail-famille-vie personnelle est une avenue qui pourrait avoir comme effet d'améliorer la satisfaction au travail. Par exemple, bien que cela soit plus difficile en contexte de pénurie, accorder de l'importance à

l'opinion des infirmières en ce qui a trait à la confection des horaires ou à l'organisation du travail pourrait aider à améliorer cet aspect.

Aussi, améliorer la communication afin que les infirmières soient davantage informées au quotidien est un enjeu important. Que ce soit au niveau des procédures ou du fonctionnement, ou au niveau de divers changements en cours de journée, avoir des mécanismes de communication efficace semble primordial. Ainsi, les infirmières pourront se sentir davantage reconnues, écoutées et concernées dans la logistique quotidienne.

Un autre point important se situe au niveau des signes précurseurs de pénurie. Comme il a été vu avec le cercle vicieux de la pénurie (Figure 2), des signes précurseurs sont présents avant que la pénurie s'installe et que le cercle s'enclenche. Être attentif à ses signes (arrêts de salles fréquents, fin de journée difficile de manière répétée, taux d'annulation élevé, etc.) et rester constamment en communication avec les équipes qui gèrent le bloc opératoire au quotidien, permettrait d'intervenir avant que la crise ne soit installée.

Par ailleurs, avant que le problème ne devienne trop important, le partage de la réalité des différents acteurs impliqués dans le fonctionnement du bloc opératoire est essentiel. Par exemple, les services professionnels (chirurgiens, anesthésistes), conjointement avec les soins infirmiers, pourraient choisir de temporairement diminuer le nombre de salles d'opération fonctionnel de jour la semaine, afin de diminuer la pression sur les équipes en place, le temps que les autres mesures correctives aient données les résultats escomptés. Ceci permettrait de mettre en place rapidement des mesures afin d'améliorer la situation et d'impliquer tous les acteurs importants dans le fonctionnement du bloc opératoire. Les différents professionnels doivent utiliser un plan avec un but commun et partagé de tous. La pénurie doit devenir le problème de tous, pas seulement celui des infirmières. De telles mesures seraient possiblement

plus efficaces si elles sont rapidement mises en place, plutôt que de les instaurer une fois la crise installée, ce qui permettrait de diminuer les risques de chroniciser le problème.

# Conclusion

Cette ethnographie focalisée a permis d'explorer en profondeur la culture du bloc opératoire en lien avec la rétention infirmière et l'intention de quitter selon la perception des infirmières d'un hôpital universitaire d'un centre urbain. Celle-ci a permis une meilleure compréhension de la culture du bloc opératoire, des conditions de travail, des relations entre les individus et du phénomène de rétention et d'intention de quitter au bloc opératoire selon la perception des infirmières. De plus, cette méthodologie a permis de rester sensibles aux aspects culturels, à la complexité du milieu et de mieux comprendre le vécu et le point de vue des infirmières. Une description en profondeur du contexte et du rôle particulier de l'infirmière a aidé à mieux contextualiser et nuancer les résultats. Ces derniers reflètent la prise en considération de la richesse et la complexité du milieu, des enjeux, des comportements et des relations entre les individus. Plusieurs de nos résultats vont dans le même sens que les facteurs du cadre de référence de Tourangeau et coll. (2010) et démontrent l'importance des relations avec les collègues de travail, des relations avec et soutien des gestionnaires, du soutien et pratiques de l'organisation, de la reconnaissance au travail et finalement de la réponse physique et psychologiques reliées au travail. Toutefois, ceux-ci sont confirmés pour la première fois dans le contexte particulier du bloc opératoire. L'ethnographie focalisée, avec ses observations et ses conversations informelles, a fait émerger trois facteurs supplémentaires en lien avec la rétention infirmière ou l'intention de quitter dans le contexte particulier du bloc opératoire : la présence de comportements perturbateurs en lien avec la gestion du stress ou des nouvelles infirmières, la nécessité d'améliorer le partage de la réalité et le besoin d'amélioration de la communication. Notre discussion a permis d'émettre plusieurs recommandations pour les gestionnaires de bloc opératoire, pour la clinique et la formation ainsi que pour les chercheurs. Améliorer la rétention des infirmières de salle d'opération diminuera les coûts pour les hôpitaux et le système de santé

et, on l'espère, améliorera l'accès à la chirurgie pour les patients. Dans la littérature, il existait peu d'ethnographies abordant la rétention infirmière et peu d'écrits sur la rétention et l'intention de quitter au bloc opératoire. Tel que discuté précédemment, l'utilisation de cette méthode de recherche est largement utilisée en anthropologie et constitue un aspect plus novateur en sciences infirmières. La richesse des données recueillies présente un avantage par rapport à d'autres devis. Ainsi, cette recherche a contribué à l'avancement des connaissances en sciences infirmières et à l'amélioration de la compréhension d'un phénomène fort complexe.

# Références

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., … Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs, 20*(3), 43-53. doi: 10. 1377/hlthaff.20.3.43

AlAzzam, M., AbuAlRub, R. F. et Nazzal, A. H. (2017). The relationship between work–family conflict and job satisfaction among hospital nurses. *Nursing Forum, 52*(4), 278–288. doi:10.1111/nuf.12199

Anthrobase (s.d.). Culture. Repéré à http://www.anthrobase.com/Dic/eng/def/culture.htm

Apker, J., Propp, K. et Ford, W. (2009). Investigating the effect of nurse-team communication on nurse turnover: relationships among communication processes, identification, and intent to leave. *Health Communication*, *24*(2), 106-114. doi:10.1080/10410230802676508

Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2009). *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada — Résumé du rapport.* Repéré à https://cna-aiic.ca/~/media/cna/page-content/pdf-fr/rn_highlights_f.pdf

Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2015). *Un rapport récent sur l'effectif infirmier soulève des préoccupations concernant la santé de la population*. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/fr/salle-des-nouvelles/communiques-de-presse/2015/un-rapport-recent-sur-leffectif-infirmier-souleve-des-preoccupations-concernant-la-sante-de-la-population

Association of periOperative Registered Nurse (AORN) (2011). Orientation of the registered nurse and certified surgical technologist to the perioperative setting. Repéré à https://www.aorn.org/guidelines/clinical-resources/position-statements

Atkinson, P. (2015). *For ethnography*. Los Angeles, CA : SAGE Publications.

Balch, C. M., Freischlag, J. A. et Shanafelt, T. D. (2009). Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Archives of Surgery, 144*(4), 371–376. doi: 10.1001/archsurg.2008.575

Barr, P. (2018). The five-factor model of personality, work stress and professional quality of life in neonatal intensive care unit nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Prépublication. doi: 10.1111/jan.13543

Bezemer, J., Korkiakangas, T., Weldon, S., Kress, G. et Kneebone, R. (2016). Unsettled teamwork : communication and learning in the operating theatres of an urban hospital. *Journal of Advanced Nursing, 72*(2), 361-372. doi : 10.1111/jan.12835

Bigony, L., Lipke, T. G., Lundberg, A., McGraw, C. A., Pagac, G. L. et Rogers, A. (2009). Lateral violence in the perioperative setting. *AORN Journal, 89*(4), 688-700. doi : 10.1016/j.aorn.2009.01.029

Björn, C., Josephson, M., Wadensten, B. et Rissén, D. (2015). Prominent attractive qualities of nurses' work in operating room departments : A questionnaire study. *Work, 52*(4), 877-889. doi : 10.3233/WOR-152135

Björn, C., Lindberg, M. et Rissen, D. (2016). Significant factors for work attractiveness and how these differ from the current work situation among operating department nurses. *Journal of Clinical Nursing, 25*(1/2), 109-116. doi : 10.1111/jocn.13003

Blake, N., Leach, L. S., Robbins, W., Pike, N. et Needleman, J. (2013). Healthy work environments and staff nurse retention: the relationship between communication, collaboration, and leadership in the pediatric intensive care unit. *Nursing Administration Quaterly, 37*(4), 356–370. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182a2fa47

Blegen, M. A., Goode, C. J., Johnson, M., Maas, M. L., McCloskey, J. C. et Moorhead, S. A. (1992). Recognizing staff nurse job performance and achievements. *Research in Nursing & Health, 15*(1), 57-66.

Boafo, I. M. (2018). The effects of workplace respect and violence on nurses' job satisfaction in Ghana: a cross-sectional survey. *Human Resources for Health*, *16,* 1-10. doi:10.1186/s12960-018-0269-9

Bourbonnais, A. (2009). *Les sens des cris de personnes âgées vivant avec une démence en centre d'hébergement et de soins de longue durée* (Thèse de doctorat inédite). Université de Montréal.

Bourbonnais, A. (2015). L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en Soins Infirmiers,* (120), 23-34.

Boyle, D., Bott, M., Hansen, H., Woods, C. et Taunton, R. (1999). Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, *8*(6), 361-371.

Boyle, J. S. (1994). Styles of Ethnography. Dans J. M. Morse (dir.), *Critical issues in qualitative research methods* (p. 159-186). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Braaf, S., Manias, E. et Riley, R. (2013). The 'time-out' procedure: an institutional ethnography of how it is conducted in actual clinical practice. *BMJ Quality & Safety, 22*(8), 647-655. doi : 10.1136/bmjqs-2012-001702

Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.

Brault, I., Roy, D. A. et Denis, J. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation des Soins, 39*(3), 167-173.

Brinkman, M. A. (2013). *A focused ethnography: Experiences of registered nurses transitioning to the operating room* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (3570586)

Brunges, M. et Foley-Brinza, C. (2014). Projects for increasing job satisfaction and creating a healthy work environment. *AORN Journal, 100* (6), 670-681. doi : 10.1016/j.aorn.2014.01.029

Brunelle, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins, 40*(1), 39-48. doi : 10.3917/pos.401.0039

Burgess, L., Irvine, F. et Wallymahmed, A. (2010). Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nursing In Critical Care*, *15*(3), 129-140. doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00384.x

Campbell, M. L. et Gregor, F. M. (2002). *Mapping social relations : A primer in doing institutional ethnography*. Repéré à https://books.google.ca/books?hl=en&lr=&id=x0qDMShmaYcC&oi=fnd&pg=PA1&ots=os6ibxAkn8&sig=rkBjZklwRT2SS1JsSnrs6DqhFmI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Carter, M. R. et Tourangeau, A. E. (2012). Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? *Journal of Advanced Nursing, 68*(7), 1589-1600. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x

Casanova, J., Day, K., Dorpat, D., Hendricks, B., Theis, L. et Wiesman, S. (2007). Nurse-physician work relations and role expectations. *Journal of Nursing Administration, 37*(2), 68-70.

Cassell, J. (1991). *Expected Miracles : Surgeons at Work*. Philadelphie, PA : Temple University Press.

Cassell, J. (1998). *The Woman in the Surgeon's Body*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

Chan, E. et Morrison, P. (2000). Factors influencing the retention and turnover intentions of registered nurses in a Singapore hospital. *Nursing and Health Sciences*, *2*(2), 113-121.

Chan, Z. C., Tam, W. S., Lung, M. K., Wong, W. Y. et Chau, C. W. (2013). A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of Nursing Management, 21*(4), 605-613. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01437.x

Chen, C., Lin, C., Wang, S. et Hou, T. (2009). A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association), 17*(3), 199-211. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181b2557b

Chipps, E., Stelmaschuk, S., Albert, N. M., Bernhard, L. et Holloman, C. (2013). Workplace bullying in the OR : results of a descriptive study. *AORN Journal, 98*(5), 479-493. doi : 10.1016/j.aorn.2013.08.015

Clark, C. M. (2008). The danse of incivility in nursing education as described by nursing faculty and students. *Advanced in Nursing Science, 31*(4), E37-E54. doi: 10.1097/01.ANS.0000341419.96338.a3

Clark, C. M. et Kenski, D. (2017). Promoting civility in the OR: an ethical imperative. *AORN Journal, 105*(1), 60-66. doi: 10.1016/j.aorn.2016.10.019

Clark, C. M., Olender, L., Cardoni, C. et Kenski, D. (2011). Fostering civility in nursing education and practice: nurse leader perspectives. *Journal of Nursing Administration, 41*(7-8), 324-330. doi: 10.1097/NNA.0b013e31822509c4

Clausen, C., Lavoie-Tremblay, M., Purden, M., Lamothe, L., Ezer, H. et McVey, L. (2017). Intentional partnering: a grounded theory study on developing effective partnerships among nurse and physician managers as they co-lead in an evolving healthcare system. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(9), 2156-2166. doi:10.1111/jan.13290

Clayton, J., Isaacs, A. N. et Ellender, I. (2016). Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, *54,* 7-15. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014

Cochran, A. et Elder, W. B. (2015). Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *The American Journal of Surgery, 209*(1), 65-70. doi: 10.1016/j.amjsurg.2014.09.017

Coe, R. et Gould, D. (2008). Disagreement and aggression in the operating theatre. *Journal of Advanced Nursing, 61*(6), 609-618. doi : 10.1111/j.1365-2648.2007.04544.x

Cohen, J. (2006). The aging nursing workforce: how to retain experienced nurses. *Journal of Healthcare Management*, *51*(4), 233-245.

Constable, R., Cowell, M., Crawford, S. Z., Golden, D., Hartvigsen, J., Morgan, K., … Palmquist, M. (2012). Commentary on Ethnography, Observational Research, and Narrative Inquiry. Repéré à https://writing.colostate.edu/guides/page.cfm?pageid=1357&guideid=63

Corser, W. D. (2000). The contemporary nurse-physician relationship: insights from scholars outside the two professions. *Nursing Outlook, 48*(6), 263-268. doi: 10.1067/mno.2000.109154

Cortina, L. M., Magley, V. J., Williams, J. H. et Langhout, R. D. (2001). Incivility in the workplace: incidence and impact. *Journal of Occupational Health Psychology, 6*(1), 64-80.

Côté, D. et Gratton, D. (2014). L'approche ethnographique. Illustration dans le contexte de la réadaptation en santé mentale. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche sociale, humaine et de la santé* (p. 51-71). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Cowden, T., Cummings, G. et Profetto-McGrath, J. (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay : a systematic review. *Journal of Nursing Management, 19*(4), 461-477. doi : 10.1111/j.1365-2834.2011.01209.x

Cummings, G., Olson, K., Hayduk, L., Bakker, D., Fitch, M., Green, E., ... Conlon, M. (2008). The relationship between nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *Journal of Nursing Management*, *16*(5), 508-518. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00897.x

Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design : Choosing among five approaches* (3e éd.). Los Angeles, CA : SAGE Publications

Cruz, E. V., et Higginbottom, G. (2013). The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Researcher, 20*(4), 36-43.

D'Ambra, A. M. et Andrews, D. R. (2014). Incivility, retention and new graduate nurses: an integrated review of the literature. *Journal of Nursing Management*, *22*(6), 735-742. doi:10.1111/jonm.12060

De Gieter, S., De Cooman, R., Pepermans, R., Caers, R., Du Bois, C. et Jegers, M. (2006). Identifying nurses' rewards: a qualitative categorization study in Belgium. *Human Resources for Health, 4*(15), 1-8. doi: 10.1186/1478-4491-4-15

Dunn, H. (2003). Horizontal violence among nurses in the operating room. *AORN Journal, 78*(6), 977-988. doi : 10.1016/S0001-2092(06)60588-7

Eakin, S. (2015). *Operating room nurses and surgical technologists perceptions of job satisfaction in the operating room environment* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (10024192)

Eskola, S., Roos, M., McCormack, B., Slater, P., Hahtela, N. et Suominen, T. (2016). Workplace culture among operating room nurses. *Journal of Nursing Management*, *24*(6), 725-734. doi :10.1111/jonm.12376

Espin, S. L. et Lingard, L. A. (2001). Time as a catalyst for tension in nurse-surgeon communication. *AORN Journal, 74* (5), 672-682. doi : 10.1016/S0001-2092 (06) 61766-3

Estryn-Behar, M., Van der Heijden, B. I., Oginska, H., Camerino, D., Le Nézet, O., Conway, P. M., ... Hasselhorn, H. M. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care, 45*(10), 939-950. doi : 10.1097/MLR.0b013e31806728d8

Fédération Interprofessionelle de la santé du Québec (2010). *Environnements de travail sains et attrayants : les hôpitaux magnétiques*. Repéré à http://ancien.fiqsante.qc.ca/publicfiles/documents/2013-fascicule-tot-4-hopitaux-magnetiques-fr.pdf

Genest, S. (1990). Un, deux, trois... Bistouri. Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération. *Anthropologie et sociétés*, *14* (1), 9-24.

Gillespie, B. M., Chaboyer, W. et Murray, P. (2010). Enhancing communication in surgery through team training interventions : a systematic literature review. *AORN Journal, 92*(6), 642-657. doi : 10.1016/j.aorn.2010.02.015

Gillespie, B. M. et Hamlin, L. (2009). A synthesis of the literature on "competence" as it applies to perioperative nursing. *AORN Journal, 90*(2), 245-258. doi : 10.1016/j.aorn.2009.07.011

Gillespie, B. M., Wallis, M. et Chaboyer, W. (2008). Operating theater culture : implications for nurse retention. *Western Journal of Nursing Research, 30*(2), 259-277.

Gilmour, D. et Hamlin, L. (2003). Bullying and harassment in perioperative settings. *British Journal of Perioperative Nursing, 13*(2), 79-85.

Gotlib Conn, L., Kenaszchuck, C., Dainty, K., Zwarenstein, M. et Reeves, S. (2014). Nurse-physician collaboration in general internal medicine: A synthesis of survey and ethnographic techniques. *Health and Interprofessional Practice, 2*(2), 1-14. doi: 10.7772/2159-1253.1057.

Gouvernement du Canada (2015). *Groupe consultatif interorganisme en éthique de la recherche. La recherche qualitative.* Repéré à http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/chapter10-chapitre10/

Griffeth, R. W., Hom, P. W. et Gaertner, S. (2000). A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: update, moderator tests, and research implications for the next millennium. *Journal of Management, 26*(3), 463-488. doi: doi:10.1177/014920630002600305

Guba, E.G. et Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.

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*(2), 237-263. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007

Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review - An update. *International Journal of Nursing Studies, 49*(7), 887-905. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001

Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., . . . Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies, 50*(2), 174-184. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019

Higginbottom, G., Pillay, J. J. et Boadu, N. Y. (2013). Guidance on performing focused ethnographies with an emphasis on healthcare research. *The Qualitative Report, 18*(17), 1-16.

Higgins, B. et MacIntosh, J. (2010). Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *International Nursing Review, 57*(3), 321-327. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00767.x

Holloway, I. et Todres, S. (2003). The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative Research, 3*(3), 345-357.

Holyoake, D. D. (2011). Is the doctor-nurse game still being played? *Nursing Times, 107*(43), 12-14.

Hofstede, G. H. (1994). *Cultures and organizations: Software of the mind*. Londres, Angleterre : HarperCollins.

Jay, R. A. (2015). *Relationship of organizational work climate to nurse turnover in operating room settings* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (3724927)

Joint Commision (2008). *Behaviors that undermine a culture of safety.* Repéré à https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_40.PDF

Jones, C. (2008). Revisiting nurse turnover costs : adjusting for inflation. *Journal of Nursing Administration*, *38*(1), 11-18.

Jones, C. et Gates, M. (2007). The costs and benefits of nurse turnover: A business case for nurse retention. *Online Journal of Issues in Nursing*, *12* (3). Repéré à http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NurseRetention.html

Katz, P. (1981). Ritual in the operating room. *Ethnology, 20* (4), 335-350. doi : 10.2307/3773355

Katz, P. (1999). *The Scalpel's Edge: The Culture of Surgeons*. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Kennedy, B., Curtis, K. et Waters, D. (2014a). Is there a relationship between personality and choice of nursing specialty: an integrative literature review. *BMC Nursing*, *13*(40). doi: 10.1186/s12912-014-0040-z

Kennedy, B., Curtis, K. et Waters, D. (2014b). The personality of emergency nurses: is it unique? *Australasian Emergency Nursing Journal, 17*(4), 139-145. doi: 10.1016/j.aenj.2014.07.002.

Kleinman, A. et Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medecine, 3*(10), 1673-1676. doi: 10.1371/ journal.pmed.0030294

Knoblauch, H. (2005). Focused ethnography. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, *6*(3). Repéré à http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0503440

Kuper, A. (1999). *Culture: The anthropologists' account*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Laconcepcion, M. et Sookhoo, D. (2006). Job satisfaction among perioperative nurses: a phenomenological study. *Journal of Advanced Perioperative Care, 2*(3), 87-95.

Laperrière, A. (2009). L'observation directe. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5e éd., p.311-336). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Larrabee, J., Janney, M., Ostrow, C., Withrow, M., Hobbs GR, J. et Burant, C. (2003). Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, *33*(5), 271-283.

Lartey, S., Cummings, G. et Profetto-McGrath, J. (2014). Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *Journal of Nursing Management, 22*(8), 1027-1041. doi : 10.1111/jonm.12105

Laschinger, H. K. S. et Finegan, J. (2005). Empowering nurses for work engagement and health in hospital settings. *Journal of Nursing Administration, 35*(10), 439-449.

Laschinger, H. K. S., Grau, A. L., Finegan, J. et Wilk, P. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(12), 2732-2742. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05420.x

Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L. et Austin, S. (2016). Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing, 72*(3), 582-592. doi : 10.1111/jan.12860

Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gelinas, C., Desforges, N. et Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management, 16*(6), 724-733. doi : 10.1111/j.1365-2934.2007.00828.x

Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Duchesne, M. A., Santo, A., Gavrancic, A., Courcy, F. et Gagnon, S. (2010). Retaining nurses and other hospital workers: an intergenerational perspective of the work climate. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(4), 414-422. doi : 10.1111/j.1547-5069.2010.01370.x

Lavoie-Tremblay, M., Paquet, M., Marchionni, C. et Drevniok, U. (2011). Turnover intention among new nurses: a generational perspective. *Journal for Nurses in Staff Development, 27*(1), 39-45. doi : 10.1097/NND.0b013e31819945c1

Leibing, A. et McLean, A. (2007). « Learn to Value your Shadow! » An Introduction to the Margins of Fieldwork. Dans A. McLean et A. Leibing (dir.), *The Shadow Side of Fieldwork: Exploring the Blurred Borders Between Ethnography and Life* (p. 1-28). Malden, MA: Blackwell Publishing.

Leininger, M. M. (1991). *Cultural care diversity and universality: A theory of nursing*. New York, NY: National League for Nursing Press.

Lewis, M. A. (2006). Nurse bullying: organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *Journal of Nursing Management, 14*(1), 52-58. doi: 10.1111/j.1365-2934.2005.00535.x

Li, J., Fu, H., Hu, Y., Shang, L., Wu, Y., Kristensen, T. S., ... Hasselhorn, H. M. (2010). Psychosocial work environment and intention to leave the nursing profession: results from the longitudinal Chinese NEXT study. *Scandinavian Journal of Public Health, 38*(3 Suppl), 69-80. doi : 10.1177/1403494809354361

Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H. et Hasselhorn, H. M. (2011). Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession--Prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International Journal of Nursing Studies, 48*(5), 628-635. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.011

Li, Y. et Jones, C. B. (2013). A litterature review of nursing turnover costs. *Journal of Nursing Managment, 21*(3), 405-418. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01411.x

Lincoln, Y. S. et Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA : SAGE Publications.

Lingard, L., Espin, S., Rubin, B., Whyte, S., Colmenares, M., Baker, G. R., . . . Reznick, R. (2005). Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR. *Quality & Safety in Health Care*, 340-346.

Loiselle, C. G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives.* Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.

Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X. et While, A. E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 49*(8), 1017-1038. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009

Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K. M., Guest, G. et Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: A data collector's field guide.* Research Triangle Park, NC: Family Health International.

Mackintosh, C. (2007). Making patients better: a qualitative descriptive study of registered nurses' reasons for working in surgical areas. *Journal of Clinical Nursing, 16*(6), 1134-1140. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01595.x

Madden, R. (2010). *Being ethnographic: A guide to the theory and practice of ethnography*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L. et Pronovost, P. J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons, 202*(5), 746-752. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017

Marco, A. P. (2001). Game theory in the operating room environment. *The American Surgeon, 67*(1), 92-96.

Mazzocco, K., Petitti, D. B., Fong, K. T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., . . . Thomas, E. J. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery, 197*(5), 678-685. doi: 10.1016/j.amjsurg.2008.03.002

McClure, M. L., Poulin, M. A., Sovie, M. D. et Wandelt, M. A. (1983). *Magnet Hospitals. Attraction and Retention of Professionnal Nurses (The Original Study)*. Repéré à http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.487.3161&rep=rep1&type=pdf

McGarvey, H. E., Chambers, M. G. A. et Boore, J. R. P. (2000). Development and definition of the role of the operating department nurse: a review. *Journal of Advanced Nursing, 32*(5), 1092-1100.

McLean, A. et Leibing, A. (2007). *The Shadow Side of Fieldwork: Exploring the Blurred Borders between Ethnography and Life*. Malden, MA: Blackwell Publishing.

Meeusen, V. C. H., Van Dam, K., Brown-Mahoney, C., Van Zundert, A. A. J. et Knape, H. T. A. (2011). Understanding nurse anesthetists' intention to leave their job: How burnout and job satisfaction mediate the impact of personality and workplace characteristics. *Health Care Management Review, 36*(2), 155-163. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181fb0f41

Miles, M.B. et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd.). Paris, France : De Boeck.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). *L'ACCÈS AUX SERVICES CHIRURGICAUX — Un programme élargi et intégré. Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients*. Repéré à http://www.groupes.finances.gouv.qc.ca/santefinancementactivite/wp-content/uploads/2014/02/DocumentTech1_Chirurgie.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Répertoire des guides de planification immobilière - Unité du bloc opératoire, incluant le service de chirurgie d'un jour*. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-610-05W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Accès à la chirurgie — Investissement de 20 millions de dollars pour réduire les délais d'attente.* Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=1215

Mobley, W. H., Horner, S. O., et Hollingsworth, A. T. (1978). An evaluation of precursors of hospital employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, *63*(4), 408‑414. Repéré à http://doi.org/10.1037/0021-9010.63.4.408

Mollohan, J. K. et Morales, M. (2016). Strategies for successful perioperative orientation. *AORN Journal, 104*(2), 101-107. doi: 10.1016/j.aorn.2016.06.002

Moore, J. D. (2012). *Visions of Culture: An introduction to anthropological theories and theorists* (4e éd.). Lanham, MD: AltaMira Press.

Nei, D., Anderson Snyder, L. et Litwiller, B. J. (2015). Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. *Health Care Management Review, 40*(3), 237-253. doi : 10.1097/HMR.0000000000000025

Newland, C. (2007). The joys of perioperative nursing. *Canadian Operating Room Nursing Journal, 25*(2), 20-28.

O'Brien-Pallas, L., Griffin, P., Shamian, J., Buchan, J., Duffield, C., Hughes, F., . . . Stone, P. W. (2006). The impact of nurse turnover on patient, nurse, and system outcomes: a pilot study and focus for a multicenter international study. *Policy Politics & Nursing Practice, 7*(3), 169-179. doi: 10.1177/1527154406291936

O'Brien-Pallas, L., Murphy, G. T., Shamian, J., Li, X. et Hayes, L. J. (2010). Impact and determinants of nurse turnover : a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management, 18*(8), 1073-1086. doi : 10.1111/j.1365-2834.2010.01167.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2007). *Mémoire. Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence !* Repéré à http://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/Effectifs.pdf

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2013). Le taux de rétention de la relève cinq ans après l'obtention du permis atteint jusqu'à 92 %. *Bulletin Infostats, 5*(4). Repéré à www.oiiq.org.

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec et Corporation des Infirmières et Infirmiers de Salle d'Opération du Québec (2007). *Mémoire. Plan de relève et de rétention des infirmières de salle d'opération.* Repéré à https://www.oiiq.org/uploads/publications/memoires/SalleOperation.pdf

O'Toole, J., Galbraith J. et Lawler, E. (2002). When two (or more) heads are better than one: The promise and pitfalls of shared leadership. *California management review, 44*(4), 65-83.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2e éd.). Paris, France : Armand Colin.

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Peretz, H. (1998). *Les méthodes en sociologie : L'observation*. Paris, France : La Découverte.

Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisicplinary collaboration. *Nursing Forum, 45* (2), 73-82.

Prentice, R. (2013). *Bodies in formation : An ethnography of anatomy and surgery education.* Durham, NC: Duke University Press.

Reyka, M. E. (2015). *The impact of disruptive behavior on operating room nurse satisfaction.* (Thèse de doctorat). Accessible par ProQuest Dissertations & Theses. (3701319)

Riley, R. et Manias, E. (2006a). Governance in operating room nursing : nurses' knowledge of individual surgeons. *Social Science & Medicine, 62*(6), 1541-1551. doi : 10.1016/j.socscimed.2005.08.007

Riley, R. et Manias, E. (2006b). Governing time in operating rooms. *Journal of Clinical Nursing, 15*(5), 546-553. doi : 10.1111/j.1365-2702.2006.01362.x

Rocher, G. (1992). *La notion de culture*. Repéré à http://jmt-sociologue.uqac.ca/www/word/387_335_CH/Notions_culture_civilisation.pdf

Roper, J. M. et Shapira, J. (2000). *Ethnography in nursing research*. Thousands Oaks, CA: SAGE Publications.

Rosenstein, A. H. (2002). Original research: nurse-physician relationships : impact on nurse satisfaction and retention. *The American Journal of Nursing, 102*(6), 26-34.

Rosenstein, A. H. et O'Daniel, M. (2006). Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena. *Journal of The American College of Surgeons, 203*(1), 96-105. doi : 10.1016/j.jamcollsurg.2006.03.027

Rowe, M. M. et Sherlock, H. (2005). Stress and verbal abuse in nursing: do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management, 13*(3), 242-248. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00533.x

Sacks, G. D., Shannon, E. M., Dawes, A. J., Rollo, J. C., Nguyen, D. K., Russell, M. M.,... Maggard-Gibbons, M. A. (2015). Teamwork, communication and safety climate : a systematic review of interventions to improve surgical culture. *BMJ Quality & Safety, 24*(7), 458-467. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003764

Santiago-Delefosse, M., Gavin, A., Bruchez, C., Roux, P. et Stephen, S.L. (2016). Quality of qualitative research in the health sciences: Analysis of the common criteria present in 58 assessment guidelines by expert users. *Social Science & Medicine, 148*, 142-151. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.007

Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5e éd., p.337-360). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Shatto, B. et Lutz, L. M. (2017). Transition from education to practice for new nursing graduates: A literature review. *Creative Nursing*, *23*(4), 248-254. doi:10.1891/1078-4535.23.4.248

Shermont, H. et Krepcio, D. (2006). The impact of culture change on nurse retention. *The Journal of Nursing Administration, 36* (9), 407-415.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. et Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine, 58*(8), 1483–1499. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00351-4

Simons, S. (2008). Workplace bullying experienced by Massachusetts registered nurses and the relationship to intention to leave the organization. *Advances in Nursing Science, 31*(2), E48-E59. doi: 10.1097/01.ANS.0000319571.37373.d7.

Snelgrove, S. et Hughes, D. (2000). Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *Journal of Advanced Nursing, 31*(3), 661-667.

Sourdif, J. (2004). Predictors of nurses' intent to stay at work in a university health center. *Nursing and Health Sciences*, *6*(1), 59-68. doi : 10.1111/j.1442-2018.2003.00174.x

Spence Laschinger, H. K., Leiter, M., Day, A. et Gilin, D. (2009). Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management, 17*(3), 302-311. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.00999.x

Speziale, H. J. S. (2007). Ethnography as method. Dans H. J. S. Speziale et D. R. Carpenter (dir.). *Qualitative research in nursing: Advincing the humanistic imperative* (4e éd., p. 195-226). Philadelphie, PA : Lippincoot Williams & Wilkins.

Spradley, J. P. (1979). *The ethnographic interview.* New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.

Spradley, J. P. (1980). *Participant observation.* New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.

Spradley, J. P. et McCurdy, D. W. (1972). *The cultural experience: Ethnography in complex society.* Prospect Heights, IL: Waveland Press.

Staples, J. et Smith, K. (2015). Introduction. The interview as analytical category. Dans K. Smith, J. Staples et N. Rapport (dir.). *Extraordinary encounters: Authenticity and the interview* (p.1-18). New York, NY: Berghahn Books.

Stein, L. I. (1967). The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry, 16*(6), 699-703.

Stein, L. I., Watts, D. T. et Howell, T. (1990). The doctor-nurse game revisited. *New England Journal of Medecine, 322*(8), 546-549. doi: 10.1056/nejm199002223220810

Storen, I. et Hanssen, I. (2011). Why do nurses choose to work in the perioperative field ? *AORN Journal, 94*(6), 578-589. doi: 10.1016/j.aorn.2011.04.026

Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, M. et Krukow, B. (2003). Reasons registered nurses leave or change employment status. *The Journal of Nursing Admnistration, 33*(2), 111-117.

Sveinsdóttir, H. et Blöndal, K. (2014). Surgical nurses' intention to leave a workplace in Iceland: a questionnaire study. *Journal of Nursing Management, 22*(5), 543-552. doi: 10.1111/jonm.12013

Tang, J. H. C. et Naugle, L. A. (2010). Nurse Retention. Evidence-Base Practice Guideline. Repéré à http://www.iowanursingguidelines.com/product-p/299.htm

Tesch, R. (1990). *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York, NY: Falmer Press

Tett, R. P. et Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover : path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology, 46*(2), 259-293. doi: 10.1111/j.1744-6570.1993.tb00874.x

Thompson, J. A. (2007). Why work in perioperative nursing? Baby boomers and generation Xers tell all. *AORN journal, 86*(4), 564-587. doi: 10.1016/j.aorn.2007.03.010

Timmons, S. et Tanner, J. (2005). Operating theatre nurses: emotional labour and the hostess role. *International Journal of Nursing Practice, 11*(2), 85-91. doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00507.x

Tourangeau, A. E. et Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing, 55*(4), 497-509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03934.x

Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M. et Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing, 66*(1), 22-32. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05190.x

Twigg, D. et McCullough, K. (2014). Nurse retention : A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies, 51*(1), 85-92. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.015

Tylor, E. B. (1871). *Primitive culture : researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom: : in two volumes*. Repéré à https://books.google.ca/books?id=AucLAAAAIAAJ&printsec=frontcover&hl=fr#v=onepage&q&f=false

Tzeng, H. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies, 39*(8), 867-878.

Upenieks, V. (2005). Recruitment and retention strategies: a Magnet hospital prevention model. *MEDSURG Nursing,* 21-27.

Valéau, P. et Gardody, J. (2016). La communication du journal de bord : un complément d'information pour prouver la vraisemblance et la fiabilité des recherches qualitatives. *Recherches Qualitatives, 35*(1), 76-100.

Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. (2e éd.). Repéré à https://pum.umontreal.ca/catalogue/methodes-de-recherche-pour-leducation

Vessey, J., Demarco, R., Gaffney, D. et Budin, W. (2009). Bullying of staff registered nurses in the workplace: a preliminary study for developing personal and organizational strategies for the transformation of hostile to healthy workplace environments. *Journal of Professional Nursing, 25*(5), 299-306. doi: 10.1016/j.profnurs.2009.01.022

Villafranca, A., Hamlin, C., Enns, S. et Jacobsohn, E. (2017a). Disruptive behaviour in the perioperative setting: a contemporary review. *Canadian Journal of Anaesthesia, 64*(2), 128-140. doi: 10.1007/s12630-016-0784-x

Villafranca, A., Hamlin, C. et Jacobsohn, E. (2017b). Physical and psychological abuse in Canadian operating rooms. *Canadian Journal of Anaesthesia, 64*(2), 236-237. doi: 10.1007/s12630-016-0777-9

Vogelpohl, D. A., Rice, S. K., Edwards, M. E. et Bork, C. E. (2013). New graduate nurses' perception of the workplace: Have they experienced bullying? *Journal of Professional Nursing*, *29*(6), 414-422. doi:10.1016/j.profnurs.2012.10.008

Vowels, A., Topp, R. et Berger, J. (2012). Understanding stress in the operating room : a step toward improving the work environment. *Kentucky Nurse, 60*(2), 5-7.

Wagner, J., Bezuidenhout, M. et Roos, J. (2015). Communication satisfaction of professional nurses working in public hospitals. *Journal of Nursing Management*, *23*(8), 974-982. doi:10.1111/jonm.12243

Wall, S. (2015). Focused ethnography: a methodological adaptation for social research in emerging contexts. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum : Qualitative Social Research*, *16* (1). Repéré à http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2182/3728#gcit

Waring, J., Harrison, S. et McDonald, R. (2007). A culture of safety or coping ? Ritualistic behaviours in the operating theatre. *Journal of Health Services Research & Policy, 12*, 3-9.

Willemsen-McBride, T. (2010). Preceptorship planning is essential to perioperative nursing retention : matching teaching and learning styles. *Canadian Operating Room Nursing Journal, 28*(1), 8-16.

Williams, R. G., Silverman, R., Schwind, C., Fortune, J. B., Sutyak, J., Horvath, K. D., … Dunnington, G. L. (2007). Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care. *Annals of Surgery*, *245*(2), 159–169. doi : 10.1097/01.sla.0000242709.28760.56

Wilson, G. (2012). Redesigning OR orientation. *AORN Journal, 95* (4), 453-462. doi : 10.1016/j.aorn.2012.01.022

Yin, J. et Yang, K. (2002). Nursing turnover in Taiwan: a meta-analysis of related factors. *International Journal of Nursing Studies*, *39*(6), 573-581.

Zeytinoglu, I., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J. et Boos, L. (2006). Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress. *Health Policy*, *79*(1), 57-72.

**Annexe A**
Lettre d'autorisation pour effectuer le projet

[redacted]

Québec

Direction de la recherche

Le 21 juillet 2017

**Mélanie Lavoie-Tremblay, inf., Ph. D.**
Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières
Université de McGill

**Karine Laflamme, inf., B. Sc.**
Candidate à la maîtrise
Faculté des Sciences infirmières
Université de Montréal

Objet : **Autorisation de réaliser le projet de recherche dans l'établissement**
**Projet 17-18R :** *Culture du bloc opératoire, rétention infirmière et intention de quitter : une ethnographie focalisée*

---

Mesdames,

C'est avec plaisir que le [redacted] vous autorise à réaliser la recherche identifiée en titre dans lieux suivants :

- [redacted]

Cette autorisation fait suite à un examen scientifique et de convenance favorable ainsi qu'à l'obtention de l'approbation éthique du CÉR de l'établissement responsable de l'évaluation du projet de recherche, en date du 21 juillet 2017.

Cette autorisation suppose que vous respecterez les modalités du CER. Si ce CÉR vous informe d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique du projet de recherche pendant le déroulement de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR.

Finalement, je vous rappelle que tout projet de recherche auquel s'associe [redacted] fait l'objet d'un suivi par la direction de la recherche notamment :

a. Suivi relatif au renouvellement de l'approbation éthique et des modifications au projet de recherche le cas échéant,
b. Transmission du rapport final du projet de recherche ;
c. Participation à des activités de mobilisation des connaissances ;
d. Engagement à mentionner la participation de l'établissement dans les productions associées au projet de recherche.

Je vous prie d'accepter mes sentiments les meilleurs et vous souhaite bonne continuation dans la réalisation de votre projet de recherche.

[redacted]

c. c.

**Annexe B**
Formulaire d'information et de consentement pour les entrevues

**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**[1]

**Titre du projet de recherche :** Culture du bloc opératoire, rétention infirmière et intention de quitter : une ethnographie focalisée


Chercheuse : Mélanie Lavoie-Tremblay, inf. Ph. D.
Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières
Université McGill
[redacted]
Courriel : [redacted]
Tél. : [redacted]

Co-chercheuse : Annette Leibing, Ph. D.
Professeure titulaire, anthropologie médicale
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
[redacted]
Courriel : [redacted]

Étudiante chercheuse : Karine Laflamme, inf. B.Sc.
Candidate à la maîtrise
Faculté des Sciences infirmières
Université de Montréal
Courriel : [redacted]
Tél. : [redacted]


[1] *L'expression participant couvre la notion de participant à un projet de recherche. Le genre masculin, employé pour alléger le texte, désigne autant les femmes que les hommes.*

**Financement du projet de recherche :**

L'étudiante chercheuse est boursière de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour la réalisation de sa maîtrise.

***INFORMATION***

**Introduction**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche qui est réalisé dans le cadre des études de maîtrise de Karine Laflamme. 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 aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

**Nature et objectifs de l'étude**

Un problème de rétention infirmière dans les blocs opératoires est connu, autant au Québec qu'à l'international. Toutefois, il persiste malgré que de nombreux facteurs organisationnels et individuels contribuant à ce problème soient connus dans la littérature. Peu d'études au bloc opératoire se sont intéressées à ce qui retient les infirmières et ce qui leur donne l'intention de quitter. Afin de mieux comprendre la persistance du problème, la perception des infirmières sur la rétention et l'intention de quitter est essentielle afin d'aider les infirmières gestionnaires à mieux orienter leurs interventions.

Le but des entrevues est d'explorer les perceptions des infirmières et infirmiers sur le contexte de travail du bloc opératoire, la rétention et l'intention de quitter des infirmières.

Pour la réalisation du projet de recherche, jusqu'à dix participants seront recrutés, infirmières ou infirmiers, ayant un poste au bloc opératoire [redacted]

**Déroulement du projet de recherche**

Dans le cadre de ce projet de recherche, votre aide est souhaitée afin que vous puissiez partager vos perceptions sur le contexte de travail au bloc opératoire, la rétention infirmière et l'intention de quitter. Votre participation à l'étude est volontaire. Vous êtes invité à prendre part à une entrevue individuelle d'une durée de 30-45 minutes qui sera enregistrée sur bande audio. L'entrevue aura lieu en après-midi, durant vos heures de travail, dans un local de votre unité ou ailleurs dans l'hôpital. Elle pourrait aussi, si vous le préférez, avoir lieu à l'extérieur de l'hôpital

selon votre convenance. L'entrevue se déroulera en français et sera enregistrée sur bande audio afin d'être retranscrite. Votre collaboration impliquera aussi de répondre à un court questionnaire sociodémographique (âge, expérience, scolarité). Dans le cadre de cette étude, Madame Laflamme effectuera environ six jours d'observations dans les salles d'opération, pour se familiariser avec le fonctionnement de l'unité. Les observations sont non participatives et concernent le déroulement et la description d'une journée de travail typique et n'interviendront pas dans le déroulement de la routine quotidienne. Aucune information personnelle ne sera collectée ni sur le patient ni sur l'équipe de soins.

**Risques et désagréments**

À notre connaissance, aucun inconvénient ne devrait découler de votre participation. Toutefois, advenant le cas où le fait de partager vos perceptions fasse naître des émotions difficiles pendant ou après l'entrevue, le personnel du programme d'aide aux employés de votre hôpital [redacted] sera disponible pour vous aider au [redacted].

**Bénéfices et avantages**

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à une meilleure compréhension du phénomène et à l'avancement des connaissances au niveau de la rétention infirmière et l'intention de quitter au bloc opératoire.

**Participation volontaire et retrait de l'étude**

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 raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un des membres du personnel affecté au projet. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions. Votre participation n'affectera pas votre statut d'emploi ni vos relations avec l'employeur.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information déjà recueillie dans le cadre de ce projet sera néanmoins conservée, analysée ou utilisée pour assurer l'intégrité du projet.

**Compensation financière**

Votre infirmière-chef autorise 30-45 minutes de temps payé si vous faites l'entrevue en après-midi sur vos heures de travail.

**Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront 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'étudiante chercheuse et la chercheuse responsable. Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques. Des citations directes de ce que vous dites (verbatim) peuvent être publiées/utilisées dans la présentation des résultats pour illustrer des thèmes clés. Cependant, **le risque d'identification** indirecte des participants est faible, car l'analyse des résultats vise principalement à regrouper les données par des thèmes.

L'étudiante chercheuse du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données ainsi que les bandes sonores des entrevues et les transcriptions seront conservées pendant sept ans par la chercheuse responsable (Mélanie Lavoie-Tremblay) dans une filière sous-clé de son bureau de l'Université McGill. Les documents vous concernant et les bandes sonores seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche [redacted] par l'établissement et par une personne mandatée par l'organisme public subventionnaire. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous pouvez, en tout temps, demander au chercheur de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements que vous avez donnés et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations.

**Identification des personnes ressources**

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, ou de la collecte, de l'utilisation et de la divulgation des renseignements personnels vous concernant vous pouvez contacter en tout temps l'étudiante chercheuse (Karine Laflamme) au [redacted] ou la chercheuse principale Mélanie Lavoie-Tremblay au [redacted] ou sa directrice de recherche et co-chercheuse au projet Annette Leibing [redacted]

Si vous avez des questions à poser concernant vos droits en tant que participant ou si vous avez des plaintes ou commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du [redacted]

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

Le comité d'éthique de la recherche du [redacted] 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.

## CONSENTEMENT

**Titre :** Culture du bloc opératoire, rétention infirmière et intention de quitter : une ethnographie focalisée

**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.

Après réflexion, 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 me sera remise.

_____

Nom du participant

_____ _____

Signature Date jj-mois-aaaa

**Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche**

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

_____

Nom de la personne qui obtient le consentement

_____ _____

Signature de la personne qui obtient le consentement Date (jj-mois-aaaa)

**Signature et engagement de la chercheuse responsable du projet**

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le participant avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

| Nom de la chercheuse responsable du projet de recherche | |
|---|---|
| Signature de la chercheuse responsable du projet de recherche | Date (jj-mois-aaaa) |

**Annexe C**
Lettre d'invitation pour le recrutement au bloc opératoire

Université de Montréal

**Lettre d'invitation pour le recrutement au bloc opératoire**

Je suis une étudiante à la maîtrise en sciences infirmières et j'effectue un projet de recherche sur votre unité à l'automne 2017. Je m'intéresse à la perception des infirmières et infirmiers à propos du contexte de travail au bloc opératoire, de la rétention des infirmières et de l'intention de quitter le bloc opératoire.

Je suis à la recherche **d'infirmiers ou d'infirmières** afin de participer à une **entrevue individuelle d'environ 30-45 minutes**. L'entrevue aura lieu en après-midi, durant vos heures de travail, sur votre unité ou ailleurs dans l'hôpital. Elle pourrait aussi, si vous le préférez, avoir lieu à l'extérieur de l'hôpital selon votre convenance. L'entrevue se déroulera en français et sera enregistrée sur bande audio afin d'être retranscrite. Votre participation est **volontaire**. Vous pouvez donc quitter l'étude à tout moment sans pénalité.

Si vous êtes intéressé à participer ou avoir davantage d'informations, vous serez invité à remplir le coupon-réponse lors d'une des deux réunions d'information sur le sujet. Ce coupon pourra être remis dans une enveloppe scellée. Vous pouvez aussi me contacter directement par courriel ou téléphone. Vous aurez aussi l'occasion de me voir sur l'unité, n'hésitez pas à venir me poser des questions.

Je vous remercie de votre intérêt.

Karine Laflamme, inf. B.Sc, étudiante chercheuse
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
[redacted]

**Annexe D**
Coupon-réponse pour les entrevues individuelles

Université de Montréal

**COUPON - RÉPONSE**

**Culture du bloc opératoire, rétention infirmière et intention de quitter: une ethnographie focalisée**

Vous êtes intéressé à participer à l'étude **OU** vous désirez plus de renseignements.

OUI ☐ NON ☐

Si **OUI**: Nom de la personne:_____

Coordonnées du participant (courriel ou téléphone):_____

Vous pouvez participer si vous :

- Êtes infirmier ou une infirmière
- Avez un poste au bloc opératoire à temps plein ou à temps partiel depuis plus d'un an
- Avez envie de partager votre expérience

Vous pouvez me contacter : [redacted]

**Annexe E**
Questionnaire sociodémographique

**Questionnaire sociodémographique**

Date : _____

Numéro d'identification du participant : _____

1. Quel est votre âge ? _____

2. Genre : □ Féminin □ Masculin

3. Scolarité complétée
   - □ collégiale
   - □ universitaire 1er cycle
   - □ universitaire 2e cycle
   - □ autre : _____

4. Nombre d'années d'expérience au bloc opératoire dans cet hôpital
   - □ entre 1 et 4 années
   - □ entre 5 et 9 années
   - □ plus de 9 ans

5. Nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière
   - □ entre 1 et 4 années
   - □ entre 5 et 9 années
   - □ plus de 9 ans

6. Poste à : temps partiel □ temps plein □

7. Type de poste
   - □ infirmière gestionnaire
   - □ infirmière
   - □ autre : _____

**Annexe F**
Guide pour les entrevues semi-structurées

**Guide d'entrevue semi-structurée pour les infirmières**

**Préambule** :

Un problème de rétention infirmière dans les blocs opératoires est connu, autant au Québec qu'à l'international. Toutefois, il persiste malgré que de nombreux facteurs organisationnels et individuels contribuant à ce problème soient connus dans la littérature. Peu d'études au bloc opératoire se sont intéressées à ce qui retient les infirmières et ce qui leur donne l'intention de quitter. Afin de mieux comprendre la persistance du problème, la perception des infirmières sur la rétention et l'intention de quitter est essentielle afin d'aider les infirmières gestionnaires à mieux orienter leurs interventions. Le but de cette étude est d'explorer en profondeur la culture du bloc opératoire en lien avec la rétention infirmière et l'intention de quitter selon la perception des infirmières d'un hôpital universitaire d'un centre urbain.

- L'entrevue va durer de 30-45 minutes et implique des questions sur vos perceptions sur le contexte de travail du bloc opératoire, la rétention des infirmières et l'intention de quitter.

- Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Je m'intéresse à vos perceptions et votre expérience.

- Je vous assure que toute l'information que vous allez me donner restera confidentielle. Il n'y aura aucun moyen de vous reconnaître dans les résultats de recherche. Seulement l'étudiante chercheuse et ses directrices de recherche (Dre Annette Leibing et Dre Mélanie Lavoie-Tremblay) pourront avoir accès aux transcriptions.

- Vous avez le droit de refuser de répondre à n'importe quelle question et de terminer l'entrevue à n'importe quel moment.

**Questions** :

1. Questions *générales* sur le travail

    a. Je m'intéresse au quotidien des infirmières qui travaillent au bloc opératoire. Pourriez-vous me décrire une journée typique ?

    b. Comment êtes-vous venu à choisir de travailler au bloc opératoire ?

    c. Quels sont les éléments de votre travail que vous aimez ?

    d. Quels sont les éléments de votre travail que vous aimez moins ?

2. Questions sur le *contexte socioculturel* du bloc opératoire

   Pourriez-vous me décrire les conditions de travail au bloc opératoire ? (Au besoin, donnez des exemples : horaire, environnement physique, ambiance, etc.).

   - Parlez-moi de la charge de travail.
   - Avez-vous des suggestions pour des améliorer les conditions de travail ?

   a. Pouvez-vous me décrire comment sont les relations de travail avec vos collègues ?

      - Entre les infirmières ?
      - Entre les infirmières et le chirurgien ?
      - Et avec les autres membres de l'équipe de soins ?

   b. Avez-vous des suggestions à faire pour améliorer les relations avec les collègues ?

   c. Parlez-moi de votre relation avec le patient (au besoin, donnez des exemples : temps passé avec lui ou lien créé avec lui)

      - Avez-vous des suggestions pour améliorer les relations avec les patients ?

3. Questions sur la *rétention* au bloc opératoire

   Après avoir parlé du contexte de travail et des diverses relations entre collègues, on va maintenant s'intéresser plus particulièrement à votre perception personnelle concernant la rétention infirmière au bloc opératoire.

   a. Qu'est-ce qui vous retient au bloc opératoire ?

      - Quels sont les types de reconnaissance qui vous motiverait à rester sur l'unité ?

   b. Avez-vous des suggestions à faire pour améliorer la rétention des infirmières ?

      - Si oui, lesquelles ?

   c. Pouvez-vous me décrire selon vous quelles sont les actions que les gestionnaires peuvent faire pour améliorer la rétention ? (Si elles m'ont parlé des gestionnaires avant : vous m'avez dit que les gestionnaires pourraient faire cela : est-ce qu'il y a d'autres actions qu'elles peuvent faire ?)

4. Question sur *l'intention de quitter* le bloc opératoire

   Nous avons parlé de ce qui vous retient au bloc opératoire et de la rétention infirmière en général. Maintenant, j'aimerais discuter avec vous de l'intention de quitter le bloc opératoire qui est un des meilleurs prédicteurs de ceux qui vont quitter réellement. L'intention de quitter est le plan que possède un employé de quitter son emploi actuel et de se trouver un autre travail dans un futur rapproché (moins de 6 mois).

   a. Quelles sont les raisons qui incitent des infirmières à quitter votre unité ?

      - Est-ce que ces raisons sont particulières au bloc opératoire ou se retrouvent ailleurs sur d'autres unités ?
      - Pouvez-vous me décrire si elles avaient des symptômes physiques ou psychologiques (en lien avec la réponse au travail) ?

   b. Qu'est-ce que l'organisation aurait pu faire de plus pour retenir les infirmières qui ont quitté ? (au besoin donner des exemples : offrir des opportunités de formation ou développement professionnels, offrir plus d'écoute ou de communication).

   c. Avez-vous déjà pensé à quitter le bloc opératoire ? Si oui, pourquoi ?

5. Conclusion

   a. Est-ce qu'il a autre chose que vous voudriez m'apprendre sur la rétention ou l'intention de quitter qui vous semble important et qui n'a pas été abordé ?

**Merci de votre participation !**

**Annexe G**
Guide pour l'observation des infirmières et du milieu

**Guide pour l'observation des infirmières et du milieu**

*Inspiré des suggestions de Laperrière (2009), Mack et coll. (2005) et Spradley (1980)*

**Environnement physique** : lieux, objets-machines, organisation des objets dans la salle, utilisation des instruments et machines. *(Quoi, date, heure, description)*

**Comportements** : observations des interactions, fonctionnement, conversations, commentaires, attitudes, non-dit, atmosphère, gestes. *(Décrire les acteurs, qui, date, heure, description)*

**Évènements-actions** : type de chirurgie, brossage, drapage, installation des tables, installation du patient. *(Qui, date, heure, description)*

**Émotions** : joie, colère, dégoût, peur, tristesse. *(Qui, pourquoi, date, heure, description)*

**Apparence** : linge, âge, genre, apparence physique.

**Comportements verbaux et interactions** : qui parle à qui, comment longtemps, qui initie les interactions, langage parlé, ton de voix.

**Comportements physiques et gestes** : que font les gens, interagissent avec qui ou pas.

**Espace personnel** : comment les gens sont proche un des autres ?

**Trafic humain** : qui rentre, qui sort, qui reste dans la salle ?

**Gens qui se démarquent** : identifier les gens qui reçoivent beaucoup d'attention.

**Annexe H**
Lettre explicative pour l'unité de soins

Université de Montréal

**Observations dans le cadre d'un projet de recherche**

**Lettre explicative pour l'unité de soins**

Un problème de rétention infirmière dans les blocs opératoires est connu, autant au Québec qu'à l'international. J'effectue présentement une recherche, dans le cadre d'un projet de maîtrise en sciences infirmières, sur votre unité dont le but est d'explorer la culture du bloc opératoire en lien avec la rétention infirmière et l'intention de quitter selon la perception des infirmières de votre hôpital. Avec les résultats de cette étude, j'espère améliorer la compréhension du problème et éventuellement émettre des recommandations en lien avec les résultats.

Dans le cadre de cette étude, j'effectuerai environ six jours d'observations dans les salles d'opération. Les observations sont non participatives et concernent le déroulement et la description d'une journée de travail et n'interviendront pas dans le déroulement de votre routine quotidienne. Aucune information personnelle ne sera collectée ni sur le patient ni sur l'équipe de soins. Veuillez m'aviser si vous ne voulez pas être inclus dans la collecte de données.

Enfin, je vais réaliser des entrevues individuelles avec des infirmières sur la rétention et l'intention de quitter, n'hésitez pas à venir me voir si vous voulez participer à ce volet de la recherche (un formulaire de consentement vous sera remis).

Merci de votre collaboration et au plaisir,

Karine Laflamme, inf. B. Sc., étudiante chercheuse, étudiante M. Sc.
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
[redacted]

Mélanie Lavoie-Tremblay, inf. Ph. D., chercheuse principale
Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières
Université McGill
[redacted]

Annette Leibing, Ph. D., co-chercheuse
Professeure titulaire, anthropologie médicale
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
[redacted]

version 20 juillet 2017