

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

LES INTERVENTIONS DIMINUANT L'USAGE DU TEMPS SUPPLÉMENTAIRE
OBLIGATOIRE, UNE REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE

PAR

FARES MASSAAD

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES

MÉMOIRE PRÉSENTÉ EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE MAÎTRISE ÈS
SCIENCES EN SCIENCES INFIRMIÈRES, OPTION ADMINISTRATION DES SERVICES
DE SANTÉ

DÉCEMBRE 2021

© FARES MASSAAD, 2021

Ce mémoire intitulé

**Les interventions diminuant l'usage du temps supplémentaire obligatoire : une revue
narrative de la littérature**

Présenté par

Fares Massaad

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Chantal Caux

Membre du Jury

Arnaud Duhoux

Directeur de recherche

Christine Genest

Présidente-Rapporteuse

Résumé

Problématique Le contexte de pénurie de personnel infirmier doublée d'une organisation du travail sous optimale a pour conséquence d'augmenter le risque d'un bris de service qui est souvent contré par l'usage du Temps Supplémentaire Obligatoire (TSO). Cette méthode de gestion impose des pressions grandissantes sur les infirmières. L'usage du TSO entraîne des effets néfastes pour les usagers, les infirmières ainsi que les organisations de santé. **But** Le but de cette étude est d'identifier des interventions ayant le potentiel de réduire l'usage du TSO et faire une analyse critique des effets potentiels ou démontrés de celles-ci. **Méthode** Une revue narrative de la littérature a été réalisée afin d'identifier les interventions présentées comme ayant le potentiel de réduire l'usage du TSO. La revue narrative a suivi le modèle *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*. **Résultats** Nos recherches ont permis d'identifier 12 interventions rapportées pouvant réduire l'usage du TSO. Elles sont applicables à l'un ou plusieurs de 4 différents niveaux dans l'organisation des services de santé, soit le niveau législatif, le niveau systémique, le niveau organisationnel ainsi que le niveau d'une unité de soins. **Discussion et conclusion** Cette étude permet de mettre en lumière plusieurs interventions ayant le potentiel de réduire le TSO, mais il existe peu de données probantes les appuyant. Il semble que plusieurs interventions concomitantes pourraient avoir un effet plus fort sur le TSO. D'autres interventions ayant un effet sur des facteurs déterminants du TSO pourraient également avoir un effet potentiel sur celui-ci. Notre étude met en évidence le besoin de recherches étoffées sur les interventions pouvant enrayer le TSO des systèmes de santé.

Mots clés :

- Temps supplémentaire obligatoire
- Temps supplémentaire
- Conditions de travail
- Revue narrative de la littérature
- Rétention de personnel
- Pratique organisationnelle
- Pratiques de gestion

Abstract

Introduction The context of nursing staff shortage added to a sub-optimal management of resources has the consequence of increasing the odds of a break in service which is often countered by the use of mandatory overtime. This management method places increasing pressure on nurses. The use of mandatory overtime has harmful effects on patients, nurses and healthcare organizations. **Aim** The aim of this study is to identify and critically analyze interventions that reduce mandatory overtime. **Method** A narrative review of the literature was performed to identify interventions used to reduce the use of mandatory overtime. The narrative review followed the Scale for the Assessment of Narrative Review Articles (SANRA) model. **Results** Our research identified 12 interventions that were reported as having the potential to reduce the use of mandatory overtime. They are applicable at 4 different levels in the organization of health services, namely the legislative level, the systemic level, the organizational level as well as the level of a care unit. Among these interventions, some seem to stand out, but few have been the subject of rigorous studies. **Discussion and conclusion** We found several interventions that seem to have the potential to reduce mandatory overtime, but there exists very little evidence-based literature to support them. It seems that multiple concomitant interventions have a greater effect on mandatory overtime. Other interventions having an effect on determinant factors of mandatory overtime could have a potential effect on mandatory overtime. Even so, a need for studies showing the impact of interventions on mandatory overtime seems evident in light of our review.

Keywords :

- Mandatory overtime
- Overtime
- Work conditions
- Narrative review
- Personnel retention
- Organizational practices
- Management strategies

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Liste des Figures	vii
Liste des Tableaux	viii
Liste des abréviations.....	ix
Avant-Propos	x
Remerciements.....	xi
Introduction.....	xii
Chapitre 1. Problématique	1
1.1 Contexte	1
1.2 But et objectifs	9
Chapitre 2. Revue de littérature	11
2.1 Comment le TSO est-il imposé?.....	11
2.2 Obstacles à la recherche : mesurer et définir le TSO.....	13
2.3 Définition du TSO.....	15
2.4 Contexte légal du TSO au Québec.....	19
2.5 Portrait de la pénurie effective d’infirmières :.....	21
2.6 L’impact de l’organisation du travail :.....	24
2.7 Le TSO dans les autres professions	26

2.8 Effets néfastes du TSO.....	27
2.8.1 Effets du TSO sur les patients.....	28
2.8.2 Effets du TSO sur la santé des infirmières.....	29
2.8.3 Effets sur les organisations	32
2.9 Le TSO dans le contexte de pandémie.....	34
2.10 Conclusion de la recension des écrits	35
Chapitre 3. Méthode	36
3.1 Devis	36
3.2 Collecte des données.....	39
3.3 Analyse des données et critères de rigueur	41
3.4 Considérations éthiques	41
Chapitre 4. Résultats.....	42
4.1 Article de recherche :	43
4.2 Résumé.....	44
Contexte	45
Méthodologie	45
Résultats.....	51
Interventions Législatives	59
Interventions systémiques.....	64
Interventions organisationnelles	67

Interventions à l'échelle d'une unité.....	73
Discussion.....	76
Forces et limites de l'étude.....	79
Conclusion.....	80
Références.....	82
Chapitre 5. Discussion.....	88
5.1 Retour sur l'article et compléments d'information.....	88
5.2 Limites et forces de l'étude.....	92
5.2.1 Limites de l'étude.....	92
5.2.2 Forces de l'étude.....	93
5.3 Évaluation de la qualité de la revue narrative.....	94
5.4 Contribution aux sciences infirmières.....	96
5.5 Recommandations pour la recherche en sciences infirmières.....	97
Chapitre 6. Conclusion.....	98
Références.....	99
ANNEXES.....	110
ANNEXE 1 : Plan des concepts centraux à la compréhension du TSO au Québec.....	111
ANNEXE 2 : Liste des associations professionnelles et syndicats nord-américains ayant fait l'objet des recherches.....	113

ANNEXE 3 : Grille d'analyse de la Scale for the Assessment of Narrative Review Articles (SANRA).	115
ANNEXE 4 : Critères de soumission de la revue Sciences infirmières et pratique en santé	118

Liste des Figures

Figure 1: Organigramme de la sélection documentaire	51
---	----

Liste des Tableaux

Tableau 1: Description des documents retenus.....	52
Tableau 2: Résumé des interventions identifiées et de leur efficacité	58

Liste des abréviations

AIC	Assistante-infirmière-chef
AQII	Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers
BCNU	British Columbia Nurses' Union
CHSLD	centres d'hébergement de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIFI	Centre d'innovation en formation infirmière
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CNA	Canadian Nurses Associations
CUSM	Centre universitaire de santé de McGill
FCSI	Fédération canadienne des syndicats d'infirmière
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
IUCPQ	l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NCSBN	<i>National Council of States Boards of Nursing</i>
NSSRN	<i>National Sample Survey of Registered Nurses</i>
OIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
SANRA	Scale for the Assessment of Narrative Review Articles
TAT	Tribunal administratif du travail
TS	Temps supplémentaire
TSO	Temps supplémentaire obligatoire

Avant-Propos

Parler du temps supplémentaire obligatoire est un sujet particulièrement sensible pour beaucoup d'infirmières. Après en avoir vu et vécu à plusieurs reprises, le désir de trouver des interventions pouvant le diminuer a motivé mon inscription à la maîtrise et, plus tard, l'écriture de ce mémoire. Mon point de vue d'infirmier clinicien pratiquant activement dans le réseau a donc servi à contextualiser certains aspects de la recension des écrits. L'entièreté de ce mémoire demeure néanmoins fondée sur les lectures citées et tient compte du processus scientifique et critique.

Il est aussi à noter que le sujet de recherche initial de ma maîtrise a dû être modifié en raison de la pandémie. Initialement, nous voulions évaluer les différences entre un établissement disant n'imposer aucun TSO et un établissement qui en impose. Une partie de la recherche faite sur ce sujet a servi de base au mémoire actuel.

Remerciements

D'abord, je souhaite remercier mon directeur de recherche, Arnaud Duhoux. Sa disponibilité, son soutien constant et sa patience sans limites ont rendu possible l'écriture de ce mémoire dans un contexte de pandémie. Ses questions, ses connaissances et nos discussions sur le TSO et son contexte m'ont grandement aidé dans ma réflexion.

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'aide et le soutien de tous mes partenaires d'études et de rédaction au fil de mon parcours. Je tiens donc à remercier mes amies et amis qui ont passé avec moi de longues journées et soirées dans une multitude de bibliothèques et cafés. Ces personnes en ont appris un peu des sciences infirmières alors que moi j'en ai tout autant appris sur leurs sujets de rédaction allant de la littérature à l'économie en passant par le cinéma, le travail social et l'histoire.

Finalement, merci à mes parents et mes frères à qui je dois un soutien inébranlable. Mes parents, deux professionnels de la santé, m'ont transmis leur passion inchangée par les années, les réformes du réseau et tous les autres défis liés à leurs professions. Je remercie également Ramy et Samer, mes frères, qui m'ont écouté, réconforté, validé et soutenu de toutes les manières possibles et inimaginables, parfois sans même le savoir. Je termine en exprimant ma reconnaissance quant au soutien incroyable que je dois à ma copine. Je suis chanceux de vous avoir tous et toutes.

Introduction

La présente étude s'intéresse aux interventions pouvant réduire l'usage du temps supplémentaire obligatoire (TSO) chez les infirmières. Cette étude est divisée en 6 chapitres. Dans le premier chapitre, un portrait global de la problématique des TSO est brossé. On y aborde également le but de cette étude qui est d'identifier et de faire une analyse critique des interventions qui permettent de diminuer le TSO. Le deuxième chapitre contient la revue de la littérature. Au travers de celle-ci, nous présentons plusieurs enjeux centraux à la compréhension de l'imposition des TSO. On y aborde le processus d'imposition des TSO, les obstacles à la recherche, la définition du TSO, le contexte légal permettant l'usage des TSO. On aborde également les effets néfastes du TSO, qui ont des répercussions sur les patients, les infirmières ainsi que les organisations de santé. Le troisième chapitre expose en détail la méthodologie que nous avons utilisée pour mener notre revue narrative de la littérature. Nous nous sommes basés sur la *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles* (SANRA) afin d'assurer la qualité de notre revue (Baethge et al., 2019). Le quatrième chapitre présente les résultats de la revue narrative. Dans le cinquième chapitre, nous avons abordé des compléments d'information et exposé les limites et les forces de notre étude. Nous avons également fait une évaluation de la qualité de notre revue basée sur la grille SANRA et émis des recommandations pour la recherche en sciences infirmières. Finalement, la conclusion présente une synthèse brève de notre recherche ainsi qu'une ouverture sur le futur de la recherche sur les TSO.

Chapitre 1. Problématique

1.1 Contexte

« Le travail supplémentaire obligatoire a trop duré! » C'est ce que Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) en 2007, écrivait dans l'éditorial du Perspectives Infirmières (Desrosiers, 2007). Près de 15 ans plus tard, le temps supplémentaire obligatoire (TSO) fait toujours partie du portrait du réseau de la santé au Québec. L'OIIQ ainsi que plusieurs syndicats d'infirmières, dont la Confédération des Syndicats Nationaux (CSN) et la Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), ont rappelé à de nombreux moments dans les dernières années que les TSO doivent demeurer une mesure d'exception (CSN, 2019; FIQ, 2020; OIIQ, 2018). Néanmoins, il est maintenant monnaie courante dans le réseau de la santé de voir une infirmière forcée de faire du temps supplémentaire à la fin de son quart de travail (FIQ, 2020; Gagné, 2019; Morin, 2014). Les mesures de pression et les sorties médiatiques des syndicats représentant les infirmières se décuplent dans la province pour lutter contre le TSO (Lacoursière, 2020; Lévesques, 2019; Ministère de la santé et des services sociaux, 2019).

Au Québec, l'interprétation des lois entourant le travail des infirmières semble permettre l'utilisation du TSO. Les conditions de travail des infirmières sont dictées par les conventions collectives négociées entre le gouvernement et les syndicats qui se partagent la représentation des infirmières québécoises. Dans ces conventions collectives, il n'y a actuellement aucune mention du TSO (FIQ, 2017). Il est de l'avis de certains arbitres du tribunal administratif du travail (TAT) que lorsque les conventions collectives sont muettes sur un sujet, il en relève donc du droit de gérance (FIQ, 2017). Le droit de gérance est le droit d'un employeur à diriger ses travailleuses et travailleurs et de prendre des décisions pour assurer la rentabilité de son entreprise et la bonne

marche de ses affaires (Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail, 2021). Devant l'absence de règles établies sur les TSO, les établissements peuvent donc imposer des temps supplémentaires sans aucune balise.

Le Code de déontologie rappelle également aux infirmières la nécessité d'assurer la surveillance clinique et le suivi requis par l'état de leurs patients (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2019). Cela signifie qu'une infirmière ne peut pas laisser un patient sans surveillance. Le code de déontologie vient ajouter un flou quant à l'usage des TSO. Ainsi, une infirmière qui n'aurait pas de relève à la fin de son quart de travail serait obligée de rester pour assurer la surveillance de son patient. L'OIIQ a toutefois nuancé l'interprétation du code de déontologie à ce sujet. À leur sens, le TSO devrait être une mesure de dernier recours et l'infirmière demeure en droit de refuser de pratiquer si elle se juge inapte à le faire (Létourneau, Brisson et Maitre, 2018; Mathieu, 2021; OIIQ, 2018; OIIQ, 2019). Également, l'OIIQ rappelle que « l'employeur ne doit pas utiliser le Code de déontologie pour gérer une situation de manque de ressources ni pour exercer de la pression auprès des infirmières » (OIIQ, 2018). Malgré tout, le mythe dont le code de déontologie permet de justifier l'imposition du TSO demeure bien ancré dans la gestion de la santé au Québec (Mathieu, 2021; Morin, 2014). Le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec en 2021 a d'ailleurs réitéré ce mythe lors d'une entrevue télévisée en disant que le TSO a été instauré par le code de déontologie (Dubé, 2021). Pourtant, comme l'affirme la présidente de l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers (AQII) en réponse à cette entrevue, le TSO comme appliqué actuellement fait référence à une défaillance dans la gestion de personnel (Stake-Doucet, 2021). Comme elle le dit dans sa réponse, « s'il devait y avoir un gros carambolage ou une catastrophe naturelle comme un tremblement de terre, on n'aurait même pas besoin d'appliquer le principe du TSO, les infirmières resteraient en poste. »

Les mobilisations et les moyens de pression contre les TSO sont difficiles à mettre en place. Le contexte de travail des infirmières rend ardue la mobilisation afin de faire des revendications syndicales au sujet de ces conditions de travail. Dans le cadre d'une campagne organisée par la FIQ, une journée nationale sans temps supplémentaire obligatoire pour les professionnels en soins a été organisée en avril 2019. Agissant de sa propre initiative, un arbitre du TAT est intervenu en déclarant que « l'action concertée de la (FIQ), prévue le 8 avril 2019, risque de porter préjudice ou est susceptible de porter préjudice à un service auquel le public a droit » (Bédard, 2019). Ainsi, le TAT a demandé aux gestionnaires d'hôpitaux de s'assurer que le TSO n'était appliqué qu'en dernier recours lors de cette journée. Le TAT a également demandé aux professionnels en soins infirmiers et cardio-respiratoires d'accepter tout TSO sans condition. Ainsi, les infirmières n'ont pas pu exercer leur moyen de pression.

TSO : un concept difficile à définir et à étudier. Il existe deux obstacles de taille à l'étude du TSO : sa définition et sa mesure. D'abord, la disponibilité de données sur le sujet est assez limitée. En 2019, la ministre québécoise de la Santé et des Services sociaux Danielle McCann a obligé les établissements à fournir leurs données sur le TSO au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (Duval, 2019). Il demeure malgré tout difficile d'avoir accès à ces données publiquement (Duval, 2020). Auparavant, aucune mesure n'obligeait les établissements qui emploient des infirmières de quantifier le phénomène et les données relatives au TSO étaient souvent indissociablement incorporées aux données relatives au temps supplémentaire volontaire. Cependant, certains établissements comptabilisaient déjà certaines données relatives au TSO à l'interne. Certains journalistes ont donc réussi à recueillir une partie de ces données. Par exemple, à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), le personnel infirmier de cet établissement a fait, en 2018, 5000 heures en TSO (Gagné, 2019). Ceci représente

une moyenne de 13,69 heures de TSO par jour. Dans le premier trimestre de 2019, cette moyenne est montée à 15,19 heures par jour.

La problématique de la comptabilisation des TSO indistinctement des TS volontaires se reflète également depuis plusieurs années dans les écrits issus d'autres systèmes de santé dans le monde où les chercheurs doivent parfois faire des sondages pour avoir des données sur le TSO (Bae et Yoon, 2014; Logie et Geiger-Brown, 2017; Smith et Crawford, 2002). Cela affecte les écrits qui couvrent le phénomène du temps supplémentaire sans faire de distinction du contexte dans lequel celui-ci est pratiqué. Cette absence de distinction rend l'incidence du TSO et l'analyse des interventions limitant son usage plus difficile à quantifier.

Le deuxième enjeu lié à l'étude du TSO est sa définition même. Traditionnellement, il est jugé qu'un temps supplémentaire est obligatoire lorsqu'un employé est directement forcé de rester au travail (Morin, 2014). Cependant, une analyse de concept du temps supplémentaire semble indiquer que la définition pourrait être plus large (Lobo, Fisher, Ploeg, Peachey et Akhtar-Danesh, 2013). Celle-ci placerait notamment la coercition employée sur un continuum. Par exemple, une infirmière encouragée à rester en temps supplémentaire par des pressions sociales serait également considérée comme en TSO alors que ce temps travaillé ne serait pas comptabilisé comme-tel. On peut donc tenter de convaincre une infirmière de rester en lui disant que son refus entraînerait une surcharge de travail pour ses collègues ou encore une mauvaise prise en charge des usagers. Cette forme de pression est régulièrement appliquée dans le réseau pour convaincre des infirmières de rester travailler en temps supplémentaire en évitant de comptabiliser un TSO comme tel (Morin, 2014). Cette pression sociale n'est pas la seule subtilité entourant la définition du TSO. Par exemple, une infirmière pourrait savoir que son tour de TSO vient sur son prochain quart de travail et décide de rentrer travailler avant son quart de travail régulier afin d'éviter de se voir imposer un

quart de travail. Pourtant, elle aurait forcément travaillé un quart de travail supplémentaire qu'elle n'aurait pas fait si elle n'avait pas de TSO prochainement imposé. Elle vient donc de faire une autre forme de temps supplémentaire involontaire. Le flou entourant la définition de ce qui constitue un TSO entraînerait donc sûrement une sous-estimation du phénomène.

Le TSO entraîne de nombreuses conséquences négatives : Plusieurs études se sont attardées sur l'impact du temps supplémentaire ou de la longueur des quarts de travail sur les patients, les infirmières, ainsi que les organisations de santé. Le TSO est en soi un quart de travail allongé. Les études qui touchent aux conséquences de la longueur des quarts de travail peuvent aider à comprendre les effets du TSO. Il est maintenant indéniable que le temps supplémentaire comporte de nombreux risques dans le contexte des soins infirmiers.

Pour les patients, il a été démontré qu'une infirmière qui travaille de longues heures a tendance à faire plus d'erreurs de médicaments ou de dose (Olds et Clarke, 2010). Cette étude démontre également une association entre le temps supplémentaire volontaire et une augmentation des infections nosocomiales ainsi que des chutes de patients. Cette augmentation semble être associée à la fatigue vécue par les infirmières (Olds et Clarke, 2010). Aussi, les patients soignés par une infirmière faisant du temps supplémentaire sont plus à risque de développer des plaies de pression ainsi que des infections urinaires associées à une sonde vésicale (Stone et al., 2007). De plus, une étude a montré que la longueur des quarts de travail semble diminuer la satisfaction générale des patients à l'égard des soins infirmiers (Stimpfel, Sloane et Aiken, 2012). Les auteurs de cette étude ont mis en relation la satisfaction des patients avec les quarts de travail de 8–9h, 10–11h, 12–13h, et plus de 13h. La longueur des quarts de travail a également un effet sur la qualité des soins perçue par les patients (Stimpfel et al., 2012). La perception de diminution de la qualité des soins semble également être partagée par les infirmières (Stimpfel, 2011).

La diminution de la qualité des soins n'est toutefois pas la seule conséquence négative des TSO, qui a aussi des conséquences sur la santé des infirmières. Un impact particulièrement frappant est l'augmentation de l'incidence de maladies cardiovasculaires chez les professionnels faisant plus de temps supplémentaire (Virtanen et al., 2010). Cette large étude de cohorte prospective conclut que cette relation est indépendante des facteurs de risques conventionnels de maladie cardiaque. Elle montre également que les infirmières qui travaillent plus de 11h (soit au moins 3h de temps supplémentaire) sont davantage à risque d'avoir des épisodes de dépression majeure (Virtanen, Stansfeld, Fuhrer, Ferrie et Kivimäki, 2012). Dans cette étude, les chercheurs ont considéré qu'un quart de travail normal est de 8h et que tout ce qui dépassait ces heures était du temps supplémentaire en se basant sur le standard des travailleurs du réseau public. En fait, le simple fait de travailler des quarts de travail de 12h semble augmenter le risque d'épuisement professionnel par rapport aux quarts de 8h (Stimpfel et al., 2012). Dans une étude qui portait spécifiquement sur les heures supplémentaires obligatoires, des auteurs ont montré que les infirmières se mettent également à risque de troubles musculosquelettiques, de blessures et de maladies en faisant ces TSO (Bae et Fabry, 2014). La longueur des quarts de travail affecte également négativement la satisfaction au travail des infirmières et leur santé mentale et physique (Stimpfel et al., 2012)

Enfin, le TSO a des conséquences négatives pour les organisations de santé. En effet, la prévalence du TSO dans un établissement est significativement associée à l'intention de démissions (Nei, Snyder et Litwiller, 2015; Steinmetz, Vries et Tjidsens, 2014). Inversement, lorsque les pratiques organisationnelles relatives aux temps supplémentaires et à la dotation de personnel (*staffing*) sont adéquates, la performance des infirmières et les résultats pour les patients sont améliorés (O'Brien-Pallas, Murphy, Shamian, Li et Hayes, 2010). Il est donc essentiel pour

les gestionnaires en santé de se pencher sur l'amélioration des conditions de travail afin d'augmenter la rétention du personnel infirmier. Le roulement d'effectif infirmier ne vient pas seulement avec des coûts indirects liés à une moins bonne qualité des soins, mais également avec des coûts financiers directs. On estime que remplacer une infirmière peut coûter jusqu'à 64 000 \$ (O'Brien-Pallas et al., 2010). De plus, en travaillant plus d'heures consécutives, les infirmières se mettent à risque d'absentéisme accru (Bae et Fabry, 2014). En effet, le travail supplémentaire (volontaire ou non) est significativement associé au risque de maladie professionnelle et au fait de manquer plus de 2 jours consécutifs de travail (Bae et Fabry, 2014; de Castro et al., 2010). Ceci augmente les besoins en personnel infirmier et exacerbe les coûts pour les organisations.

Le contexte québécois augmente l'usage du TSO : La crise des TSO semble s'être accentuée dans les dernières années. Un facteur qui semble contribuer à ce contexte est la pénurie d'infirmières affectant l'entièreté du Canada (Gouvernement du Canada, 2021). Des projections réalisées en 2016 concernant cette pénurie de main-d'œuvre dans le domaine des soins infirmiers ont estimé que celle-ci risque de s'étendre et potentiellement s'aggraver de 2017 à 2026 (Gouvernement du Canada, 2021). Cette pénurie de main-d'œuvre est en partie due aux retraites des professionnels, au vieillissement de la population augmentant leurs besoins en prestation de soins ainsi qu'aux nécessités d'expansion des infrastructures.

Le contexte canadien est particulier lorsqu'on étudie ses structures organisationnelles en santé en raison de la division des pouvoirs entre le fédéral et le provincial. Comme l'organisation des services de santé relève de la juridiction provinciale, chaque province a la responsabilité de l'organisation des services de santé au sein de son territoire (ministère de la Justice du Canada, 1985). Cela explique en partie la disparité dans l'organisation et dans les conditions de travail des infirmières du Canada. Dans une étude sur les conditions de travail des infirmières comparant le

Québec et l'Ontario, les infirmières en Ontario semblent travailler plus d'heures régulières et en temps supplémentaire par semaine par individu qu'au Québec (Laberge et Montmarquette, 2009). La raison expliquant cet écart reposerait sur la faible présence d'incitatifs donnés par le marché du travail au Québec. Il est d'ailleurs intéressant de noter que l'écart entre les salaires horaires réels des infirmières entre les deux provinces n'a pas cessé d'augmenter entre 2003 et 2009 à l'avantage de l'Ontario (Laberge et Montmarquette, 2009). Cela reste vrai lorsqu'on compare les salaires en pourcentage du salaire moyen de la province. En 2007, les infirmières du Québec gagnent 137,5 % du salaire horaire moyen dans la province, contre 145% en Ontario et 148,6% dans le reste du Canada. Selon les auteurs, ce manque d'incitatif financier exacerbe la pénurie d'infirmières au Québec.

Un autre facteur qui exacerbe l'usage des TSO est la proportion d'infirmières travaillant à temps plein. Laberge et Montmarquette (2009) attribuent les différences d'heures effectives travaillées à une proportion plus faible d'infirmières travaillant à temps plein au Québec qu'en Ontario. En effet, les infirmières du Québec occupent moins de postes à temps plein que leurs homologues ontariennes (Laberge et Montmarquette, 2009). Donc, si les infirmières ont moins de postes à temps plein au Québec, elles vont travailler moins d'heures régulières dans une semaine. Plus le nombre d'heures régulières travaillées est bas, plus il y a de risques de devoir combler les besoins avec des heures supplémentaires dont une partie est susceptible d'être imposée. La pénurie d'infirmières ressentie est moins importante lorsque les infirmières travaillent davantage à temps plein (Rossignol, 2017).

Avenues d'interventions pour éviter le TSO: Face à la problématique du TSO, certains auteurs ont proposé des interventions pour tenter d'en diminuer la prévalence. Du côté législatif, il semble y avoir plusieurs avenues d'interventions possibles. Il est intéressant d'étudier les États-

Unis dans l'application des mesures contrant le TSO, car plusieurs États ont mis en place des interventions diversifiées ayant fait l'objet d'études (Alaska Nurse, 2014; Bae, 2013; Meals et Hartz, 2009; Phillips, 2010). Ces interventions peuvent aller dans le sens de rendre les TSO illégaux, de mettre un nombre maximal d'heures consécutives travaillées, un nombre minimal d'heures entre deux quarts de travail ou de rendre le droit de refuser sans représailles (Wheatley, 2017). D'autres interventions à différentes échelles peuvent prendre plusieurs formes comme l'augmentation du salaire, les primes d'assiduité ou l'augmentation du salaire d'entrée à la profession (Laberge et Montmarquette, 2009). À l'échelle des unités de soins, il est également proposé depuis longtemps de changer la vision de la gestion des effectifs infirmiers traditionnelle pour aller vers une vision plus flexible et stratégique (Bechet, 2000).

Malgré tout, il ne semble pas y avoir de recherche regroupant et analysant les différentes interventions efficaces pour réduire le TSO. Il ne semble pas y avoir de texte qui se penche sur l'efficacité comparative de plusieurs méthodes réduisant l'usage du TSO. Il apparaît donc pertinent de se pencher sur les moyens de gestion alternative aux TSO devant les nombreux impacts négatifs qu'entraînent son usage sur les usagers, les infirmières ainsi que les organisations de santé. Cette pertinence est d'autant plus accentuée par le contexte actuel qui semble de plus en plus favoriser son usage sur les unités de soins.

1.2 But et objectifs

Le but de cette étude est d'identifier et faire une analyse critique des interventions qui permettent de diminuer le TSO.

Les objectifs spécifiques sont de :

1. Identifier les interventions utilisées dans le but de réduire l'usage du TSO.

2. Réaliser une analyse critique des effets potentiels ou démontrés de ces interventions sur la réduction du TSO

Chapitre 2. Revue de littérature

Certains éléments sont centraux à la compréhension du phénomène de TSO. C'est le cas de l'application concrète de celui-ci, les obstacles à sa recherche ainsi que sa définition. Il est donc important de comprendre ces concepts en détail avant de pouvoir trouver des solutions à celui-ci. Nous allons donc aborder le processus d'imposition du TSO, les obstacles à la recherche sur celui-ci, le contexte légal entourant le TSO, les pratiques dans les autres professions ainsi que les effets du TSO sur les usagers, les infirmières ainsi que les organisations de santé.

2.1 Comment le TSO est-il imposé?

À quel moment et comment est imposé un TSO? Bien qu'il ne soit pas possible de généraliser à toutes les situations, nous pouvons illustrer ce processus par un exemple issu des différents témoignages rendus dans l'arbitrage du TAT évoqué plus haut (*Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec (FIQ) et Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec)*, 2014). D'abord, sur une unité de soins, l'assistante-infirmière-cheffe (AIC), distribue les patients à son équipe de soins et planifie la distribution des patients selon des ratios propres à chaque milieu pour l'équipe de soins actuelle et celle qui prendra la relève. Lorsqu'elle s'aperçoit qu'elle n'a pas les ressources infirmières pour prendre en charge l'ensemble de ses patients, elle en avise la coordonnatrice des activités de l'hôpital (souvent une infirmière gestionnaire) qui a une vision d'ensemble des ressources infirmières de l'établissement. On entre alors dans une recherche de solutions qui peut comprendre plusieurs éléments. Comme les ratios de patients ne sont pas des ratios que les gestionnaires sont tenus de respecter par la loi, on peut tenter d'augmenter la charge de travail des infirmières en augmentant le nombre de patients qu'elles ont chacune à leur charge si l'AIC ou la gestionnaire croit que cela ne brise pas les services qui leur sont rendus. C'est à ce moment également que les infirmières sont encouragées à rester travailler pour un quart de travail

supplémentaire. Selon les milieux, l'équipe de rappel ou l'AIC fait également des appels téléphoniques aux infirmières des listes de rappel et la coordonnatrice peut tenter de déplacer du personnel à l'intérieur de l'hôpital pour réduire les besoins en infirmières dans cette unité. Cette pratique n'est pas forcément possible en fonction des unités de soins et de leur spécialité. Par exemple, on ne peut pas envoyer une infirmière spécialisée en psychiatrie pour remplacer une infirmière des soins intensifs. Les unités spécialisées pourraient donc sembler avoir généralement plus de difficulté à combler les besoins en ressources infirmières. Également, des infirmières d'agence privées peuvent être utilisées pour combler ces besoins, souvent à des coûts beaucoup plus élevés pour les organisations (Boily et Gentile, 2020). Si l'AIC s'aperçoit que malgré toutes ces étapes la prise en charge des patients ne peut être assurée, l'établissement impose un TSO. La personne à qui le TSO est imposé est souvent choisie et avisée par l'entremise de l'Assistante Infirmière-Chef (AIC), la cheffe d'unité ou la coordonnatrice de l'établissement. Généralement, les TSO sont imposés à tour de rôle, la personne qui a fait le TSO il y a le plus longtemps sera désignée (*Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec (FIQ) et Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec), 2014*).

Ces pratiques peuvent changer d'un établissement à l'autre étant donné qu'elles ne sont pas incluses dans les conventions collectives et ne font pas l'objet de règles officielles. La disparité de ces pratiques et l'absence de règles établies peuvent même amener une foule de problèmes peu documentés attribuables à l'absence de lignes directrices claires. Par exemple, il est fréquent de voir des infirmières refuser de faire du TSO parce qu'elles ont fait du TS volontaire récemment ou encore parce qu'elles ont des enfants à leur charge. Dans certains départements, les infirmières font du TSO en ordre d'ancienneté inverse et à tour de rôle au lieu de procéder simplement à tour de rôle. Cela signifie que lorsque tout le monde a fait un TSO, c'est l'infirmière la plus jeune qui

doit faire le prochain et non la personne qui l'a fait il y a le plus longtemps. Ceci vient désavantager les jeunes infirmières par rapport aux infirmières avec plus d'ancienneté ce qui peut éventuellement exacerber les problèmes de rétention de personnel.

Convaincre quelqu'un de rester pour venir en aide à ses collègues est une stratégie fréquemment employée dans le réseau (*Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec (FIQ) et Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec)*, 2014). Il s'agit d'ailleurs d'une tactique efficace pour convaincre les infirmières de travailler davantage. En effet, dans une étude se concentrant sur les raisons citées par les infirmières pour travailler des heures supplémentaires, on retrouvait en première place le soutien à l'équipe (Bae, 2012a). Cette raison surpassait de peu les raisons financières, impliquant que les infirmières seraient prêtes à faire du TS alors qu'elles sont fatiguées pour ne pas laisser tomber leur équipe.

2.2 Obstacles à la recherche : mesurer et définir le TSO

Au Québec, il est très difficile de chiffrer la prévalence du TSO en raison de l'absence de compilation des données ainsi qu'en raison d'une définition floue. D'abord, les données concernant les heures supplémentaires obligatoires étaient, jusqu'à tout récemment, comptabilisées indistinctement des heures supplémentaires volontaires par le MSSS (MSSS, 2020). Il devient alors impossible pour les chercheurs voulant se pencher sur le sujet de trouver des données sur la prévalence du TSO dans le réseau. Ce problème se reflète également dans la littérature internationale entourant les temps supplémentaires. On y retrouve énormément de littérature qui regroupe les données sur le temps supplémentaire obligatoire et volontaire sans faire de distinction (Cho et al., 2016; Stimpfel, 2011; Wu et al., 2018). Au sujet de l'absence de données rapportées au MSSS, une directive adressée aux établissements de santé de la province les oblige à documenter le sujet depuis 2019 (Duval, 2019). Pourtant, l'accès à ces données demeure difficile

et ajoute des obstacles à la recherche sur le TSO (Duval, 2020). Par ailleurs, le MSSS s'est montré réticent à partager les données recueillies publiquement citant la négociation syndicale en cours en 2020 (Lacoursière, 2020). Toutefois, certains établissements du réseau comptabilisaient déjà les TSO distinctement des heures supplémentaires volontaires depuis plusieurs années. Ces données sont comptabilisées à l'interne et ne sont pas publiques. Donc, bien que la problématique demeure difficile à chiffrer à l'ampleur du Québec, certains journalistes sont tout de même parvenus à obtenir une certaine vision générale du contexte à l'intérieur de certains établissements. En Montérégie, par exemple, ce sont près de 1000 quarts de travail en TSO qui ont été imposés en 2019 (Lacoursière, 2020). Ailleurs au Québec, des journalistes se sont procuré un document interne de l'IUCPQ qui montre qu'en 2018 ce sont près de 5000 heures qui ont été effectuées en TSO (Duval, 2019). Ceci équivaut à 625 quarts de travail de 8h. Entre 2018 et 2019, la moyenne de TSO par jour a augmenté de 13,69h à 15,18h par jour selon ces mêmes documents. Il demeure malgré tout difficile d'avoir accès à ces données et elles sont souvent obtenues et diffusées par des journalistes rendant difficile l'analyse de ces données et limitant la quantité de recherche pouvant se baser sur ces données (FIQ, 2019; Lacoursière, 2020).

Le TSO n'est pas une problématique unique au système de santé québécois. Plusieurs systèmes de santé vivent une pénurie effective de personnel avec des particularités uniques à leur réalité et leur contexte spécifique. Par exemple, aux États-Unis, 17,4 % des nouvelles infirmières (ayant une moyenne de 4,8 mois d'emploi) questionnées dans une enquête du *National Council of States Boards of Nursing* (NCSBN) avaient rapporté avoir déjà fait du TSO (Smith et Crawford, 2002). Pour avoir ces informations, les chercheurs avaient eux-mêmes questionné des infirmières ayant récemment passé leur examen de l'ordre des infirmières, permettant d'accéder à l'exercice la profession. Il s'agit de la même approche qui a dû être employée dans un autre rapport du NCSBN

de 2006 qui trouve que 8,4% des infirmières avaient effectué du TSO dans leur horaire régulier sur une semaine (Kenward et Zhong, 2006). La NCSBN dessert la totalité des états des États-Unis. Il s'agit donc de données non spécifiques à un état en particulier. La difficulté de trouver des données publiques sur les TSO n'est donc pas spécifique au Québec et se retrouve ailleurs dans le monde.

2.3 Définition du TSO

Le deuxième obstacle de taille dans l'étude des TSO est la définition même du phénomène. Traditionnellement, les établissements de santé québécois utilisent une définition assez limitée du phénomène. Ils comptabilisent un TSO lorsqu'on oblige directement et clairement un employé à travailler des heures supplémentaires à celles qui sont planifiées (Morin, 2014). Cette définition semble limitée à la lumière des différentes pressions pouvant être exercées par une organisation afin de forcer un employé à travailler des heures supplémentaires. En soi, la question des éléments constituant un TSO mérite une définition claire et exhaustive afin de mieux alimenter la recherche pour le contrer.

Plusieurs éléments semblent influencer les attributs de ce qui peut constituer un TSO. Dans une analyse de concept du temps supplémentaire, Lobo et al. (2013) se penchent sur les antécédents, les attributs et les conséquences du temps supplémentaire. Dans la section traitant des attributs d'un temps supplémentaire, trois éléments ressortent comme pertinents pour la définition d'un TSO. Les auteurs identifient d'abord la perception du choix ou le contrôle sur les heures en temps supplémentaire par l'infirmière. Ils inscrivent d'ailleurs la perception de choix sur un continuum allant d'un temps supplémentaire volontaire à involontaire (obligatoire) en passant par le temps supplémentaire effectué avec réticence. Suivant leur analyse, ces auteurs canadiens parlent également de l'importance des périodes de repos entre deux quarts de travail, qui sont

parfois insuffisantes pour permettre un repos adéquat. Ils soulèvent également que l'absence ou la présence d'incitatifs à faire du temps supplémentaire caractérisent également celui-ci. Ceci inclut par exemple le travail non rémunéré (ex. : pauses omises ou temps supplémentaire non divulgué), mais elle inclut également les avantages financiers à exécuter du temps supplémentaire. Les incitatifs financiers, étant une caractéristique du TS, peuvent donc influencer le processus décisionnel des infirmières à faire du TS volontaire. Un autre attribut du temps supplémentaire soulevé par ces auteurs est la perturbation liée au manque de préparation. En fait, le temps supplémentaire peut se présenter avec différentes nuances de perturbations et d'imprévisibilité. Pour illustrer les nuances du temps supplémentaire, les auteurs exposent des exemples issus d'expériences vécues. Par exemple, une infirmière ayant un enfant se fait demander de rester pour un autre quart en se faisant dire que si elle quitte l'unité, ses collègues n'auront aucune période de répit et que les patients pourraient en souffrir. Elle se fait également dire d'appeler une gardienne pour surveiller son enfant et qu'elle ferait assez d'argent avec le temps supplémentaire pour couvrir ces frais et faire de l'argent en plus. Elle choisit donc de rester pour des heures supplémentaires avant de retourner chez elle pour dormir 5h avant de devoir retourner au travail pour son quart de travail régulier le lendemain. L'impact de l'imprévisibilité des TSO est particulièrement perceptible dans le contexte où l'infirmière est avisée en fin de quart de travail qu'elle doit rester pour en combler un autre. Cet impact peut également être marquant durant le quart de travail, car l'infirmière doit alors composer avec sa charge de travail et la charge mentale de composer avec les conséquences de rester en TSO.

À la lumière de ces attributs définissant le TS, certaines ambiguïtés peuvent influencer la perception de choix des infirmières. Par exemple, les infirmières qui vivent des difficultés financières pourraient être poussées à travailler plus de TS et être plus facilement influencées à

accepter des quarts de travail qu'elles auraient autrement refusés. Également, la notion de prise de décision doit également être considérée. Une infirmière acceptant de faire du TS doit être y consentir en toute connaissance de cause, sans pression ou coercition de manière libre et éclairée. Cependant, l'insistance des gestionnaires à pousser des heures supplémentaires peut parfois être telle que des infirmières acceptent de faire des TS sans être consentantes. Il est difficile de tracer la ligne sur ce qui constitue un TSO dans ces conditions.

Cette analyse de concept permet de mettre en évidence les éléments caractérisant le temps supplémentaire de manière générale. Cependant, elle ne comporte pas de définition claire et nette de ce qui constitue un TSO. Dans une décision d'un arbitre du TAT dans un dossier opposant le CHU de Québec au Syndicat Interprofessionnel du CHU de Québec (Morin, 2014), une telle définition est mise de l'avant. Cette définition comporte trois situations pour ce qui constituerait un TSO :

- 1- Toute période pendant laquelle une infirmière est forcée à exécuter une prestation de travail en dehors de son quart régulier de travail.
- 2- L'acceptation in extremis d'une infirmière faisant le constat de la nécessité de se «sacrifier» pour éviter l'odieux d'une charge de travail supplémentaire sur les épaules des collègues déjà surchargés.
- 3- Le fait d'entrer au travail plusieurs heures avant le début de son quart de travail dans l'espoir de ne pas se voir exiger de continuer à travailler en TSO après son quart de travail.

Cette définition semble englober plusieurs éléments centraux au TSO et s'avère intéressante pour mieux identifier ce qui le constitue. Bien que cette définition remette en question la définition généralement utilisée par les établissements de santé, elle semble incorporer des éléments de

l'analyse de concept de Lobo et al. (2013). On peut y comprendre, par exemple, que tenter de convaincre une infirmière de rester pour soutenir ses collègues surchargées fait appel à la perception de choix ou du manque de choix de l'infirmière de la définition de Lobo et al. (2013). La définition de Morin vient ajouter des situations supplémentaires à ce qui constitue un TSO en comparaison avec la vision traditionnelle qui se limite au premier élément de la définition.

Un autre élément à considérer dans la définition du temps supplémentaire obligatoire est la définition d'un temps supplémentaire. La définition de temps supplémentaire volontaire peut englober certains quarts de travail d'une longueur de 8h lorsque ceux-ci sont effectués en journée additionnelle du poste de l'infirmière (FIQ, 2016). Autrement dit, les infirmières peuvent faire des journées en plus de leurs horaires réguliers qui seraient rémunérés comme des temps supplémentaires, mais qui n'ont pas une durée dépassant les heures régulières Fédération de la santé et des services sociaux, 2021; FIQ, 2016). Ces heures travaillées entrent donc dans les statistiques des temps supplémentaires sans toutefois venir avec la charge de fatigue associée à de longues heures consécutives travaillées. À l'inverse, un TSO dépasse nécessairement les heures régulières et vient donc systématiquement avec cette charge additionnelle. La prise en compte des heures supplémentaires volontaires pourrait avoir un effet venant mitiger les résultats des études voulant évaluer le TSO. Il est donc important de considérer les études qui n'abordent pas seulement les temps supplémentaires, mais également les effets de la longueur des quarts de travail étant donné qu'un TSO est souvent un quart de travail plus long.

Le TSO et le TS peuvent prendre plusieurs formes. Par exemple, dans une étude effectuée dans l'état du Maryland aux États-Unis, les auteurs ont considéré que les heures obligatoires sur appel sont également du TSO (Trinkoff et al., 2011). Le TSO et les heures obligatoires sur appel ont été comptabilisés indépendamment. Les heures obligatoires sur appel sont en fait des moments

où l’infirmière doit être obligatoirement disponible sur appel pour combler des besoins en effectifs. Ces heures ne sont pas comptabilisées comme du TSO, car si l’infirmière n’est pas sollicitée elle ne travaille pas. Il est intéressant de noter que dans cette étude, le TSO n’est pas défini explicitement. Les infirmières répondant au sondage indiquent si elles font du TSO durant une période donnée, mais il n’est pas précisé ce qui est considéré comme tel.

2.4 Contexte légal du TSO au Québec

Il peut sembler contre-intuitif qu’un pays industrialisé puisse permettre le travail obligatoire. En effet, l’article 46 de la Charte des droits et libertés de la personne confère à toute personne qui travaille le droit « à des conditions de travail justes et raisonnables » (Éditeur officiel du Québec, 1975). Le message véhiculé par cet article devrait empêcher le travail forcé qui ne serait ni juste ni raisonnable. Aussi, dans l’article 59.01 de la Loi sur les normes du travail du Québec, il est clairement inscrit qu’un salarié est en droit de refuser de travailler lorsqu’ « on lui demande de travailler plus de 2 heures au-delà de ses heures habituelles quotidiennes de travail ou plus de 14 heures par période de 24 heures » (Gouvernement du Québec, 2020). Cependant, les infirmières sont exemptées des normes du travail, car leurs conditions de travail sont dictées par les conventions collectives syndicales (Gouvernement du Québec, 2020). Sous réserve de cette loi elle-même, certaines de ses dispositions agissent cependant comme un minimum prévu. Le TSO, n’étant pas mentionné dans les conventions collectives des infirmières du Québec, n’est donc pas interdit selon celles-ci (Garzouzi, 2019; Morin, 2014).

L’interprétation du code de déontologie des infirmières par les gestionnaires vient en partie jeter un flou sur la légalité des TSO. Les infirmières sont tenues d’assurer la surveillance clinique et le suivi requis par l’état de leurs patients (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2019). Le code de déontologie, selon le TAT, pourrait donc permettre l’application du TSO dans la mesure

où aucune autre infirmière ne peut assurer la continuité des soins du patient (Garzouzi, 2019). Les gestionnaires pourraient alors forcer l’infirmière à rester un quart de travail supplémentaire. Face à cette situation, l’OIIQ a pourtant maintenu récemment et à plusieurs reprises que les TSO doivent demeurer une mesure d’exception et que le code de déontologie ne peut servir de menace dans l’utilisation de celui-ci (Létourneau et al., 2018; Mathieu, 2021; OIIQ, 2018). L’OIIQ a également soulevé l’importance de l’aptitude de l’infirmière ainsi que son droit de refus (OIIQ, 2018). Ainsi, une infirmière qui se juge inapte à pratiquer, si elle se sent trop fatiguée par exemple, est en droit de refuser de faire un quart de travail supplémentaire. Il est toutefois pertinent de mentionner que, bien que l’OIIQ émette ces rappels concernant l’application du TSO, il prend toujours soin de préciser que cela ne relève pas de son mandat, mais de celui de la gestion et des relations de travail (Létourneau et al., 2018). Le droit de refus de faire du TSO est cependant reconnu à travers la jurisprudence du TAT (Garzouzi, 2019; Morin, 2014).

Le code de déontologie a pourtant déjà été utilisé pour faire pression sur des infirmières afin de leur imposer un TSO (Dubé, 2021; Morin, 2014; Stake-Doucet, 2021). En effet, dans un cas opposant le CHU de Québec et la FIQ, des témoignages d’infirmières mettent en lumière une tactique répandue dans le réseau qui consiste à menacer les infirmières de les dénoncer à leur ordre professionnel pour un bris de leur code de déontologie (Morin, 2014). Pourtant, aucune sanction déontologique à une infirmière ayant refusé de faire du TSO n’a pu être retrouvée dans une recherche dans les jugements rendus par l’OIIQ.

Selon l’OIIQ, il n’y a pas de limite légale d’heures consécutives qu’une infirmière peut travailler (M.-A. Arsenault, communication par courriel, 9 novembre). Certains syndicats exigent, dans leur convention collective, un nombre minimal de 8h de repos entre deux quarts de travail, mais cela n’empêcherait pas une infirmière de travailler au-delà de 12h, voir même 16h. Il arrive

même parfois que des infirmières travaillent durant plus de 24h (Archambault, 2017). Malgré tout, au Québec, il est davantage fréquent de voir un TSO imposé sur une durée de 1 à 8h (Morin, 2014). L'imposition du TSO faite dans les établissements du Québec est directement en lien avec le nombre d'infirmières disponibles ainsi que l'organisation de travail.

2.5 Portrait de la pénurie effective d'infirmières

La pénurie d'infirmières, la proportion élevée de contrats à temps partiel et l'organisation du travail influencent l'utilisation du TSO. Comment en sommes-nous arrivés à appliquer des TSO 95 fois en moins d'un mois dans un seul hôpital (FIQ, 2019)? Un facteur qui semble contribuer à ce contexte est en fait la pénurie d'infirmières affectant l'entièreté du Canada (Gouvernement du Canada, 2021). Selon l'analyse du Canadian Occupational Projection System (COPS) qui se concentre sur les années 2019 à 2028, cette pénurie persistera et risque même de s'aggraver durant cette période (Gouvernement du Canada, 2021). Cette projection est faite en calculant la différence entre les infirmières qui vont chercher un emploi ainsi que les demandes en personnel projetées. Le nombre d'infirmières cherchant un emploi est estimé en regardant les finissants des programmes, l'immigration de professionnels ainsi que la mobilité des infirmières à travers le pays. Pour ce qu'il en est des besoins en ressources en infirmières, celles-ci sont expliquées par la retraite des professionnels déjà en place, l'expansion des infrastructures ainsi que le vieillissement de la population qui sont trois énormes défis se dressant à l'horizon pour le réseau de la santé canadien. On y projette donc que sur la période identifiée, ce sont 191 100 nouveaux emplois d'infirmières qui seront disponibles contre 154 600 infirmières qui chercheront à les combler. Par ailleurs, selon des données recueillies par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en 2019, le Canada comptait 9,98 infirmières par 1000 habitants (OCDE, 2019). Cela le place au 18^e rang des pays avec le plus d'infirmières par 1000 habitants. Ceci est

donc au-dessus de la moyenne de 8,8 des pays évalués, mais en dessous des États-Unis (11,7 inf./1000 habitants; 9^e rang) et en dessous de la Suisse (17,98 inf./1000 habitants; 1^{er} rang). Malgré ces données, il est difficile d'évaluer la relation entre cette proportion et les taux d'usage des TSO. Il est cependant possible de croire que s'il y a effectivement une pénurie d'infirmières au Canada, une meilleure gestion de leur utilisation pourrait certainement aider à mitiger les effets de celle-ci.

D'un autre côté, la profession infirmière au Québec subit actuellement une croissance du nombre de ses effectifs. Lorsqu'on regarde les nouvelles inscriptions au tableau de l'ordre entre 2015 et 2020, on peut objectiver cette croissance. Par exemple en 2018-2019, ce sont près de 1275 nouvelles infirmières qui se sont inscrites au tableau de l'ordre soit une croissance de 1,7% suivie d'une croissance de 2,4% en 2019-2020 (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2020). En comparaison, en 2015-2016 et en 2016-2017 ces taux étaient de 0,8 et 0,4%. Le président de l'OIIQ mentionne également qu'il n'y a jamais eu autant d'infirmières inscrites (Morasse, 2021). Cependant, cette croissance en effectifs n'a pas suffi à pallier les TSO qui ont continué d'être imposés dans le réseau durant ces années.

Malgré le portrait de pénurie se dressant sur l'entièreté du pays, il n'en demeure pas moins que la gestion du système de santé est une responsabilité provinciale. Les provinces peuvent donc se doter de mécanismes indépendants de gestion de personnel afin de tenter d'optimiser leur gestion des ressources humaines. Il pourrait être cependant intéressant de s'inspirer des pratiques de gestion de la santé dans le reste du Canada et du monde pour tenter de trouver des solutions à cette pénurie. Il est donc pertinent, dans le but de broser un portrait global de la gestion des ressources infirmières au Québec, de comparer notre province avec les autres.

C'est le travail qui a été effectué par Laberge et Montmarquette (2009). Ces économistes sont arrivés à plusieurs constatations dont certaines peuvent sembler contre-intuitives en contexte

de pénurie. La plus marquante est que les infirmières du Québec travaillent moins d'heures effectives en moyenne par infirmière que les infirmières dans les autres provinces du Canada. Il faut cependant garder en tête qu'une simple analyse du nombre d'heures travaillées n'offre pas un regard complet sur la réalité des professionnelles. En s'appuyant entre autres sur cette différence entre les heures travaillées, les auteurs remettent en question le calcul effectué par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et soutiennent que celui-ci exagère la pénurie. En fait, le MSSS se base sur le taux de temps supplémentaire dans un milieu afin d'estimer la pénurie d'effectifs (Ariste, Béjaoui et Dauphin, 2019; MSSS, 2020). Ainsi, si les infirmières travaillaient davantage en temps complet, il y aurait moins d'heures supplémentaires à combler et la pénurie d'effectifs serait atténuée en fonction de ce calcul.

Pour Laberge et Montmarquette, une partie de la solution à la pénurie repose dans le rattrapage de cet écart entre les heures travaillées au Québec et celles en Ontario. Ces auteurs montrent également que les infirmières québécoises occupent proportionnellement plus de postes à temps partiel que leurs homologues canadiennes. En fait, selon leurs données, 15,3% des infirmières québécoises travaillaient à temps partiel en raison de leur incapacité à trouver du travail à temps plein ou pour d'autres raisons liées aux conditions du marché de l'emploi.

De plus, les auteurs montrent que les infirmières du Québec ne travaillent pas plus d'heures, tant en heures supplémentaires que régulières, que les infirmières du reste du Canada. Cela serait attribuable, selon les auteurs, à un manque dans les incitatifs financiers offerts par le marché du travail dans le domaine de la santé. Comme ils le disent eux-mêmes : « il n'est pas question de dévaloriser le travail infirmier ou de laisser croire que les infirmières sont paresseuses, mais bien de noter que comme tout travailleur, elles répondent aux incitations données par le cadre de travail qu'on leur offre. »

Les infirmières en Ontario sont sensiblement mieux payées qu'au Québec ce qui peut sembler être un bon incitatif pour encourager les infirmières à travailler plus d'heures. En fait, les infirmières en Ontario sont mieux payées que celles du Québec tant en salaire horaire réel qu'en pourcentage du salaire moyen provincial. En 2007, les infirmières du Québec gagnaient un salaire horaire réel de 29,38\$ alors que celles en Ontario gagnaient 34,17\$ et celles dans le reste du Canada 33,81\$. En pourcentage du salaire moyen, les infirmières du Québec gagnaient 137,5% contre 145% en Ontario et 148,6% ailleurs au Canada. Les infirmières en Ontario et dans le reste du Canada ont donc des revenus plus élevés en comparaison avec le reste des travailleurs de leur province. Il est d'ailleurs intéressant de constater que l'écart entre les salaires des infirmières au Québec et en Ontario n'a cessé d'augmenter entre 2003 et 2009 (Laberge et Montmarquette, 2009). Des données plus récentes montrent que l'écart des taux horaires des infirmières du Canada désavantage toujours les infirmières québécoises. Le taux horaire à l'échelon maximal prévu dans les conventions collectives en 2018-2019 était de 41,22\$ au Québec contre 45,94\$ en Ontario et 50,77\$ en Colombie-Britannique (Dionne, 2021). L'auteur ne présente toutefois pas ces données en pourcentage du salaire moyen de ces provinces. Ce taux ne tient également pas compte des nombreuses primes (ex. : primes de soir, nuit, soins critiques, d'éloignement, etc.) pouvant s'appliquer aux salaires des infirmières, ni au coût de la vie dans toutes les provinces.

2.6 L'impact de l'organisation du travail

Bien que les données relatives à la pénurie de personnel ne chiffrent pas le TSO au Québec, elles nous permettent de brosser un portrait de l'organisation du travail des infirmières et l'influence de celle-ci sur les heures travaillées en comparaison avec le reste du Canada. Une de ces particularités essentielles à considérer tout au long de l'étude du TSO au Québec est la différence entre le réseau francophone et anglophone. Bien que les hôpitaux francophones et

anglophones au Québec soient régis par les mêmes lois, leurs cultures organisationnelles ainsi que leur organisation du travail différent (Porter, 2018). En effet, le réseau de santé anglophone au Québec tend à offrir un nombre majoritaire de quarts de travail de 12h. Au Centre Universitaire de Santé de McGill (CUSM), par exemple, ce sont près de 80% des postes offerts qui sont en 12h (Porter, 2018). Les gestionnaires de ce milieu constatent qu'il y aurait une différence considérable sur le nombre de TSO imposé (Porter, 2018). Cela s'explique par le fait qu'une infirmière ne peut assurer elle-même plus d'un quart de travail complet. Le TSO n'y est pas impossible par contre. Une infirmière peut être forcée de travailler des heures supplémentaires en attendant qu'une autre infirmière assure sa relève. Toutefois, lorsqu'il manque d'infirmières pour assurer la relève, les infirmières restantes doivent assurer le relai et ont des charges de travail nettement augmentées ce qui peut potentiellement affecter la qualité des soins (Porter, 2018).

D'un autre côté, une infirmière travaillant des quarts de travail de 8h peut assurer sa propre relève pour un quart de travail complet. Elle peut donc à elle seule couvrir un besoin d'une infirmière sur le quart de travail subséquent. Il peut donc sembler comme une solution simple de transformer tous les quarts de travail d'infirmières en 8h pour en faire des quarts de travail de 12h (Despatie et Fimbry, 2018). Toutefois, il y a des enjeux liés aux postes de travail de 12h, notamment les risques associés à l'épuisement accru que ces longues heures de travail impliquent, ce qui n'en fait pas une solution répondant au fond de la question (Harris, Sims, Parr et Davies, 2015; Stimpfel et al., 2012; Virtanen et al., 2010).

Les milieux anglophones composent pourtant avec un contexte similaire aux milieux francophones, mais parviennent à mieux retenir leur personnel et faire moins de TSO selon leurs gestionnaires (Porter, 2018). Il est donc intéressant de noter que l'une des explications avancées par Jacinthe Pépin, alors directrice du Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) de

l'Université de Montréal, est qu'il y a moins de TSO dans le milieu anglophone également en raison de l'approche de ces institutions (Porter, 2018). Ces organismes prôneraient aussi davantage la collégialité et moins la hiérarchie, bien que l'impact sur le TSO n'est pas expliqué. Par ailleurs, dans un mémoire sur la relation entre l'organisation du travail et le TSO chez les infirmières, on note plusieurs facteurs semblant favoriser le recours au temps supplémentaire (Rossignol, 2017). On y note entre autres, le taux élevé d'emploi à temps partiel chez les infirmières, la composition de l'équipe de soins, le type de quarts de travail (jour, soir, nuit), la philosophie de gestion et la culture de l'établissement. La pénurie d'infirmières, la proportion de celles-ci à temps partiel, la culture organisationnelle ainsi que l'organisation du travail semblent donc des facteurs exacerbant le TSO.

2.7 Le TSO dans les autres professions

Les infirmières ne sont pas les seules à être exemptées des normes du travail. Il en va de même pour tous les professionnels de la santé. Dans certains de ces corps professionnels syndiqués, les procédures entourant le TSO sont explicitement identifiées. Les techniciens ambulanciers paramédics par exemple peuvent faire du TSO selon l'article 16.07 de leur convention collective (Fraternité des Travailleurs et Travailleuses du Préhospitalier du Québec, 2018). Ce TSO peut s'effectuer seulement dans une limite de 16h consécutive par 24h. Il n'est pas convenu comment le TSO est imposé, mais le TS volontaire est attribué « par ancienneté et à tour de rôle, de façon à le répartir équitablement entre les personnes salariées qui font normalement ce travail ». La liste des personnes effectuant le TS volontaire est remise à zéro tous les ans.

Chez les pompiers, il est explicitement indiqué que «le directeur ou son représentant peut tenir en service tout employé pompier, en tout temps, en dehors de ses heures de travail, y compris les heures de congé, et pendant tout le temps qu'il juge nécessaire, dans les cas d'urgence» (Ville

de Montréal et Association des pompiers de Montréal, 2010). Une autre mesure prévue dans la convention collective des pompiers permet de déplacer du personnel d'une caserne à l'autre afin de limiter les heures supplémentaires.

Les policiers, en vertu de l'article 12.00 et 12.01 de leur convention collective, peuvent également être obligés à travailler (Ville de Montréal et Fraternité des Policiers et Policières de Montréal, 2015). Par contre, pour permettre cette obligation, il faut qu'un état d'urgence soit déclaré par le Directeur du service sur une période limitée. Cependant, il n'est pas indiqué la limite maximale de l'état d'urgence ou les modalités entourant le processus d'imposition d'un TSO.

Il est intéressant de se pencher également sur le cas des camionneurs. Comme les infirmières, les camionneurs travaillant de longues heures consécutives peuvent commettre des erreurs lourdes de conséquences. En Alberta, lorsqu'un camionneur termine un quart de travail, l'employeur ne peut pas forcer l'employé à reprendre le travail avant d'avoir eu une période de repos minimale de 8h (Gouvernement de l'Alberta, 2020). Il s'agit d'une restriction prenant en compte la fatigue associée aux longues heures de travail. Ces restrictions s'apparentent aux heures minimales de repos entre deux quarts de travail dans les conventions collectives des infirmières du Québec.

Dans certaines autres professions essentielles, il semble donc exister des formes de TSO et elles semblent être également entourées d'un certain flou. Par contre, à l'inverse de la profession infirmière, les conditions entourant son application et limitant les répercussions négatives sont plus claires et font partie intégrante des conditions de travail de ces professions.

2.8 Effets néfastes du TSO

Le travail prolongé peut entraîner de lourdes conséquences pour les patients, les infirmières ainsi que pour les établissements de santé. Il est important, dans le cadre de l'étude du TSO, de

comprendre en profondeur toutes les conséquences que peut entraîner un usage de cette méthode de gestion.

2.8.1 Effets du TSO sur les patients : L'usage du temps supplémentaire obligatoire peut avoir de lourdes conséquences chez les patients. En effet, dans une étude incluant plus de 22 000 infirmières, l'augmentation de la longueur des quarts de travail est associée à une augmentation de la probabilité de rapporter une mauvaise qualité et sécurité des soins (Stimpfel et Aiken, 2013). Cette association est plus forte lorsque les heures supplémentaires sont imposées à une infirmière qui n'est pas prévenue d'avance. Dans cette étude, la qualité et la sécurité des soins sont rapportées par les infirmières qui ont répondu à la question « comment décririez-vous la qualité des soins infirmiers prodigués sur votre unité » sur une échelle en 4 points allant de « mauvaise » à « excellente ». Les auteurs ont séparé les infirmières étudiées en 4 groupes selon si elles travaillaient 8-9 h, 10-11h, 12-13h ou plus que 13h. Une recension systématique des écrits par Bae et Fabry (2014) qui s'est penchée sur les effets des temps supplémentaires sur les patients et les infirmières peut nous aider à qualifier cette diminution de la qualité et de la sécurité des soins. Dans cette étude, 24 articles ont été retenus et on y sépare les impacts en fonction de la longueur des quarts de travail ou du travail fait en temps supplémentaire. On peut y voir que le temps supplémentaire augmente le risque des infections urinaires associées à une sonde vésicale (Bae et Fabry, 2014; Stone et al., 2007). On y voit également une augmentation significative des plaies de pression (Bae et Fabry, 2014; Stone et al., 2007). Une autre conclusion intéressante soulevée dans cette recension systématique des écrits est la corrélation positive trouvée entre le TS volontaire et les erreurs de médicaments (Bae et Fabry, 2014; Olds et Clarke, 2010). Comme mentionné précédemment, il existe certaines nuances entre le TS volontaire et le TSO qu'il faut prendre en considération avant de généraliser les études sur le TS volontaire au TSO (voir section 2.3).

Une autre étude a également démontré une faible corrélation entre le temps supplémentaire volontaire et une augmentation des infections nosocomiales ainsi qu'avec les chutes de patients (Olds et Clarke, 2010). Selon les auteurs, la faiblesse de cette association est explicable par l'aspect plus indirect et complexe des éléments favorisant les infections nosocomiales. En effet, il y a plusieurs facteurs favorisant la transmission d'infections nosocomiales, incluant des facteurs organisationnels et liés aux patients qui ne sont pas évalués dans cette étude. Il peut aussi être plus difficile pour les infirmières d'identifier les causes d'infections nosocomiales lorsque la continuité des soins n'est pas optimale.

Cette baisse dans la qualité des soins ne passe pas inaperçue pour les patients. On observe, dans une analyse de questionnaires de satisfaction des patients, une corrélation significative entre la longueur des quarts de travail, indifféremment des heures supplémentaires, et une diminution de la satisfaction des patients (Stimpfel et al., 2012).

Certaines complications médicales sont également associées aux conditions de travail des infirmières. Par exemple, il semble y avoir une corrélation entre la mortalité par pneumonie et la longueur des quarts de travail ainsi que le manque de temps de repos entre deux quarts de travail (Trinkoff et al., 2011). Il est à noter que dans cette étude, la corrélation entre le temps supplémentaire obligatoire et la mortalité subséquente n'était pas significative. Ceci pourrait être attribuable au fait que dans cette étude, on ne mesurait pas exclusivement le TSO et seulement 13% des infirmières rapportaient avoir fait du TSO. Pourtant, près de 40% des infirmières répondantes à l'étude avaient des heures obligatoires sur appel. Ces données sont compilées séparément et ne montrent également pas de corrélation significative avec la mortalité.

2.8.2 Effets du TSO sur la santé des infirmières : Le TSO a des impacts sur la santé physique des infirmières. Un impact particulièrement frappant est le lien entre le travail

supplémentaire (volontaire ou non) et les maladies cardiovasculaires (Virtanen et al., 2010). Cet impact a été mis en évidence dans une large étude longitudinale sur les déterminants de la santé des travailleurs du domaine public en Angleterre (Marmot et al., 1991). On y a suivi plus de 10 000 travailleurs en y recensant les données périodiquement. Il ne s'agit donc pas seulement de travailleurs du domaine des soins infirmiers, mais de toute la fonction publique. Des analyses subséquentes de ces données ont également trouvé que les longues heures de travail supplémentaires peuvent prédisposer à des épisodes de dépression majeure (Virtanen et al., 2012).

Dans la recension des écrits de Bae et Fabry (2014) mentionnée précédemment, on y dénombre de nombreux impacts du temps supplémentaire obligatoire ainsi que de la longueur des quarts de travail sur les infirmières. En travaillant des heures supplémentaires obligatoires, les infirmières se mettent à risque de troubles musculosquelettiques, de blessures et de maladies (Bae et Fabry, 2014). Ces blessures peuvent souvent se produire dans la manipulation d'aiguilles ou d'objets coupants (Bae et Fabry, 2014; Ilhan, Durukan, Aras, Türkçüoğlu et Aygün, 2006; Olds et Clarke, 2010). On associe le risque de blessures au travail à plusieurs éléments associés aux longues heures de travail comme la fatigue ou le manque de concentration, mais aussi à d'autres éléments qui peuvent sembler moins évidents (Olds et Clarke, 2010). Par exemple, l'irritabilité peut venir exacerber le risque de blessures dans le contexte des soins en limitant la collaboration et la demande d'aide dans la prise en charge d'un patient particulièrement agité (Olds et Clarke, 2010).

Bien que directement liées aux épisodes de dépression majeure, les heures supplémentaires sont également en lien avec certains autres facteurs prédisposant à la dépression et à l'épuisement professionnel. En fait, le simple fait de travailler des quarts de travail de 12h semble augmenter le risque d'épuisement professionnel par rapport aux quarts de 8h (Stimpfel et al., 2012). Ceci ajoute

une nuance à la proposition de changer tous les quarts de travail de 8h à 12h pour éviter le TSO. Une autre étude a montré les liens entre l'organisation du travail des infirmières et le déséquilibre entre la vie familiale et l'emploi (Heponiemi, Kouvonen, Sinervo et Elovainio, 2010). Cette étude menée auprès de plus de 1700 infirmières finlandaises révèle entre autres que le travail supplémentaire ainsi que le nombre d'enfants sont en lien direct avec ce déséquilibre. Le déséquilibre entre la vie familiale et l'emploi est défini par la fréquence à laquelle l'emploi interfère dans les activités quotidiennes de la vie familiale et est mesuré par un questionnaire touchant des situations en fonction de la fréquence. Ils n'ont toutefois pas trouvé de corrélation significative entre le travail en temps supplémentaire et les troubles du sommeil.

D'autres éléments associés avec la longueur des quarts de travail peuvent grandement affecter la santé mentale des infirmières qui doivent subir un TSO. Un élément inquiétant soulevé par de nombreux écrits dans la revue de littérature de Bae et Fabry (2014) est la fatigue au volant et les accidents de la route. En effet, selon une étude de Scott et al. (2007), la longueur des quarts de travail est associée à la difficulté de rester éveillé et de la somnolence au volant après son quart de travail. Cette corrélation est présente même pour les quarts de travail de 12h. De plus, cette étude montre une corrélation entre cette fatigue et les accidents de la route et/ou les accidents évités de justesse. Cela vient corroborer l'une des rares études sur le sujet de Gold et al. (1992). On y voit également que ces risques sont présents pour tous les quarts de travail, mais semblent affecter de manière disproportionnée les infirmières qui travaillent à rotation qui seraient 4 fois plus à risque que leurs collègues d'avoir des accidents de la route (Gold et al., 1992; Scott et al., 2007). Selon ces auteurs, tant que cette problématique ne sera pas prise en charge, les infirmières fatiguées sur la route constitueront un danger pour elles-mêmes et pour les autres.

2.8.3 Effets sur les organisations : L'usage du TSO a un effet négatif sur la rétention du personnel créant un cercle vicieux contribuant à la pénurie de personnel. Les taux de roulement dans la profession infirmière sont identifiés comme un problème majeur dans le réseau canadien de santé. O'Brien-Pallas et al. (2010) ont identifié entre autres la dotation adéquate et stable des unités en infirmières ainsi que la diminution du temps supplémentaire comme des éléments réduisant le taux de roulement.

Le roulement est très coûteux pour un établissement de santé. Il peut coûter pour un établissement entre 42 000 \$ et 64 000 \$ pour remplacer une infirmière (O'Brien-Pallas et al., 2010; Strachota, Normandin, O'Brien, Clary et Krukow, 2003). Lorsqu'on ajuste ces coûts calculés en 2000 avec l'inflation ceux-ci s'élèvent à 60 233\$ jusqu'à 91 785\$ en 2020. Ces sommes reposent en partie sur le processus d'embauche soit le remplacement temporaire, la promotion du poste, le recrutement et embauche. Elles sont également modulées par le type d'unité sur lequel le roulement s'effectue. Pour les unités plus spécialisées, les coûts sont plus élevés et peuvent être associés, par exemple, à l'orientation d'une nouvelle infirmière. À ces coûts s'ajoutent également des montants indirects liés à la baisse de productivité initiale d'une nouvelle infirmière en comparaison avec une infirmière expérimentée (O'Brien-Pallas et al., 2010; Strachota et al., 2003). Le taux de roulement plus élevé n'est pas le seul impact sur les coûts des établissements.

Le temps supplémentaire et les postes vacants augmentent également les coûts pour les établissements. Une étude américaine montre que lorsqu'il y a beaucoup de temps supplémentaire et de postes vacants sur une unité, les coûts semblent augmenter pour les usagers (Bobay, Yakusheva et Weiss, 2011). Ils sont associés à une augmentation des réhospitalisations non planifiées ainsi qu'à une augmentation des visites à l'urgence. En plus d'être un indicateur de mauvaise qualité de soins, les réhospitalisations entraînent des charges fiscales supplémentaires

sur les réseaux de santé. Aux États-Unis, il ne semble pas y avoir d'incitatif à augmenter la dotation, car ce sont les patients et les compagnies d'assurances qui assument les coûts de ces pratiques. Par contre, dans les pays avec des assurances de santé universelles, l'augmentation des coûts est prise en charge par la collectivité. Il faut d'ailleurs considérer que lorsqu'une infirmière travaille en temps supplémentaire, son taux horaire est généralement majoré. Au Québec, par exemple, le salaire d'une infirmière en temps supplémentaire est payé à son taux horaire et demi (FIQ, 2016). Ceci exclut les primes et les temps supplémentaires effectués durant des jours fériés qui sont rémunérés à taux double. Plus il y a d'infirmières qui font du temps supplémentaire, obligatoire ou non, plus le fardeau fiscal devant être pris en charge par la société est grand.

En faisant du TSO, les infirmières se mettent à risque d'absentéisme accru en raison des nombreux effets négatifs de cette pratique de gestion (Bae et Fabry, 2014). L'absentéisme et le temps supplémentaire augmentent les réadmissions non planifiées des patients après moins de 30 jours du congé (Bobay et al., 2011). De plus en plus utilisés comme un indicateur sensible aux soins infirmiers (Dubois et al., 2017), les taux de réadmission semblent augmenter lorsque la dotation en personnel d'une unité est basse et que le taux de postes vacants est haut (Bobay et al., 2011). Les auteurs de l'étude expliquent qu'une infirmière moins surchargée a davantage le temps de s'appliquer à identifier les besoins des patients post-congé de l'hôpital. Ces patients sont donc pris en charge de manière plus optimale réduisant ainsi leurs risques de revenir après les interventions. D'un autre côté, les auteurs expliquent que de manière générale les taux de postes vacants sont souvent compensés par du TS ce qui augmente la fatigue des infirmières et pourrait affecter la qualité des soins (Bobay et al., 2011).

Les TSO entraînent des conséquences négatives pour les patients en diminuant la qualité et la sécurité des soins, les mettant plus à risque de contracter des infections nosocomiales ou de subir

des erreurs de médications. Le TSO impacte également directement et indirectement la santé physique et mentale des infirmières, les prédisposant entre autres à des troubles musculosquelettiques ou des épisodes de dépression majeure. Les organisations souffrent également de l'usage des TSO, tant par toutes les conséquences négatives sur leurs travailleurs et leurs usagers que par les coûts associés à celui-ci. Le TSO constitue donc un enjeu ayant un impact à tous les niveaux du système de santé.

2.9 Le TSO dans le contexte de pandémie

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, le poids mis sur les réseaux de santé et les professionnels de la santé dans le monde s'est alourdi (Benfante, Di Tella, Romeo et Castelli, 2020; Burki, 2020). Le Québec ne fait pas exception. Dans un réseau de santé où le TSO faisait déjà partie des réflexes des organisations, sa prévalence ne semble pas avoir diminué. Devant cette persistance des conditions de travail qui ne semblaient pas s'améliorer, plusieurs infirmières ont choisi de quitter le réseau public pour aller travailler dans des agences de placement. L'OIIQ a d'ailleurs enregistré la plus forte hausse d'infirmières en réseau privé dans les 10 dernières années en 2020-2021, soit une hausse de 19% (OIIQ, 2021). Il est à noter qu'un nombre important d'infirmières travaillent pour des agences de placement font leurs quarts de travail dans des établissements publics tout en ayant des conditions de travail dictées par les agences, qui leur garantissent souvent des horaires flexibles et une exemption des TSO (Groupe Santé MF agence de placement, 2021).

Dans une tentative de mitiger les effets de la pandémie, appuyé par le décret de l'état d'urgence sanitaire, le gouvernement du Québec a conféré aux établissements des droits supplémentaires. Parmi ceux-ci, on note le droit d'annuler les vacances, le droit d'affecter le personnel, à l'endroit, au moment ou à des tâches d'un autre titre d'emploi, ainsi que le droit de

demander des infirmières qui travaillaient à temps partiel de rehausser leurs heures travaillées à l'équivalent d'un poste à temps plein (Ministère de la Justice du Québec, 2020). Ces éléments correspondent tous au premier élément de la définition d'un TSO soit une période pendant laquelle une infirmière est forcée à exécuter une prestation de travail en dehors de son quart régulier de travail.

2.10 Conclusion de la recension des écrits

Notre recension des écrits a permis d'explorer plusieurs éléments centraux à la compréhension du TSO. D'abord, nous avons dressé un portrait du processus d'imposition d'un TSO et exploré le contexte légal entourant celui-ci. La littérature sur les effets des TSO, des TS ainsi que des longues heures travaillées nous a permis de voir que les TSO peuvent entraîner des répercussions néfastes pour les patients, les infirmières ainsi que pour les organisations de santé. Même si la littérature nous permet de démontrer que les TSO sont néfastes, il existe peu d'études évaluant des interventions pouvant être mises en place pour les diminuer. À notre connaissance, il n'existe également aucune étude qui regroupe les interventions. C'est pourquoi nous jugeons que notre recherche est importante. Face à l'ampleur des effets du TSO, il est impératif de tenter de trouver des solutions permettant de l'éradiquer.

Chapitre 3. Méthode

3.1 Devis

Afin de répondre aux objectifs de notre étude, nous avons choisi d'utiliser la revue narrative des écrits. L'objectif d'une revue narrative est de brosser un portrait des écrits en lien avec un sujet précis (Baethge, Goldbeck-Wood et Mertens, 2019).

Il existe des différences entre la revue narrative et les autres formes de revues de littérature systématiques ou non. Une de ces caractéristiques distinctes est en fait le processus de sélection des articles ainsi que l'aspect systématique de la recension des écrits. Dans la revue narrative, les articles centraux à la compréhension de la problématique exposée doivent être justifiés et traités et de manière individualisée. La revue doit être considérée dans le contexte de la recherche menée. L'absence de processus délimité de sélection des articles peut d'ailleurs être un atout dans une recherche sur un sujet aussi mal défini que le TSO. Certains articles dont le sujet principal ne touche pas explicitement au TSO peuvent contenir des éléments très pertinents à la recherche d'alternatives ou à l'explication de ce phénomène. La méthode de la revue narrative nous offre donc la possibilité d'aller extraire ces informations en se basant sur la justification que nous y donnerons. Bien qu'il s'agisse d'un type de revue de littérature non systématique, la revue narrative n'est pas moins rigoureuse lorsqu'elle suit des règles clairement établies. C'est pour cela que la présente revue narrative se base sur le *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles* (SANRA) (Baethge et al., 2019).

L'échelle SANRA, visant à évaluer la qualité d'une revue narrative, a été développée entre 2010 et 2017 dans un contexte où il n'existait pas d'outil du genre. En 2019, les auteurs présentent une version révisée de leur échelle. Dans l'étude présentant cette échelle révisée, les chercheurs ont évalué la faisabilité, la fiabilité interne, l'homogénéité ainsi que la constance des résultats

(Baethge et al., 2019). Ils ont conclu que cette échelle pourrait permettre d'augmenter le standard des revues non systématiques comme les revues narratives. Il s'agit d'une échelle d'évaluation des revues narratives se basant sur 6 éléments importants. Ceux-ci sont notés sur une échelle de 0 à 2 et le score cumulatif indique la qualité de la revue (voir Annexe 3). Les 6 éléments de la grille SANRA sont :

1. La justification de l'article pour le lecteur
2. La présence de questions de recherche explicites
3. La description du processus de recherche
4. Les références et citations
5. Le raisonnement scientifique
6. La présentation des données de manière appropriée

Le premier élément de la grille vise à expliciter la justification de l'article. L'objectif est de justifier pourquoi l'article rédigé est important pour la littérature. Pour faire cela, il faut expliquer comment l'article sert à présenter la problématique à l'étude ainsi que comment celui-ci aborde et met en évidence les lacunes de la littérature (Baethge et al., 2019). L'article doit également mettre en évidence les questions qui ne sont pas répondues dans la littérature. Ces éléments sont évalués en fonction de l'exhaustivité des justifications données.

Le deuxième élément évalué par l'outil SANRA est la présence de question de recherche explicite. Selon les auteurs, une revue narrative de qualité présente explicitement des questions de recherche ou objectifs clairs qui seront adressés dans la revue (Baethge et al., 2019). Dans le cas de la présente revue narrative, la question de recherche est explicite : quelles sont les interventions pouvant mener à une diminution du TSO?

Le troisième élément évalué par l'outil SANRA est la description du processus de recherche. Les auteurs de l'outil mentionnent qu'une bonne revue narrative est transparente sur son processus de recherche (Baethge et al., 2019). Il faut comprendre que la revue narrative ne vise pas forcément une revue systématique de la littérature. Les auteurs mentionnent d'ailleurs qu'il n'est pas nécessaire de décrire le processus avec autant de détail qu'une revue systématique de littérature pour obtenir un score de 2. Il est cependant impératif de discuter en profondeur des termes de recherche choisis ainsi que du type d'écrits retenus au moment où l'on analyse l'article. On peut donc atteindre une revue narrative de la littérature dont les résultats sont répliquables.

Le quatrième élément évalué porte sur les références et les citations. Pour obtenir le score maximal dans cet élément, il faut que les déclarations clés faites par la revue narrative soient appuyées sur des références et des citations avec constance. Ces références doivent être appropriées et présentes tout au long de l'article écrit pour appuyer les propos de la revue avec rigueur.

Le cinquième élément est le raisonnement scientifique. Celui-ci évalue la qualité scientifique de l'argumentaire avancé par la recherche. Les arguments présentés dans les résultats doivent être expliqués avec un raisonnement scientifique. Ce raisonnement est évalué, entre autres, par le niveau d'évidence des articles présentés et par la présentation de la conception des études retenues. Ce raisonnement est donc affecté par la qualité des écrits retenus.

Le dernier élément évalue la présentation des données de recherche de manière appropriée. Comme les auteurs l'expriment, les données qui sont pertinentes varient d'un domaine à l'autre, mais il est important de toujours les présenter correctement. Ils donnent l'exemple que des données présentant des tailles d'effet doivent être accompagnées d'intervalles de confiance. Le sixième critère est évalué sur l'exhaustivité de la présentation des données. Dans le cas de la présente revue,

nous avons présenté tous les résultats avec les intervalles de confiance et mis en évidence les lacunes dans les données des articles retenus.

3.2 Collecte des données

Avant de faire la collecte des données, nous avons monté un plan des concepts qui semblaient centraux à la compréhension des TSO (voir Annexe 1). Ce plan a été issu de notre recension des écrits et du contexte et nous a permis de mettre en évidence des pistes de recherche. Ce plan, validé avec le directeur de recherche, a permis de mieux structurer les recherches.

La collecte de données s'est faite entre le 1^{er} février 2021 et le 1^{er} septembre 2021. Nous avons utilisé plusieurs avenues de recherche afin d'identifier des documents pertinents. Bien que certaines interventions puissent améliorer les conditions de travail et diminuer l'usage du TS, nous sommes concentrés sur les interventions limitant l'usage du TSO. Afin de ne pas écarter d'interventions pouvant diminuer l'usage su TSO, nous n'avons pas limité nos recherches à des articles publiés, mais avons également effectué des recherches dans la littérature grise, des articles de journaux ainsi que des documents légaux.

Nous avons basé nos critères de sélection sur la question de recherche suivante : quelles sont les interventions pouvant mener à une diminution du TSO? Nous avons retenu les documents qui présentaient une intervention explicitement comme une manière de diminuer le TSO chez les infirmières ou des documents ayant mesuré la prévalence des TSO comme variable dépendante. En plus des critères de sélection initiaux, les articles de journaux ont été retenus s'ils présentaient des avis d'acteurs jouant un rôle clé dans la gestion des TSO, soit des gestionnaires ou des représentants des syndicats. Nous avons limité nos recherches à des documents en français ou en anglais qui abordaient le TSO chez les infirmières. Les termes de recherche utilisés étaient « Temps supplémentaire obligatoire », « Mandatory overtime », « Overtime in nursing », «Staffing Or

Staffing Strategies » et « Compolsury overtime ». Nous avons limité notre recherche à des documents datant des années 2000 à 2021.

La collecte des données s'est fait dans un premier temps sur les bases de données CINAHL, Pubmed, EMBASE, Web of Science et Google Scholar afin d'identifier des articles scientifiques. Par la suite, nous avons effectué une recherche de la littérature grise dans les publications de syndicats et associations professionnelles sur leurs sites internet (liste des organisations présentée à l'annexe 3). Nous avons scruté les conventions collectives des syndicats présentées à l'annexe 3 pour identifier si celles-ci abordaient le TSO et si celles-ci répondaient à nos critères de sélection. Ensuite, une recherche sur un moteur de recherche (Google) a été effectuée avec les mêmes termes pour identifier tout autre document, tel que des articles de journaux. Nous avons également effectué une recherche sur la base de données de la Société québécoise d'information juridique afin d'identifier des documents légaux répondant à nos critères de sélection.

Dans un deuxième temps, la bibliographie des documents abordant le TSO répondant spécifiquement à nos critères de sélection a également été scrutée manuellement afin d'identifier d'autres documents.

Parmi les documents identifiés, nous avons éliminé les doublons et les documents qui ne traitaient pas du TSO ou du TS avec une première sélection basée sur les titres des articles. Nous avons également éliminé les documents qui faisaient mention de certaines interventions pour diminuer le TSO sans amener d'information supplémentaire par rapport à celles-ci (ex. : des brochures de journaux mentionnant la présence de nouvelles lois contre le TSO, mais sans explication ou contexte).

3.3 Analyse des données et critères de rigueur

À partir des informations recueillies dans les documents retenus, nous avons identifié les interventions permettant potentiellement de diminuer le TSO. Ces interventions ont été regroupées et l'analyse des documents s'est faite au travers de ces informations.

L'analyse des données et les critères de rigueur sont basés sur le processus décrit par la grille SANRA (Baethge et al., 2019). Cette analyse s'est fait en fonction des points 4, 5 et 6 de la grille soit les références, le raisonnement scientifique ainsi que la présentation des données de manière appropriée. Concrètement, cela signifie que nous avons justifié pourquoi et comment les articles sélectionnés abordent les interventions diminuant l'usage du TSO de manière exhaustive. Nous avons analysé et présenté chaque document retenu afin d'exposer ce que ces écrits amènent à la problématique. Nous avons également identifié les lacunes des écrits retenus et mis en évidence les éléments qui manquent de preuves ou de données probantes.

Par la suite, une analyse critique des interventions identifiées a été faite pour évaluer si les interventions peuvent être implantées ou si elles semblent manquer d'informations pour justifier leur utilisation. Si des informations sur leur efficacité semblaient manquer, nous avons approfondi l'analyse pour ajouter des compléments d'informations permettant de mieux comprendre les interventions présentées, leur mécanisme potentiel ou leur efficacité sur d'autres facteurs en lien avec le TSO (rétention, attraction de personnel, utilisation du TS, etc.).

Les critères de rigueur de cette revue sont basés sur la grille SANRA et une analyse du texte final a été effectuée avec la grille afin de valider la rigueur de celle-ci.

3.4 Considérations éthiques

Aucune considération éthique n'a été soulevée par la réalisation de cette revue narrative des écrits. Il n'y a donc aucun besoin de soumettre le projet à un comité d'éthique de recherche.

Chapitre 4. Résultats

4.1 Article de recherche :

Titre : Quelles interventions diminuent le temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières? :
une revue narrative de la littérature.

Fares Massaad, Arnaud Duhoux

Fares Massaad, infirmier clinicien

Candidat à la maîtrise en administration des services infirmiers

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Arnaud Duhoux, Ph.D

Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

Chercheur régulier et directeur scientifique : Pôle 1 de recherche (Transformation des pratiques cliniques et organisationnelles) du CISSS de Laval

Chercheur régulier : CR-CLM (Centre de recherche Charles-Le Moyne)

Revue visée : Science of Nursing and Health Practices - Science infirmière et pratiques en santé

Nombre de mots : 7 253 mots

Nombre de tableaux : 2

Nombre de figures : 1

L'article est rédigé en français et sera traduit par la suite pour la soumission.

Voir l'annexe 4 pour les critères de soumission de la revue

4.2 Résumé

Problématique Le contexte de pénurie de personnel infirmier doublée d'une organisation du travail sous optimale a pour conséquence d'augmenter le risque d'un bris de service qui est souvent contré par l'usage du Temps Supplémentaire Obligatoire (TSO). Cette méthode de gestion impose des pressions grandissantes sur les infirmières. L'usage du TSO entraîne des effets néfastes pour les usagers, les infirmières ainsi que les organisations de santé. **But** Le but de cette étude est d'identifier et faire une analyse critique des interventions qui permettent de diminuer le TSO. **Méthode** Une revue narrative des écrits a été réalisée afin d'identifier les interventions présentées comme ayant le potentiel de réduire l'usage du TSO. La revue narrative a suivi le modèle *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*. **Résultats** Nos recherches ont permis d'identifier 12 interventions rapportées comme pouvant réduire l'usage du TSO. Elles sont applicables à 4 différents niveaux dans l'organisation des services de santé, soit le niveau législatif, le niveau systémique, le niveau organisationnel ainsi qu'au niveau d'une unité de soins. Parmi ces interventions, certaines semblent se démarquer, mais peu d'entre elles ont fait l'objet d'études rigoureuses. **Conclusion** Plusieurs interventions semblent avoir le potentiel de diminuer le TSO, certaines d'entre elles semblent se démarquer comme l'implantation de législations bannissant le TSO, l'offre de postes à temps complet et l'implantation des caractéristiques du modèle *Magnet*®. Malgré tout, un besoin d'études montrant l'impact des interventions sur le TSO semble évident à la lumière de notre revue.

Mots-clés (3 à 10): Temps supplémentaire obligatoire (TSO), rétention, pratiques organisationnelles, environnement de travail

Contexte

Il est devenu monnaie courante dans les réseaux de la santé de nombreux pays de voir des infirmières se faire imposer des quarts de travail en plus de leur horaire régulier bien que les effets négatifs du temps supplémentaire obligatoire (TSO) soient connus.

Il existe plusieurs définitions de ce qu'est un TSO ce qui est un obstacle à la recherche sur ce sujet. De plus, les organisations de santé comptabilisent fréquemment les temps supplémentaires (TS) et les TSO indistinctement. La disparité des définitions ainsi que la méthode de comptabilisation des TSO rend l'accès à des données fiables relatives exclusivement au TSO difficile.

Une définition qui semble bien refléter le TSO a été avancée, au Québec, par le tribunal d'arbitrage (Morin, 2014). Un TSO est donc défini comme étant 1) toute période pendant laquelle une infirmière est forcée à exécuter une prestation de travail en dehors de son quart régulier de travail 2) l'acceptation in extremis d'une infirmière faisant le constat de la nécessité de se « sacrifier » pour éviter l'odieux d'une charge de travail supplémentaire sur les épaules des collègues déjà surchargés et 3) le fait d'entrer au travail plusieurs heures avant le début de son quart de travail dans l'espoir de ne pas se voir exiger de continuer à travailler en TSO après son quart de travail.

Les TSO ont des impacts négatifs sur les patients, les infirmières ainsi que les organisations de santé. De nombreuses études se sont penchées sur ces effets négatifs et démontrent les dangers d'utiliser le TSO comme méthode de gestion courante.

Chez les patients le temps supplémentaire des infirmières est associé à plus d'erreurs de médicaments ou de dose, d'infections nosocomiales, de chutes (Olds et Clarke, 2010) de plaies de pression ou d'infections urinaires par sonde vésicale (Stone et al., 2007) et à une diminution de la satisfaction des patients à l'égard des soins infirmiers (Stimpfel et al., 2012).

La diminution de la qualité des soins n'est toutefois pas la seule conséquence négative des TS, qui a aussi des conséquences sur la santé des infirmières. Un impact particulièrement frappant est l'augmentation de l'incidence de maladies cardiovasculaires chez les professionnels faisant plus de temps supplémentaire (Virtanen et al., 2010) et d'épisodes de dépression majeure (Virtanen et al., 2012). En fait, le simple fait de travailler des quarts de travail de 12h semble augmenter le risque d'épuisement professionnel par rapport aux quarts de 8h (Stimpfel et al., 2012). La longueur des quarts de travail affecte également négativement la satisfaction au travail des infirmières et leur santé mentale et physique (Stimpfel et al., 2012)

En plus de ces conséquences liées au TS, du fait que le TSO est imposé et souvent non prévu, il peut entraîner des conséquences supplémentaires chez les infirmières. Dans une étude qui portait spécifiquement sur les heures supplémentaires obligatoires, des auteurs ont montré que les infirmières se mettent à risque de troubles musculosquelettiques, de blessures et de maladies (sans les préciser) en faisant du TSO (Bae et Fabry, 2014).

Enfin, le TSO a des conséquences négatives pour les organisations de santé. La prévalence du TSO dans un établissement est significativement associée à l'intention de démissions (Nei et al., 2015; Steinmetz et al., 2014) et à l'absentéisme accru (Bae et Fabry, 2014; de Castro et al., 2010). Ceci augmente donc les besoins en personnel infirmier et exacerbe la pénurie ressentie.

Face aux conséquences néfastes des TSO, les gestionnaires et les acteurs du domaine de la santé doivent se doter d'interventions qui permettent de diminuer son usage. À notre connaissance, aucune revue de la littérature ne regroupe les interventions pouvant mener à une réduction du TSO. Nous croyons donc que la pertinence de cet article est soutenue par les nombreux enjeux liés aux TSO ainsi que par l'absence d'études identifiant toutes les avenues d'interventions pouvant le réduire.

But et objectifs

Le but de cette étude est d'identifier et de faire une analyse critique des interventions qui permettent de diminuer le TSO chez les infirmières. Les objectifs spécifiques sont 1) d'identifier les interventions utilisées dans le but de réduire l'usage du TSO et 2) de réaliser une analyse critique des effets potentiels ou démontrés de ces interventions sur la réduction du TSO.

Méthodologie

Devis

Le devis de recherche est une revue narrative des écrits qui se base sur le *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles* (SANRA) (Baethge et al., 2019). Il s'agit d'une échelle d'évaluation de revues narratives se basant sur l'évaluation de 6 éléments centraux de la qualité de ce type de revue. Les 6 éléments de la grille SANRA sont :

1. La justification de l'article
2. La présence de questions de recherche explicites
3. La description du processus de recherche
4. Les références et citations
5. Le raisonnement scientifique
6. La présentation des données de manière appropriée

Afin de présenter une revue de qualité, ces points sont évalués et notés sur une échelle de 0 à 2 pour un score maximal de 12. Le premier point est évalué par la présentation de l'importance de l'article pour la compréhension de la problématique. Le deuxième point évalue la présence de questions de recherche ou d'objectifs clairs et explicites. Le troisième élément note la description du processus de recherche qui doit être présenté en profondeur en mentionnant les termes de recherche ainsi que le type d'écrits retenus. Le quatrième et le cinquième point évaluent les

références ainsi que le raisonnement scientifique appuyant les éléments clés de la recherche. Ces points s'appuient sur la qualité des études retenues ainsi que sur la présentation des articles retenus (le type de recherche, par exemple. Le dernier point repose sur la présentation des données de manière optimale. Pour atteindre cet élément, toutes les statistiques que nous avons relevées dans les études retenues sont accompagnées des intervalles de confiance associés.

La méthodologie des revues narratives des écrits semble être un atout dans la recherche sur le TSO. Le caractère moins rigide des revues narratives nous permet de parler d'un éventail de sujets relatifs au TSO afin de les mettre en relation (Baethge et al., 2019).

Collecte des données et critères de sélection

La collecte de données a été réalisée entre le 1^{er} février 2021 et le 1^{er} septembre 2021. Plusieurs stratégies de recherche ont été utilisées afin d'identifier des documents. Bien que certaines interventions puissent améliorer les conditions de travail et diminuer l'usage du TS, nous sommes concentrés spécifiquement sur les interventions limitant l'usage du TSO. Plusieurs types de documents ont été retenus, dont des articles publiés, des articles de journaux, des documents légaux ainsi que de la littérature grise.

Les critères de sélection s'appuient sur la question de recherche suivante : quelles sont les interventions pouvant mener à une diminution du TSO chez les infirmières? Nous avons retenu les documents qui présentaient une intervention explicitement comme une manière de diminuer le TSO chez les infirmières ou des documents ayant mesuré la prévalence des TSO comme variable dépendante. En plus des critères de sélection initiaux, les articles de journaux ont été retenus s'ils présentaient des avis d'acteurs ayant un rôle clé dans la gestion des TSO, soit des gestionnaires ou des représentants des syndicats. Nous avons limité nos recherches à des documents en français ou en anglais qui abordaient le TSO chez les infirmières. Les termes de recherche utilisés étaient «

Temps supplémentaire obligatoire », « Mandatory overtime », « Overtime in nursing », « Staffing Or Staffing Strategies » et « Compulsory overtime ». Nous avons aussi limité notre recherche à des documents datant des années 2000 à 2021.

La collecte des données s'est fait dans un premier temps sur les bases de données CINAHL, Pubmed, EMBASE, Web of Science et Google Scholar afin d'identifier des articles scientifiques. Par la suite, nous avons effectué une recherche de la littérature grise dans les publications de syndicats et associations professionnelles qui se retrouvent sur leurs sites internet (liste des organisations présentée à l'annexe 3 du mémoire). Nous avons scruté les conventions collectives de ces syndicats pour identifier si elles abordaient le TSO et si celles-ci répondaient à nos critères de sélection. Ensuite, une recherche sur un moteur de recherche (Google) a été effectuée avec les mêmes termes pour identifier tout autre document, tel que des articles de journaux. Nous avons également effectué une recherche sur la base de données de la Société québécoise d'information juridique afin d'identifier des documents légaux répondant à nos critères de sélection.

Dans un deuxième temps, la bibliographie des documents abordant le TSO et répondant spécifiquement à nos critères de sélection a également été scrutée manuellement afin d'identifier d'autres documents.

Parmi les documents identifiés, nous avons éliminé les doublons et les documents qui ne traitaient pas du TSO avec une première sélection basée sur les titres des articles. Nous avons également éliminé les documents qui faisaient mention de certaines interventions pour diminuer le TSO sans amener d'information supplémentaire par rapport à celles-ci (ex. : des brochures de journaux mentionnant la présence de nouvelles lois contre le TSO, mais sans explication ou contexte).

Analyse des données et critères de rigueur

Un tableau mettant en évidence plusieurs éléments tels que le type de source documentaire, les interventions identifiées ainsi que les résultats principaux sont présentés. Lorsqu'applicables, nous avons indiqué la taille des échantillons à l'étude ainsi que des précisions par rapport aux éléments abordés dans la documentation. Nous avons regroupé par la suite les interventions similaires afin de les analyser ensemble.

L'analyse des données s'est effectuée en deux temps. Dans un premier temps, nous avons regroupé les différents documents abordant les interventions. Nous avons présenté les principaux résultats de ceux-ci lorsque applicable et mis en évidence les lacunes des études présentées. En procédant ainsi, nous avons organisé les arguments clés pour chaque intervention et le raisonnement scientifique qui les soutiennent. Les arguments clés ont tous été soutenus avec des références, conformément à l'élément 4 de la grille SANRA. Nous avons fait ressortir les données justifiant les liens entre les interventions présentées et le TSO. Les données trouvées ont été présentées de manière appropriée en montrant les indicateurs de fiabilité, lorsque disponibles, comme le requiert le point 6 de la grille. Nous avons également mentionné lorsque nos recherches n'ont pas permis de trouver de données montrant l'influence des interventions sur le TSO.

Dans un deuxième temps, nous avons fait une analyse critique des interventions afin de répondre au deuxième objectif de notre revue narrative. Pour procéder à cette analyse, nous avons discuté des informations pouvant démontrer un impact des interventions sur le TS volontaire ou d'autres facteurs influençant l'usage du TSO qui sont issues d'écrits qui n'ont pas été nécessairement retenus dans la recension des écrits. L'analyse critique permet également de mieux comprendre comment ces interventions peuvent être appliquées concrètement en mettant en évidence des enjeux relatifs à leur implantation.

Résultats

Notre recherche a permis de retenir 17 documents au travers desquels nous avons identifié 12 interventions permettant potentiellement de réduire l'usage du TSO. Parmi ces documents, 9 articles scientifiques qui ont proposé des interventions pouvant réduire l'usage des TSO. De ces études, 6 ont mesuré l'impact d'une intervention sur la prévalence du TS dont 4 évaluaient l'efficacité de lois contre le TSO sur la diminution de ceux-ci ou leur impact sur la qualité des soins. Les 2 autres études ont évalué la prévalence du TSO dans les hôpitaux certifiés *Magnet*. Les autres documents sélectionnés identifiaient des mesures potentiellement alternatives au TSO sans les appuyer par des données probantes. Les résultats de la recherche documentaire sont détaillés dans la figure 1. Les documents retenus sont détaillés dans l'annexe 2. Les interventions que nous avons identifiées sont présentées dans le tableau 1 en fonction du niveau dans les organisations dans lesquelles elles semblent applicables.

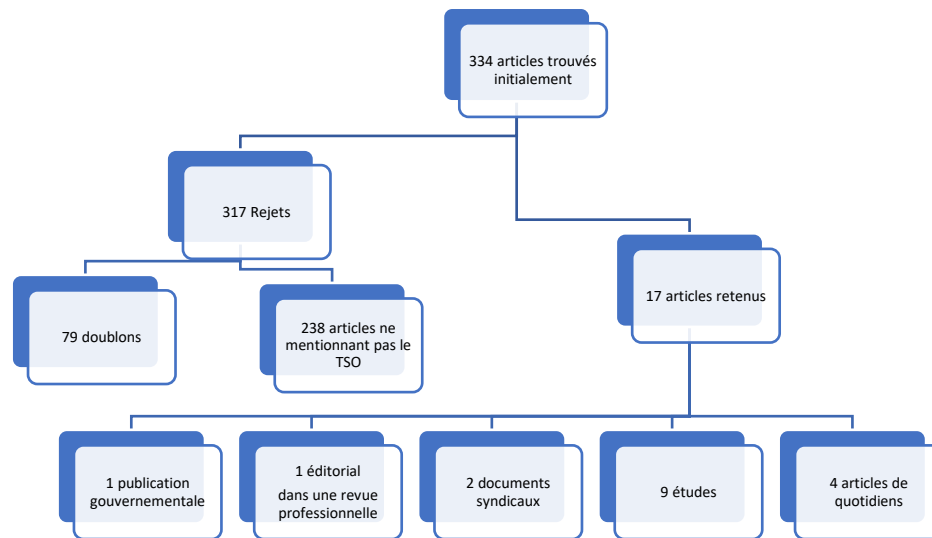


Figure 1: Organigramme de la sélection documentaire

Tableau 1: Description des documents retenus

#	Référence et titre	Type de source Et pays de provenance	Interventions identifiées	Niveau applicable des interventions	Résultats principaux	Autres informations pertinentes
1	(Agence QMI, 2021) Système de santé : de meilleures conditions pour stopper l'hémorragie	Article de quotidien Canada (Qc)	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer les conditions de travail 	<p>Systemique Organisationnel</p>	Qualitatif : les syndicats signifient que les infirmières quittent la profession en raison des mauvaises conditions de travail et que les améliorer permettrait de les retenir en poste.	Interventions avancées par les syndicats
2	(Bae, 2012b) Nurse Overtime, Working Conditions, and the Presence of Mandatory Nurse Overtime Regulations	Étude d'analyse secondaire États-Unis (NC, WV)	<ul style="list-style-type: none"> Législations limitant l'usage du TSO Législations limitant le nombre d'heures travaillées 	Législatif	<u>Aucun résultat significatif</u>	N = 219 infirmières
3	(Bae et Brewer, 2010) Mandatory overtime regulations and nurse overtime.	Étude descriptive d'analyse secondaire États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> Législations limitant l'usage du TSO Législations limitant le nombre d'heures travaillées 	Législatif	La présence de lois contre le TSO réduit l'usage de TSO par rapport aux états qui n'ont pas de lois ou des lois limitant le nombre d'heures travaillées.	Il y a significativement plus de TSO dans les CHSLD ou maisons de retraites p/r aux hôpitaux . Il semble aussi y avoir une corrélation négative entre les heures de TSO et les heures de TS ce qui pousse à croire que lorsque le TSO est aboli, les heures volontaires de TS viennent compenser. Il y a aussi une plus grande incidence de TSO dans les CHSLD p/r aux hôpitaux Mentionne aussi que les infirmières syndiquées font plus d'heures supplémentaires vs les non-syndiquées
4	(Bae et Yoon, 2014)	Étude quasi-expérimentale	<ul style="list-style-type: none"> Législations limitant l'usage du TSO 	Législatif	Association négative et significative entre	

#	Référence et titre	Type de source Et pays de provenance	Interventions identifiées	Niveau applicable des interventions	Résultats principaux	Autres informations pertinentes
	Impact of states' nurse work hour regulations on overtime practices and work hours among registered nurses.	États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> • Législations limitant le nombre d'heures travaillées 		<p>la présence de réglementations et la probabilité de faire du TSO.</p> <p>Présence de règles limitant l'usage du TSO est significativement associé à une baisse de 3.9 points de pourcentage de la probabilité de faire du TSO. Dans les données utilisées, 9.3% des infirmières avaient fait du TSO les résultats semblent donc importants en proportion.</p>	
5	(Bae, Brewer et Kovner, 2012) State mandatory overtime regulations and newly licensed nurses' mandatory and voluntary overtime and total work hours	Étude analyse secondaire de données États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> • Législations limitant l'usage du TSO • Législations limitant le nombre d'heures travaillées 	Législatif	Les infirmières novices travaillant dans un État qui a des lois contre le TSO ont 81% moins de chances de faire du TSO.	Les chercheurs critiquent l'étude de 2010 en disant qu'ils pensent ne pas avoir trouvé de donnée significative en raison de la faible distance entre les lois et les données recueillies. Dans l'étude présente, les hôpitaux auraient eu plus de temps pour s'adapter aux lois sur le TSO
6	(Bougie, 2007)	Étude qualitative phénoménologique (Mémoire) Canada, Qc	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter le nombre d'heures en TSO ou TS volontaire • Optimiser l'environnement de travail afin d'améliorer le climat de travail <ul style="list-style-type: none"> ○ Programmes de formation continue et d'encadrement par les pairs • Interventions visant la conciliation travail-famille • Favoriser des horaires plus flexibles 	Législatif Unité de soins	N/A	Étude visant à étudier la signification du TSO tel que vécu par les infirmières Les interventions identifiées proviennent de recommandations pour la gestion des soins infirmiers émises par l'étudiante-chercheure

#	Référence et titre	Type de source Et pays de provenance	Interventions identifiées	Niveau applicable des interventions	Résultats principaux	Autres informations pertinentes
			<ul style="list-style-type: none"> ○ horaires de travail comprimé, semaine de quatre jours équivalente à un salaire à temps complet, travailler une fin de semaine sur trois durant la période estivale, offrir des quarts de travail de huit, dix et douze heures. • Impliquer les infirmières dans la prise de décisions • Prendre en compte l'acuité des soins dans la gestion des TSO 			
7	(Confédération des Syndicats Nationaux, 2019) Temps supplémentaire obligatoire : la FSSS – CSN propose trois solutions	Document syndical Canada (Qc)	<ul style="list-style-type: none"> • Postes à temps plein • Pénaliser les employeurs utilisant le TSO lorsque ce n'est pas la dernière solution • Formations payées en milieu de travail pour attirer le personnel 	Organisationnel Systémique À l'échelle d'une unité de soins	N/A	
8	(Despatie et Fimbry, 2018) Des quarts de 12 heures pour les infirmières, la solution?	Article de quotidien Canada (Qc)	<ul style="list-style-type: none"> • Quarts de travail de 12h 	Organisationnel	Qualitatif : les gestionnaires d'un hôpital avec une proportion de 80% d'infirmières en 12h disent ne pas faire de TSO	Entrevue faite avec des gestionnaires
9	(Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec, 2017) Heures supplémentaires: Agir collectivement, agir localement	Document syndical Canada (Qc)	<ul style="list-style-type: none"> • Postes à Temps plein 	Organisationnel	N/A	Article incluant un tableau de marche à suivre pour les infirmières qui font du TSO
10	(Gagné, 2019)	Article de quotidien Canada (Qc)	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les postes à temps plein 	Organisationnel	N/A	Interventions avancée par des syndicats

#	Référence et titre	Type de source Et pays de provenance	Interventions identifiées	Niveau applicable des interventions	Résultats principaux	Autres informations pertinentes
	Temps supplémentaire obligatoire : une pratique qui doit cesser		<ul style="list-style-type: none"> • Implanter des ratios-patients 			
11	(Lu et Lu, 2016) Do mandatory overtime laws improve quality? Staffing decisions and operational flexibility of nursing homes.	Étude quantitative longitudinale États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des équipes volantes pour contrer l'usage des infirmières d'agence et le TS • Législations limitant l'usage du TSO • Législations limitant le nombre d'heures travaillées 	Organisationnel	Les lois contre le TSO diminuent la qualité des soins dans les maisons de retraite. Les chercheurs attribuent cela à une augmentation de l'usage des agences et une diminution des heures régulières faites par les infirmières.	Pas de données sur l'impact des législations sur l'usage du TSO
12	(Michigan Nurses Association et Public Policy Associates, 2004) The Costs of Mandatory Overtime for Nurses	Document gouvernemental États-Unis (MI)	<ul style="list-style-type: none"> • Législations qui limitent l'usage du TSO • Limiter le nombre d'heures consécutives travaillées • Législation qui protège les infirmières refusant le TSO des actions punitives de l'employeur • Mandater les hôpitaux à se doter de politiques et procédures entourant l'application du TSO 	Législatif	N/A	Document résumant les effets et les coûts du TSO en soulevant certaines interventions sans résultats
13	(Porter, 2018) Pourquoi les infirmières des hôpitaux anglophones ne font presque pas d'heures supplémentaires?	Article de quotidien Canada (Qc)	<ul style="list-style-type: none"> • Quarts de travail en 12h • Rotation des quarts de travail 	Organisationnel	Qualitatif : les gestionnaires affirment ne pas avoir recours à de TSO	Environ 80% des postes de l'hôpital sont en 12h Entrevue faite avec des gestionnaires
14	(Rossignol, 2017) Organisation du travail et temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières dans le secteur de la santé au Québec: comparaison de deux centres hospitaliers	Recherche exploratoire et compréhensive Canada (Qc)	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter le nombre d'heures en TSO ou TS volontaire • Augmenter la proportion de postes à temps plein • Offrir des horaires en 12h • Revoir les ratios patients-infirmières pour limiter la fatigue des infirmières et diminuer l'usage des TSO 	Législative Organisationnel À l'échelle d'une unité de soins	Qualitatif : parmi les deux hôpitaux étudiés, l'hôpital ayant une plus grande proportion d'infirmières à temps plein, qui avait des équipes ayant moins d'infirmières	La fréquence de TSO rapportée n'est que qualitative en raison du fait que les données de TS et TSO sont comptabilisées ensemble

#	Référence et titre	Type de source Et pays de provenance	Interventions identifiées	Niveau applicable des interventions	Résultats principaux	Autres informations pertinentes
			<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la gestion des horaires par les infirmières 		<p>auxiliaires et qui réorganise le travail entre les infirmières au lieu de faire du TSO faisait moins de TSO</p> <p>La proportion de temps plein vs temps partiel était de 40%-60% dans l'hôpital faisant plus de TSO et de 65%-35% dans l'hôpital qui n'en fait presque pas</p>	
15	(Trinkoff, Johantgen, Storr, Han, Liang, Hopkinson, et al., 2010) A comparison of working conditions among nurses in Magnet and Non-Magnet hospitals	Étude analyse secondaire de données États-Unis (IL et NC)	<ul style="list-style-type: none"> Certification Magnet 	Organisationnel	Les infirmières en centre Magnet ont significativement moins tendance à faire de TSO ($p=0,04$) et à travailler sur appel ($p = 0,01$)	Données rapportées par les infirmières dans les questionnaires
16	(Ulrich, Buerhaus, Donelan, Norman et Dittus, 2009) Magnet status and registered nurse views of the work environment and nursing as a career.	Étude quantitative comparative États-Unis	<ul style="list-style-type: none"> Certification Magnet 	Organisationnel	<p>Les infirmières travaillant dans un hôpital <i>Magnet</i> rapportent faire moins de TSO (non significatif)</p> <p>Les infirmières travaillant dans les hôpitaux non-<i>Magnet</i> ou en processus de le devenir rapportent faire significativement plus de TS qui est nommé comme volontaire, mais qui ne semble pas l'être</p>	Peu de données exprimées
17	(Wheatley, 2017)	Éditorial	<ul style="list-style-type: none"> Législations limitant l'usage du TSO 	Organisationnel	N/A (les données présentées sont celles	Selon la chercheuse, l'impact des lois est limité par le manque de définition

#	Référence et titre	Type de source Et pays de provenance	Interventions identifiées	Niveau applicable des interventions	Résultats principaux	Autres informations pertinentes
	Nursing Overtime: Should It Be Regulated?	États-Unis (NC)	<ul style="list-style-type: none"> Législations limitant les heures consécutives travaillées 		des études déjà évaluées dans le cadre de notre recherche)	<p>claire et les méthodes de recherches disparates</p> <p>L'auteur de l'article est une gestionnaire dans un hôpital américain</p>

Tableau 2: Résumé des interventions identifiées et de leur efficacité

Niveau applicable de l'intervention	Intervention (n)	Efficacité démontrée
Législative	Interdire le TSO (n=7)	Diminution significative du TSO
	Limiter les heures travaillées consécutivement (n=7)	Diminution potentielle; Aucune donnée significative
	Instaurer des ratios-patients (n=2)	Aucune donnée
Systémique	Améliorer les conditions de travail et le salaire (n=1)	Aucune donnée significative sur la diminution du TSO; Lien direct avec la rétention et l'attraction de personnel
	Offrir davantage de postes à temps complet (n=4)	Diminution du TSO selon des études qualitatives
	Pénaliser les employeurs ayant recours au TSO comme méthode de gestion (n=1)	Aucune donnée trouvée sur l'impact sur le TSO
Organisationnel	Organiser les ressources en fonction de l'acuité des soins (n=2)	Aucune donnée trouvée sur l'impact sur le TSO; Réduction significative de l'usage du TS
	Utiliser des équipes volantes (n=1)	Aucune donnée trouvée sur l'impact sur le TSO
	Implanter les caractéristiques principales du modèle Magnet (n=2)	Diminution significative du TSO
	Travailler des horaires de 12h (n=2)	Aucune donnée significative sur la diminution du TSO; Diminue l'usage du TS
Unité de soins	Favoriser la gestion des horaires par les infirmières (n=1)	Aucune donnée significative sur la diminution du TSO; Diminue l'usage du TS et augmente la rétention de personnel

	Créer un environnement de travail sain sur les unités de soins (n=5)	Aucune donnée significative
--	--	-----------------------------

Les 12 interventions identifiées dans la littérature s’appliquent à différents niveaux dans un système de santé. Nous avons identifié 4 niveaux d’intervention : les interventions législatives, les interventions systémiques, les interventions organisationnelles ainsi que les interventions à l’échelle d’une unité de soins. Ces interventions diminuant potentiellement le TSO peuvent être implantées par différents acteurs, dépendamment de leur champ d’expertise. Elles peuvent aider les gestionnaires dans le domaine de la santé à intervenir pour diminuer l’usage des TSO en ayant des interventions dans leur champ d’action. De ces interventions, certaines peuvent s’appliquer à plus d’un niveau, particulièrement en relation avec le réseau de santé dans lequel ils sont appliqués. Par exemple, les ratios patients peuvent faire l’objet de législations ou encore faire partie des obligations imposées par l’employeur.

Interventions Législatives

Interdire le TSO : Une intervention proposée pour limiter les TSO est de l’interdire par des législations (Bae, Brewer et Kovner, 2012; Bae et Yoon, 2014; Bae et Brewer, 2010; Bougie, 2007; Lu et Lu, 2016; Michigan Nurses Association et Public Policy Associates, 2004; Rossignol, 2017).

Bae et Yoon (2014) ont identifié des états américains ayant instauré de nouvelles législations entre 2004 et 2008 et comparé les effets avant-après avec un devis quasi expérimental. Ces législations avaient deux mécanismes principaux soit d’interdire le TSO ou de mettre une durée maximale aux quarts de travail des infirmières en heures consécutives travaillées. Pour analyser l’impact des législations sur le TSO, ces auteurs se sont servis de données du *National Sample Survey of Registered Nurses (NSSRN)*, un questionnaire envoyé à des infirmières actives dans les réseaux de santé. Les auteurs ont analysé les données de 2004 (N= 35 724) et de 2008 (N= 33

549). Ils se sont servi des états ayant déjà des législations avant 2004 comme contrôle. Ils ont comparé les États présentant un changement en 2008 et non en 2004 avec tous les autres États qui n'ont subi aucun changement de législation. Les résultats de cette étude montrent que la présence de législations rendant illégal le TSO est associée à une baisse significative de 3,9 points de pourcentage ($p=0,019$) de la probabilité qu'une infirmière se fasse imposer un TSO. Considérant que ce sont 9,3% des infirmières dont les données ont été recueillies qui avaient fait du TSO, il s'agit d'une diminution d'environ 42%.

Dans une autre étude avec un devis d'analyse secondaire, Bae et al. (2012), ont évalué des questionnaires ($n=1706$) envoyés à des infirmières nouvellement inscrites à leur ordre professionnel pour identifier les différences entre le TSO effectué dans les états américains ayant implanté des lois contre le TSO ou limitant les heures travaillées. Les auteurs ont évalué les différences entre les états ayant régulé le TSO et ceux qui n'ont aucune mesure législative en place. On note une diminution de 81% ($p<0,01$) de la probabilité qu'une infirmière novice fasse du TSO dans un État ayant implanté des lois qui restreignent l'usage du TSO après 2003, date d'instauration de cette loi (Bae et al., 2012). On y note également une diminution de 59% ($p<0,01$) de la probabilité qu'une infirmière fasse du TSO peu importe l'année à laquelle la loi a été implantée. Les chercheurs avaient émis l'hypothèse qu'en réponse à des lois limitant le TSO, les établissements encourageraient le TS volontaire. Ils ont trouvé que les infirmières qui subissent des TSO avaient 54% moins de chances de rapporter faire du TS volontaire. Par contre, ils n'ont trouvé aucune association entre la présence de lois ou la date d'implantation de ces lois. De plus, les auteurs ont trouvé plusieurs facteurs associés positivement au TS volontaire dont la quantité de travail à faire ou le nombre d'heures travaillées.

Une autre étude de la même auteure regardant un nombre beaucoup plus petit d'infirmières (n=219) n'a toutefois pas trouvé de lien entre la présence de lois contre le TSO et la diminution de l'incidence du TSO (Bae, 2012b). On soulève que malgré la présence de ce type de loi en Virginie-Occidentale, seulement 36% des infirmières répondantes connaissaient leur existence. Dans cet État, la loi stipule qu'une circonstance émergente imprévue pouvait justifier un TSO dans un hôpital. Pourtant, l'auteure a mené une analyse post-hoc dans la même étude et y a trouvé que 47% des répondants ont affirmé que lorsqu'ils faisaient un TSO, ce n'était jamais lors d'une circonstance émergente imprévue. Cette application du TSO pourrait être attribuable à un non-respect des lois de la part établissements et à une faible connaissance de ces lois par les infirmières.

Limiter les heures travaillées consécutivement : Une autre avenue sur le plan légal pour diminuer l'incidence des TSO consiste à limiter la quantité d'heures qu'une infirmière peut travailler consécutivement (Bae et al., 2012; Bae et Yoon, 2014; Bae et Brewer, 2010; Bougie, 2007; Lu et Lu, 2016; Michigan Nurses Association et Public Policy Associates, 2004; Rossignol, 2017). La différence d'efficacité entre les législations limitant le nombre d'heures travaillées et celles bannissant directement le TSO est difficile à établir, car elles sont souvent étudiées ensemble. Bae et Brewer (2010) n'ont cependant pas trouvé de différence significative entre la présence de l'une ou l'autre des deux sur l'incidence du TSO. Ces auteures ont étudié le lien entre le nombre d'heures supplémentaires obligatoires et la présence de loi visant à la diminuer avec une analyse secondaire du *NSSRN* (n= 6 158). Comme les autres études d'analyse secondaires basées sur le *NSSRN*, il s'agit de données rapportées par les infirmières dans des questionnaires envoyés par la poste. Ceci ajoute des risques de biais à l'étude. Les auteures Bae et Brewer (2010) donnent un exemple de biais possible comme le fait que les infirmières auraient pu mal comprendre les questions et confondre le TS du TSO et comptabilisé les deux indistinctement. Pour cette raison,

il aurait été pertinent d'avoir accès à des données issues directement des heures travaillées dans les milieux de soins en TSO.

Effets et enjeux relatifs aux législations sur le TSO : Bien que les lois qui bannissent l'usage le recours au TSO semblent réduire son usage, il faut considérer et anticiper les effets potentiellement négatifs de celles-ci. L'usage de lois contre le TSO peut avoir des effets négatifs sur la qualité des soins, entre autres, dans les maisons de retraite (*nursing homes*) (Lu et Lu, 2016). Cette étude américaine montre une augmentation des lacunes observées par les auditeurs dans les états ayant rendu le TSO illégal. Selon les auteurs, cette augmentation des lacunes semble attribuable à une diminution des heures effectuées par des infirmières régulières et une augmentation du recours aux d'infirmières d'agences externes de placement.

Plusieurs études associent le recours aux agences de placement à une diminution de qualité des soins offerts (Bourbonniere et al., 2006; Castle, Engberg et Men, 2008; Hurst et Smith, 2011). Cet effet négatif des agences de placement peut être expliqué par le manque de familiarité avec le milieu, une moins bonne continuité des soins et un travail d'équipe altéré par le changement de personnel fréquent (Hurst et Smith, 2011). Il est à noter que les maisons de retraite (*nursing homes*) sont des unités particulièrement sensibles au TSO et en imposent significativement plus selon une étude de Bae et Brewer (2010).

D'autres lois encadrant l'usage du TSO peuvent également servir à mieux quantifier et circonscrire sa pratique. En Alaska, par exemple, les hôpitaux sont tenus depuis 2011 d'instaurer un processus anonyme durant lequel les infirmières ou les patients peuvent faire des plaintes en lien avec le temps supplémentaire. Également, les établissements de santé sont tenus par la loi de rapporter deux fois par année les données sur l'usage de temps supplémentaire (Alaska Nurse,

2011). Au Texas, les infirmières dénonçant les TSO sont protégées par des lois de protection des lanceurs d'alertes (*whistleblowers*)(*Texas Nurses Association, 2009*).

Implanter des ratios-patients : Une autre intervention identifiée qui peut être appliquée au plan légal est d'implanter des ratios-patients (Gagné, 2019; Rossignol, 2017). Les ratios-patients sont en fait des ratios définis par la loi qui dictent le nombre maximal de patients qu'une infirmière peut avoir à sa charge en fonction du milieu dans lequel elle pratique. Nos recherches n'ont pas permis de trouver de données montrant l'impact des ratios-patients sur le TSO.

Effet et mécanisme des ratios-patients : En 1999, la Californie est devenue le premier État américain à mettre en place des ratios-patients en réponse à une augmentation des études liant la qualité des soins et la mortalité des soins au nombre d'infirmières présentes sur les unités (Donaldson et al., 2005). Comme le montre une revue systématique ayant identifié 87 articles, l'instauration des ratios peut réduire la mortalité des patients (Shekelle, 2013). Par contre, aucune mention des effets de ces lois sur les heures travaillées par les infirmières n'a été relevée dans cette revue. Une autre étude longitudinale sur l'implantation des ratios-patients montre une augmentation de la satisfaction des infirmières (Tellez, 2012). Le mécanisme par lequel les ratios-patients pourraient réduire l'usage des TSO est en fait par une meilleure dotation ce qui entraînerait moins de bris de services résultant à une moins forte fréquence de TSO. Ceci pourrait également réduire l'épuisement des infirmières et en retenir davantage, entraînant une meilleure dotation ce qui faciliterait l'atteinte des ratios patients. Il faut cependant considérer que si la quantité d'infirmières est insuffisante pour atteindre ces ratios, les TSO pourraient être utilisés pour les atteindre dans un système où les ratios sont obligatoires, mais le TSO n'est pas illégal. Il devient donc pertinent de s'assurer que des interventions sont en place pour retenir le personnel efficacement afin d'avoir un nombre adéquat d'infirmières pour atteindre ces ratios-patients.

Interventions systémiques

Les interventions systémiques font référence à des interventions utilisées à l'échelle des systèmes de santé touchant l'ensemble des organisations de santé.

Améliorer les conditions de travail: Une intervention soulevée par les syndicats d'infirmières est d'améliorer les conditions de travail (Agence QMI, 2021). Dans l'article retenu, il n'y a pas de mention de quelles conditions de travail il est question spécifiquement. Par contre, dans une étude descriptive de Bae et Champion (2016) mettant en relation le temps supplémentaire (obligatoire et non obligatoire) avec les conditions de travail des infirmières praticiennes, celles-ci mettent en évidence plusieurs aspects déterminant les conditions de travail des infirmières soit le quart de travail (ex : jour, soir nuit), le nombre de patients à la charge des infirmières, la fréquence de changement de patients (ex. : le nombre d'admissions qu'une infirmière doit gérer dans une soirée), le salaire horaire, la fréquence de pénurie de personnel, l'usage d'infirmières temporaires ainsi que la présence d'embauche de nouvelles infirmières en réponse aux pénuries.

Effet de l'amélioration des conditions de travail sur des facteurs déterminants du TSO: Bien que notre recherche n'ait pas permis de trouver de document ou d'article montrant l'effet de meilleures conditions de travail sur le TSO, les conditions de travail et les salaires semblent être bénéfiques pour la rétention et l'attraction du personnel (Laberge et Montmarquette, 2009; McHugh et Ma, 2014). Il est possible de constater que lorsque les infirmières sont mieux payées, elles ont tendance à travailler plus d'heures, autant en heures régulières que supplémentaires (Laberge et Montmarquette, 2009). Les économistes derrière une étude comparant les salaires des infirmières en Ontario et au Québec attribuent cette différence en heures travaillées au fait que les infirmières répondent aux incitatifs financiers qui leur sont offerts (Laberge et Montmarquette, 2009).

Seule, l'amélioration des salaires n'est toutefois pas suffisante pour attirer et retenir des infirmières. McHugh et Ma (2014) ont comparé les conditions de travail dans plusieurs établissements et y ont trouvé que le salaire demeure un facteur important selon eux, mais n'est pas le seul déterminant des effets sur la satisfaction de travail, l'intention de démission et l'épuisement professionnel des infirmières. Un environnement de travail positif et la dotation de personnel adéquate semblent avoir un effet significatif sur ces facteurs. L'amélioration des conditions de travail doit donc être faite en concomitance avec des interventions qui retiennent les infirmières en poste.

Offrir davantage de postes à temps complet : Une autre solution proposée pour diminuer l'usage du TSO est d'augmenter la proportion d'infirmières travaillant à temps plein (Confédération des Syndicats Nationaux, 2019; Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec, 2017; Gagné, 2019; Rossignol, 2017).

Augmenter la proportion d'infirmières travaillant à temps plein dans un établissement permet de réduire l'utilisation du TSO et de réduire les effets de la pénurie effective d'infirmières (Rossignol, 2017). Ceci pourrait s'expliquer en partie par le fait que lorsqu'on augmente le nombre d'heures régulièrement travaillées par les infirmières cela réduit la nécessité de combler des besoins de personnel par du TSO. Une étude comparant les TSO faits dans deux hôpitaux québécois montre la différence dans la proportion des infirmières à temps plein et à temps partiel (Rossignol, 2017). On y constate que, selon les gestionnaires, l'hôpital avec la plus haute proportion d'infirmières à temps plein (65% contre 40%) est moins affecté par les TSO (Rossignol, 2017). Les gestionnaires de l'hôpital avec la plus haute proportion de postes à temps plein affirmaient n'imposer presque aucun TSO en comparaison avec l'autre hôpital. Nos recherches

n'ont pas permis d'identifier de données quantitatives exprimant l'efficacité d'une plus grande proportion d'infirmières à temps plein sur l'usage du TSO.

Analyse critique de l'offre des postes à temps plein : L'offre de poste à temps plein aux infirmières peut sembler être une bonne stratégie pour augmenter la quantité d'heures régulières travaillées par les infirmières, ce qui peut mener à une réduction de l'usage du TSO. Une étude canadienne sur la rétention du personnel a d'ailleurs montré qu'une augmentation de la proportion d'infirmières avec des postes à temps complet peut également aider à réduire la charge de travail pour l'équipe complète (Zeytinoglu et al., 2006). Cependant, les postes à temps complet ne conviennent pas à toutes les infirmières. Les auteurs suggèrent donc de répondre aux besoins des infirmières à temps plein séparément des infirmières à temps partiel afin de retenir efficacement le plus d'infirmières possible (Zeytinoglu et al., 2006).

Pénaliser les employeurs ayant recours au TSO comme méthode de gestion : Une solution avancée par certains syndicats pour mettre fin à l'usage du TSO comme méthode de gestion est de mettre en place des mécanismes pénalisant les employeurs qui l'utilisent autrement qu'en dernier recours (Confédération des Syndicats Nationaux, 2019). En fait, les syndicats critiquent le fait que le TSO soit devenu une méthode de gestion courante et que les hôpitaux ne sont pas pénalisés par leur fréquence d'utilisation du TSO. Nos recherches n'ont pas permis de vérifier si ce type de solution aide à réduire l'usage du TSO.

Exemple de la pénalisation d'employeurs ayant recours au TSO : Mettre de la pression sur les organisations ayant fréquemment recours au TSO peut être une stratégie pour les amener à repenser leurs stratégies de gestion. Un exemple de mise en place de ces stratégies est d'obliger l'employeur à offrir des primes aux infirmières travaillant en pénurie de personnel. En Colombie-Britannique, il est prévu à la convention collective des infirmières de donner une prime

automatiquement à partir du moment où il est déterminé que la quantité d'infirmières présente sur une unité est insuffisante pour prodiguer les soins requis par les patients de l'unité. La méthode de calcul du nombre d'infirmières nécessaire est également prévue à la convention collective. Du moment où il est déterminé qu'il manque des infirmières après le début d'un quart de travail, les gestionnaires ont 2h pour trouver une infirmière pour combler ces besoins sans quoi la prime est attribuée à l'ensemble des infirmières de l'unité jusqu'à ce que les besoins soient comblés (Nurses Bargaining Association, 2019). L'employeur se retrouve donc pénalisé pour son incapacité à trouver des solutions à la pénurie, car il doit payer plus cher. Ceci pourrait également aider à mettre en place l'une des interventions avancées par la Michigan Nurses Association et Public Policy Associates (2004) qui oblige les hôpitaux à se doter de politiques et procédures entourant l'application du TSO. Par contre, ce document ne fait pas mention quels genres de procédures ont été mises en place par ces hôpitaux.

Interventions organisationnelles

Les interventions organisationnelles englobent les solutions qui s'appliquent à l'échelle d'une organisation de soins de santé comme un hôpital ou une résidence de personnes âgées.

Organiser les ressources en fonction de l'acuité des soins : Une méthode avancée pour réduire les TSO est de prendre en considération l'acuité des soins dans la gestion des ressources infirmières (Bougie, 2007; Rossignol, 2017). L'acuité des soins réfère à la complexité de soins requise par un patient. La mesure de cette acuité peut se faire de plusieurs manières et prendre en compte des éléments comme la quantité de médicaments à administrer, les surveillances à faire, l'aptitude du patient à faire ses activités de la vie quotidienne, le temps dont une infirmière doit accorder aux soins de celui-ci (Robitaille, 2019). L'objectif primaire de cette méthode

d'organisation des ressources infirmières est d'optimiser la prise en charge des patients sans compromettre la qualité des soins et en assurant une répartition des tâches sécuritaire entre les infirmières. Les auteurs proposant cette intervention mentionnent qu'une telle méthode d'organisation des ressources permettrait de réduire la fatigue associée à la surcharge et améliorer la rétention ce qui aiderait à réduire l'usage du TSO (Bougie, 2007; Rossignol, 2017). Notre recherche n'a pas permis de quantifier l'impact de l'organisation des ressources en fonction de l'acuité des soins sur le TSO.

Effet de l'organisation des soins en fonction de l'acuité : Il existe plusieurs manières de prendre en considération l'acuité des soins dans la gestion de personnel. Un moyen présenté dans la littérature est de répartir les patients en fonction d'une mesure de l'acuité à l'aide d'un score (Berry et Curry, 2012; Georgiou, Amenudzie, Ho et O'Sullivan, 2018; Liang et Turkcan, 2016; Vortherms, Spoden et Wilcken, 2015). Dans cette approche, on organise la prise en charge des patients en fonction de l'évaluation des soins dont le patient aura besoin. On accorde un score d'acuité des soins à chaque patient et on répartit la prise en charge de ces patients en fonction de ces mesures. Ainsi, on optimise la répartition des patients aux infirmières en favorisant un travail plus équitable d'une infirmière à l'autre. Cette méthode permet également de déterminer si le manque de personnel est réel ou pas.

Plusieurs études ont évalué l'effet des programmes d'acuité des soins sur l'usage du TS. Planifier les besoins en fonction de la mesure de l'acuité des soins permet de diminuer le TS (Georgiou et al., 2018; Liang et Turkcan, 2016; Vortherms et al., 2015). Appliqué dans une unité d'oncologie, ce modèle de mesure d'acuité des soins a permis de réduire le TS de 40% (Georgiou et al., 2018). Dans un autre projet pilote d'une durée de 6 mois, on a également trouvé une

réduction du temps supplémentaire de 86% (Vortherms et al., 2015). Cette méthode est donc prometteuse sur l'usage du TSO en raison de son effet sur le TS.

Utiliser des équipes volantes : Une méthode citée comme une alternative aux TSO est l'utilisation d'équipes volantes (Lu et Lu, 2016). Les équipes volantes sont composées d'infirmières aptes à travailler sur plusieurs unités de soins ou plusieurs secteurs d'une unité. Ainsi, ces infirmières ont une expertise dans plus d'un département et peuvent aider à combler des besoins infirmiers sur plus d'une unité. Notre recherche n'a pas permis de trouver de données quant à l'effet direct sur le TSO.

Particularités de l'utilisation d'équipes volantes : Certains gestionnaires ont cité la présence de ces équipes bien fournies comme un élément aidant à éviter de faire du TS (CHU de Québec, 2019; Guardado et Roberts, 2017; Iufer, 2019; Jeffs, Grinspun, Closson et Mainville, 2015). La gestion efficace des équipes volantes permet également d'optimiser les heures travaillées par les infirmières. Dans une urgence d'un hôpital de New York, on sollicite des infirmières volantes à des moments où l'on anticipe des pics d'achalandage pour limiter le stress sur l'équipe régulière et limiter le TS (Guardado et Roberts, 2017). L'usage optimal de ces équipes pourrait permettre d'avoir suffisamment d'infirmières aux endroits où les besoins sont plus importants en permettant une flexibilité dans l'attribution des ressources infirmières d'une unité à l'autre. Plusieurs hôpitaux ont déjà des équipes volantes donc l'optimisation de l'usage de celles-ci semble être une intervention faisable qui peut limiter le TSO. Il importe cependant de distinguer entre deux sortes d'infirmières volantes, la première est assignée de manière permanente à une équipe volante et la deuxième est retirée de son unité permanente pour combler des besoins de personnel sur d'autres unités (Hoffman et von Sadovszky, 2018). Cette deuxième sorte d'infirmière volante entraîne un

plus grand stress pour l'infirmière, étant donné qu'elle n'a pas reçu d'orientation spécifique pour travailler sur l'unité de soins où elle est déplacée.

Comme c'est le cas pour les infirmières d'agences de placement, les infirmières sur les équipes volantes sont des infirmières moins stables sur les unités. Par contre, il existe certaines distinctions entre les deux qui, selon notre hypothèse, pourraient mitiger les effets néfastes associés aux infirmières d'agences. D'abord, les infirmières sur les équipes volantes sont engagées par les établissements et couvrent seulement certaines unités spécifiques sur lesquelles elles sont orientées. Elles connaissent donc, en théorie, l'ensemble des pratiques organisationnelles, protocoles de soins et procédures des établissements. Ceci n'est pas forcément le cas pour les infirmières d'agences qui desservent des territoires plus larges, parfois sans jamais revenir sur la même unité de soins deux fois. Par contre, comme les infirmières sur les équipes volantes ne sont pas toujours sur la même unité de soins, cela pourrait avoir un effet négatif sur la cohésion au sein des équipes stables similaire aux infirmières d'agence. Aussi, le changement constant d'unité peut affecter le sentiment d'appartenance des infirmières sur les équipes volantes, tant sur les unités de soins qu'à l'intérieur même de leur équipe (Straw, 2018). À ce sujet, Straw (2018), propose des méthodes pour aider les gestionnaires à optimiser les équipes d'infirmières volantes qui incluent de présenter les infirmières volantes entre elles et de faire fréquemment des tournées sur les unités où les infirmières volantes sont assignées.

Implanter les caractéristiques principales du modèle Magnet : Un des moyens relevés pour diminuer l'usage des TSO est de s'inspirer du modèle *Magnet* (Trinkoff, Johantgen, Storr, Han, Liang, Gurses, et al., 2010; Ulrich et al., 2009). La certification *Magnet* est donnée par l'*American Nurses Credentialing Center* pour les hôpitaux qui se démarquent dans les 5 éléments composant le modèle *Magnet* (American Nurses Credentialing Center, 2019), à savoir, le leadership

transformationnel, l'*empowerment* structurel, la pratique professionnelle exemplaire, l'innovation et les résultats empiriques de qualité. Les hôpitaux magnétiques semblent donc utiliser plusieurs moyens de rétention et d'attraction de personnel concomitant dont une partie se retrouve dans les résultats de cette recherche.

Les infirmières qui travaillent dans des hôpitaux ayant la certification *Magnet* font moins de TSO (Trinkoff, Johantgen, Storr, Han, Liang, Gurses, et al., 2010). Trinkoff, Johantgen, Storr, Han, Liang, Gurses, et al., (2010) ont questionné 837 infirmières provenant de 171 hôpitaux (14 *Magnet* et 157 non-*Magnet*) sur leurs conditions de travail. Les infirmières provenant des hôpitaux *Magnet* ont rapporté 6,2% moins de chances que le TSO fasse partie de leur emploi (8,6 % vs 14,8 % ; $p=0,04$). L'écart entre les deux milieux représenterait une différence de près de 58,1%. Dans une autre étude américaine, ce sont 1 783 infirmières qui ont été questionnées sur leurs conditions de travail dans les établissements *Magnet* et non-*Magnet* (Ulrich et al., 2009). Cette étude rapporte que les infirmières travaillant dans les hôpitaux *Magnet* rapportent significativement plus souvent que celles des hôpitaux non-*Magnet* que les TS effectués dans leurs établissements sont strictement volontaires. On décrit dans cette étude que la gestion des TS est un indicateur de comment les établissements composent avec la pénurie d'infirmières. Cette étude ne présente pas d'autres données que la valeur-p. Les auteurs ne présentent aucune autre donnée montrant un ordre de grandeur de cette corrélation.

Analyse critique du modèle Magnet : Bien que cette certification semble presque exclusivement américaine, certains hôpitaux s'inspirent ouvertement de ce modèle (Gautier, David et Zinser, 2021). Les gestionnaires de ces hôpitaux rapportent qu'en s'inspirant de ce modèle, ils arrivent à réduire drastiquement le TSO (Gautier et al., 2021). Les gestionnaires de centres qui ne sont pas accrédités peuvent donc se servir des principes de base de cette certification pour élaborer

leurs propres modèles de soins. Par ailleurs, le mécanisme derrière la certification semble reposer fortement sur l'attraction et la rétention de personnel (American Nurses Credentialing Center, 2019). Il est donc possible de croire que lorsqu'un établissement concentre des efforts pour attirer et retenir son personnel infirmier, il devient moins sujet à imposer des TSO.

Travailler des horaires de 12h : Travailler des horaires de 12h est une intervention soulevée comme permettant de diminuer l'usage des TSO et du TS (Despatie et Fimbry, 2018; Porter, 2018). Les milieux où les infirmières travaillent des horaires de 12h ont besoin de moins d'infirmières pour couvrir 24h de soins. En effet, deux infirmières sont nécessaires pour couvrir cette période alors que 3 infirmières sont nécessaires lorsqu'on fait des quarts de travail de 8h. Aussi, les infirmières qui travaillent en 12h peuvent avoir des postes à temps complet, mais garder l'avantage des postes à temps partiel de travailler moins de journées dans une semaine. Le lien théorique derrière l'impact des quarts de travail de 12h serait donc que les infirmières sont davantage portées à prendre des postes à temps complet et, comme il y a moins d'infirmières sollicitées sur 24h, il y a plus d'infirmières disponibles pour faire des TS volontaires pour combler les besoins. Notre recherche n'a pas permis de trouver d'articles montrant des données directement en lien avec le TSO.

Effets des quarts de travail en 12h : Les infirmières travaillant 12h rapportent être moins sollicitées à faire du temps supplémentaire selon une étude qualitative descriptive (Dwyer, Jamieson, Moxham, Austen et Smith, 2007). On y a questionné les infirmières (n=19) à la suite à l'implantation d'un projet-pilote de quarts de travail en 12h. Dans cette même étude, les infirmières rapportaient que les quarts de travail en 12h étaient une stratégie de recrutement et de rétention de personnel. Une revue de la littérature concernant les quarts de travail de 12h a trouvé que ceux-ci limitent la disponibilité des infirmières à faire du TS et demande plus de discipline entourant

l'application du TS par les employeurs (Harris et al., 2015). Dans une autre étude quantitative comparant les policiers travaillant des quarts de travail de 12h, 10h et 8h, on remarque que les policiers qui travaillent 8h font significativement plus de TS que les autres (Amendola, Weisburd, Hamilton, Jones et Slipka, 2011).

Les quarts de travail de 12h et plus mettent cependant les professionnels à risque accru d'épuisement professionnel, d'épisodes de dépression majeure, de fatigue au travail et de perte d'attention au travail (Amendola et al., 2011; Harris et al., 2015). Les quarts de travail en 12h semblent donc être une avenue intéressante pour diminuer les TSO, mais viennent avec des problématiques qu'il faut anticiper. À ce sujet, Richardson, Turnock, Harris, Finley et Carson (2007), proposent de limiter la quantité de quarts de travail en 12h consécutifs à 3 de jour et 4 la nuit. Ils proposent également de considérer un usage concomitant de demi-quarts de travail afin d'offrir aux infirmières qui ne peuvent pas travailler 12h des alternatives permettant de combler les besoins.

Interventions à l'échelle d'une unité

Les interventions à l'échelle d'une unité regroupent les solutions pouvant être mises en place par des chefs d'unité de soins pour leur équipe de soins. Ces interventions tiennent compte des réalités de chaque milieu de soins.

Favoriser la gestion des horaires par les infirmières : Une intervention soulevée pour diminuer les TSO est d'impliquer les infirmières dans leur gestion d'horaire (Rossignol, 2017). Dans ces unités de soins, les infirmières vont élaborer une version de l'horaire qu'elles souhaitent avoir et les besoins sont calculés à partir de celui-ci. Les gestionnaires d'unités tentent donc d'accommoder le plus d'infirmières dans leur choix d'horaire. Notre recherche n'a pas montré de résultats directs de la gestion d'horaire par les infirmières sur les taux de TSO. Par contre, plusieurs

gestionnaires d'hôpitaux mentionnent que cette intervention fait partie de leurs outils pour limiter l'usage des TSO (Porter, 2018; Rossignol, 2017).

Effets de la gestion des horaires par les infirmières sur le TS : La gestion des horaires par les infirmières diminue l'usage du TS et augmente la rétention du personnel sur les unités (Kullberg, Bergenmar et Sharp, 2016). Une étude quasi expérimentale sur 4 unités de soins oncologiques a montré une diminution significative de l'usage de TS sur les unités où les infirmières choisissaient leurs horaires (Kullberg et al., 2016). En donnant aux infirmières un rôle dans leur organisation des horaires, on peut également constater une augmentation de la satisfaction des infirmières. Il est connu depuis longtemps que plus les infirmières ont le contrôle sur leurs horaires, plus leur rétention est bonne (Krausz, Sagie et Bidermann, 2000; Nei et al., 2015; Stimpfel et Aiken, 2013; Young, Albert, Paschke et Meyer, 2007). Il s'agit d'une intervention qui semble facilement implantable et qui semble avoir beaucoup d'avantages sur la rétention de personnel ainsi que sur l'usage du TS ce qui la rend prometteuse pour diminuer le recours au des TSO.

Créer un environnement de travail sain sur les unités de soins : Créer un environnement de travail sain est une intervention qui est soulevée pour diminuer le TS et le TSO (Bougie, 2007). L'auteure mentionne qu'un environnement de travail optimum comporte les éléments suivants : des demandes adaptées aux capacités des personnes, un niveau d'influence convenable des infirmières sur leur travail, un soutien social adéquat de la part des supérieurs et collègues, un équilibre entre les efforts et récompenses (ex. : un salaire adapté à l'effort demandé), un travail satisfaisant auprès de la clientèle de même que l'esthétique des lieux du travail (ex. : des aires de repos, la propreté des unités ainsi que la disponibilité du matériel). Le mécanisme derrière cette intervention serait d'améliorer la rétention du personnel et de réduire la fatigue des infirmières ce

qui contribuerait à une diminution des TSO selon l'auteure. Par contre, il s'agit d'une étude qualitative étudiant la signification du TSO telle que vécue par les infirmières donc ce lien n'est avancé que de manière théorique. D'autres interventions soulevées par les articles retenus pourraient toutefois aider à améliorer l'environnement de travail. Par exemple, la CSN (2019) propose des formations payées en milieu de travail pour attirer le personnel. Notre recherche n'a pas montré de données montrant l'impact de l'environnement de travail sain avec le TSO.

Rôle de l'environnement de travail sur des facteurs déterminants du TSO : L'environnement de travail est déterminant dans l'attraction et la rétention de personnel. L'attraction et la rétention de personnel sont des facteurs pouvant augmenter le personnel disponible à travailler des heures régulières ce qui en fait un facteur déterminant du TSO. L'environnement de travail peut être déterminé par les habiletés des infirmières gestionnaires, leur leadership, leur support, les fondations de la qualité de soins infirmiers, les relations entre les infirmières et les médecins, et la participation des infirmières aux prises de décisions (McHugh et Ma, 2014; Nei et al., 2015).

Le rôle des gestionnaires dans la création d'un environnement sain est aussi un facteur important dans la rétention du personnel et la réduction des TS (Blouin et Podjasek, 2019; Jeffs et al., 2015; McHugh et Ma, 2014; Van Staden, 2017). Avoir des leaders forts, qui font preuve de *caring* et qui sont stratégiques, qui créent un environnement de travail soutenant et permettant l'apprentissage aide à diminuer le TS (Jeffs et al., 2015). Il s'agit d'une des thématiques ressortant d'une étude qualitative visant à identifier des stratégies diminuant l'usage du TS, l'absentéisme et l'utilisation d'infirmières d'agences (Jeffs et al., 2015). Selon Jeffs et al. (2015), les sous-thématiques les plus fréquemment abordées par gestionnaires questionnés sont la création d'un environnement de travail sain, une culture de travail soutenant, des bonnes occasions d'apprentissage comme des programmes d'orientation et de formation continue et d'avoir des

programmes de bien-être pour les employés. On y retrouve également l'usage de données pour appuyer les décisions et le travail de concert avec les syndicats. L'environnement de travail peut donc être modulé par une multitude de facteurs et d'interventions, mais en améliorant celui-ci, il semble probable d'avoir des effets diminuant les TSO.

Discussion

Dans cette revue narrative, nous avons identifié et fait l'analyse critique de 12 interventions pouvant diminuer l'usage du TSO que nous avons regroupé selon quatre niveaux. Parmi ces interventions, certaines semblent se démarquer, mais peu d'entre elles ont fait l'objet d'études rigoureuses. Par contre, elles présentent des avenues intéressantes d'interventions pour les différents acteurs dans les organisations de santé.

Pour les législateurs, l'application de lois bannissant l'usage du TSO semble être une intervention efficace pour en diminuer significativement son utilisation. Au niveau systémique, il semble pertinent d'offrir et de valoriser les postes à temps complet. L'amélioration des conditions de travail semble également être une avenue intéressante pour attirer et retenir le personnel. Au niveau organisationnel, c'est l'implantation des caractéristiques principales du modèle *Magnet* qui semble se démarquer par une diminution de l'usage du TSO. L'usage des quarts de travail en 12h semble également être une avenue intéressante, mais qui nécessite aussi des précautions. À l'échelle d'une unité de soins, favoriser la gestion des horaires par les infirmières est également une intervention qui semble pouvoir diminuer l'usage du TSO.

Il semble intéressant de se pencher sur l'application de plus d'une intervention à la fois au lieu de chercher une intervention unique pour diminuer l'usage des TSO. C'est un constat qu'on peut également tirer des hôpitaux avec une certification *Magnet* (Trinkoff, Johantgen, Storr, Han, Liang, Gurses, et al., 2010). Il s'agit de l'une des seules interventions ayant démontré un impact

quantifiable sur l'usage du TSO. Les hôpitaux ayant la certification *Magnet* mettent en place une multitude d'interventions dans le but d'attirer et de retenir leur personnel. Certaines de ces interventions sont également identifiées dans notre recherche. De plus, comme ces interventions peuvent s'utiliser à plusieurs niveaux, cela permet une mise en place concomitante d'interventions diminuant TSO.

Les moyens utilisés sont souvent rapportés en fonction du système de santé dans lesquels ils sont placés. Ainsi, il est peut-être difficile de tirer des conclusions généralisables à tous les réseaux de la santé. Lorsqu'on souhaite appliquer des interventions visant à diminuer le TSO, il faut contextualiser celles-ci dans le réseau qu'on vise. Dans le même ordre d'idées, certaines des interventions identifiées peuvent être employées par différents acteurs en fonction des systèmes de santé. Par exemple, au Québec, les conditions de travail sont négociées pour toutes les infirmières ce qui fait que les conditions de travail relèvent d'interventions systémiques alors que dans certains systèmes de santé privatisés, les conditions de travail sont décidées par les employeurs. Les interventions mises de l'avant dans notre revue peuvent donc s'appliquer à certains niveaux différents de ceux identifiés, ce qui renforce l'importance de les contextualiser aux réseaux et aux unités de soins dans lesquels elles sont implantées.

À l'exception de l'implantation des lois sur le TSO et les caractéristiques principales du modèle *Magnet* aucune intervention n'est appuyée par des données probantes montrant la diminution des TSO. Aussi, la majorité des études ayant évalué l'impact des lois limitant le TSO ont été dirigées par la même équipe de recherche, ce qui montre une disproportion dans la disponibilité des données (Bae, 2012b; Bae et Brewer, 2010; Bae et Yoon, 2014; Bae, Brewer et Kovner, 2012) . Ceci semble être un résultat direct de la faible quantité de données sur les interventions permettant de réduire le TSO. Pourtant, cela n'écarte pas la possibilité que les

interventions identifiées puissent avoir un réel impact pour diminuer le TSO. Notre étude a toutefois permis de brosser un portrait du mécanisme des interventions et du potentielles de celles-ci. À la lumière de notre analyse critique ainsi que devant l'ampleur des effets néfastes connus et démontrés des TSO, nous pensons que les interventions que nous recommandons doivent être appliquées et étudiées. Au meilleur de nos connaissances, il s'agit de la première étude identifiant et regroupant les mesures pouvant avoir un effet sur l'imposition des TSO.

Cette revue narrative article répond aux six éléments de la grille SANRA (Baethge et al., 2019). D'abord, nous croyons que nous avons bien présenté la problématique des TSO et mis en évidence les lacunes dans littérature justifiant explicitement notre article, ce qui répond au premier élément de la grille. Le but, les objectifs et la question de recherche sont également concrets et adaptés à notre problématique et la méthodologie utilisée pour les atteindre est explicite et exposée en détail, en vertu des points 2 et 3 de la grille. Notre revue, comme le demande le point 4 de la grille SANRA, appuie toutes les déclarations clés présentées avec des références. Nous pensons également que notre revue narrative décrit la qualité du raisonnement scientifique en abordant les principaux attributs des documents à l'étude (devis, méthodologie, lacunes, etc.) ou en supportant les documentations par d'autres recherches, conformément au point 5 de la grille. Nous pensons que ceci nous a également permis d'atteindre le point 6 de la grille, soit de présenter les données de manière appropriée. Nous avons présenté les données telles que présentées dans la littérature avec les intervalles de confiance.

Le contexte actuel de pandémie a également ajouté une pression supplémentaire sur les réseaux de la santé, dont plusieurs imposaient déjà fréquemment des TSO. Ces pressions ont mené à une augmentation de l'épuisement professionnel, forçant des infirmières à cesser leur pratique, exacerbant la pénurie effective de personnel en partie responsable de la prévalence du TSO

(Gautier et al., 2021). Dans plusieurs systèmes, des infirmières insatisfaites ont aussi quitté leur poste à la recherche de meilleurs salaires, d'horaires plus flexibles ou de milieux offrant plus de support (Chatlani, 2022). Ces réseaux affaiblis par la pandémie ont augmenté le recours à des agences de placement d'infirmières, moyennant des coûts de plus en plus élevés (Boily et Gentile, 2020; Chatlani, 2022). Devant la difficulté de répondre aux besoins engendrés par la Covid-19, certains gouvernements ont forcé les infirmières à augmenter leurs heures travaillées, à annuler leurs vacances ou à travailler en étant symptomatiques du virus sous peine de sanctions sur leurs salaires ou sous forme d'avis disciplinaires (Akhtar et Bendix, 2022; Ministère de la Justice du Québec, 2020). Ces formes de pressions imposées aux infirmières mettent en évidence de nouvelles formes de travail obligatoire venant s'ajouter aux TSO. Bien qu'il soit difficile de chiffrer l'usage du TSO, la pandémie semble avoir exacerbé certains facteurs déterminants.

Un constat de cette revue narrative est que peu d'études sur l'efficacité des interventions pour diminuer le TSO existent. Ceci rend la recherche d'interventions efficaces plus ardue et diminue la taille de notre échantillon d'études retenues dans notre revue.

Forces et limites de l'étude

La petite taille de notre échantillon constitue une limite de notre revue. Il est donc important de faire avancer les recherches sur la gestion des TSO et d'évaluer les interventions pouvant le diminuer, pour nous permettre de contrer cette limite. La totalité des interventions identifiées dans cette revue pourrait faire l'objet d'études évaluant l'impact de leur implantation sur le TSO.

Une limite de notre revue est la disparité des méthodes utilisées pour évaluer les retombées des interventions sur le TSO. Les quelques articles de recherche qui ont étudié l'implantation de mesures diminuant le TSO n'utilisaient pas les mêmes méthodes de mesure de leur efficacité. Il

en devient donc plus difficile de comparer les différentes interventions trouvées entre elles afin d'en dégager les plus intéressantes.

La littérature consultée ne sépare pas le TSO du TS, limitant les interventions alternatives au TSO qui excluent le TS volontaire. Comme la visée de notre revue regroupait uniquement les articles mentionnant explicitement le TSO, certaines interventions auraient donc pu être écartées si elles abordaient le TS sans faire mention du TSO. Toutefois, Le TSO étant une forme de TS avec des particularités supplémentaires (ex : l'aspect forcé, l'absence de préavis, les longues heures, etc.), il est possible de croire que les interventions diminuant le TS pourraient s'appliquer au TSO. Ces interventions n'ont pas d'emblée été incluses dans notre article, car le TS volontaire comporte certains avantages pour les infirmières et ne vient pas forcément avec toute la charge ajoutée d'un TSO (Beckers et al., 2008; Lobo et al., 2013). Des études subséquentes pourraient évaluer les liens entre le TSO et le TS et mettre en évidence si des interventions sur le TS peuvent avoir le même effet sur le TSO. Une étude du genre pourrait ajouter d'autres interventions à l'arsenal de solutions s'offrant aux gestionnaires pour réduire le TSO.

Finalement, une des forces majeures de notre étude, en plus d'être la première revue des méthodes réduisant l'usage du TSO, est qu'elle présente celles-ci avec une analyse critique permettant de contextualiser l'implantation de chacune des interventions mises en évidence. En présentant cette analyse critique, nous permettons aux gestionnaires voulant réduire l'usage du TSO d'avoir une idée plus précise des enjeux relatifs à leur application ou des retombées anticipées des interventions identifiées.

Conclusion

Les TSO sont un obstacle à la qualité des soins, à la qualité de la vie professionnelle des infirmières ainsi qu'au bon fonctionnement des hôpitaux. Notre recherche a pu identifier 12

interventions permettant potentiellement de réduire le TSO. Ces interventions peuvent être à l'échelle législative, systémique, organisationnelle ou encore à l'échelle d'une unité de soins. L'application de plusieurs interventions concomitantes pourrait augmenter l'effet sur le TSO. Les interventions identifiées présentent chacune des pistes de recherches en administration des services infirmiers.

Références

- Agence QMI. (2021). Système de santé : de meilleures conditions pour stopper l'hémorragie. *TVA Nouvelles*.
- Akhtar, A. et Bendix, A. (2022, 6 janvier 2022). COVID-positive nurses say they're being pressured to work while sick, and they're petrified of infecting patients. *Business Insider*. Repéré à <https://www.businessinsider.com/nurses-with-covid-say-they-are-being-told-to-work-2022-1>
- Alaska Nurse. (2011). Summary of overtime limitations for nurses. *Alaska Nurse*, 61(1), 11-11.
- Amendola, K. L., Weisburd, D., Hamilton, E. E., Jones, G. et Slipka, M. (2011). An experimental study of compressed work schedules in policing: Advantages and disadvantages of various shift lengths. *Journal of Experimental Criminology*, 7(4), 407-442. doi: 10.1007/s11292-011-9135-7
- American Nurses Credentialing Center. (2019). Magnet Model - Creating a Magnet Culture. Repéré à <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/magnet-model/>
- Bae, S.-H., Brewer, C. S. et Kovner, C. T. (2012). State mandatory overtime regulations and newly licensed nurses' mandatory and voluntary overtime and total work hours. *Nursing Outlook*, 60(2), 60-71. doi: 10.1016/j.outlook.2011.06.006
- Bae, S.-H. et Fabry, D. (2014). Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: Systematic literature review. *Nursing Outlook*, 62(2), 138-156. doi: 10.1016/j.outlook.2013.10.009
- Bae, S.-H. et Yoon, J. (2014). Impact of states' nurse work hour regulations on overtime practices and work hours among registered nurses. *Health services research*, 49(5), 1638-1658. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12179>
- Bae, S. et Brewer, C. (2010). Mandatory Overtime Regulations and Nurse Overtime. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 11(2), 99-107. doi: 10.1177/1527154410382300
- Bae, S. H. (2012). Nurse overtime, working conditions, and the presence of mandatory nurse overtime regulations. *Workplace Health and Safety*, 60(5), 205-214. doi: 10.3928/21650799-20120426-01
- Bae, S. H. et Champion, J. D. (2016). Nurse practitioners' work hours and overtime: How much, and under what working conditions? *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(3), 138-143. doi: 10.1002/2327-6924.12285

- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S. et Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research integrity and peer review*, 4(1), 5.
- Beckers, D. G. J., Van Der Linden, D., Smulders, P. G. W., Kompier, M. A. J., Taris, T. W. et Geurts, S. A. E. (2008). Voluntary or involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction. *Work and Stress*, 22(1), 33-50. doi: 10.1080/02678370801984927
- Berry, L. et Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*. (1^e éd.). Ottawa: Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.
- Blouin, A. S. et Podjasek, K. (2019). The Continuing Saga of Nurse Staffing: Historical and Emerging Challenges. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(4), 221-227. doi: 10.1097/nna.0000000000000741
- Boily, D. et Gentile, D. (2020). Jusqu'à 150\$ l'heure pour du personnel infirmier d'agences au Québec. *Radio-Canada*.
- Bougie, M. (2007). La signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par des infirmières en centre hospitalier.
- Bourbonniere, M., Feng, Z., Intrator, O., Angelelli, J., Mor, V. et Zinn, J. S. (2006). The use of contract licensed nursing staff in US nursing homes. *Medical Care Research and Review*, 63(1), 88-109.
- Castle, N. G., Engberg, J. et Men, A. (2008). Nurse aide agency staffing and quality of care in nursing homes. *Medical Care Research and Review*, 65(2), 232-252.
- Chatlani, S. (2022). Hospitals ask Biden administration to help lower the soaring cost of travel nurses: National Public Radio.
- CHU de Québec. (2019). En mode solutions: améliorons ensemble nos conditions au travail au bénéfice de nos patients. Repéré à https://www.chudequebec.ca/getmedia/5e1bfe62-2166-456a-aac8-6c5b27c477ea/En_mode_solutions_315_idees_thematiques.aspx
- Confédération des Syndicats Nationaux. (2019). Temps supplémentaire obligatoire : la FSSS – CSN propose trois solutions Pour information. Repéré à <http://www.fiqsante.qc.ca/soins-securitaires-et-pratique-professionnelle/temps-supplementaire-obligatoire/>
- de Castro, A. B., Fujishiro, K., Rue, T., Tagalog, E. A., Samaco-Paquiz, L. P. G. et Gee, G. C. (2010). Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness. *International Nursing Review*, 57(2), 188-194. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00793.x>

- Despatie, A.-L. et Fimbry, M. (2018). Des quarts de 12 heures pour les infirmières, la solution? *Radio-Canada*.
- Donaldson, N., Bolton, L. B., Aydin, C., Brown, D., Elashoff, J. D. et Sandhu, M. (2005). Impact of California's licensed nurse-patient ratios on unit-level nurse staffing and patient outcomes. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 6(3), 198-210.
- Dwyer, T., Jamieson, L., Moxham, L., Austen, D. et Smith, K. (2007). Evaluation of the 12-hour Shift Trial in a Regional Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 711-720. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00737.x
- Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec. (2017). Heures supplémentaires: Agir collectivement, agir localement. Repéré à http://www.fiqsante.qc.ca/mauricie-centre-du-quebec/wp-content/uploads/sites/11/2017/06/2017-01-31_Heures_supplementaires_FR_2017.pdf?download=1
- Gagné, S. (2019). Temps supplémentaire obligatoire : une pratique qui doit cesser. *Le Devoir*.
- Gautier, B. L., David, P.-M. et Zinser, K. (2021). On the resilience of hospital and public health staff facing COVID-19 in Quebec : did we reach a breaking point ? Repéré à <https://www.internationalhealthpolicies.org/featured-article/on-the-resilience-of-hospital-and-public-health-staff-facing-covid-19-in-quebec-did-we-reach-a-breaking-point/>
- Georgiou, G., Amenudzie, Y., Ho, E. et O'Sullivan, E. (2018). Assessing the application of the Synergy Mode, in hematology to improve care delivery and the work environment. *Canadian Oncology nursing Journal*, 28(1), 13-21. doi: 10.5737/236880762811316
- Guardado, J. et Roberts, K. (2017). Have Plan B for Unexpected Call-outs: Reduce OT: Make inadequate staffing a thing of the past. *Hospital Access Management*, 36(11), 4-5.
- Harris, R., Sims, S., Parr, J. et Davies, N. (2015). Impact of 12h shift patterns in nursing: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 605-634. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.10.014
- Hoffman, A., & von Sadvosky, V. (2018). Staff Nurses' Perspectives of Resources Needed During Floating. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(11), 580-584.
- Hurst, K. et Smith, A. (2011). Temporary nursing staff—cost and quality issues. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 287-296.
- Iufer, J. (2019). A Novel Model for Flexible Staffing in Unionized Healthcare Foodservice Departments...Food & Nutrition Conference & Expo, 26-29 October 2019, Philadelphia, PA. *Journal of the Academy of Nutrition & Dietetics*, A-55-A-55.

- Jeffs, L., Grinspun, D., Closson, T. et Mainville, M.-C. (2015). Identifying Strategies to Decrease Overtime, Absenteeism and Agency Use: Insights from Healthcare Leaders. *Nursing Leadership (1910-622X)*, 28(3), 23-40.
- Krausz, M., Sagie, A. et Bidermann, Y. (2000). Actual and preferred work schedules and scheduling control as determinants of job-related attitudes. *Journal of vocational behavior*, 56(1), 1-11.
- Kullberg, A., Bergenmar, M. et Sharp, L. (2016). Changed nursing scheduling for improved safety culture and working conditions - patients' and nurses' perspectives. *Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(4), 524-532. doi: 10.1111/jonm.12352
- Laberge, M. et Montmarquette, C. (2009). *Portrait des conditions de pratique et de la pénurie des effectifs infirmiers au Québec*.
- Liang, B. et Turkcan, A. (2016). Acuity-based nurse assignment and patient scheduling in oncology clinics. *Health Care Management Science*, 19(3), 207-226. doi: 10.1007/s10729-014-9313-z
- Lu, S. F. et Lu, L. X. (2016). Do mandatory overtime laws improve quality? Staffing decisions and operational flexibility of nursing homes. *Management Science*, 63(11), 3566-3585. doi: 10.1287/mnsc.2016.2523
- McHugh, M. D. et Ma, C. (2014). Wage, work environment, and staffing: effects on nurse outcomes. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(3-4), 72-80.
- Michigan Nurses Association et Public Policy Associates. (2004). *The Costs of Mandatory Overtime for Nurses*. (August).
- Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec (FIQ) et Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec), 2014 QCTA 836 C.F.R. (2014).
- Nei, D., Snyder, L. A. 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
- Nurses Bargaining Association (2019). *Provincial Collective Agreement between Health Employers Association of BC and Nurses Bargaining Association* (n° 6044332268). Health Employers Association. Repéré à https://www.bcnu.org/Contracts-Bargaining/Documents/nba-pca_2019-2022.pdf
- Olds, D. M. et Clarke, S. P. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of safety research*, 41(2), 153-162.
- Porter, I. (2018). Pourquoi les infirmières des hôpitaux anglophones ne font presque pas d'heures supplémentaires? *Le Devoir*.

- Richardson, A., Turnock, C., Harris, L., Finley, A. et Carson, S. (2007). A study examining the impact of 12-hour shifts on critical care staff. *Journal of Nursing Management*, 15(8), 838-846. doi: 10.1111/j.1365-2934.2007.00767.x
- Robitaille, J. (2019). Nurse To Patient Ratios: Government Mandated Or Evidence Based?
- Rossignol, C. (2017). *Organisation du travail et temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières dans le secteur de la santé au Québec: comparaison de deux centres hospitaliers*. (mémoire, Université de Montréal, Montréal).
- Shekelle, P. G. (2013). Nurse–patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5_Part_2), 404-409.
- Steinmetz, S., Vries, D. H. D. et Tijdens, K. G. (2014). Should I stay or should I go? The impact of working time and wages on retention in the health workforce. *Human resources for health*, 12(1), 23-23. doi: 10.1186/1478-4491-12-23
- Stimpfel, A. W. et Aiken, L. H. (2013). Hospital staff nurses' shift length associated with safety and quality of care. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(2), 122-129. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3182725f09
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M. et Aiken, L. H. (2012). The Longer The Shifts For Hospital Nurses, The Higher The Levels Of Burnout And Patient Dissatisfaction. *Health Affairs*, 31(11), 2501-2509. doi: 10.1377/hlthaff.2011.1377
- Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Horan, T., Glance, L. G., Zwanziger, J. et Dick, A. W. (2007). Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes. *Medical Care*, 45(6), 571-578. doi: 10.1097/MLR.0b013e3180383667
- Straw, C. N. (2018). Engagement and retention in float pools: Keeping the team above water. *Nursing management*, 49(10), 30-36.
- Tellez, M. (2012). Work satisfaction among California registered nurses: a longitudinal comparative analysis. *Nursing Economics*, 30(2), 73.
- Texas Nurses Association. (2009). Prohibition on mandatory overtime part of Hospital Safe Staffing Act: bill to provide safer workplace environment; additional patient advocacy protections. *Texas Nursing Voice*, 3(2), 1-7.
- Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Han, K., Liang, Y., Gurses, A. P. et Hopkinson, S. (2010). A comparison of working conditions among nurses in Magnet and non-Magnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 40(7-8), 309-315. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181e93719

- Ulrich, B. T., Buerhaus, P. I., Donelan, K., Norman, L. et Dittus, R. (2009). Magnet status and registered nurse views of the work environment and nursing as a career. *Journal of Nursing Administration*, 39(7-8 SUPPL.), 212-220. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181aeb4ef
- Van Staden, E. (2017). High staff turnover - can it be reduced? *Professional Nursing Today*, 21(4), 54-56.
- Virtanen, M., Ferrie, J. E., Singh-Manoux, A., Shipley, M. J., Vahtera, J., Marmot, M. G. et Kivimäki, M. (2010). Overtime work and incident coronary heart disease: The Whitehall II prospective cohort study. *European Heart Journal*, 31(14), 1737-1744. doi: 10.1093/eurheartj/ehq124
- Virtanen, M., Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Ferrie, J. E. et Kivimäki, M. (2012). Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *PloS one*, 7(1), e30719.
- Vortherms, J., Spoden, B. et Wilcken, J. (2015). From Evidence to Practice: Developing an Outpatient Acuity-Based Staffing Model. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 332-337. doi: 10.1188/15.CJON.332-337
- Wheatley, C. (2017). Nursing Overtime: Should It Be Regulated? *Nursing Economic\$, 35(4)*, 213-217.
- Young, C. M., Albert, N. M., Paschke, S. M. et Meyer, K. H. (2007). The 'Parent Shift' program: incentives for nurses, rewards for nursing teams. *Nurs Econ*, 25(6), 339-344.
- Zeytinoglu, I. U., 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.

Chapitre 5. Discussion

5.1 Retour sur l'article et compléments d'information

Le but de cette recherche était d'identifier, synthétiser et faire une analyse critique des interventions pouvant mener à une diminution du TSO au moyen d'une revue narrative. Le résultat de cette recherche est un article de revue narrative des écrits qui nous ont permis d'identifier et de faire une analyse critique de 12 interventions pouvant potentiellement diminuer l'utilisation du TSO. Une analyse critique a été faite des différentes interventions identifiées et présente l'efficacité prouvée ou potentielle et les nuances entourant celles-ci. Ces 12 interventions ont été classées selon 4 niveaux dans les systèmes de santé auxquelles elles sont applicables, soit le niveau législatif, systémique, organisationnel et à l'échelle d'une unité de soins.

Les interventions identifiées sont toutes complémentaires et l'application concomitante de celles-ci pourrait amener plus de bénéfices qu'une intervention seule. Nous pouvons également appuyer l'idée d'appliquer plusieurs mesures concomitantes sur les taux significativement plus bas de TSO des hôpitaux certifiés *Magnet* mis de l'avant dans nos résultats. En fait, la certification *Magnet* comporte plusieurs éléments qui attirent et retiennent les infirmières.

Plusieurs des interventions identifiées semblent prometteuses, mais viennent avec des particularités à prendre en considération dans leur implantation. Parmi les interventions identifiées, peu d'entre elles sont appuyées par des données probantes. C'est notamment le cas des législations limitant l'usage du TSO. Les limites rapportées dans la littérature entourant l'implantation de ces lois montrent toutefois que la législation seule peut ne pas être suffisante pour limiter l'usage du TSO (Bae et Brewer, 2010; Lu et Lu, 2016). L'implantation de ces lois peut également entraîner une hausse de l'usage d'agences de placements et d'erreurs médicales (Lu et Lu, 2016). Il faut que

ces lois soient accompagnées de mécanismes permettant de valider le respect et d'anticiper les effets négatifs de ces lois.

Les documents retenus dans notre revue narrative abordent des interventions ayant un lien potentiel direct avec le TSO. Pourtant, comme le TSO est déterminé par plusieurs facteurs, il est possible de croire que certaines interventions pouvant diminuer l'usage du TSO en modulant l'un de ces facteurs n'ont pas été repérées par notre méthodologie de recherche. Ces interventions ont dû être écartées par l'absence de lien direct trouvé dans la littérature pour réduire le TSO. Certaines de ces interventions touchent pourtant des facteurs déterminants du TSO et constituent des pistes de recherches intéressantes. Par exemple, plusieurs des interventions visant à diminuer le TSO visent en fait à améliorer la rétention du personnel ou assurer l'appréciation des infirmières au travail. Afin de pallier à cette limite de repérage d'interventions possiblement efficaces pour réduire le TSO, des études subséquentes pourraient élargir les critères de sélection et répertorier les interventions montrant un effet positif sur la rétention de personnel ou sur la satisfaction professionnelle des infirmières. Parmi ces interventions, nous pensons qu'un nombre d'entre elles pourrait avoir un effet sur le TSO.

Par exemple, certaines pratiques relatives à la dotation de personnel peuvent également sortir de l'organisation standard des soins. Un exemple est la mobilité du personnel volontaire en dehors de leurs établissements réguliers de pratique. C'est un modèle qui est déjà pratique courante chez les pompiers. Ceux-ci peuvent par exemple faire des journées supplémentaires volontaires dans une autre caserne de leur territoire (Vermot-Desroches, 2020). Ce type de mobilité est explicitement encadré dans la convention collective des pompiers (article 23.03 e) (Ville de Montréal et Association des pompiers de Montréal, 2010).

Dans le réseau de la santé québécois, ces interventions peuvent davantage s'approcher du délestage des infirmières ou du recours d'agences de placement d'infirmières qui travaillent en parallèle au réseau de la santé en injectant des ressources infirmières où il y a des besoins. Le délestage des infirmières, une pratique qui vise à déplacer des infirmières d'un milieu à l'autre, a été imposé à plusieurs professionnelles dans le contexte de la pandémie de Covid-19 (Ministère de la Justice du Québec, 2020). Cette pratique, lorsque imposée aux infirmières peut cependant venir avec une perception négative et court le risque de porter les mêmes effets négatifs que l'usage d'agences de placement, soit une augmentation du risque d'erreurs, une baisse de cohésion dans les équipes de soins ainsi qu'une mauvaise continuité de soins (Bourbonniere et al., 2006; Castle, Engberg et Men, 2008; Hurst et Smith, 2011). De plus, par la nature diverse des soins qui sont prodigués par les infirmières, celles-ci ne sont pas interchangeables, particulièrement dans les milieux spécialisés. Par exemple, une infirmière travaillant dans une unité de soins intensifs pédiatriques ne serait pas outillée pour répondre à des besoins ponctuels sur une unité de cardiologie adulte.

L'usage des agences de placement d'infirmières peut aussi sembler être un outil pour mitiger les effets du TSO. Par contre, aucun document retrouvé dans notre littérature n'a avancé son usage comme une intervention diminuant le TSO. De plus, dans les documents l'abordant, l'usage des agences était présenté comme une intervention présentant de trop nombreux effets négatifs. Il s'agit d'un service qui peut devenir particulièrement coûteux pour les établissements qui s'en servent (Boily et Gentile, 2020) en plus de diminuer la qualité de soins (Bourbonniere et al., 2006; Castle et al., 2008; Hurst et Smith, 2011).

Une autre pratique organisationnelle qui n'a pas pu être retenue dans notre revue par son absence de lien direct avec le TSO consiste à valoriser les postes et quart de travail plus difficiles

à combler. Un exemple de cette valorisation est une pratique appelée *Shift-Bidding*. Cela consiste à mettre aux enchères les quarts de travail les plus difficiles à combler et les accorder aux infirmières qui demandent le salaire le plus bas, toujours au-dessus du salaire régulier. Par exemple, les quarts de travail difficiles à combler pourraient être mis sur le programme d'enchère et les infirmières pourraient choisir de faire ces quarts de travail en échange de sommes d'argent au lieu d'être en temps supplémentaire ce qui demeure avantageux pour l'établissement (Fortin et Douglas, 2006). En procédant ainsi, un établissement du Texas a réussi à estimer leurs économies ainsi à près de 3,2 millions de dollars par année (Fortin et Douglas, 2006). Ces baisses de coûts sont associées entre autres à la baisse d'usage des agences externes, à une meilleure rétention et à un meilleur recrutement. Ils mentionnent également que leurs quarts de travail à combler étaient dorénavant beaucoup plus visibles par l'ensemble du personnel infirmier et facilitaient le recrutement pour ces quarts de travail. Bien que le *Shift-Bidding* s'applique à l'échelle d'une unité, il pourrait également s'appliquer plus largement dans le réseau, par exemple pour les infirmières travaillant dans plus d'un établissement d'un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Certaines interventions peuvent également se concentrer sur la réorganisation des méthodes d'attribution du personnel. Ceci peut passer par une meilleure observation des fluctuations de besoins d'une unité donnée en se basant sur des projections (Radwin, Cabral, Chen et Jennings, 2010; Villarreal et Keskinocak, 2016). Ces projections doivent reposer sur les spécificités de chaque unité de soins.

En somme, il ne semble pas exister de solution unique pour enrayer le TSO de la gestion des systèmes de santé. Par contre, une approche intégrant plusieurs interventions appliquées à plusieurs niveaux pourrait avoir des répercussions importantes sur le TSO. Une diminution du

TSO par une telle approche aurait de profondes répercussions sur le portrait du système de santé en permettant une meilleure attraction et rétention d'infirmières se traduisant ultimement par des soins de meilleure qualité pour les patients.

5.2 Limites et forces de l'étude

5.2.1 Limites de l'étude

Plusieurs limites de l'étude peuvent être identifiées dans notre recherche. D'abord, le devis de recherche de la revue narrative ne permet pas de tirer des conclusions de haut niveau d'évidence (UAB Libraries, 2020). De plus, la difficulté de trouver des données relatives à l'efficacité des interventions identifiées, représentant une autre limite de notre revue, est un autre obstacle au niveau d'évidence. Toutefois, ce type de revue était adapté au but de cette recherche et permet de fournir des pistes d'interventions à différents niveaux dans les réseaux de santé. Cependant, de plus amples recherches sont nécessaires afin de mieux valider les retombées de l'application de ces interventions.

Comme mentionné plus haut, la pauvreté de la littérature scientifique traitant des interventions diminuant le TSO est une des limites relevées par notre revue. La pauvreté de la littérature est probablement un impact direct de la confusion entourant la définition du TSO. Ceci rend la recherche d'interventions efficaces plus ardues. Aussi, les quelques articles de recherche qui ont étudié l'implantation de mesures diminuant le TSO n'utilisaient pas les mêmes méthodes de mesure de leur efficacité. Il en devient donc plus difficile de comparer les différentes interventions entre elles afin d'en dégager les plus intéressantes. Bien que cela n'ait aucun impact sur le premier objectif de notre revue, il devient plus difficile de déterminer l'efficacité des interventions identifiées. Il est donc important de faire avancer les recherches sur la gestion des TSO et d'évaluer les interventions pouvant le diminuer. Notre recherche peut servir de base à ce

travail étant donné que nous avons identifié des interventions qui n'ont pas été testées et appuyées par des données probantes.

Une autre limite de notre recherche est que parmi nos articles retenus la plupart traitent de systèmes de santé nord-américains. Ceci aurait pu avoir pour effet d'exclure certaines interventions pouvant réduire le TSO répertoriées dans d'autres systèmes de santé. Cette sélection n'a pas été faite consciemment, mais pourrait résulter d'une différence dans l'appellation du TSO dans les autres systèmes de santé ou d'une absence de documents traduits en français ou en anglais. Pour pallier cette problématique, étant partiellement un résultat de la difficulté de définir le TSO, nous avons basé nos termes de recherche sur les lectures faites et ajouté des termes lorsque ceux-ci étaient rencontrés. Par exemple, les termes *compulsory overtime* ou *involuntary overtime* sont des termes issus de certains écrits. Notre compréhension de ces interventions est aussi teintée par notre expérience dans le système de santé québécois qui présente ses propres particularités. Bien que cette limite aurait pu exclure certaines interventions, il en résulte également des interventions qui sont plus facilement contextualisées au système de santé québécois.

5.2.2 Forces de l'étude

Notre étude comporte plusieurs forces. D'abord, l'identification et l'analyse critique des interventions permettent d'évaluer l'applicabilité et d'identifier les enjeux prévisibles associés à chaque méthode. De plus, il s'agit au mieux de nos connaissances du premier écrit scientifique à recenser, regrouper et critiquer des méthodes permettant de réduire l'utilisation du TSO.

Les revues narratives comportent également certains avantages qui transparaissent dans notre étude. Ce type de revue permet de couvrir des sujets trop larges pour faire l'objet de revues systématiques, en plus de mettre en relation des éléments et de la documentation variée pour présenter une problématique complexe et peu étudiée (Ferrari, 2015; Greenhalgh, Thorne et

Malterud, 2018). C'est une méthodologie qui nous a permis de présenter le TSO comme aucune autre revue ne l'a fait à notre connaissance. Autrement dit, ce type de revue concorde parfaitement avec le but de notre recherche. L'utilisation de la revue narrative pour identifier et critiquer des interventions pour le TSO permet donc d'obtenir une revue plus riche et dont plusieurs éléments auraient échappé à la méthodologie plus rigide d'une revue systématique.

Une autre force de cette recherche est qu'elle peut servir de base d'intervention pour les acteurs, quel que soit leur rôle dans la gestion des établissements de santé. Le TSO, étant un problème complexe, mérite une approche intégrée impliquant plusieurs interventions et notre article jette les bases à cette approche. Par exemple, un gestionnaire d'unité pourrait se servir de notre revue pour mettre en place un projet-pilote permettant aux infirmières de faire leur propre horaire et de manière concomitante, amener à ses supérieurs l'idée de mettre à jour le modèle de soins de leur établissement en s'inspirant des caractéristiques du modèle *Magnet*.

5.3 Évaluation de la qualité de la revue narrative

L'évaluation de la qualité de la revue narrative que nous avons faite s'est basée sur la grille SANRA (Baethge et al., 2019) (voir Annexe 3). Voici comment notre recherche répond aux éléments de la grille.

D'abord, la problématique des TSO a été bien présentée et les lacunes dans littérature justifiant explicitement la pertinence de réaliser une revue narrative ont été mises en évidence, ce qui répond au premier élément de la grille. Nous avons discuté des principaux enjeux associés au TSO et mis en évidence la faible littérature entourant les interventions visant à le diminuer. Nous avons justifié explicitement l'importance de notre revue narrative en nous basant sur ces éléments, ce qui répond au point 1 de la grille SANRA (Baethge et al., 2019).

Le but, les objectifs et la question de recherche sont également concrets et adaptés à notre problématique. Ces éléments sont explicitement mentionnés dans notre revue ce qui est le critère d'atteinte du point 2 de la grille.

La méthodologie utilisée pour les atteindre le but et les objectifs est explicite et exposée en détail, en vertu du point 3 de la grille. Notre méthodologie est présentée de manière exhaustive puisqu'elle présente en détail l'ensemble des critères de recherches utilisés ainsi que tous les mots-clés et termes de recherche. Nous avons également parlé de comment nous avons effectué les recherches pour trouver la littérature grise avec le même niveau de détail. Tout notre processus est détaillé de manière à permettre une répliquabilité de notre recherche.

Notre revue, comme le demande le point 4 de la grille SANRA, appuie aussi toutes les déclarations clés présentées avec des références (Baethge et al., 2019). Lorsque les éléments abordés ne faisaient pas l'objet d'études, nous avons soutenu notre analyse critique par d'autres éléments de recherche permettant d'appuyer nos propos par des références et des données probantes, renforçant la qualité de notre analyse. De plus, ce mémoire n'a pas fait d'affirmations qui n'étaient pas appuyées par des références, ce qui correspond à la note maximale du point 4 de la grille.

Notre revue narrative décrit la qualité du raisonnement scientifique en abordant les principaux attributs des documents à l'étude (devis, méthodologie, lacunes, etc.) et en supportant les documentations par d'autres recherches, conformément au point 5 de la grille. L'atteinte de cet élément se base sur la présentation des arguments clés de manière scientifique. Nous avons présenté les articles centraux aux interventions abordées en parlant de leur devis, leur méthodologie ainsi que leurs principaux attributs. Dans les cas où les interventions n'étaient pas appuyées par des recherches, nous avons approfondi la recherche afin d'exposer le mécanisme

probable des interventions et l'impact de celles-ci sur d'autres facteurs déterminants ou en lien avec le TSO. Ceci nous a permis d'évaluer l'applicabilité et les enjeux à prendre en considération dans la mise en place de ces interventions. Nous avons présenté toute la littérature scientifique retenue avec profondeur et appuyé notre raisonnement scientifique sur des articles du plus haut niveau d'évidence disponible.

Le point 6 de la grille SANRA, finalement, fait référence à la présentation des données de manière appropriée (Baethge et al., 2019). Nous avons mis en évidence les principales données relatives à l'efficacité des interventions en présentant les données quantitatives avec les valeurs adéquates. Par exemple, nous avons montré les valeurs p lorsque disponibles pour appuyer toutes les données significatives que nous avons retrouvées. Nous avons également mis en évidence les lacunes dans la littérature lorsque celles-ci présentaient les données de manière incomplète.

5.4 Contribution aux sciences infirmières

La contribution principale de notre article pour les sciences infirmières est l'identification de 12 avenues d'interventions qui pourront potentiellement permettre de diminuer, voire éliminer, les TSO chez les infirmières, un problème récurrent avec de lourdes conséquences dans cette profession partout dans le monde. La prévalence du TSO pourrait avoir de profondes implications pour les conditions de travail d'infirmières dans plusieurs systèmes de santé. La profession infirmière est de plus en plus associée dans les médias aux conditions de travail qu'elle se voit imposer et ceci teinte la qualité de vie de ses membres (Agence QMI, 2021; FIQ, 2020; Gautier, David et Zinser, 2021; Lacoursière, 2020). En éliminant le TSO, nous souhaitons que les infirmières puissent avoir une qualité de vie professionnelle adéquate et que la profession infirmière devienne plus attirante pour les nouvelles infirmières. Nous croyons que notre recherche pourrait servir de base pour développer la recherche de nouvelles interventions diminuant le TSO.

Elle peut aussi donner une nouvelle vision des avenues d'interventions aux gestionnaires et permettre le développement de nouvelles pratiques relatives au TSO. Nous pensons également que la revue de littérature du chapitre 2 aborde des éléments centraux à la recherche sur le TSO qui sont rarement exposés dans la littérature scientifique. Notre contribution n'est donc pas exclusive aux interventions pouvant diminuer le TSO, mais également par rapport à une compréhension plus approfondie du phénomène.

5.5 Recommandations pour la recherche en sciences infirmières

Notre recherche a identifié beaucoup d'interventions, mais très peu appuyées par des données probantes. Outre les lois et la certification *Magnet*, notre recherche n'a pas permis d'identifier dans la littérature des études ayant le TSO comme indicateur mesuré où l'on testait des facteurs pouvant le moduler. Il serait donc intéressant que d'autres recherches soient menées afin d'évaluer l'implantation des différentes mesures soulevées par notre recherche.

Plusieurs études utilisent déjà le temps supplémentaire comme indicateur de recherches en administration. Une autre démarche intéressante pour de futures recherches serait donc d'évaluer si les interventions qui réduisent l'utilisation du TS sont transposables au TSO. En effet, comme il existe des nuances entre le TS et le TSO, il est impossible d'assumer que les interventions permettant de réduire le TS s'appliquent d'emblée au TSO. Si les interventions réduisant le TS sont transposables au TSO, ceci permettrait de transposer également les études qui démontrent une diminution du TS. Une étude définissant le TSO et le TS en les mettant en relation pourrait servir à amorcer ce travail.

Chapitre 6. Conclusion

Le TSO est un enjeu ayant une place grandissante dans les discours entourant la pratique infirmière. Il est donc essentiel de fournir aux législateurs, gestionnaires et autres décideurs des systèmes de la santé des outils afin de pallier à cette crise. Les résultats présentés à l'intérieur de ce mémoire contribuent de façon importante à l'avancement des connaissances en administration des services de santé et en sciences infirmières. Les résultats issus de cette recherche permettent d'identifier 12 interventions pouvant potentiellement réduire l'utilisation du TSO. Ces interventions sont applicables à différents niveaux dans la structure d'un système de santé, soit le niveau législatif, le niveau systémique, le niveau organisationnel ainsi que le niveau d'une unité de soins. Malgré tout, peu de ces interventions ont fait l'objet d'études rigoureuses. Il est donc important de poursuivre les recherches en matière d'intervention pouvant mitiger l'usage des TSO, voir même les éradiquer.

Références

- Agence QMI. (2021). Système de santé : de meilleures conditions pour stopper l'hémorragie. *TVA Nouvelles*.
- Akhtar, A. et Bendix, A. (2022, 6 janvier 2022). COVID-positive nurses say they're being pressured to work while sick, and they're petrified of infecting patients. *Business Insider*. Repéré à <https://www.businessinsider.com/nurses-with-covid-say-they-are-being-told-to-work-2022-1>
- Alaska Nurse. (2011). Summary of overtime limitations for nurses. *Alaska Nurse*, 61(1), 11-11.
- Alaska Nurse. (2014). Mandatory Overtime Limitations for Nurses. *Alaska Nurse*, 64(4), 9-9.
- Amendola, K. L., Weisburd, D., Hamilton, E. E., Jones, G. et Slipka, M. (2011). An experimental study of compressed work schedules in policing: Advantages and disadvantages of various shift lengths. *Journal of Experimental Criminology*, 7(4), 407-442. doi: 10.1007/s11292-011-9135-7
- American Nurses Credentialing Center. (2019). Magnet Model - Creating a Magnet Culture. Repéré à <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/magnet-model/>
- Archambault, H. (2017). Une infirmière a travaillé 24 heures en ligne. *TVA Nouvelles*.
- Ariste, R., Béjaoui, A. et Dauphin, A. (2019). Critical analysis of nurses' labour market effectiveness in Canada: The hidden aspects of the shortage. *The International journal of health planning and management*, 34(4), 1144-1154.
- Bae, S.-H. (2012a). Nursing Overtime: Why, How Much, and Under What Working Conditions? *Nursing Economic\$, 30(2)*, 60-72.
- Bae, S.-H., Brewer, C. S. et Kovner, C. T. (2012). State mandatory overtime regulations and newly licensed nurses' mandatory and voluntary overtime and total work hours. *Nursing Outlook*, 60(2), 60-71. doi: 10.1016/j.outlook.2011.06.006
- Bae, S.-H. et Fabry, D. (2014). Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: Systematic literature review. *Nursing Outlook*, 62(2), 138-156. doi: 10.1016/j.outlook.2013.10.009
- Bae, S.-H. et Yoon, J. (2014). Impact of states' nurse work hour regulations on overtime practices and work hours among registered nurses. *Health services research*, 49(5), 1638-1658. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.12179>
- Bae, S. et Brewer, C. (2010). Mandatory Overtime Regulations and Nurse Overtime. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 11(2), 99-107. doi: 10.1177/1527154410382300

- Bae, S. H. (2012b). Nurse overtime, working conditions, and the presence of mandatory nurse overtime regulations. *Workplace Health and Safety*, 60(5), 205-214. doi: 10.3928/21650799-20120426-01
- Bae, S. H. (2013). Presence of nurse mandatory overtime regulations and nurse and patient outcomes. *Nursing Economics*, 31(2), 59-89.
- Bae, S. H. et Champion, J. D. (2016). Nurse practitioners' work hours and overtime: How much, and under what working conditions? *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(3), 138-143. doi: 10.1002/2327-6924.12285
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S. et Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research integrity and peer review*, 4(1), 5.
- Bechet, T. P. (2000). Developing Staffing Strategies That Work: Implementing Pragmatic, Nontraditional Approaches. *Public Personnel Management*, 29(4), 465-477. doi: 10.1177/009102600002900405
- Beckers, D. G. J., Van Der Linden, D., Smulders, P. G. W., Kompier, M. A. J., Taris, T. W. et Geurts, S. A. E. (2008). Voluntary or involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction. *Work and Stress*, 22(1), 33-50. doi: 10.1080/02678370801984927
- Bédard, H. (2019). *Tribunal administratif du travail: Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) et Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS) Tribunal administratif du travail, CQ-2019-1832 Sess. 1-13 (2019).*
- Benfante, A., Di Tella, M., Romeo, A. et Castelli, L. (2020). Traumatic stress in healthcare workers during COVID-19 pandemic: a review of the immediate impact. *Frontiers in psychology*, 11, 2816.
- Berry, L. et Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*. (1^e éd.). Ottawa: Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.
- Blouin, A. S. et Podjasek, K. (2019). The Continuing Saga of Nurse Staffing: Historical and Emerging Challenges. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(4), 221-227. doi: 10.1097/nna.0000000000000741
- Bobay, K. L., Yakusheva, O. et Weiss, M. E. (2011). Outcomes and Cost Analysis of the Impact of Unit-Level Nurse Staffing On Post-Discharge Utilization. *Nursing Economic*, 29(2), 69-87.
- Boily, D. et Gentile, D. (2020). Jusqu'à 150\$ l'heure pour du personnel infirmier d'agences au Québec. *Radio-Canada*.

- Bougie, M. (2007). La signification du temps supplémentaire obligatoire tel que vécu par des infirmières en centre hospitalier.
- Bourbonniere, M., Feng, Z., Intrator, O., Angelelli, J., Mor, V. et Zinn, J. S. (2006). The use of contract licensed nursing staff in US nursing homes. *Medical Care Research and Review*, 63(1), 88-109.
- Burki, T. (2020). COVID-19 in Latin America. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 547-548.
- Castle, N. G., Engberg, J. et Men, A. (2008). Nurse aide agency staffing and quality of care in nursing homes. *Medical Care Research and Review*, 65(2), 232-252.
- Chatlani, S. (2022). Hospitals ask Biden administration to help lower the soaring cost of travel nurses: National Public Radio.
- CHU de Québec. (2019). En mode solutions: améliorons ensemble nos conditions au travail au bénéfice de nos patients. Repéré à https://www.chudequebec.ca/getmedia/5e1bfe62-2166-456a-aac8-6c5b27c477ea/En_mode_solutions_315_idees_thematiques.aspx
- Cho, E., Lee, N.-J., Kim, E.-Y., Kim, S., Lee, K., Park, K.-O. et Sung, Y. H. (2016). Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care, and care left undone in hospitals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 263-271. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009
- Confédération des Syndicats Nationaux. (2019). Temps supplémentaire obligatoire : la FSSS – CSN propose trois solutions Pour information. Repéré à <http://www.fiqsante.qc.ca/soins-securitaires-et-pratique-professionnelle/temps-supplementaire-obligatoire/>
- Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail. (2021). Droit de gestion. Repéré le 1er décembre 2021 à <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/milieu-travail-sain/droit-gestion>
- de Castro, A. B., Fujishiro, K., Rue, T., Tagalog, E. A., Samaco-Paquiz, L. P. G. et Gee, G. C. (2010). Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness. *International Nursing Review*, 57(2), 188-194. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00793.x>
- Despatie, A.-L. et Fimbry, M. (2018). Des quarts de 12 heures pour les infirmières, la solution? *Radio-Canada*.
- Desrosiers, G. (2007). Le travail supplémentaire obligatoire a trop duré![éditorial]. *Perspective infirmière*, 3, 8-9.
- Dionne, M.-A. (2021). *La mobilité interprovinciale des diplômés en sciences de l'éducation et de la santé et la pénurie de main-d'œuvre au Québec*. (Université du Québec à Montréal).

- Donaldson, N., Bolton, L. B., Aydin, C., Brown, D., Elashoff, J. D. et Sandhu, M. (2005). Impact of California's licensed nurse-patient ratios on unit-level nurse staffing and patient outcomes. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 6(3), 198-210.
- Dubé, C. (2021). Tout le monde en parle. Dans G. A. Lepage (dir.), *Tout le monde en parle*.
- Dubois, C. A., D'amour, D., Brault, I., Dallaire, C., Déry, J., Duhoux, A., ... Zufferey, A. (2017). Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. *Journal of advanced nursing*, 73(12), 3154-3167.
- Duval, A. (2019). Heures supplémentaires obligatoires : les hôpitaux forcés de chiffrer le phénomène. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1165816/temps-supplementaire-obligatoire-directive-ministre-sante>
- Duval, A. (2020). Heures supplémentaires obligatoires : Québec garde ses données secrètes. *Radio-Canada*.
- Dwyer, T., Jamieson, L., Moxham, L., Austen, D. et Smith, K. (2007). Evaluation of the 12-hour Shift Trial in a Regional Intensive Care Unit. *Journal of Nursing Management*, 15(7), 711-720. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00737.x
- Éditeur officiel du Québec (1975). *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*. Québec: Éditeur officiel du Québec. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/c-12>
- Fédération de la santé et des services sociaux (2021). *Convention collective intervenue entre la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS) – CSN et le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS): 7 novembre 2021 - 31 mars 2023*. Québec. Repéré à <https://www.cpnsss.gouv.qc.ca/download.php?f=06896d188379db000c2e581cfec40d24>
- Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec (2016). *Convention Collective: Juillet 2016 Mars 2020*. Convention Collective 2015 - 2020 (2018).
- Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec. (2017). Heures supplémentaires: Agir collectivement, agir localement. Repéré à http://www.fiqsante.qc.ca/mauricie-centre-du-quebec/wp-content/uploads/sites/11/2017/06/2017-01-31_Heures_supplementaires_FR_2017.pdf?download=1
- Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec. (2019). Les professionnelles en soins de l'Hôpital Maisonneuve- Rosemont refusent leurs conditions de travail. Repéré à <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/les-professionnelles-en-soins-de-l-hopital-maisonneuve-rosemont-refusent-leurs-conditions-de-travail-883515963.html>
- Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec. (2020). Temps supplémentaire obligatoire (TSO). Repéré à <http://www.fiqsante.qc.ca/soins-securitaires-et-pratique-professionnelle/temps-supplementaire-obligatoire/>

- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24(4), 230-235.
- Fortin, L. et Douglas, K. (2006). Shift bidding technology: A substantial return on investment. *Nurse Leader*, 4(1), 26-28. doi: 10.1016/j.mnl.2005.11.004
- Gagné, S. (2019). Temps supplémentaire obligatoire : une pratique qui doit cesser. *Le Devoir*.
- Garzouzi, A. (2019). *Syndicat interprofessionnel de Lanaudière - FIQ c. Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière (griefs individuels, Catherine Lauzon et autres)*, Tribunal administratif du travail (2019).
- Gautier, B. L., David, P.-M. et Zinser, K. (2021). On the resilience of hospital and public health staff facing COVID-19 in Quebec : did we reach a breaking point ? Repéré à <https://www.internationalhealthpolicies.org/featured-article/on-the-resilience-of-hospital-and-public-health-staff-facing-covid-19-in-quebec-did-we-reach-a-breaking-point/>
- Georgiou, G., Amenudzie, Y., Ho, E. et O'Sullivan, E. (2018). Assessing the application of the Synergy Mode, in hematology to improve care delivery and the work environment. *Canadian Oncology nursing Journal*, 28(1), 13-21. doi: 10.5737/236880762811316
- Gold, D. R., Rogacz, S., Bock, N., Tosteson, T. D., Baum, T. M., Speizer, F. E. et Czeisler, C. A. (1992). Rotating shift work, sleep, and accidents related to sleepiness in hospital nurses. *American Journal of Public Health*, 82(7), 1011-1014.
- Gouvernement de l'Alberta. (2020). Trucking industry - Employment standards exceptions. Repéré à <https://www.alberta.ca/es-exceptions-trucking.aspx#toc-2>
- Gouvernement du Canada. (2021). Canadian Occupational Projection System (COPS): Registered nurses and registered psychiatric nurses.
- Gouvernement du Québec. (2020). Normes du travail : salariés visés et non visés par la Loi. Repéré à <http://www4.gouv.qc.ca/fr/Portail/citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqctyp e=sujet&sqcid=60>
- Greenhalgh, T., Thorne, S. et Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *European journal of clinical investigation*, 48(6).
- Groupe Santé MF agence de placement. (2021). Services: clients publics et privés. Repéré à <https://www.groupesantemf.com/placement-en-soins-de-sante/>
- Guardado, J. et Roberts, K. (2017). Have Plan B for Unexpected Call-outs: Reduce OT: Make inadequate staffing a thing of the past. *Hospital Access Management*, 36(11), 4-5.
- Harris, R., Sims, S., Parr, J. et Davies, N. (2015). Impact of 12h shift patterns in nursing: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 605-634. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.10.014

- Heponiemi, T., Kouvonen, A., Sinervo, T. et Elovainio, M. (2010). Do psychosocial factors moderate the association of fixed-term employment with work interference with family and sleeping problems in registered nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(9), 1096-1104. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.01.008
- Hoffman, A., & von Sadvoszky, V. (2018). Staff Nurses' Perspectives of Resources Needed During Floating. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(11), 580-584.
- Hurst, K. et Smith, A. (2011). Temporary nursing staff—cost and quality issues. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 287-296.
- Ilhan, M. N., Durukan, E., Aras, E., Türkçüoğlu, S. et Aygün, R. (2006). Long working hours increase the risk of sharp and needlestick injury in nurses: the need for new policy implication. *Journal of advanced nursing*, 56(5), 563-568.
- Iufer, J. (2019). A Novel Model for Flexible Staffing in Unionized Healthcare Foodservice Departments...Food & Nutrition Conference & Expo, 26-29 October 2019, Philadelphia, PA. *Journal of the Academy of Nutrition & Dietetics*, A-55-A-55.
- Jeffs, L., Grinspun, D., Closson, T. et Mainville, M.-C. (2015). Identifying Strategies to Decrease Overtime, Absenteeism and Agency Use: Insights from Healthcare Leaders. *Nursing Leadership (1910-622X)*, 28(3), 23-40.
- Kenward, K. et Zhong, E. H. (2006). *Reports of Findings from the Practice and Professional Survey: Fall 2004*.
- Krausz, M., Sagie, A. et Bidermann, Y. (2000). Actual and preferred work schedules and scheduling control as determinants of job-related attitudes. *Journal of vocational behavior*, 56(1), 1-11.
- Kullberg, A., Bergenmar, M. et Sharp, L. (2016). Changed nursing scheduling for improved safety culture and working conditions - patients' and nurses' perspectives. *Journal of Nursing Management (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(4), 524-532. doi: 10.1111/jonm.12352
- Laberge, M. et Montmarquette, C. (2009). *Portrait des conditions de pratique et de la pénurie des effectifs infirmiers au Québec*.
- Lacoursière, A. (2020). Montréal : près de 1000 quarts de travail en heures supplémentaires obligatoires. *La Presse*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/202002/09/01-5260253-montregie-pres-de-1000-quarts-de-travail-en-heures-supplementaires-obligatoires.php>

- Létourneau, J., Brisson, M. et Maitre, J. (2018). Les heures supplémentaires : obligations déontologiques. Repéré à <https://www.oiiq.org/en/les-heures-supplementaires-obligations-deontologiques>
- Lévesques, L. (2019). Deuxième journée sans heures supplémentaires pour les infirmières. *La Presse*.
- Liang, B. et Turkcan, A. (2016). Acuity-based nurse assignment and patient scheduling in oncology clinics. *Health Care Management Science*, 19(3), 207-226. doi: 10.1007/s10729-014-9313-z
- Lobo, V. M., Fisher, A., Ploeg, J., Peachey, G. et Akhtar-Danesh, N. (2013). A concept analysis of nursing overtime. *Journal of advanced nursing*, 69(11), 2401-2412. doi: 10.1111/jan.12117
- Logie, A. et Geiger-Brown, J. (2017). Do RNs in British Columbia Work Excessive Hours? A Registry Data Study. *Journal of Nursing Regulation*, 7(4), 52-60. doi: 10.1016/S2155-8256(17)30022-4
- Lu, S. F. et Lu, L. X. (2016). Do mandatory overtime laws improve quality? Staffing decisions and operational flexibility of nursing homes. *Management Science*, 63(11), 3566-3585. doi: 10.1287/mnsc.2016.2523
- Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., . . . Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387-1393. doi: [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K)
- Mathieu, L. (2021). Heures supplémentaires obligatoires chez les infirmières: «Ils font du chantage et des menaces en citant le code de déontologie». Dans J.-L. Mongrain (dir.), *Mongrain PM*.
- McHugh, M. D. et Ma, C. (2014). Wage, work environment, and staffing: effects on nurse outcomes. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 15(3-4), 72-80.
- Meals, J. et Hartz, L. (2009). Limiting mandatory overtime for RNs in the 26th session. *Alaska Nurse*, 59(2), 1-5.
- Michigan Nurses Association et Public Policy Associates. (2004). The Costs of Mandatory Overtime for Nurses. (August).
- Ministère de la justice du Canada. (1985). Loi canadienne sur la santé. *Canada Health*, R.S.C C-6(2014), 18-18.
- Ministère de la justice du Québec (2020). *Arrêté numéro 2020-007 de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 21 mars 2020*.

- Ministère de la santé et des services, s. (2020). Répertoires des indicateurs de gestion de santé et services sociaux: 3.05.02 - Taux d'heures supplémentaires.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2019). La ministre McCann déjà en action pour mettre fin au temps supplémentaire obligatoire. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1777/>
- Morasse, M.-E. (2021). Pénurie d'infirmières dans le réseau: une question de formation ou de rétention? *La Presse*. Repéré à https://plus.lapresse.ca/screens/28047880-5127-4bb1-a266-7630e4c03d63__7C__0.html?utm_content=email&utm_source=lpp&utm_medium=referral&utm_campaign=internal+share
- Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec (FIQ) et Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec), 2014 QCTA 836 C.F.R. (2014).
- Nei, D., Snyder, L. A. 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
- Nurses Bargaining Association (2019). *Provincial Collective Agreement between Health Employers Association of BC and Nurses Bargaining Association* (n° 6044332268). Health Employers Association. Repéré à https://www.bcnu.org/Contracts-Bargaining/Documents/nba-pca_2019-2022.pdf
- 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.x
- Olds, D. M. et Clarke, S. P. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of safety research*, 41(2), 153-162.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2018). TSO : Rappel. Repéré le février 2020 à <https://www.oiiq.org/en/tso-rappel>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2020). Rapport statistique sur l'effectif infirmier (p. 59-59).
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2021). Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021.
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (2019). *Code de déontologie*. Montréal: Publications Québec.

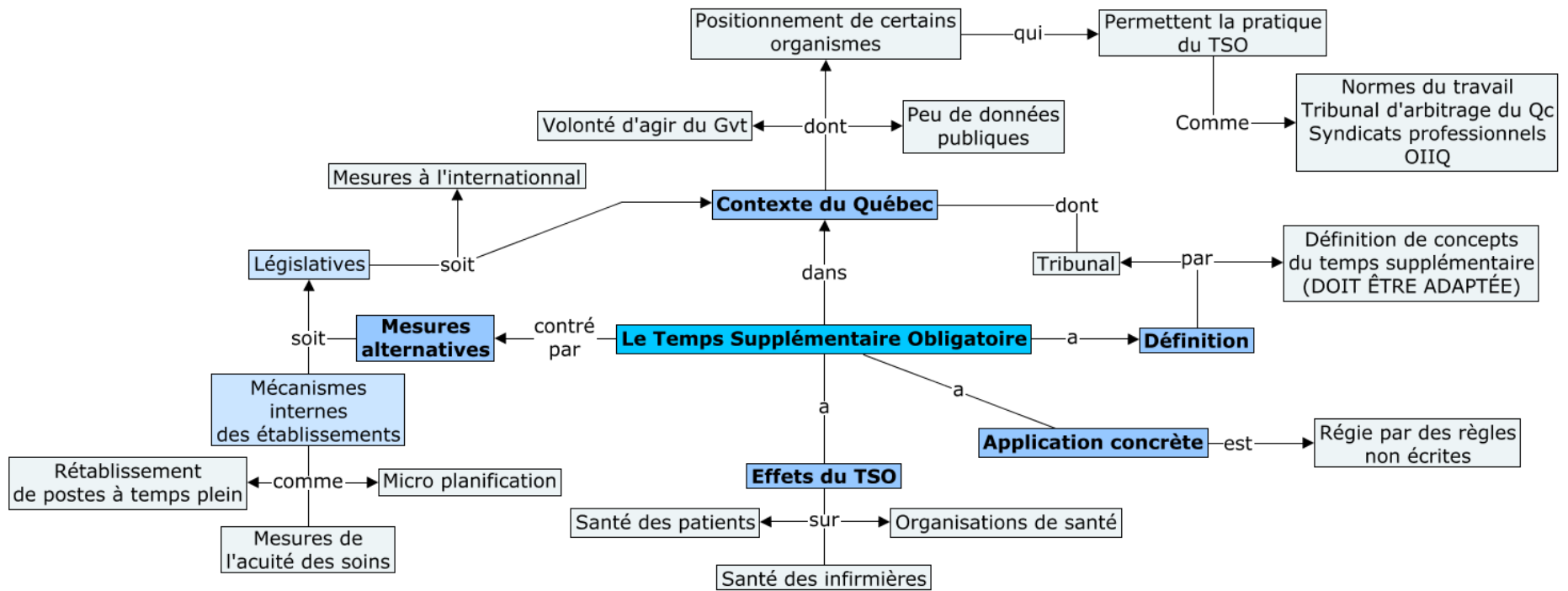
- Organisation de coopération et de développements économiques. (2019). Number of practicing nurses in selected countries as of 2019 (per 1,000 population). Repéré à https://stats.oecd.org/viewhtml.aspx?datasetcode=HEALTH_REAC&lang=en#
- Phillips, D. (2010). HB 50 passes. *Alaska Nurse*, 60(2), 1-4 2p.
- Porter, I. (2018). Pourquoi les infirmières des hôpitaux anglophones ne font presque pas d'heures supplémentaires? *Le Devoir*.
- Radwin, L. E., Cabral, H. J., Chen, L. et Jennings, B. M. (2010). A protocol for capturing daily variability in nursing care. *Nursing Economics*, 28(2), 95-105.
- Richardson, A., Turnock, C., Harris, L., Finley, A. et Carson, S. (2007). A study examining the impact of 12-hour shifts on critical care staff. *Journal of Nursing Management*, 15(8), 838-846. doi: 10.1111/j.1365-2934.2007.00767.x
- Robitaille, J. (2019). Nurse To Patient Ratios: Government Mandated Or Evidence Based?
- Rossignol, C. (2017). *Organisation du travail et temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières dans le secteur de la santé au Québec: comparaison de deux centres hospitaliers*. (mémoire, Université de Montréal, Montréal).
- Scott, L. D., Hwang, W.-T., Rogers, A. E., Nysse, T., Dean, G. E. et Dinges, D. F. (2007). The relationship between nurse work schedules, sleep duration, and drowsy driving. *Sleep*, 30(12), 1801-1807.
- Shekelle, P. G. (2013). Nurse-patient ratios as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5_Part_2), 404-409.
- Smith, J. et Crawford, L. (2002). Practice and professional issues survey: Chicago: National Council of State Boards of Nursing.
- Stake-Doucet, N. (2021, 19 octobre 2021). Temps supplémentaire obligatoire : Non, ce n'est pas une obligation déontologique. *La Presse*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2021-10-19/temps-supplementaire-obligatoire/non-ce-n-est-pas-une-obligation-deontologique.php>
- Steinmetz, S., Vries, D. H. D. et Tijdens, K. G. (2014). Should I stay or should I go? The impact of working time and wages on retention in the health workforce. *Human resources for health*, 12(1), 23-23. doi: 10.1186/1478-4491-12-23
- Stimpfel, A. W. (2011). *The impact of hospital staff nurse shift length on nurse and patient outcomes*. (University of Pennsylvania). Repéré à <http://proxy.library.rcsi.ie/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=109857630&site=ehost-live>

- Stimpfel, A. W. et Aiken, L. H. (2013). Hospital staff nurses' shift length associated with safety and quality of care. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(2), 122-129. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3182725f09
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M. et Aiken, L. H. (2012). The Longer The Shifts For Hospital Nurses, The Higher The Levels Of Burnout And Patient Dissatisfaction. *Health Affairs*, 31(11), 2501-2509. doi: 10.1377/hlthaff.2011.1377
- Stone, P. W., Mooney-Kane, C., Larson, E. L., Horan, T., Glance, L. G., Zwanziger, J. et Dick, A. W. (2007). Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes. *Medical Care*, 45(6), 571-578. doi: 10.1097/MLR.0b013e3180383667
- Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, M. et Krukow, B. (2003). Reasons registered nurses leave or change employment status. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33(2), 111-117.
- Straw, C. N. (2018). Engagement and retention in float pools: Keeping the team above water. *Nursing management*, 49(10), 30-36.
- Syndicat interprofessionnel du CHU de Québec (FIQ) et Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec)*, Morin, Marcel (2014).
- Tellez, M. (2012). Work satisfaction among California registered nurses: a longitudinal comparative analysis. *Nursing Economics*, 30(2), 73.
- Texas Nurses Association. (2009). Prohibition on mandatory overtime part of Hospital Safe Staffing Act: bill to provide safer workplace environment; additional patient advocacy protections. *Texas Nursing Voice*, 3(2), 1-7.
- Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Gurses, A. P., Liang, Y. et Han, K. (2011). Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nursing research*, 60(1), 1-8.
- Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Han, K., Liang, Y., Gurses, A. P. et Hopkinson, S. (2010). A comparison of working conditions among nurses in Magnet and non-Magnet hospitals. *Journal of Nursing Administration*, 40(7-8), 309-315. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181e93719
- UAB Libraries. (2020). Reviews: From Systematic to Narrative. Repéré à <https://guides.library.uab.edu/sysrev>
- Ulrich, B. T., Buerhaus, P. I., Donelan, K., Norman, L. et Dittus, R. (2009). Magnet status and registered nurse views of the work environment and nursing as a career. *Journal of Nursing Administration*, 39(7-8 SUPPL.), 212-220. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181aeb4ef

- Van Staden, E. (2017). High staff turnover - can it be reduced? *Professional Nursing Today*, 21(4), 54-56.
- Vermot-Desroches, P. (2020). Mobilité des pompiers durant la pandémie: Trois-Rivières s'entend avec le syndicat. *Le Nouvelliste*.
- Villarreal, M. C. et Keskinocak, P. (2016). Staff planning for operating rooms with different surgical services lines. *Health Care Management Science*, 19(2), 144-169. doi: 10.1007/s10729-014-9307-x
- Ville de Montréal et Association des pompiers de Montréal. (2010). Convention collective entre la ville de Montréal et l'Association des pompiers de Montréal Inc. Montréal.
- Ville de Montréal et Fraternité des Policiers et Policières de Montréal. (2015). Convention collective de travail. 267-267.
- Virtanen, M., Ferrie, J. E., Singh-Manoux, A., Shipley, M. J., Vahtera, J., Marmot, M. G. et Kivimäki, M. (2010). Overtime work and incident coronary heart disease: The Whitehall II prospective cohort study. *European Heart Journal*, 31(14), 1737-1744. doi: 10.1093/eurheartj/ehq124
- Virtanen, M., Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Ferrie, J. E. et Kivimäki, M. (2012). Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *PloS one*, 7(1), e30719.
- Vortherms, J., Spoden, B. et Wilcken, J. (2015). From Evidence to Practice: Developing an Outpatient Acuity-Based Staffing Model. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 332-337. doi: 10.1188/15.CJON.332-337
- Wheatley, C. (2017). Nursing Overtime: Should It Be Regulated? *Nursing Economic\$,* 35(4), 213-217.
- Wu, Y., Zheng, J., Liu, K., Baggs, J. G., Liu, J., Liu, X. et You, L. (2018). The associations of occupational hazards and injuries with work environments and overtime for nurses in China. *Research in Nursing and Health*, 41(4), 346-354. doi: 10.1002/nur.21882
- Young, C. M., Albert, N. M., Paschke, S. M. et Meyer, K. H. (2007). The 'Parent Shift' program: incentives for nurses, rewards for nursing teams. *Nurs Econ*, 25(6), 339-344.
- Zeytinoglu, I. U., 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.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Plan des concepts centraux à la compréhension du TSO au Québec



**ANNEXE 2 : Liste des associations professionnelles et syndicats nord-américains
ayant fait l'objet des recherches**

Liste des différentes associations professionnelles et syndicats dont les écrits ont fait l'objet de recherche documentaire :

- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)
- Confédération des syndicats nationaux (CSN)
- Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers (AQII)
- Canadian Nurses Association (CNA)
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmière (FCSI)
- British Columbia Nurses' Union (BCNU)
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- Michigan Nurses Association (MNA)

**ANNEXE 3 : Grille d'analyse de la Scale for the Assessment of Narrative Review
Articles (SANRA).**

Scale for the Assessment of Narrative Review Articles – SANRA

Please rate the quality of the narrative review article in question, using categories 0–2 on the following scale. For each aspect of quality, please choose the option which best fits your evaluation, using categories 0 and 2 freely to imply general low and high quality. These are not intended to imply the worst or best imaginable quality.

1) Justification of the article's importance for the readership

- The importance is not justified. _____ 0
- The importance is alluded to, but not explicitly justified. _____ 1
- The importance is explicitly justified. _____ 2

2) Statement of concrete aims or formulation of questions

- No aims or questions are formulated. _____ 0
- Aims are formulated generally but not concretely or in terms of clear questions. _____ 1
- One or more concrete aims or questions are formulated. _____ 2

3) Description of the literature search

- The search strategy is not presented. _____ 0
- The literature search is described briefly. _____ 1
- The literature search is described in detail, including search terms and inclusion criteria. _____ 2

4) Referencing

- Key statements are not supported by references. _____ 0
- The referencing of key statements is inconsistent. _____ 1
- Key statements are supported by references. _____ 2

5) Scientific reasoning

(e.g., incorporation of appropriate evidence, such as RCTs in clinical medicine)

- The article's point is not based on appropriate arguments. _____ 0
- Appropriate evidence is introduced selectively. _____ 1
- Appropriate evidence is generally present. _____ 2

6) Appropriate presentation of data

(e.g., absolute vs relative risk; effect sizes without confidence intervals)

- Data are presented inadequately. _____ 0
- Data are often not presented in the most appropriate way. _____ 1
- Relevant outcome data are generally presented appropriately. _____ 2

Sumscore

SANRA – explanations and instructions

This scale is intended to help editors assess the quality of a narrative review article based on formal criteria accessible to the reader. It cannot cover other elements of editorial decision making such as degree of originality, topicality, conflicts of interest or the plausibility, correctness or completeness of the content itself. SANRA is an instrument for editors, authors, and reviewers evaluating individual manuscripts. It may also help editors to document average manuscript quality within their journal and researchers to document the manuscript quality, for example in peer review research. Using only three scoring options, 0, 1 and 2, SANRA is intended to provide a swift and pragmatic sum score for quality, for everyday use with real manuscripts, in a field where established quality standards have previously been lacking. It is not designed as an exact measurement of the quality of all theoretically possible manuscripts. For this reason, the extreme values (0 and 2) should be used relatively freely and not reserved only for perfect or hopeless articles.

We recommend that users test-rate a few manuscripts to familiarize themselves with the scale, before using it on the intended group of manuscripts. Ratings should assess the totality of a manuscript, including the abstract. The following comments clarify how each question is designed to be used.

Item 1 – Justification of the article's importance for the readership

Justification of importance for the readership must be seen in the context of each journal's readership.

Consider how well the manuscript outlines the clinical problem and highlights unanswered questions or evidence gaps – thoroughly (2), superficially (1), or not at all (0).

Item 2 – Statement of concrete/specific aims or formulation of questions

A good paper will propose one or more specific aims or questions which will be dealt with or topics which will be reviewed.

Please rate whether this has been done thoroughly and clearly (2), vaguely or unclearly (1), or not at all (0).

Item 3 – Description of the literature search

A convincing narrative review will be transparent about the sources of information on which the text is based. Please rate the degree to which you think this has been achieved. To achieve a rating of 2, it is not necessary to describe the literature search in as much detail as for a systematic review (searching multiple databases, including exact descriptions of search history, flowcharts, etc.), but it is necessary to specify search terms, and the types of literature included. A manuscript which only refers briefly to its literature search would score 1, while one not mentioning its methods would score 0.

Item 4 – Referencing

No manuscript references all statements. However, those that are essential for the arguments of the manuscript – “key statements” – should be backed by references in all or almost all cases. Exceptions could reasonably be made for rating purposes where a key statement has uncontroversial face-validity, such as “Diabetes is among the commonest causes of chronic morbidity worldwide.”

Please rate the completeness of referencing: for most or all relevant key statements (2), inconsistently (1), sporadically (0).

Item 5 – Scientific reasoning

The item describes the quality of the scientific point made. A convincing narrative review presents evidence for key arguments.

It should mention study design (randomized controlled trial, qualitative study, etc), and where available, levels of evidence.

Please rate whether you feel this has been done thoroughly (2), superficially (1), or hardly at all (0). Unlike item 6, which is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data, this item relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments.

Item 6 – Appropriate presentation of data:

This item describes the correct presentation of data central to the article's argument. Which data are considered relevant varies from field to field. In some areas relevant data would be absolute rather than relative risks or clinical versus surrogate or intermediate endpoints. These outcomes must be presented correctly. For example, it is appropriate that effect sizes are accompanied by confidence intervals. Please rate how far the paper achieves this – thoroughly (2), partially (1), or hardly at all (0). Unlike item 5, which relates to the use of evidence and of types of evidence in the manuscript's arguments, this item is concerned with the selection and presentation of concrete outcome data.

Tirés des figures 1 et 2 de (Baethge et al., 2019)

**ANNEXE 4 : Critères de soumission de la revue Sciences infirmières et
pratique en santé**

Description des articles de synthèse retenus :

Les articles de **synthèse des connaissances** visent à fournir un résumé systématique et substantiel de la littérature dans un domaine de recherche ou à présenter un examen critique de la littérature existante. Ces articles suivent la même structure que les articles de recherche empirique.

Critères de soumission :

- La soumission n'a pas déjà été publiée et n'est pas considérée actuellement par une autre revue. Si ce n'est pas le cas, fournir une explication dans le champ « Commentaires au,à la rédacteur-trice».
- Le fichier de la soumission est dans un des formats de fichier suivants : OpenOffice, Microsoft Word, RTF ou WordPerfect.
- Le texte se conforme aux exigences stylistiques et bibliographiques décrites dans les Directives aux auteurs, qui se trouvent dans la section « À propos de la revue ».
- Le fichier et le texte sont anonymes (ne contiennent aucune information ne pouvant servir à identifier son auteur, trice).
- La lettre de présentation, conforme aux exigences décrites dans Directives aux auteurs qui se trouvent dans la section « À propos de la revue » est jointe à la soumission.
- Les normes de présentation de la 7e édition du style de l'American Psychological Association (APA) sont appliquées : <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines>
- Le corps du texte contient au maximum 5000 mots, excluant les figures, tableaux et références.

- Lorsque disponibles, les liens URL des références ont été fournis.

Les informations ci-dessus sont tirées du site internet de la revue :

Repérable au lien URL suivant :

https://www.erudit.org/fr/revues/snahp/#journal-info-editorial_policy