

Université de Montréal

**Exploration des conceptions de la performance
privilégiées par des infirmières et des membres de
l'équipe d'encadrement impliqués dans l'offre de
services infirmiers :
Une étude qualitative exploratoire**

par

Karine Rolland

Faculté des Sciences infirmières

Mémoire de maîtrise

présenté à la Faculté des Sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de maîtrise

en sciences infirmières

option administration des services infirmiers

juillet 2011

© Karine Rolland, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Exploration des conceptions de la performance privilégiées par des infirmières et des membres de l'équipe d'encadrement impliqués dans l'offre de services infirmiers : une étude qualitative exploratoire

Présentée par :

Karine Rolland

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Mme Danielle D'Amour, présidente-rapporteuse

M. Carl-Ardy Dubois, directeur de recherche

Mme Isabelle Brault, membre du jury

Résumé

Problématique : Les organisations de santé font face à des pressions diverses pour offrir des soins et des services qui répondent aux plus hauts critères de performance et rendre compte de cette performance. Ces pressions proviennent de différents acteurs tels que les usagers du système de santé et les décideurs politiques. En raison de la place importante que prennent les infirmières dans l'offre de services de santé, il existe un intérêt croissant pour la mise en place d'interventions visant à mesurer et à améliorer la performance des services infirmiers. Cependant, dans le cadre de ces processus, les organisations sont souvent confrontées à des visions différentes et conflictuelles de la performance et à diverses approches pour la mesurer. **Objectifs :** Cette étude qualitative exploratoire a pour but d'explorer les conceptions de la performance des membres de l'équipe d'encadrement impliqués dans la prestation des services infirmiers et des infirmières soignantes et d'examiner dans quelle mesure les conceptions de la performance des deux groupes d'acteurs correspondent ou entrent en conflit. **Méthodologie :** Des entrevues semi-dirigées ont été conduites auprès de cinq membres de l'équipe d'encadrement et de trois infirmières. Une analyse de contenu a été effectuée à la fois pour faire ressortir l'éventail des conceptions et celles qui sont les plus prépondérantes dans les discours. Le cadre de référence ayant guidé cette analyse est une adaptation du modèle conceptuel de Donabedian comprenant trois dimensions soit la structure, le processus et les résultats (Unruh & Wan, 2004). **Résultats :** L'analyse des données recueillies auprès des membres de l'équipe d'encadrement fait ressortir dix conceptions distinctes, mais interreliées de la performance qui mettent l'accent sur les éléments de processus de soins infirmiers et de résultats chez la clientèle. Concernant les infirmières, neuf conceptions ont été répertoriées et l'accent a été porté surtout sur les éléments concernant l'adéquation des ressources humaines infirmières et de processus de soins infirmiers. Certaines similitudes et différences ont été repérées entre les conceptions de ces deux groupes d'acteurs. **Conclusion :** Cette étude permet de mieux comprendre les conceptions de la performance des acteurs

impliqués dans l'offre de services infirmiers. Le modèle intégrateur qui résulte de la combinaison de ces différentes conceptions offre un cadre utile pour guider la construction d'outils de mesure de performance directement en lien avec les soins infirmiers et répondre à la demande d'imputabilité par rapport à ces services.

Mots-clés : performance des soins et des services infirmiers, indicateurs de soins infirmiers, indicateurs sensibles aux soins infirmiers, qualité des soins, perception, infirmière gestionnaire, administrateur de soins infirmiers, mesure de performance en soins infirmiers

Abstract

Exploration of performance conceptions as seen by the nursing staff and management team involved in the supply of nursing services: an exploratory qualitative study.

Background : Healthcare organizations face pressure to supply care and services that meet the highest level of performance and to show accountability in regards to this performance. These pressures come from different individuals ranging from the users of the healthcare system to political leaders. Since the nursing staffs occupy an important part in the supply of the healthcare services, there is a growing interest to put in place actions that would increase the performance of the nursing services as well as measure it. However, as part of this process, healthcare organizations often face conflictual notions of what performance is and how to properly measure it. **Objectives :** This qualitative exploratory study aims to explore the different notions of what performance is as seen by management teams involved in the nursing services delivery and by the field nurses to determine how much these notions are similar to each other or rather in opposition. **Methodology:** Semi-directed interviews have been held with five management teams' members and also with three nurses. A content analysis has been made to illustrate the various notions of what performance is and those that show up the most. The framework used in this study is an adaptation of Donabedian's model which includes three components: structure, process and results (Unruh & Wan, 2004). **Findings:** Ten distinct but related performance notions that focus on nursing's process and impact on the users have been identified from data collected from management team members. On the nurses' side, nine notions have been identified and put the focus mainly on the adequacy of nursing human resources with the nursing process. Some differences and similarities have also been identified between the performance notions of the two groups. **Conclusion :** This study gives a better understanding of the different performance notions that come from the various individuals involved in the nursing supply. The integrator model that result from the mix of these different notions will be

useful in the creation of performance measurement tools directly linked with the nursing services, which will help respond to the accountability demand towards these services.

Keywords : *Nursing performance, Nursing indicators, Nursing-sensitive outcomes, Quality of care, Perception, Nurse leader, Nurse administrator, Nursing performance measurement*

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Liste des abréviations.....	xii
Remerciements.....	xiv
Chapitre 1 : Problématique et buts de l'étude.....	1
1.1 Problématique.....	1
1.2 Buts de l'étude et questions de recherche.....	8
Chapitre 2 : Recension des écrits.....	9
2.1 La performance; un concept multidimensionnel, contingent et paradoxal.....	9
2.2 La performance dans les systèmes de santé.....	11
2.2.1 Approches centrées sur une dimension unique de la performance.....	11
2.2.2 Approches intégrées centrées sur plusieurs dimensions de la performance ..	14
2.3 La performance dans le contexte des services infirmiers.....	24
2.3.1 Approches incluant une seule dimension : différents systèmes d'indicateurs.....	26
2.3.2 Approches incluant deux dimensions.....	29
2.3.3 Approches globales incluant les dimensions de structure, de processus et de résultats.....	33
2.4 Cadre de référence.....	36
Chapitre 3 : Méthodologie.....	42
3.1 Type d'étude.....	42
3.2 Milieu et population cible.....	42
3.3 Échantillonnage.....	43

3.3.1 Sélection des infirmières.....	44
3.3.2 Sélection des membres de l'équipe d'encadrement.....	45
3.4 La collecte de données.....	46
3.4.1 Entrevues semi-dirigées.....	46
3.4.2 Journal de bord.....	48
3.4.3 Questionnaire sociodémographique.....	48
3.5 Analyse des données.....	48
3.6 Considérations éthiques.....	52
3.7 Critères de qualité.....	54
3.7.1 Crédibilité.....	54
3.7.2 Transférabilité.....	54
3.7.3 Fiabilité.....	54
3.7.4 Validation.....	55
 Chapitre 4 : Présentation des résultats.....	 56
4.1 Portrait des participants à l'étude.....	56
4.1.1 Les caractéristiques des membres de l'équipe d'encadrement.....	56
4.1.2 Les caractéristiques des infirmières.....	58
4.2 Éléments contextuels.....	59
4.2.1 La structure organisationnelle de la gestion de la performance au sein de l'établissement.....	60
4.2.2 L'urgence : un milieu distinct au sein de l'établissement.....	61
4.3 La performance des services infirmiers telle que vue par les membres de l'équipe d'encadrement.....	63
4.3.1 Les dix conceptions de la performance des membres de l'équipe d'encadrement.....	66
4.3.2 Les liens entre les conceptions des membres de l'équipe d'encadrement.....	79
4.3.3 Les indicateurs organisationnels.....	81

4.3.4 Résumé des résultats obtenus de la part des membres de l'équipe d'encadrement.....	84
4.4 La performance des services infirmiers telle que vue par les infirmières	90
4.4.1 Les neuf conceptions de la performance des infirmières.....	92
4.4.2 Les liens entre les diverses conceptions des infirmières.....	101
4.4.3 Les indicateurs organisationnels qui influencent la performance des infirmières.....	102
4.4.4 Résumé des résultats obtenus de la part des infirmières.....	103
4.5 Comparaison entre les conceptions des membres de l'équipe d'encadrement et des infirmières.....	110
4.5.1 Comparaison au niveau des conceptions	110
4.5.2 Comparaison au niveau des indicateurs organisationnels.....	115
4.5.3 Comparaison au niveau des visions	116
4.5.4 Comparaisons au niveau des liens	117
Chapitre 5 : Analyse et interprétation des résultats	118
5.1 Comparaison entre les résultats et le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004).....	119
5.1.1 Comparaison entre les résultats obtenus pour les membres de l'équipe d'encadrement et le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004).....	120
5.1.2 Comparaison entre les résultats obtenus pour les infirmières et le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004).....	122
5.1.3 Vers un modèle intégrateur.....	124
5.2 Comparaison entre les résultats des membres de l'équipe d'encadrement et des infirmières.....	126
5.2.1 Comparaison des visions structurelles, processuelles et de résultats.....	126
5.2.2 Comparaison des conceptions et des indicateurs organisationnels.....	131
5.3 Un enjeu d'outillage de la performance.....	134
5.4 Les responsabilités des infirmières par rapport à la gestion de la performance des services infirmiers.....	136

5.5 Les limites de l'étude.....	138
5.6 Les recommandations pour la recherche, la gestion et la pratique clinique	140
5.7 Conclusion	142
Bibliographie	143
Annexe.....	1
Protocole téléphonique (recrutement des participants).....	17
Formulaire d'informations et de consentement - Membres de l'équipe d'encadrement	18
Formulaire d'informations et de consentement - Infirmières	25
Guide d'entrevue destiné aux infirmières (4e version – 3 mars 2010).....	32
Guide d'entrevue destiné aux membres de l'équipe d'encadrement (4e version – 3 mars 2010)	35
Questionnaire sociodémographique (infirmières)	38
Questionnaire sociodémographique (membre de l'équipe d'encadrement)	40

Liste des tableaux

Tableau 1	Les modèles d'analyse des organisations (en annexe)	6
Tableau 2	Les 10 indicateurs de l'ANA (milieu de soins aigus) (en annexe).....	7
Tableau 3	Résumé des étapes de la méthodologie	52
Tableau 4	Caractéristiques sociodémographiques des MÉE.....	58
Tableau 5	Caractéristiques sociodémographiques des infirmières.....	59
Tableau 6	Résumé des verbatims évoquant les divers liens entre les conceptions des membres de l'équipe d'encadrement (en annexe)	8
Tableau 7	Résumé des verbatims des MÉE évoquant les divers liens entre les indicateurs organisationnels et la performance des services infirmiers (en annexe)	11
Tableau 8	Les outils de mesure de la performance selon les MÉE.....	89
Tableau 9	Résumé des verbatims évoquant les divers liens entre les conceptions des infirmières (en annexe)	14
Tableau 10	Les outils de mesure de la performance selon les infirmières.....	109
Tableau 11	Comparaison des conceptions relevées chez les MÉE et les infirmières.....	111
Tableau 12	Comparaison entre les outils de mesure de la performance des MÉE et les infirmières	114
Tableau 13	Comparaison des indicateurs organisationnels relevés chez les MÉE et les infirmières	116

Liste des figures

Figure 1	La triade de Donabedian (en annexe).....	1
Figure 2	Le modèle EGIPSS (en annexe).....	2
Figure 3	Système organisé d'action (en annexe).....	3
Figure 4	The Nursing Role Effectiveness Model (en annexe).....	4
Figure 5	Quality Health Outcomes Model (en annexe).....	5
Figure 6	Le modèle conceptuel d'Unruh et Wan (2004).....	40
Figure 7	Liens entre les divers aspects de la performance évoqués par les MÉE.....	84
Figure 8	Regroupement des conceptions et des indicateurs organisationnels des MÉE.....	87
Figure 9	Regroupement des visions, indicateurs organisationnels et liens entre ceux-ci provenant des discours des MÉE.....	98
Figure 10	Les conceptions et les liens entre les conceptions évoquées par les Infirmières.....	104
Figure 11	Regroupement des conceptions des infirmières.....	107
Figure 12	Regroupement des visions, indicateurs organisationnels et liens entre ceux-ci provenant des discours des infirmières.....	108
Figure 13	Intégration des résultats obtenus pour les MÉE dans le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004).....	121

Figure 14	Intégration des résultats obtenus pour les infirmières dans le cadre de Référence d'Unruh et Wan (2004)	124
Figure 15	Modèle conceptuel intégrateur	125

Liste des abréviations

AIC : Assistante infirmière-chef

CII : Conseil des infirmiers et des infirmières

DRH : Direction des ressources humaines

DSI : Directrice des soins infirmiers

ÉTG : Échelle canadienne de triage et gravité

ICU : Infirmière-chef d'unité

Inf. : Infirmière/Infirmier

MÉE : Membre de l'équipe d'encadrement

MD : Médecin

S.O. : Sans objet

PTI : Plan thérapeutique infirmier

RH : Ressources humaines

* Veuillez noter que le féminin a été utilisé tout au long de ce document afin d'alléger le texte.

*« Nothing great in the world has been
accomplished without passion »
Georg Wilhelm Friedrich Hegel*

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier mon directeur de maîtrise, M. Carl-Ardy Dubois pour son support remarqué tout au long de mes études de maîtrise. Vos multiples commentaires constructifs m'ont permis de cheminer et de me perfectionner. Je tiens également à remercier les membres du jury, Mme Danielle D'Amour et Mme Isabelle Brault, pour leurs précieux commentaires !

Un merci spécial à l'homme de ma vie, Philippe W. Naud. Ton amour, ton support moral, ta patience et ton éternelle phrase : « Il faudrait que tu prennes du temps pour toi » m'ont permis de passer au travers! Sache que je t'aime plus que tout au monde...

Merci également à ma mère Ginette, mon père Sylvain et mes trois sœurs, Julie, Sophie et Fany, de m'avoir constamment poussée à poursuivre mes études. Ma détermination, mon goût de réussir et de performer sont le fruit de vos encouragements.

Merci à ma grand-mère Jeannette et mon grand-père Gérard de m'avoir hébergée durant une partie de mes études de deuxième cycle. Sans vous, je n'aurais pas eu autant d'énergie! Merci également pour tous les encouragements.

Merci à Caroline et Violetta de m'avoir écoutée et supportée durant ce long processus! Vous êtes des amies en or!

Je tiens également à remercier le Centre FERASI ainsi que le FQRSC pour le généreux support financier.

Et finalement, je remercie les infirmières et les gestionnaires ayant accepté de participer à mon étude. Un merci spécial à la directrice des soins infirmiers m'ayant aidée dans le recrutement des participants.

Ma réussite repose en partie grâce à vous tous et je vous en serai éternellement reconnaissante!

Chapitre 1 : Problématique et buts de l'étude

1.1 Problématique

L'une des attentes de la population par rapport aux systèmes de santé est que ces derniers offrent des services de santé de qualité qui répondent aux plus hauts critères de performance. Ces derniers se doivent d'être équitables, accessibles, durables, d'une haute qualité, centrés sur les patients, sécuritaires, efficaces et cohérents par rapport à leurs besoins (Buerhaus et al., 2007; Kurtzman, Dawson, & Johnson, 2008; Lamani, 2006; OMS, 2000). Selon l'Organisation mondiale de la santé (2000), la performance du système de santé dépend avant tout de la performance des travailleurs de la santé. Cependant, les différents acteurs et groupes de travailleurs qui opèrent dans le système de santé peuvent avoir des visions différentes et conflictuelles de la performance, ce qui ne favorise pas la gestion de la performance (Lamani, 2006). Cette étude qualitative exploratoire vise deux objectifs : 1) explorer les conceptions de la performance véhiculées dans les discours des acteurs organisationnels (les infirmières soignantes et les membres de l'équipe d'encadrement directement impliqués dans la prestation de services infirmiers) dans une urgence d'un centre hospitalier urbain; 2) examiner dans quelle mesure les conceptions de la performance privilégiées par l'équipe d'encadrement correspondent ou entrent en conflit avec celles des infirmières.

Depuis quelques années, le système de santé du Québec est soumis à une demande croissante d'imputabilité qui incite les différents acteurs organisationnels à rendre des comptes de leurs actions et de leur performance (Dubois, 2008). Une attention croissante est maintenant accordée à la gestion de la performance des soins infirmiers au sein des hôpitaux. Elle se reflète dans diverses initiatives visant notamment à mesurer l'impact de la dotation du personnel infirmier et des interventions infirmières sur la qualité des soins prodigués aux patients (Kurtzman, Needleman, & Kizer, 2007). La mesure de la performance des services infirmiers en contexte

hospitalier et la diffusion de ces résultats sont envisagés comme des moyens essentiels pour améliorer la qualité des soins et de rendre des comptes au public (Kurtzman & Jennings, 2008b).

En plus de l'importance et de la demande accrue de reddition des comptes, le contexte actuel de pénurie infirmière justifie également l'importance de mesurer la performance en soins infirmiers. Selon les données du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, il manquera 7300 infirmières d'ici 2012 et 23 000 en 2022 (OIIQ, 2008a). Selon Buerhaus et al. (2007), ces conditions de pénurie risquent de réduire la quantité de soins offerts aux patients, d'augmenter les coûts de production de ces soins, de diminuer l'efficacité et l'efficacités des soins prodigués, mais également d'avoir des conséquences sur le personnel infirmier. Le manque d'effectif infirmier contribue notamment à une augmentation continue des heures supplémentaires ainsi qu'à une augmentation de la charge de travail. En effet, selon Aiken et al. (2001), la majorité des infirmières canadiennes rapportent que le nombre de patients assignés aux infirmières a augmenté dans les dernières années. Ces conditions de travail associées entre autres à la pénurie entraînent également des répercussions négatives sur le personnel infirmier sous la forme d'insatisfaction au travail, d'un taux d'absentéisme élevé, d'épuisement, d'un niveau de stress élevé, d'une augmentation de l'intention de quitter l'organisation, d'une augmentation du risque de faire des erreurs, etc. (Aiken et al., 2001; Baumann et al., 2001; Santé Canada, 2002; Sheward, Hunt, Hagen, Macleod & Ball, 2005).

Les répercussions sur les infirmières de ces conditions de pratique difficiles ont un effet direct sur la performance vue en terme de qualité et de sécurité des soins prodigués aux patients puisque la surcharge de travail réduit notamment le temps avec chaque patient pour évaluer, surveiller, prodiguer des soins, enseigner, communiquer, etc. (Aiken et al., 2001; Buerhaus et al., 2007; Santé Canada, 2002). Les heures de soins

infirmiers prodigués par patient sont diminuées ce qui peut également entraîner une augmentation du temps de détection des complications de santé (Buerhaus et al., 2007). Selon une étude d'Aiken et al. (2001), environ la moitié des infirmières canadiennes admettent que la qualité des soins s'est détériorée dans les dernières années et environ un tiers des infirmières ont confié que leurs patients n'étaient pas bien préparés pour retourner à domicile en raison du manque de personnel.

Dans ce contexte de pénurie, l'enjeu est d'autant plus important d'utiliser de manière optimale les ressources infirmières disponibles et d'optimiser leur performance afin d'améliorer ou de maintenir la qualité des soins prodigués aux patients. Selon Haachimi-Idrissi et al. (2003), l'amélioration de la qualité des soins résultant de l'optimisation de la performance du personnel infirmier augmente la satisfaction des infirmières. Étant satisfaites au travail, les infirmières sont plus motivées et restent dans l'organisation (augmentation de la rétention des infirmières). Le milieu devient également attrayant aux yeux des infirmières du système de santé ce qui favorise le recrutement au sein de l'organisation (Haachimi-Idrissi et al., 2003). Les interventions d'amélioration de la performance des services infirmiers peuvent être ainsi vues comme des leviers pour améliorer la santé des patients et créer de meilleures conditions de travail pour le personnel.

Cet intérêt accru pour la performance des services infirmiers se justifie aussi par le rôle que jouent les infirmières dans la qualité des soins et la sécurité des patients. Des preuves croissantes tendent à démontrer l'influence des soins infirmiers sur la performance des services de santé et en particulier les résultats au niveau des patients (Buerhaus et al., 2007). Rafferty, Meben, West et Robinson (2005) ont conclu à partir d'une revue de la littérature qu'il existe de plus en plus de preuves que de petites modifications apportées aux caractéristiques de la main d'œuvre infirmière sont associées à des changements importants dans les résultats pour les patients. Cette

reconnaissance de l'influence des infirmières sur la santé, la sécurité des patients et l'environnement des infirmières a mené à l'augmentation de l'intérêt pour mesurer la performance infirmière et rendre des comptes sur les résultats obtenus aux membres de la population (Kurtzman et al., 2007).

Au Québec comme ailleurs, les infirmières représentent le plus grand groupe de travailleurs de la main-d'œuvre totale en santé et une grande part du budget leur ait accordé. En 2007-2008, le nombre d'infirmières inscrit au Tableau de l'OIIQ était de 70 181 membres (OIIQ, 2008b). Elles ont un important rôle à jouer dans la santé et la sécurité des patients. Ce sont elles qui sont le plus fréquemment en contact avec les patients (Kurtzman, Dawson, & Johnson, 2008).

Cependant, en dépit de cette reconnaissance du rôle des infirmières et de la mesure de performance comme levier pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, les développements à cet égard sont encore très limités que ce soit dans le contexte québécois et à l'échelle internationale (Kurtzman, Dawson, & Johnson, 2008; Kurtzman et al., 2007; NQF, 2007a). Les initiatives les plus importantes jusqu'ici ont été entreprises surtout aux États-Unis. Le *National Quality Forum (NQF)* a établi 15 indicateurs permettant de mesurer la performance des infirmières et ces indicateurs sont notamment utilisés par le Norton Healthcare (3 hôpitaux de Louiseville), les hôpitaux de l'état du Maine et par l'Association des Hôpitaux du Massachusetts (NQF, 2007a, 2007b). L'*American Nurse Association (ANA)* a fait de même en mettant sur pieds 10 indicateurs de structures, processus et de résultats pour les milieux de soins aigus qui sont utilisés à travers un grand nombre d'hôpitaux aux États-Unis (Rafferty et al., 2005; Rowell, 2001). L'*American Nurses Credentialing Center (ANCC)* accrédite les hôpitaux qui prodiguent de bons soins infirmiers et qui possèdent un bon taux de rétention et de recrutement du personnel infirmier à l'aide d'une série d'indicateurs de performance (Kurtzman et al., 2007). Au Canada, l'Association des Hôpitaux de l'Ontario utilise des

indicateurs de performance à l'intérieur d'un programme visant à communiquer au public la performance des hôpitaux en terme de qualité (CIHI, 2006). Par contre, au Québec, aucune étude formelle ou initiative d'envergure n'a été entreprise en lien avec la gestion de la performance des soins infirmiers.

Au-delà des systèmes de mesure, il reste que « la prestation du système de soins de santé dépend des connaissances, compétences et motivations des personnes responsables de la prestation des services » (Dussault, 2001). Ces différents acteurs et groupes de travailleurs qui opèrent dans le système de santé peuvent avoir des visions différentes et conflictuelles de la performance des infirmières. La performance est en effet un concept multidimensionnel (Champagne et al., 2005; Dussault, 2001) et difficile à délimiter. Selon Champagne et al. (2005), la performance d'un système de services de santé englobe plusieurs notions et peut être abordée suivant différentes conceptions : l'efficience (résultats de santé en fonction des ressources utilisées pour les atteindre), l'efficacité (résultats de santé en fonction des objectifs fixés), le rendement (quantité et qualité des services de santé durant une période donnée), la productivité (rapport entre ce qui est produit et les ressources utilisées), la qualité (obtention des meilleurs résultats possibles en fonction du processus), l'accès (services de santé accessibles à la population) et l'équité (répartition juste des services de santé entre les individus en fonction des besoins), etc. Du fait de cette multidimensionnalité du concept, divers acteurs ou groupes d'une organisation peuvent ainsi en façonner leur propre interprétation. Cette étude considère que le concept de performance est multidimensionnel et qu'il englobe toutes les notions abordées. Il reste aussi que chaque personne dans une organisation possède des valeurs ou des points de vue associés à leur profession, leur formation, ou leur position dans l'organisation (Germain, 1994). Selon Germain (1994), les valeurs fondent les justifications ainsi que les opinions des membres d'une organisation et elles servent de guide dans l'expression des préférences. Les infirmières œuvrant directement auprès des patients peuvent donc avoir des perceptions différentes de celles des différents membres de l'équipe d'encadrement en

ce qui concerne les conceptions de la performance des services infirmiers. En même temps, aucune organisation ne peut survivre et être efficace sans un minimum de valeurs partagées par ses membres (Germain, 1994). Celles-ci jouent un rôle important dans la cohérence des objectifs et des comportements. Les organisations sont ainsi confrontées au défi de mettre en œuvre des systèmes de gestion de la performance qui soient capables d'intégrer non seulement différents aspects des soins, mais aussi différentes perspectives portées par divers groupes d'acteurs.

La performance peut donner lieu à différentes formes d'initiatives qui peuvent être portées à des degrés divers par différents groupes d'acteurs. Ces initiatives représentent les actions entreprises par les différents acteurs soit l'amélioration de la qualité des services (amélioration des résultats pour les patients), l'augmentation de la productivité (meilleure utilisation du personnel infirmier), la diminution des coûts, l'amélioration des conditions de travail pour le personnel (Lamani, 2006 ; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002 ; Rafferty et al., 2005). La mesure de la performance permet aux unités de soins de se comparer entre elles (étalonnage) et ainsi contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. La gestion de la performance permet également aux infirmières de contrôler leur propre pratique et de prendre les mesures nécessaires pour célébrer ses succès ou éviter les échecs (Rafferty et al., 2005).

Ce projet de recherche permettra d'examiner à partir des points de vue de différents acteurs organisationnels (membres de l'équipe d'encadrement et les infirmières) les conceptions véhiculées par rapport à la performance des services infirmiers. Cette étude permettra aussi de voir si les discours de l'équipe d'encadrement correspondent ou entrent en conflit avec ceux des infirmières. Les résultats de ce projet de recherche devraient apporter une importante contribution afin de renouveler les pratiques de gestion de la performance dans le domaine des services infirmiers. Ils seront utiles afin de mieux comprendre les conceptions de la gestion de la performance

privilégiées par les acteurs organisationnels impliqués dans l'offre de services infirmiers. Éventuellement, ces résultats permettront de mettre en œuvre des outils de mesure de la performance qui répondent aux objectifs organisationnels tout en tenant compte des préférences des infirmières. De tels outils peuvent être vus comme des leviers tant pour améliorer la santé et la sécurité des patients que pour créer de meilleures conditions de travail pour le personnel infirmier. En apportant un éclairage sur les attentes respectives de différents groupes en matière de performance des soins infirmiers, cette étude permettra de mettre en lumière les écarts éventuels entre les différentes perspectives et les défis posés aux gestionnaires pour concilier ces perspectives dans le processus de développement et d'opérationnalisation d'un système de gestion de la performance.

1.2 Buts de l'étude et questions de recherche

Le premier but de cette étude est d'explorer les conceptions de la performance des services infirmiers véhiculées dans les discours des acteurs organisationnels (les infirmières soignantes et les membres de l'équipe d'encadrement impliqués dans la prestation de services infirmiers) dans une urgence d'un centre hospitalier urbain. Le deuxième but de l'étude sera d'examiner dans quelle mesure les conceptions de la performance des services infirmiers privilégiées par l'équipe d'encadrement correspondent ou entrent en conflit avec celles des infirmières.

Cette étude permettra de répondre à trois questions de recherche :

- 1) Quelles sont les conceptions de performance véhiculées dans les discours des membres de l'équipe d'encadrement impliqués dans la prestation de services infirmiers au sein d'une urgence d'un centre hospitalier urbain?
- 2) Quelles sont les conceptions de performance véhiculées dans les discours des infirmières d'une urgence d'un centre hospitalier urbain?
- 3) Les conceptions de performance privilégiées par les membres de l'équipe d'encadrement impliquée dans la prestation de services infirmiers correspondent-elles à celles des infirmières ou entrent-elles en conflit?

Chapitre 2 : Recension des écrits

La recension des écrits est organisée en quatre parties. La première section traitera du concept de performance. La deuxième traitera de la performance appliquée au contexte plus général des systèmes de santé. La troisième section abordera plus spécifiquement la performance des services infirmiers. Nous présenterons ensuite le modèle théorique utilisé pour la présente étude. Il est à souligner d'emblée que les écrits recensés proviennent principalement des États-Unis et que la performance des services infirmiers n'a jusqu'ici fait l'objet que de très peu de publications au Québec.

2.1 La performance; un concept multidimensionnel, contingent et paradoxal

Avant d'entrer au cœur de la recension des écrits au sujet de la performance, il est important de relever trois caractéristiques distinctives de ce concept soit sa multidimensionnalité, sa nature contingente et paradoxale.

Selon Champagne et al. (2004), la « performance est un concept aussi vaste, qu'insaisissable », ce qui explique l'existence d'une multitude de définitions et d'approches. Tous les modèles qui seront abordés dans la recension des écrits au sujet de la performance démontrent que ce concept est bel et bien un concept multidimensionnel. Cet aspect de la définition indique que les modèles centrés sur une seule dimension de la performance dont il sera question dans la revue de la littérature ne permettent pas d'obtenir une évaluation globale de la performance. Des modèles intégrés tels que le modèle EGIPSS et les modèles basés sur la triade de Donabedian rejoignent la multidimensionnalité du concept de performance puisqu'ils prennent en

compte ses multiples facettes. Ces modèles seront expliqués plus en profondeur dans les prochaines sections.

En plus d'être un concept multidimensionnel, la performance est également un concept dit contingent. Cette caractéristique réfère au fait que la conception de performance privilégiée par les différents acteurs varie notamment en fonction du contexte et de la situation. Les diverses approches de la performance donnent des informations pertinentes à divers moments pour des activités différentes dans diverses organisations (Champagne et al., 2004; Sicotte et al., 1998). Le fait d'avoir divers acteurs avec des valeurs différentes et divers objectifs organisationnels dans une organisation peut amener un large éventail d'indicateurs de performance possible et des difficultés de consensus entre ceux-ci. À la lumière du concept de contingence, cette étude permettra d'apporter des éclaircissements sur les écarts éventuels entre les différentes perspectives et les défis posés aux gestionnaires pour concilier ces perspectives dans le processus de développement et d'opérationnalisation d'un système de gestion de la performance.

La performance est un concept dit paradoxal puisque l'évaluation de la performance à partir de ces différents modèles peut donner des résultats qui se contredisent (Contandriopoulos, 2008). Selon Lamani (2006), le paradoxe vient de la complexité et des différentes conceptualisations de la performance. Lorsqu'une problématique simple ou compliquée est étudiée de plus en plus rigoureusement et précisément, les réponses convergent vers une solution unique tandis que pour une problématique divergente, plus elle est complexe, plus les solutions divergent et deviennent contradictoires et opposées. Par exemple, une organisation peut être performante suivant une perspective donnée et peut ne pas l'être en considérant la performance sur une autre perspective. L'aspect paradoxal de la performance entraîne la nécessité de tenir compte des conflits possibles entre les diverses perspectives des

différents acteurs. Comme mentionnée, cette étude permettra de mieux comprendre les écarts éventuels et possiblement conflictuels des différentes perspectives des différents acteurs.

2.2 La performance dans les systèmes de santé

Les écrits recensés laissent entrevoir deux approches distinctes qui ont guidé les efforts de conceptualisation de la performance dans les systèmes de santé. La première approche qui semble s'inscrire dans la continuité du *management* classique reflète la recherche d'un modèle idéal (*one best way*) pour apprécier et gérer la performance. Cette approche privilégie souvent une dimension unique de la performance. La deuxième approche semble s'inscrire davantage dans la continuité de la perspective systémique et cherche à intégrer différentes dimensions de la performance reflétant différentes fonctions ou différentes composantes des systèmes d'action.

2.2.1 Approches centrées sur une dimension unique de la performance

La recension a permis de dégager plusieurs modèles organisationnels qui ont été associés à des façons de voir distinctes, mais complémentaires de la performance (Sicotte et al., 1998). Ces modèles d'analyse des organisations n'ont pas été conçus pour mesurer de manière spécifique la performance, mais sous-tendent dans chaque cas, une compréhension distincte de la performance d'une organisation et peuvent être associés à des valeurs, responsabilités et préférences divergentes des acteurs organisationnels (Sicotte et al., 1998) (voir tableau 1 en annexe).

Suivant le **modèle rationnel**, une organisation est performante lorsqu'elle atteint ses buts (Price, 1972). Selon Cameron (1978), ce modèle n'est pas toujours apprécié

puisque'il est difficile d'obtenir un consensus entre les membres d'une organisation sur les buts à atteindre. D'autres modèles ont ainsi été proposés afin de définir ce qu'est la performance (Cameron, 1978). Selon le **modèle d'acquisition des ressources**, une organisation est performante si elle parvient à obtenir les ressources dont elle a besoin pour survivre et grandir (Yuchtman & Seashore, 1967) et si elle a la capacité d'innover et de se transformer en vue de s'adapter aux changements de son environnement (Contandriopoulos et al., 2008). Quant au **modèle des processus internes**, ce dernier met l'accent sur la qualité des processus de production (Ketchen, Thomas, & Mc Daniel, 1996). Ce modèle apprécie la performance de l'organisation en termes de volume, d'intensité, de qualité, de coordination et de sécurité (Contandriopoulos et al., 2008). La stabilité et le contrôle y sont fortement valorisés (Champagne et al., 2004). Le **modèle des relations humaines** considère qu'une organisation est performante si elle parvient à créer et maintenir un milieu de travail sain et des relations harmonieuses entre les différents acteurs œuvrant à l'intérieur de celle-ci. La performance est ainsi appréciée selon la qualité du climat de travail et l'engagement des acteurs aux valeurs organisationnelles (Adler & Borys, 1996). Selon le **modèle politique**, une organisation est performante si elle parvient à satisfaire minimalement les enjeux internes et externes des groupes d'intérêts. L'intérêt est porté sur la négociation et le compromis (Cameron, 1986; Champagne et al., 2004). En dernier lieu, selon le **modèle de légitimité sociale**, la survie d'une organisation est le résultat d'un engagement dans des activités légitimes (mettre en accord les processus et résultats avec des valeurs sociales, des normes et des objectifs) (Cameron, 1986; Champagne et al., 2004).

Ces modèles d'analyse des organisations ne permettent de toucher dans chaque cas qu'un aspect précis de la performance, ce qui ne permet pas d'obtenir une vue d'ensemble de la performance d'une organisation (Contandriopoulos et al., 2008). En centrant l'attention sur un seul aspect de la performance, ils ne permettent pas d'obtenir une évaluation globale de la performance qui comme le souligne Sicotte et al. (1998) est

d'avantage un concept multidimensionnel. La variété de ces modèles et des définitions de la performance organisationnelle qui y ont été associées suggère d'ailleurs les multiples facettes du concept à prendre en compte pour une évaluation globale (Cameron & Whetten, 1981).

Selon Sicotte et al. (1998), l'utilisation de ces modèles dans les organisations afin d'apprécier la performance amène une vision fragmentée et incomplète de la performance réelle. Cette diversité d'interprétations de la performance au travers de différents modèles mettant chacun l'accent sur un aspect distinctif se reflète aussi dans la confusion conceptuelle des différentes notions utilisées par les acteurs afin de référer au même concept de performance, soit l'efficacité, l'efficacités, le rendement, la productivité, la qualité, etc. Chaque acteur façonne sa propre interprétation de la performance ce qui rend laborieuse la mise en œuvre de systèmes de gestion de la performance qui doivent intégrer les différentes perspectives des divers groupes d'acteurs. L'utilisation de modèles intégrant ces diverses notions serait alors plus adéquate.

Selon Contandriopoulos et al. (2008), l'utilisation prolongée de ces modèles unidimensionnels pourrait entraîner des déséquilibres entre les différentes fonctions (atteinte des buts, acquisition des ressources, intégration des processus internes et maintien des valeurs et des normes) que doivent accomplir les organisations afin d'être performantes. Ceci pourrait entraîner de la surperformance à certains égards et de la sous-performance à d'autres si un des modèles est privilégié plus que d'autres.

Malgré les désavantages que comporte l'utilisation de ces modèles, ceux-ci possèdent cependant certains aspects positifs. En touchant un aspect spécifique de la performance, ces modèles sont plus facilement opérationnalisables. Ils peuvent aussi

servir de base de comparaison entre différentes organisations sur des aspects spécifiques de la performance.

2.2.2 Approches intégrées centrées sur plusieurs dimensions de la performance

En opposition aux modèles centrés sur un aspect unique de la performance, cette section insistera sur des modèles qui sont plus complexes; le modèle zéro défaut, le modèle comparatif, le modèle d'appréciation de la qualité (ou performance) de Donabedian et le modèle EGIPSS. Les modèles de Donabedian et EGIPSS (modèle dérivé de la théorie de l'action sociale de Parsons) sont deux modèles qui ont un large écho dans la littérature sur la performance. Nous présenterons ensuite brièvement quelques initiatives d'évaluation de la performance développées par des organismes nationaux et internationaux et qui s'inscrivent dans cette même approche multidimensionnelle.

Le modèle zéro défaut et le modèle comparatif

Tout d'abord, plutôt que de mettre l'emphase sur la performance, le **modèle zéro défaut** se concentre uniquement sur les caractéristiques non performantes d'un système de performance puisqu'il est centré sur l'erreur. Ce modèle définit une organisation comme étant performante lorsqu'il y a une absence de faute ou d'inefficacité à l'intérieur de celle-ci (Cameron, 1986; Crosby, 1984). Ce modèle est considéré comme étant multidimensionnel puisqu'il porte attention à plusieurs aspects non performants afin de déterminer s'il y a présence ou absence de performance. Quant au **modèle comparatif**, ce dernier examine la performance d'une organisation donnée à la lumière de celle d'autres organisations. Sa performance sera jugée excellente si elle se compare favorablement à d'autres organisations similaires (Cameron, 1986; Champagne et al.,

2004; Contandriopoulos et al., 2008). Ce modèle est également considéré comme étant multidimensionnel puisqu'il met l'accent sur plusieurs aspects de la performance provenant des diverses organisations. Ceci permet d'établir la comparaison et de déterminer s'il y a présence ou absence de performance au sein de l'organisation donnée. Ces deux modèles sont un peu plus complexes que les modèles présentés précédemment explorant un aspect unique de la performance.

La triade de Donabedian

Le modèle conceptuel le plus largement utilisé dans les efforts d'évaluation de la performance des organisations de services de santé est le **modèle normatif du système d'action rationnelle** (Champagne et al., 2005). En s'inspirant des théories de l'action en sociologie (Weber, Parsons, Simon, etc.), Donabedian (1966) a proposé que la qualité des soins puisse être évaluée en utilisant des normes non seulement de résultats, mais aussi de processus et de structure. De nos jours, ce modèle est utilisé non seulement pour apprécier la qualité des soins, mais également afin de mesurer et d'évaluer la performance dans les organisations. Ce modèle est également appelé la triade de Donabedian (Donabedian, 1966). La triade de Donabedian sous-tend que l'on peut apprécier la qualité des services de santé à partir de la triade structure (disposer de bons éléments), processus (faire ce qu'il faut) et résultats (obtenir de bons résultats). Il est présupposé que la structure influence le processus qui à son tour affecte les résultats (voir figure 1 en annexe).

La **structure** réfère aux outils et ressources qui peuvent être déployés afin d'atteindre des résultats. Celle-ci comprend les ressources matérielles (ex. équipement), les ressources humaines (ex. la quantité et les qualifications du personnel soignant) et les structures organisationnelles (ex. nombre d'heures de soins infirmiers par patient). Le **processus** comprend les activités reliées à la dispensation des soins qui sont mises en place par des professionnels de la santé pour atteindre les résultats (ex. les interventions

infirmières). En dernier lieu, les **résultats** sont les effets de la relation entre structure et processus (ex. état de santé du patient, satisfaction des patients en regard aux soins dispensés, atteinte de l'objectif) (Donabedian, 1996). Jennings, Stagers et Brosch (1999) ont identifié un modèle permettant de classer les résultats en trois catégories afin d'avoir une meilleure compréhension de ces derniers. Les résultats peuvent être centrés sur le patient (ex. mesure de la condition physique, de l'adaptation, de la satisfaction ou de la compréhension du patient, etc.), centrés sur le professionnel qui prodigue des soins (ex. interaction famille-professionnel de la santé, fardeau des familles, etc.) ou centrés sur l'organisation (ex. accès aux services, coût, mortalité, morbidité, durée d'hospitalisation, etc.) (Jennings et al., 1999).

Le modèle de Donabedian offre un cadre à la fois robuste et facile à comprendre pour mesurer et évaluer la qualité des soins (performance), même si les trois éléments de la triade ne sont pas toujours faciles à opérationnaliser. Selon Donabedian (1988), il est important de considérer les trois éléments de la triade lorsqu'une évaluation complète de la qualité est désirée. Par contre, l'attention est souvent portée uniquement sur les éléments de structure et de résultats puisque ces dimensions sont plus faciles à mesurer. Quant aux éléments de processus qui font allusion aux interventions infirmières, ceux-ci sont souvent ignorés puisqu'ils sont très difficiles à opérationnaliser. En effet, les activités reliées à la dispensation des soins peuvent être extrêmement difficiles à mesurer puisque ces éléments du processus sont peu tangibles. Moins d'attention est également portée envers les liens entre les différents éléments de structure, de processus et de résultats en raison de la difficulté à établir ces liens. Lorsque tous les éléments de structure, de processus et de résultats sont considérés dans l'évaluation de la qualité, il peut être difficile de déterminer quel résultat est associé avec quels éléments de structure ou de processus. En d'autres mots, il peut être difficile de déterminer l'existence d'influence entre les divers éléments de la triade. Par contre, nous pouvons identifier quels éléments des dimensions de structure ou de processus

sont bien faits ou nécessitent une amélioration afin de préserver ou modifier le résultat obtenu.

On peut également reprocher à ce modèle de ne pas prendre en compte l'environnement externe du système structure-processus-résultat (SPO). En effet, ce système baigne dans un environnement qui peut influencer directement la dimension de structure et indirectement les dimensions de processus et de résultat (Unruh & Wan, 2004). Par exemple, une organisation située dans une région éloignée (zone rurale) aura plus de difficulté à obtenir des personnels infirmiers possédant une formation aux études supérieures (ex. infirmière bachelière/clinicienne) puisque les universités sont principalement situées en zone urbaine. L'environnement aura donc un impact sur la dimension structure (le niveau de formation des infirmières). Puisque la dimension de structure a un impact sur le processus et que le processus a un impact sur le résultat, tout le système est influencé par l'environnement externe.

Dans un même ordre d'idée, ce modèle ne prend pas en compte les caractéristiques des patients. Une organisation accueillant des patients sévèrement malades aura plus de risque d'obtenir un taux de mortalité plus élevé (résultat) qu'une organisation recevant des patients dont la gravité de leur maladie est moindre. Les caractéristiques des patients sont donc importantes à prendre en compte dans l'évaluation de la qualité des soins (Unruh & Wan, 2004). En effet, elles peuvent amener à sur ou sous-estimer la qualité des soins réelle de l'organisation.

Le modèle intégrateur : cadre d'évaluation globale et intégrée de la performance du système de santé (EGIPSS)

Les chercheurs du groupe de recherche interdisciplinaire de santé (GRIS) ont conceptualisé un modèle illustrant un système global et intégré d'évaluation de la

performance organisationnelle (voir figure 2 en annexe). Sicotte et al. (1998) et Champagne et al. (2005), ont tenté de concilier les diverses notions de la performance présentes dans la littérature. Ce modèle dit modèle d'évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé est inspiré de la théorie de l'action sociale de Parsons qui stipule qu'une organisation de santé peut être vue comme un système organisé d'action à l'intérieur d'un contexte donné. Un système organisé d'action est composé de trois composantes en interaction, soit une structure physique (ex. bâtiment, ressources humaines, financières, etc.), une structure organisationnelle (ex. ensemble de lois et de règles) et une structure symbolique (ex. valeurs et croyances des acteurs permettant d'alimenter les communications). À l'intérieur de la structure se retrouvent des acteurs interdépendants (professionnels de la santé, gestionnaires, etc.) dont leurs activités (**processus**), soit la production de biens et de services, permettent d'atteindre les finalités (**résultats**) de l'organisation (Champagne et al., 2004) (voir figure 3 en annexe). La théorie de Parsons met l'accent sur quatre fonctions qui sont reprises dans le modèle EGIPSS que doit assumer un système organisé d'actions afin de survivre ou d'être performant : 1) atteindre des buts qui sont valorisés par l'organisation (amélioration de la santé des individus, efficacité, efficience, satisfaction des usagers), 2) s'adapter (faire l'acquisition de ressources pour offrir des services en fonction des besoins et s'adapter aux changements technologiques, populationnels, politiques et sociaux), 3) produire de façon intégrée (coordination des services, volume de soins, de services, d'activités, d'intensité, être productif et assurer la qualité des soins), et 4) créer ou maintenir des valeurs (l'équité, la liberté et l'efficience). La quatrième fonction (création ou maintien des valeurs) facilite ou contraint les trois fonctions précédentes (Contandriopoulos et al., 2008). De plus, une organisation dite performante doit maintenir un équilibre dynamique entre ces fonctions par des « alignements » ou « équilibres » (Sicotte et al., 1998).

La valeur ajoutée de ce modèle vient particulièrement du fait qu'il permet d'intégrer plusieurs des approches de la performance expliquées précédemment (modèle de l'atteinte des buts, d'acquisition des ressources, des processus internes, des relations humaines, de politique, et de légitimité sociale). Chacune des fonctions qui constituent l'architecture du modèle permet elle-même d'intégrer différentes sous-dimensions qui font référence à diverses facettes de la performance présentes dans la littérature. Ces sous-dimensions permettent de mettre en opération les quatre fonctions comprises dans le modèle EGIPSS.

La fonction « Atteinte des buts » comprend quatre sous-dimensions de la performance, soit la satisfaction de la population à l'égard des soins et services reçus dans le système, l'efficacité (résultats de santé, l'efficience (résultats de santé en fonction des ressources financières investies) et l'équité (répartition égale des soins et services de santé dans la communauté en fonction des besoins). La fonction « production » comprend également 4 sous-dimensions : la productivité (produire en fonction des ressources disponibles), qualité (ensemble d'éléments du processus qui favorise le meilleur résultat par rapport aux attentes), volume de soins et services produits et coordination de la production. La troisième fonction du modèle intégrateur est « l'adaptation ». Celle-ci comprend cinq sous-dimensions, soit l'acquisition de ressources, l'adaptation aux besoins de la population (ressources et structuration du système qui s'ajustent aux besoins de la population), l'adaptation aux exigences et tendances (adaptation du système de santé aux changements environnementaux, technologiques, etc.), la mobilisation de la communauté (« Étendue et intensité du capital social du milieu, du support et de l'appui dont il bénéficie »), innovation et transformation du système et l'attraction des clientèles (concurrence). En dernier lieu, la quatrième fonction est le maintien des valeurs. Elle comprend deux sous-dimensions. Tout d'abord, le consensus sur les valeurs du système et le climat organisationnel

(atmosphère qui délimite l'implication et l'engagement des personnels envers l'organisation (Savoie & Brunet, 2000)) (Champagne et al., 2004).

Chacune des quatre fonctions possède sa particularité, mais selon la théorie de Parsons, elles interagissent entre elles par six « alignements » ou « équilibres » qui permettent de démontrer le caractère dynamique de la performance. En effet, les alignements stratégique, tactique, opérationnel, contextuel, allocatif et légitimatif démontrent les interactions entre les quatre fonctions (Champagne et al., 2004; Contandriopoulos et al., 2008; Sicotte et al., 1998).

Le modèle EGIPSS peut être considéré comme une des approches les plus globales et complètes qui existent au sujet de la performance et démontre bien le caractère multidimensionnel de la performance. La mesure et l'évaluation de la performance reposent sur la mesure d'indicateurs (sous-dimensions) présents à l'intérieur de chacune des quatre fonctions (Contandriopoulos et al., 2008). Ce modèle reste toutefois difficile à opérationnaliser compte tenu de sa complexité. Il contient beaucoup d'indicateurs et beaucoup de liens entre les dimensions. En effet, selon Contandriopoulos et al. (2008), un modèle d'évaluation de la performance est utile et opérationnel lorsque le nombre d'indicateurs est restreint. Cependant, ce modèle peut être utile afin d'apprécier la performance des organisations de santé en tenant compte des quatre fonctions et des liens entre elles. Il peut servir de point de départ aux discussions entre les différents acteurs afin de se doter d'un système d'indicateurs permettant de poser un jugement sur la performance d'une organisation en fonction de leurs valeurs, perceptions et croyances.

Initiatives et cadres d'évaluation de la performance des systèmes de santé

Il existe plusieurs initiatives majeures d'évaluation de la performance entreprises par des organisations nationales et internationales qui s'inscrivent dans cette même

perspective multidimensionnelle. Tout d'abord, l'Organisation mondiale de la santé a développé un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé afin d'aider les gouvernements à mesurer leur propre performance, à comprendre les facteurs contribuant à celle-ci et à l'améliorer (OMS, 2000). Selon l'OMS (2000), un système de santé est performant lorsqu'il arrive à obtenir les meilleurs résultats possible avec les ressources disponibles. Suivant ce cadre d'évaluation, la performance du système de santé est saisie au travers de 5 dimensions : 1) le niveau de santé générale de la population, 2) la distribution de santé dans la population (entre les différents sous-groupes socio-économiques), 3) le degré de réactivité (respect des personnes et attention accordée aux usagers), 4) la distribution de cette réactivité, et 5) la répartition de la contribution financière.

L'OMS Europe a également développé un cadre d'évaluation de la performance nommé le « *Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals* » (PATH) (OMS, 2004). Ce cadre d'évaluation intègre 6 dimensions : 1) l'efficacité clinique du processus de soins et les résultats, 2) l'efficience (productivité), 3) la prise en charge des besoins du personnel (environnement de pratique, reconnaissance des besoins individuels), 4) la réactivité de la gouvernance (orientation en matière de santé publique), 5) la sécurité des patients et du personnel et 6) la centralité par rapport au patient en termes de service et de respect.

S'inspirant des travaux de l'OMS, l'Organisation de Coopération et de Développement économique (OCDE) a conceptualisé elle aussi un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de santé basé sur quatre critères : l'amélioration de la santé des usagers, la réactivité, l'équité (au niveau des soins, des finances et de l'accès aux soins et services de santé) et l'efficience (OCDE, 2002).

Au Royaume-Uni, le *National Health System (NHS)* a conçu le *NHS Performance Assessment Framework* qui intègre six dimensions totalisant un ensemble de cinquante indicateurs. Ces 6 dimensions sont : 1) l'amélioration de la santé, 2) l'accessibilité équitable aux soins, 3) la prestation efficace des soins de santé, 4) l'efficience (la productivité), 5) les soins prodigués aux patients, et 6) les résultats en terme de santé.

Aux États-Unis, plusieurs initiatives parallèles ont donné lieu à plusieurs modèles. Le cadre d'évaluation du *Joint Commission of Healthcare Organisation (JCAHO)*, celui de l'*Institute of Medicine (IOM)* et du *National Health Care Quality Report (NHCQR)* ont été élaborés et se recoupent sur plusieurs dimensions incluant la sécurité des patients, l'efficacité, qualité des soins de santé, système axé sur les patients, l'équité, etc (Champagne et al., 2004).

Au Canada, un cadre conceptuel d'évaluation de la performance des systèmes de santé a été conçu par l'Institut canadien d'Information sur la Santé (ICIS) de concert avec Statistique Canada (ICIS, 2003). Ce cadre recouvre quatre dimensions intégrant chacune plusieurs indicateurs de performance : l'état de santé (problème de santé, bien-être et taux de mortalité), les déterminants non médicaux de la santé (comportements sanitaires, conditions de vie et de travail, ressources personnelles, facteurs environnementaux), le rendement des systèmes de la santé (acceptabilité, accessibilité, caractère approprié, compétence, continuité, efficacité, efficience, sécurité) ainsi que les caractéristiques communautaires et du système de santé (ICIS, 2003). L'objectif principal de ce cadre conceptuel est l'amélioration de la santé de la population canadienne en fournissant l'information nécessaire en temps opportun aux personnes pouvant en bénéficier. Au Québec, une adaptation du cadre élaboré au niveau du gouvernement fédéral a également été réalisée. En effet, le gouvernement du Québec a réalisé un rapport sur la santé de la population et sur la performance du système de santé

québécois en se basant sur des indicateurs tirés du cadre fédéral (MSSS, 2002). Les résultats provenant des indicateurs font notamment état du niveau et de l'évolution de la santé de la population québécoise (MSSS, 2002). Des initiatives mettant en application des indicateurs de performance ont également été entreprises en Ontario et en Saskatchewan (Champagne et al., 2004). Toutes ces initiatives font appel à des indicateurs opérationnels afin de mesurer et d'évaluer la performance du système de santé. (Champagne et al., 2004).

Il semble important de souligner que ces initiatives mesurent essentiellement la performance au niveau du système de santé ou, dans quelques cas, la performance organisationnelle. Le niveau individuel est rarement pris en compte. La performance organisationnelle se définit comme étant la santé interne de l'organisation (Sicotte et al., 1998) tandis que la performance individuelle peut se traduire par un personnel performant travaillant de façon responsable, équitable et efficace afin d'obtenir les meilleurs résultats de soins en fonction du contexte et des ressources disponibles (World Health Organization, 2006). Une organisation performante met en œuvre des stratégies au niveau de la pérennité, de l'efficacité économique, de la légitimité et des ressources humaines afin d'atteindre ses objectifs (un niveau de performance attendu). Les ressources humaines qui offrent des services de haut niveau de performance contribuent donc à la performance organisationnelle (Saint-Onge & Magnan, 2007). Un système de gestion de la performance qui est selon Dussault (2001) un ensemble de moyens permettant le maintien et l'amélioration de la qualité des services, soit leur caractère approprié, leur efficacité, leur efficacité et leur capacité d'optimiser la satisfaction des usagers, peut être interprété à deux niveaux d'analyse, soit la performance organisationnelle et la performance individuelle. La performance du personnel de santé influe directement sur la prestation des services de santé et sur la santé de la population (World Health Organization, 2006). Il existe donc une cohérence entre la performance individuelle et la performance organisationnelle (Saint-Onge & Haines, 2007).

La plupart des modèles répertoriés semblent davantage se centrer sur le niveau organisationnel. Par contre, tel que mentionné, il est important de prendre en compte également le niveau individuel puisque la performance individuelle influence la performance organisationnelle. L'apport de cette étude sera de porter attention à la performance des services, mais en tenant compte, des perspectives des individus qui œuvrent dans ces services.

La section précédente a permis de mettre en lumière les différents aspects de la performance des systèmes de santé. La deuxième section traitera plus spécifiquement de la performance des services infirmiers.

2.3 La performance dans le contexte des services infirmiers

La recension des écrits a permis de répertorier plusieurs initiatives et modèles visant l'évaluation de la performance des services infirmiers. Selon Rafferty et al. (2005), ces initiatives et modèles mesurant la performance des services infirmiers s'appuient fortement sur le modèle de Donabedian (1966) discuté dans la section précédente. Le cadre proposé par Donabedian est diversement utilisé et les initiatives dans le domaine des soins infirmiers faisant usage de ce cadre pour l'appréciation de la performance peuvent être classées en trois catégories : les approches où une seule des composantes (indicateurs de performance) de la triade est utilisée, les approches tenant compte de deux dimensions et les approches globales tenant compte des trois dimensions. Ces différentes approches seront élaborées dans cette section.

Avant de discuter des différentes approches et études, il est important de comprendre le concept de « *nursing sensitive outcomes* » ou « *NSO* ». Jusqu'aux années 1990, l'amélioration de la qualité était surtout axée sur la structure et les processus. Récemment un accent plus important a été porté à la mesure des résultats pour les

patients et plusieurs études ont été menées à ce sujet dans le domaine des sciences infirmières (Rafferty et al., 2005). Ces études donnent écho à une augmentation de l'intérêt à quantifier la contribution des infirmières à la qualité des soins prodigués aux patients (Kurtzman & Jennings, 2008a) et à démontrer l'influence des infirmières sur la qualité des soins (Kurtzman & Jennings, 2008b). Un nombre croissant d'études est maintenant consacré à l'impact des effectifs, des aptitudes et du déploiement des infirmières (mesure de structure) sur les résultats pour les patients. Celles-ci ont découvert que des modifications apportées aux caractéristiques (structure) de la main-d'œuvre infirmière apportent des changements aux résultats pour les patients. Par exemple, le niveau de compétences, de formations, le nombre d'années d'expérience et la charge de travail des infirmières ont été associés à des changements dans un certain nombre d'indicateurs de résultats regroupés sous les vocables de « *nursing sensitive outcomes* » : mortalité, plaies de pression, erreurs médicamenteuses, chutes, infections nosocomiales, échecs thérapeutiques, etc. (Rafferty et al., 2005; Kurtzman & Jennings, 2008a; NQF, 2007a, 2007b). Ces indicateurs sont désignés « *nursing sensitive outcomes* » parce que différentes preuves suggèrent qu'elles sont le reflet de la contribution des infirmières. L'utilisation de ce type d'indicateurs est primordiale afin de démontrer que les infirmières ont un rôle extrêmement important à jouer au niveau de la qualité des soins des patients.

Certains auteurs soulignent toutefois que les « *nursing sensitive outcomes* » ont une certaine limite. Les centres hospitaliers sont des milieux multidisciplinaires. Il est ainsi difficile d'établir que des résultats donnés soient exclusivement associés aux interventions infirmières (Kurtzman & Jennings, 2008a; Rafferty et al., 2005). Ceux-ci peuvent être affectés par plusieurs autres professionnels : les médecins, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les nutritionnistes, les inhalothérapeutes, etc. En d'autres mots, les infirmières ne sont pas entièrement responsables des résultats obtenus. Les interventions infirmières influencent les résultats des patients, mais la

relation entre ces deux variables reste soumise à d'autres influences puisque d'autres acteurs sont aussi impliqués dans la dispensation des soins (Kurtzman & Jennings, 2008a). D'autres variables telles que le diagnostic du patient, les facteurs socio-économiques, le support de la famille, l'âge et le sexe du patient peuvent également affecter les résultats de soins sensibles aux soins infirmiers (International Council of Nurses, 1999). Cependant, compte tenu de l'importance des infirmières dans le système de santé, il reste primordial que leurs contributions aux résultats des patients puissent être mesurées.

2.3.1 Approches incluant une seule dimension : différents systèmes d'indicateurs

Selon Donabedian (1966), les indicateurs de performance peuvent être de structure, de processus ou de résultat. Selon Kurtzman et al. (2007), un indicateur quantifie les processus et les résultats qui sont affectés, prodigués ou influencés par le personnel infirmier (les structures). En d'autres mots, un indicateur clinique est une mesure quantitative qui peut être utilisée à titre de guide pour mesurer et évaluer la qualité des soins prodigués aux patients ainsi que les activités de support (Idvall, Rooke, & Hamrin, 1997). Les indicateurs de structure sont des mesures quantitatives qui reflètent la quantité de ressources disponibles, les mesures de processus indiquent les actions que les infirmières font afin d'atteindre des résultats tandis que les résultats mesurent ce qui résulte suite aux actions posées (processus) par les infirmières (structure) (Idvall et al., 1997).

Plusieurs travaux récents ont cherché à développer un ensemble d'indicateurs qui pourraient refléter la performance des services infirmiers (IOM, 2005; Kurtzman et al., 2007; Lang, Mitchell, Swan, & Vahey, 2004; Rowell, 2001). Selon Rafferty et al.

(2005), l'utilisation d'indicateurs de performance permettent d'améliorer la qualité des soins (IOM, 2005). En effet, les résultats obtenus provenant de la mesure d'indicateurs de performance permettent d'évaluer une situation et de prendre des décisions rationnelles en fonction de ces résultats. L'augmentation de la demande de soins, l'inquiétude quant à la qualité de ces soins, le désir des gestionnaires d'améliorer la productivité de leur personnel et de prendre des décisions informées, la volonté des infirmières de vouloir faire preuve de leur contribution aux soins de santé et l'évolution culturelle vers une plus grande transparence des services publics ont incité les chercheurs à développer ces indicateurs (Rafferty et al., 2005).

Le développement des indicateurs a été initié vers la fin des années 1980 par le *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)* aux États-Unis. Cette première initiative a été basée sur quatre principaux postulats, soit 1) les résultats chez les patients sont influencés par toutes les activités de l'organisation de santé, 2) l'amélioration continue de la qualité des soins est un objectif primordial, 3) les standards d'accréditation doivent être concentrés sur les fonctions clés et 4) le processus d'accréditation va être amélioré par la mesure de la performance dans les organisations de santé (Nadzam, 1991). Plus spécifiquement dans le domaine des soins infirmiers, en 2004, financés par le *Robert Wood Johnson Foundation* et le *Department of Veterans Affairs*, les chercheurs du *National Quality Forum (NQF)* ont établi 15 standards ou indicateurs nationaux afin de mesurer la performance des infirmières. Ces indicateurs de performance mesurent la contribution des infirmières sous l'angle de trois perspectives : les mesures centrées sur les patients et associées à des résultats (prévalence des ulcères de pression, prévalence des chutes, chutes avec blessures, pneumonie associée à la ventilation assistée, etc.), les mesures centrées sur les interventions infirmières et associées à des processus (interventions infirmières sur la cessation du tabagisme), les mesures centrées sur le système et associées à la structure (*skill mix*, nombre d'heures infirmières par patient, etc.) (Kurtzman & Jennings, 2008a; NQF, 2007a, 2007b).

L'*American Nurse Association (ANA)* a également mis sur pied 10 indicateurs de structure, de processus et de résultat pour les milieux de soins aigus (voir Tableau 2 en annexe). Des indicateurs sont également maintenant disponibles pour les milieux de soins communautaires. L'objectif de l'ANA est de prouver que les infirmières apportent une contribution importante à la qualité des soins prodigués aux patients. L'ANA est également créatrice de la base de données nationale des indicateurs de qualité des soins infirmiers (NDNQI) qui joue un important rôle dans l'amélioration de la qualité au sein des hôpitaux des États-Unis. Cette dernière rassemble les informations concernant les mesures de qualité des soins des hôpitaux des États-Unis qui y soumettent leurs données. Une fois par trois mois, des rapports de qualité sont soumis de façon confidentielle afin que les organisations puissent se comparer entre elles (Rafferty et al., 2005). L'*American Nurses Credentialing Center (ANCC)* utilise également une série d'indicateurs de performance afin d'identifier et d'accréditer les hôpitaux prodiguant de bons soins infirmiers et ayant du succès dans la rétention et le recrutement du personnel infirmier. On peut aussi mentionner l'initiative entreprise dans le cadre du *Kaiser Permanente Inpatient Nursing Quality Indicator Project (INQIP)* dans lequel plus de 70 indicateurs sont utilisés pour analyser les soins infirmiers au niveau de l'unité, de l'hôpital et au niveau régional (Kurtzman et al., 2007). Toutes les initiatives mentionnées ci-dessus proviennent des États-Unis.

Les efforts d'opérationnalisation de la performance des services infirmiers permettent de mesurer la qualité des services infirmiers ce qui est très important pour la performance d'une organisation. En effet, des preuves croissantes tendent à démontrer l'influence des soins infirmiers sur la performance des services de santé et en particulier sur les résultats au niveau des patients (Buerhaus et al., 2007). La mesure de la performance des services infirmiers est donc envisagée comme un moyen essentiel pour améliorer la qualité des soins et de rendre des comptes au public (Kurtzman & Jennings, 2008b). Ceci justifie donc l'importance de mesurer ces indicateurs de performance.

2.3.2 Approches incluant deux dimensions

Cette sous-section traitera des approches tenant compte de deux dimensions de la performance. Plusieurs recherches spécifiques d'envergure dans le domaine des soins infirmiers évoquant des liens entre deux dimensions ont été conduites. Les mesures des dimensions et l'examen des liens entre les dimensions de structure et de résultats et les dimensions de processus et de résultats ont été relevés dans les différentes études qui seront présentées.

Approches incluant les dimensions de structure et de résultats

Au Canada, l'Association des Hôpitaux de l'Ontario utilise des indicateurs de performance dans le cadre d'un programme visant à communiquer au public la performance des hôpitaux en terme de qualité (OCDE, 2002). Le « *balanced scorecard* » est constitué de 5 dimensions qui comprennent des indicateurs de structure, de processus et de résultats (CIHI, 2006). Parmi tous les indicateurs, nous retrouvons 5 indicateurs liés au domaine des soins infirmiers : 1) les effets indésirables reliés aux infirmières (unité de médecine) en lien avec les ulcères de pression, les chutes et les pneumonies (indicateur de résultat), 2) les effets indésirables reliés aux infirmières (unité de chirurgie) en lien avec les infections urinaires, les ulcères de pression, les chutes et les pneumonies (indicateur de résultat), 3) la proportion d'heures infirmières par patient (indicateur de structure), 4) la proportion d'heures de soins infirmiers prodigués par des infirmières diplômées par patient (indicateur de structure) et 5) la satisfaction des patients en regard des soins et services infirmiers reçus (CIHI, 2006). L'approche de l'Ontario comprend des indicateurs de soins infirmiers permettant de mesurer et d'évaluer les structures et les résultats. Par contre, aucun indicateur ne permet d'apprécier la performance des soins infirmiers au niveau des processus. Tel que

mentionné précédemment, ceci entraîne des mesures incomplètes de la performance des services infirmier.

Les travaux d'Aiken, Clark, Sloane, Sochalski et Silber (2002) ont permis de découvrir un lien entre le ratio infirmière/patient et la mortalité des patients. L'ajout d'un patient par infirmière entraînerait une augmentation de 7 % de la probabilité de décès dans les trente jours suivant l'admission et de 7 % d'échecs thérapeutiques (Aiken et al., 2002). Le même échantillon d'infirmières (n : 10 184) et de patients (n : 232 342) a également permis de tester la relation entre la qualification des infirmières et les résultats pour les patients. L'équipe de recherche a constaté que lorsqu'on augmente de 10 % la proportion d'infirmières possédant un diplôme de bachelière, cela entraîne une diminution de 5 % de la probabilité de décès dans les trente jours suivant l'admission et de 5 % des risques d'échecs thérapeutiques (Aiken, Clark, Cheung, Sloane, & Silber, 2003). Au Canada, une étude (n : 46 993 patients et 5980 infirmières) a réussi à démontrer que les hôpitaux possédant notamment un plus grand pourcentage d'infirmières diplômées, de bachelières et un meilleur ratio infirmière/patient affichent un taux de mortalité plus faible dans les trente jours suivants l'hospitalisation (Tourangeau et al., 2007). Le nombre d'années d'expérience plus élevé des infirmières aurait également un lien avec la diminution de ce taux de mortalité (Tourangeau, Giovanetti, Tu, & Wood, 2002). Des chercheurs ont également découvert dans une étude ayant été conduite auprès de 799 hôpitaux des États-Unis qu'un plus grand nombre d'heures de soins prodigués à des patients par des infirmières ayant obtenu leur diplôme universitaire est associé à un plus bas taux d'évènements indésirables (durée d'hospitalisation, diminution des taux d'infections des voies urinaires, de saignements gastro-intestinaux, de pneumonies, d'arrêts cardiaques et d'échecs thérapeutiques) (Needleman et al., 2002).

En dernier lieu, le modèle conceptuel de Cho (2001) examine la relation entre le personnel infirmier et les résultats de soins chez les patients. Ce modèle est axé sur les variables de structure en matière d'habiletés et de connaissances chez les infirmières qui influencent les résultats chez les patients (Cho, 2001).

Toutes ces études démontrent l'existence d'un lien entre les caractéristiques (structure) de la main-d'œuvre infirmière (nombre de patients par infirmière, les compétences, l'expérience et la formation des infirmières) et les résultats pour les patients. L'existence et la croissance de ce corpus de connaissances ont contribué à augmenter la compréhension de la performance des services infirmiers et l'impact des infirmières sur la qualité de soins prodigués aux patients (Kurtzman et al., 2007). L'existence de ces liens a permis de servir de base dans le développement d'indicateurs de performance de résultats dans le domaine des soins infirmiers. Par contre, ces recherches démontrent certaines lacunes qui seront expliquées dans les prochains paragraphes.

Les diverses études répertoriées font seulement le lien entre les caractéristiques des ressources infirmières (structure) et les résultats. Elles ne prennent pas en compte les processus, ce qui ne permet pas une mesure complète (Donabedian, 1988). Cette dimension n'étant pas considérée, nous ne pouvons nous assurer que les résultats soient seulement attribuables à la dimension de structure. Selon Donabedian (1988), il faut également évaluer la dimension de processus dans l'évaluation de la qualité des soins. Sans l'évaluation des processus de soins, il est impossible de déterminer finement la contribution des infirmières aux résultats. La dimension de résultats possède l'avantage de refléter les contributions des soins infirmiers sur la qualité des soins prodigués aux patients.

Approches incluant les dimensions de processus et de résultats

Deux études ayant été répertoriées dans la littérature tiennent compte des dimensions de processus et de résultats. Tout d'abord, l'étude de Mc Alpine (1997) se concentre sur l'impact de l'évaluation des patients faite par les infirmières cliniciennes spécialisées (processus) sur les résultats chez les patients. Selon Mc Alpine (1997), l'évaluation effectuée auprès des patients par l'infirmière clinicienne spécialisée peut varier en fonction de la variable structure, soit l'expérience et l'expertise de l'infirmière. Ces caractéristiques spécifiques (structure) à chaque infirmière influencent ses compétences en matière d'évaluation (processus), ce qui peut avoir un impact sur les résultats des patients. Cette recherche explore principalement la mesure de processus en lien avec les résultats (Mc Alpine, 1997). Quant à l'étude de Pearson et al. (2000) où les données ont été collectées dans 297 hôpitaux de 5 états des États-Unis, celle-ci examine également la relation entre les processus infirmiers et les résultats chez les patients. Cette étude considère que les processus infirmiers (fonction d'évaluation, d'identification de problèmes, de planification des soins et les interventions infirmières) sont directement reliés aux résultats de soins obtenus chez les patients (Pearson et al., 2000). Ces deux études démontrent que le processus de soins infirmiers influence les résultats chez les patients.

En résumé, selon Donabedian (1988), les mesures de structure, de processus et de résultat sont liées entre elles et pour obtenir une mesure complète et crédible, il faut prendre en compte les trois éléments de la triade. En d'autres mots, seulement une ou deux des trois mesures ne sont pas suffisantes afin d'évaluer la performance. La mesure de structure a souvent été vue comme étant trop étroite afin d'avoir un aperçu de la performance. En effet, plusieurs processus peuvent affecter la façon dont la structure influence les résultats. Ces raisons font en sorte que ce type de mesure (seulement une des trois mesures) est inadéquat afin de bien représenter la façon dont un système

performe (Kurtzman et al., 2007). La mesure de processus comprend également certaines lacunes. Comme celle de la structure, la relation entre les processus et les résultats doivent être validés (Kurtzman et al., 2007). La mesure des résultats nécessite une interprétation adéquate de ces derniers puisque plusieurs facteurs peuvent les influencer. Les mesures de résultats qui sont utilisées pour évaluer les soins infirmiers doivent être claires, documentées et liées aux processus de soins infirmiers (Kurtzman et al., 2007). Il est important de noter que les résultats de soins ne sont pas affectés seulement par les soins prodigués, mais aussi par des facteurs reliés au patient, aux aspects interpersonnels des soins, et par l'environnement dans lequel les soins sont prodigués (Irvine, Sidani, & Mc Gillis, 1998a).

2.3.3 Approches globales incluant les dimensions de structure, de processus et de résultats

Cette sous-section traitera de différentes approches tenant compte des trois dimensions (structure, processus, résultat) du modèle normatif du système d'action rationnelle de Donabedian. Il est intéressant de constater que le *Nursing role effectiveness model*, le *Quality health outcomes model* et le modèle d'Unruh et Wan sont trois modèles en soins infirmiers qui adaptent la triade de Donabedian au domaine des soins infirmiers. Le modèle de Donabedian est le plus répandu permettant d'évaluer la performance des organisations des services de santé (Champagne et al., 2005) d'où l'importance de discuter de ces trois modèles en soins infirmiers s'étant fortement inspirés de la triade. Il est important de noter que le modèle d'Unruh et Wan (2004) a été choisi à titre de cadre de référence pour cette étude.

Le Nursing Role Effectiveness Model

Le *Nursing role effectiveness model* reprend la triade de Donabedian (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002). Il a notamment permis de guider le développement de programme de recherches ayant pour but d'identifier et de mesurer des « *nursing sensitive outcomes* » et a été utilisé en tant que cadre de référence pour guider des activités d'amélioration de soins infirmiers dans un milieu de soins aigus (Irvine, Sidani & Mc Gillis, 1998 b). Ce modèle considère chacun des éléments de la triade (structure, processus et résultat) comme des dimensions de la performance et fait le lien entre les variables de structure, les variables de processus, soit le rôle des infirmières et les résultats obtenus au niveau des patients et du système (Irvine et al., 1998a) (voir figure 4 en annexe). Ces chercheurs considèrent la variable structure comme étant le profil des infirmières (niveau d'expérience, de connaissance et d'habileté), le profil des patients (âge, fonction physique au moment de l'admission, sévérité du problème et les comorbidités qui peuvent affecter la santé) et certaines caractéristiques de l'organisation (dotation, ratio infirmière/patient, composition des équipes de soins) qui influencent les processus et résultats. La variable processus consiste aux fonctions faisant partie du rôle des infirmières. Cette variable est divisée en trois catégories, soit le rôle indépendant, dépendant et interdépendant des infirmières. Le rôle indépendant consiste aux fonctions et responsabilités des infirmières qui ne requièrent pas d'ordonnance médicale (évaluation infirmière, prise de décision, interventions, etc.). En d'autres mots, les infirmières sont totalement responsables de ces fonctions et n'impliquent aucun autre professionnel. Quant au rôle dépendant, ce dernier requiert une ordonnance médicale afin de pouvoir exécuter une activité. Par exemple, l'administration de médicaments nécessite une ordonnance médicale. En dernier lieu, le rôle interdépendant consiste aux activités et fonctions dont les infirmières sont partiellement ou totalement dépendantes des fonctions d'un autre professionnel, soit la coordination des services de santé, le *monitorage* et la communication aux autres professionnels des changements survenant

chez un patient. Selon ce modèle, les résultats sont classés à l'intérieur de six thèmes majeurs : 1) complications suite aux soins infirmiers (infections, chutes, escarres de décubitus), 2) résultats cliniques (statut de santé et contrôle des symptômes), 3) connaissances du patient par rapport à sa maladie et ses traitements, 4) santé fonctionnelle (fonctionnement social, physique, mental, mobilité, continence, autosoins, etc.), 5) satisfaction des patients, et 6) coûts (Irvine et al., 1998a; Kurtzman et al., 2007).

Ce modèle est très complet puisqu'il prend en compte les trois variables (structure, processus et résultat) ainsi que les liens entre celles-ci. Ce modèle permet d'observer diverses relations entre les composantes, soit entre structure et processus, structure et résultats et processus et résultats (Irvine et al., 1998a). En effet, pour ce qui est du lien entre structure-processus, le modèle permet de regarder, par exemple, comment les caractéristiques (ex. niveau d'éducation) des infirmières influencent leurs interventions auprès des patients. Le lien entre structure-résultat permet de constater comment, par exemple, la composition des équipes influence la satisfaction des patients. Le lien entre processus-résultat permet d'observer comment les différents rôles des infirmières influencent les résultats de santé chez les patients. Ce modèle est intéressant en ce qu'il intègre le rôle interdépendant des infirmières avec les autres professionnels de la santé. Le *nursing role effectiveness model* aurait pu être un bon choix de cadre de référence pour cette étude. Par contre, puisque le but de l'étude concerne uniquement la performance des services infirmiers (ne tient pas compte des autres professionnels de la santé), l'aspect concernant le rôle interdépendant est non essentiel.

Le Quality Health Outcomes Model

Le *Quality Health Outcomes Model* est également basé sur la triade de Donabedian (Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998). Ce dernier a été conçu afin d'être utilisé à titre de modèle conceptuel pour les recherches effectuées dans le système de

santé. Le *Quality Health Outcomes Model* est également utilisé afin d'identifier les indicateurs de résultats de soins qui sont sensibles aux soins infirmiers. Le modèle est composé de quatre grandes catégories interreliées, soit le système des soins, le patient, les interventions et les résultats. La variable structure est représentée par le système de soins et la variable processus par les interventions ou le système.

Le *Quality Health Outcomes Model* est important pour le domaine des soins infirmiers puisqu'il contient les composantes essentielles des soins infirmiers caractérisés par les structures et les processus qui intègrent les aspects fonctionnels, sociaux, psychologiques et physiologiques de l'expérience de santé d'un patient (Mitchell & Lang, 2004). De plus, selon Mitchell et Lang (2004), ce modèle comprend le métaparadigme, c'est-à-dire les quatre concepts centraux des philosophies infirmières : la personne, l'environnement, la santé et les soins (voir figure 5 en annexe). Tout comme le *Nursing Role Effectiveness Model*, ce modèle est complet puisqu'il prend en compte les trois variables (structure, processus et résultat) ainsi que les liens entre celles-ci.

2.4 Cadre de référence

Comme plusieurs modèles de performance en soins infirmiers s'appuient essentiellement sur la triade de Donabedian (structure, processus, résultat), le cadre de référence choisi pour cette étude est une version améliorée de ce modèle proposé par Unruh et Wan (2004). Le modèle d'Unruh et Wan (2004) a été développé pour étudier la complexité de la qualité des soins dans les centres de soins longue durée. Selon Unruh et Wan (2004), la qualité de soins dans les centres de soins longue durée est multidimensionnelle, car elle comprend non seulement les aspects cliniques faisant allusion aux soins et services offerts par les médecins et les infirmières, mais également l'environnement et le support social des patients. Selon Wan, Breen, Zhang et Unruh

(2010), tous ces aspects de la qualité des soins sont interreliés (ex. les soins que les infirmières prodiguent aux patients sont influencés par l'environnement dans lequel celles-ci travaillent). Le modèle d'Unruh et Wan (2004) représente une adaptation très avisée du modèle de Donabedian qui offre la possibilité d'opérationnaliser ce dernier en tenant compte de la complexité de certains contextes de soins comme les soins de longue durée et les soins d'urgence. Le modèle d'Unruh et Wan (2004) est donc plus approprié que la triade de Donabedian afin de guider cette étude.

Ce modèle a été choisi à titre de cadre de référence puisqu'il comporte également plusieurs avantages comparativement aux autres modèles explorés. Le modèle d'Unruh et Wan (2004) a été élaboré strictement pour le domaine des soins infirmiers et permet d'intégrer les 3 dimensions : structure, processus et résultats. Il résulte d'une revue de la littérature qui a permis de recenser plusieurs modèles permettant de mesurer la qualité des soins (performance des soins et des services infirmiers) dans les établissements de soins longue durée. Ces modèles répertoriés comportaient certaines limites et ne permettaient pas de mesurer tous les aspects liés à la qualité des soins infirmiers (Unruh & Wan, 2004). Ces auteurs ont donc décidé d'intégrer tous les aspects de la qualité des soins infirmiers retrouvés dans la littérature à l'intérieur d'un seul cadre.

Le choix de ce modèle est un choix judicieux puisqu'il est également complet en ce qui concerne les dimensions et les liens entre celles-ci. Le modèle de Donabedian représente plutôt un modèle linéaire où la dimension de structure influence la dimension de processus qui à son tour influence la dimension de résultats. Quant au modèle d'Unruh et Wan (2004), ce dernier représente plutôt un processus simultané entre les trois dimensions (voir flèches bidirectionnelles dans la figure 6) (Atchley, 1991).

Ce modèle est également plus complet que les divers modèles permettant de mesurer la qualité des soins infirmiers énumérés précédemment avec deux dimensions additionnelles qui y sont intégrées; le contexte et les caractéristiques des patients.

Le cadre proposé par Unruh et Wan (2004), considère comme le modèle de Donabedian, trois principales dimensions : structure, processus et résultat (Donabedian, 1966, 1988). La mesure de structure réfère aux ressources organisationnelles et professionnelles disponibles (ressources financières, lieux physiques, équipements, ressources physiques et humaines - infirmières, médecin, etc.). Ce modèle classe les éléments de structure en deux catégories distinctes, mais interreliées, soit les facteurs organisationnels et la dotation en personnel infirmier. Les facteurs organisationnels comprennent notamment le nombre de lits, l'ensemble de profils de patients correspondant à divers programmes de soins, le statut d'agrément, etc. La dotation en personnel infirmier réfère à un ensemble d'indicateurs qui incluent le ratio infirmière/patient, le nombre d'heures de soins infirmiers par patient, la composition de l'équipe d'infirmières (nombre d'années d'expérience, niveau de scolarité, niveau de compétences), etc.

La mesure de processus comprend toutes les activités, soins et services dispensés par les professionnels pour les patients. Elle comprend également la communication et les interactions entre les différents acteurs et les patients. Plus précisément, pour les infirmières, les activités consistent à évaluer l'état de santé d'un usager, élaborer le plan thérapeutique infirmier, prodiguer des soins et traitements infirmiers et médicaux, planifier, dispenser et évaluer l'enseignement des usagers, etc. (MSSS, 2005).

La mesure de résultat réfère à l'état positif ou négatif du patient résultant du processus de soins (satisfaction par rapport aux soins et services reçus, statut

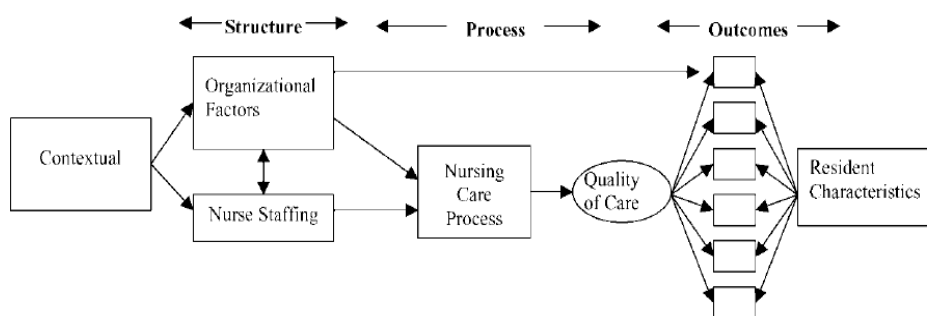
fonctionnel, santé mentale et sociale, présence ou absence de douleur, capacité du patient à gérer ses symptômes, etc.) (Unruh & Wan, 2004).

Ce modèle se distingue de la triade de Donabedian (1966) en ce qu'il intègre deux dimensions additionnelles; le contexte et les caractéristiques des patients. Le contexte réfère d'abord à l'environnement social, légal et politique. Les caractéristiques de la population générale (âge, genre, nationalité, etc.), l'état de santé de la population, la richesse de la population, le lieu de l'établissement (zone urbaine ou rurale), la présence ou l'absence de système d'assurance maladie, la réglementation et la présence ou l'absence de compétition entre les établissements sont des éléments faisant également partie du contexte. Les caractéristiques des patients réfèrent à l'âge, au genre, à la nationalité, la complexité et la sévérité de l'état de santé, niveau d'autonomie dans ses activités de la vie quotidienne, etc. Celles-ci influencent les résultats. Bien que ces deux dimensions fassent partie du cadre de référence d'Unruh et Wan (2004), elles ne seront pas prises en considération au cours de cette étude. Le contexte et les caractéristiques des patients ne seront pas documentés de manière systématique. Il s'agit toutefois de placer les discours des répondants dans le contexte d'un service d'urgence qui reçoit une clientèle de patients avec des caractéristiques diverses et des problèmes de santé variés.

Finalement, le modèle prend également en compte les relations possibles entre ces différentes dimensions. Ces relations sont représentées par des flèches unidirectionnelles ou bidirectionnelles dans la figure ci-dessous.

Figure 6

Le modèle conceptuel d'Unruh et Wan (2004)



Le modèle d'Unruh et Wan (2004) servira principalement à l'analyse de mes données. Les discours des différents acteurs organisationnels (membres de l'équipe d'encadrement et les infirmières) seront examinés en faisant référence aux éléments de structure, de processus et de résultats. En d'autres mots, les propos amassés lors de la collecte de données seront comparés aux dimensions du modèle d'Unruh et Wan (2004). Cette façon de faire permettra de voir dans quelle mesure les discours des acteurs sur la performance réfèrent à des dimensions structurelles, processuelles ou de résultats. De plus, le modèle présente des interrelations entre les dimensions. Nous tenterons de repérer des liens dans les discours des acteurs entre les dimensions structurelles, processuelles et de résultat.

Toutes les notions abordées dans la recension des écrits permettent de réaliser que la performance est en effet un concept très complexe. L'existence de plusieurs modèles porte à croire que dans une organisation, les différents personnels peuvent conceptualiser de différentes façons la performance (Donabedian, 1966). Selon Dussault

(2001), l'importance vitale des ressources humaines est nécessaire pour l'atteinte de niveaux de performance améliorés des services de santé, c'est pourquoi il est légitime de connaître les perceptions du personnel infirmier et des cadres face à la performance autant dans leur discours que dans leur pratique quotidienne. Par contre, ce sujet n'a jamais fait l'objet d'aucune étude formelle au Québec jusqu'à présent

Chapitre 3 : Méthodologie

3.1 Type d'étude

Cette recherche est de nature qualitative et se base sur un devis exploratoire. La recherche exploratoire a pour but de combler une lacune à propos d'un sujet dans les écrits (Van der Maren, 1996). De plus, ce type de recherche permet d'explorer comment un phénomène se manifeste ainsi que ses processus sous-jacents (Polit & Beck, 2008). En effet, ce choix découle du fait qu'aucune recherche connue explorant les conceptions de performance directement auprès des acteurs organisationnels impliqués dans la prestation de services infirmiers n'a été conduite jusqu'à présent. Ce type d'étude est approprié pour explorer en quoi consistent les conceptions de la performance véhiculées dans les discours des infirmières et des cadres/administrateurs et s'il existe des différences ou des similitudes au niveau des conceptions entre ces deux groupes.

3.2 Milieu et population cible

La présente étude s'est déroulée dans l'urgence d'un centre hospitalier universitaire urbain. Un tel milieu est approprié pour recueillir des données de qualité sur la performance puisque les acteurs organisationnels qui œuvrent dans ce domaine sont quotidiennement interpellés par cet enjeu (ICIS, 2007). En effet, le personnel œuvrant dans les urgences est constamment amené à travailler avec différents types de patients (santé mentale, néphrologie, périnatalité, soins intensifs, etc.) se présentant avec des problèmes de santé souvent critiques. De plus, dans ce milieu, le taux de roulement est considérable. Les médias québécois ne cessent également de nous exposer la situation de crise des urgences au Québec qui illustre la plupart du temps la sous-

performance des services de ce centre d'activités. Des indicateurs de performance (non-infirmiers) tels que le taux d'occupation moyen, le nombre d'inscriptions, le nombre de patients ayant séjourné plus de 48 heures à l'urgence ainsi que le nombre moyen d'ambulances servent à la mesure et l'évaluation de celle-ci dans ce milieu. Ces éléments permettent d'affirmer que ces acteurs organisationnels sont particulièrement bien placés pour se prononcer sur ce sujet.

3.3 Échantillonnage

La directrice des soins infirmiers (DSI) de l'établissement sélectionné a constitué pour l'étudiante chercheuse la principale personne-ressource du CHU pour toute la durée du projet de recherche. Une rencontre avec la DSI a eu lieu au mois de novembre 2008. La DSI a accepté de travailler en partenariat avec l'étudiante chercheuse pour faciliter la réalisation de la présente étude.

L'échantillon a été composé d'une part des infirmières et d'autre part des membres de l'équipe d'encadrement. Les acteurs se caractérisent par leurs valeurs, leurs croyances, leurs connaissances, leurs projets, leurs intentions, les ressources qu'ils ont ou qu'ils contrôlent et leurs dispositions à agir (Champagne et al., 2004). Le groupe des infirmières et le groupe composé des membres de l'équipe d'encadrement (urgentologue, AIC, ICU, DSI, DRH) n'ont pas les mêmes profils et se situent à des niveaux hiérarchiques différents dans l'organisation ce qui a augmenté la probabilité de collecter des données présentant des perspectives variées de la performance.

L'échantillonnage a été fait par choix raisonné dans les deux cas. Ce type d'échantillonnage a permis à l'étudiante chercheuse de choisir les participants en fonction des critères désirés (Polit & Beck, 2008). Le choix des participants a été fait en étroite concertation avec la directrice des soins infirmiers. Les acteurs organisationnels impliqués dans l'offre de services infirmiers qui ont été recrutés sont au nombre de huit,

soit trois infirmières provenant de l'urgence du centre hospitalier et ayant une expérience significative en lien avec la performance des services infirmiers, un urgentologue, l'assistante infirmière-chef de l'urgence (AIC), l'infirmière-chef de l'urgence (ICU), la directrice des soins infirmiers (DSI) ainsi qu'un membre de la direction des ressources humaines (DRH).

3.3.1 Sélection des infirmières

Tout d'abord, la sélection des infirmières a été faite par choix raisonné (Fortin, Côté & Filion, 2006). La directrice des soins infirmiers a proposé à l'étudiante chercheuse des infirmières qui répondaient aux critères de sélection et qui étaient, selon elle, bien placées pour discuter de la performance dans le domaine des soins infirmiers. Les critères d'inclusion que les infirmières devaient remplir sont les suivants : 1) être infirmière et posséder au moins trois ans d'expérience dans le milieu de l'urgence, 2) détenir une expérience significative en lien avec la performance ou la qualité des services infirmiers, 3) bien parler et comprendre le français et 4) être intéressée à participer à l'étude. Étant présentes sur l'unité depuis au moins trois années, elles ont acquis une expérience significative, ce qui fait en sorte qu'elles ont eu plus d'information à nous transmettre au sujet de la performance des services infirmiers à l'urgence. L'importance de bien parler et comprendre le français a également été un atout afin que les participantes puissent comprendre les questions et y répondre clairement.

Quinze infirmières ont été identifiées. L'étudiante chercheuse a communiqué par téléphone avec ces infirmières afin de les informer de la tenue de l'étude et de leur expliquer le déroulement de celle-ci (voir protocole téléphonique en annexe). Les trois premières infirmières à avoir accepté de participer ont été retenues. Le formulaire de consentement leur a été envoyé par courriel pour qu'elles puissent le lire attentivement

avant l'entrevue (voir annexe). L'étudiante chercheuse est restée disponible pour toutes questions. L'étudiante chercheuse a mentionné aux infirmières que leur participation était totalement volontaire.

3.3.2 Sélection des membres de l'équipe d'encadrement

Les membres de l'équipe d'encadrement qui ont été choisis sont un urgentologue, l'assistante infirmière-chef de l'urgence (AIC), l'infirmière-chef de l'urgence (ICU), la directrice des soins infirmiers (DSI) ainsi qu'un membre de la direction des ressources humaines (DRH). Ces membres ont été choisis pour plusieurs raisons. Tel que mentionné, il existe une différence significative entre les perceptions des membres d'une organisation selon les différents niveaux hiérarchiques, mais également selon les différents domaines d'activités (Cameron & Whetten, 1981). Ceci justifie le fait d'avoir choisi un urgentologue à titre de participant. Ce dernier provient du domaine médical. Le discours au sujet des conceptions de performance des services infirmiers a alors été vu sous un autre angle. De plus, le choix de l'urgentologue se justifie par l'existence d'importantes interactions entre ce type d'acteur et les infirmières en contexte d'urgence. Il a été bien placé afin de discuter de la performance des infirmières.

Le choix des infirmières gestionnaires (ICU, AIC et DSI) se justifie par le fait qu'elles jouent un rôle important dans la conception des mesures de la performance des services infirmiers, dans l'adoption de ces mesures et dans l'utilisation des résultats obtenus (Kurtzman & Jennings, 2008b). Ces membres de l'équipe d'encadrement sont certainement les plus près des infirmières.

Quant à la DRH, elle s'occupe du développement et de l'évaluation des politiques et des programmes en lien avec la gestion des ressources humaines (politique de dotation du personnel, de rémunération, programmes de développement du

personnel, etc.). L'implication de la direction des ressources humaines dans ces différents domaines porte à croire qu'elle pouvait avoir un discours informé sur la performance et enrichir la compréhension de la perspective des membres de l'équipe d'encadrement par rapport à ce sujet.

Les cinq premiers membres qui ont répondu aux critères d'inclusion et qui ont accepté de participer à l'étude ont été retenus. Les membres de l'équipe d'encadrement devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : 1) être urgentologue, assistante infirmière-chef de l'urgence (AIC), infirmière-chef de l'urgence (ICU), directrice des soins infirmiers (DSI) ou membre de la direction des ressources humaines, 2) posséder au moins un an d'expérience dans le poste actuellement occupé, 3) détenir une expérience significative en lien avec la performance ou la qualité des services infirmiers, 4) bien parler et comprendre le français, et 5) être intéressé à participer à l'étude. L'étudiante chercheuse a communiqué par téléphone avec les membres de l'équipe de direction sélectionnés afin de les informer de la tenue de la présente étude et leur expliquer l'étude (voir protocole téléphonique en annexe). Suivant le même protocole qu'avec les infirmières, le formulaire de consentement leur a été transmis par courriel afin qu'ils puissent le lire avant l'entrevue.

3.4 La collecte de données

La collecte de données s'est déroulée sur trois mois (janvier à mars 2010) et a consisté en trois procédures distinctes : des entrevues semi-dirigées, la tenue d'un journal de bord et le recueil des données sociodémographiques des informateurs clés.

3.4.1 Entrevues semi-dirigées

Les entrevues individuelles semi-dirigées de 45 à 60 minutes ont fourni l'essentiel de l'information utilisée dans cette étude. Un guide d'entretien a été construit

à l'aide des différents aspects de la performance recueillis dans la recension des écrits. Ce guide a été adapté aux membres de l'équipe d'encadrement et aux infirmières pour tenir compte des particularités de chacun des deux groupes ciblés. Ces guides reprenaient les mêmes thématiques, mais la formulation des questions a été ajustée à chaque groupe (les infirmières et les membres de l'équipe d'encadrement) (voir guides d'entrevue en annexe). Deux prétests ont été effectués : un pour le guide d'entretien destiné aux infirmières et un second pour le guide d'entretien destiné aux membres de l'équipe d'encadrement. Ces prétests ont été effectués auprès d'une infirmière et d'un gestionnaire provenant d'un autre centre hospitalier afin de ne pas contaminer le milieu choisi. Ces prétests ont eu pour but de valider si la formulation des questions comprises dans les guides d'entretien était adéquate. Ces prétests ont permis d'ajuster certaines questions quant à leur formulation.

Les entrevues se sont déroulées dans un local de l'urgence du centre hospitalier universitaire afin d'éviter aux participants de se déplacer à l'extérieur de leur environnement de travail. Les entrevues ont été conduites au moment qui leur convenait, essentiellement durant leur quart de travail. Elles ont été enregistrées afin qu'elles soient par la suite retranscrites à des fins d'analyse. Avant de débiter l'entrevue, plusieurs éléments ont été rappelés au participant : le but de l'entrevue, la durée de l'entrevue, les attentes envers le participant, la confidentialité de l'entrevue et l'enregistrement de cette dernière (Mayer & Ouellet, 1991). Le formulaire de consentement a également été signé et remis à l'étudiante chercheuse à ce moment.

Les entrevues ont été conduites de façon aléatoire. Il est important de noter qu'au fil des entrevues avec les membres de l'équipe d'encadrement, le guide d'entrevue s'est étoffé puisqu'une première lecture et analyse de chaque entrevue a été faite immédiatement après chacune d'elle. Le questionnaire d'entrevue des infirmières a également été bonifié au fur et à mesure que progressaient les entrevues.

Les entretiens ont par la suite été transcrits et codifiés par l'étudiante chercheuse. Une copie de la transcription des verbatims a été remise à chaque participant à des fins de validation. Aucun verbatim n'a été retiré ou modifié suite à la lecture des entrevues par les différents participants. Il est important de préciser que tous les documents (fichiers d'enregistrement, questionnaires sociodémographiques, journal de bord, etc.) ont soigneusement été identifiés (numéro, date, nom de l'interviewer) et entreposés dans un endroit sous clé à l'Université de Montréal afin de préserver la confidentialité.

3.4.2 Journal de bord

Des notes ont été prises dans un journal de bord sur les observations et impressions obtenues durant l'entrevue. Après chaque entretien, du temps a été réservé pour réfléchir, analyser les propos du participant, en approfondir la compréhension et noter les faits saillants dans le journal de bord.

3.4.3 Questionnaire sociodémographique

Au début de chaque entrevue, les participants ont rempli un questionnaire sociodémographique afin de connaître leur profil et de pouvoir mettre leurs discours en contexte, en fonction de leurs caractéristiques (voir questionnaire sociodémographique en annexe).

3.5 Analyse des données

Les données recueillies au moyen des entrevues ont été transcrites et traitées à l'aide d'une analyse de contenu (Polit & Beck, 2008). L'analyse de contenu consiste à analyser des documents narratifs, en suivant une démarche systématique en différentes

étapes, afin de repérer les grands thèmes et les configurations possibles existants entre ces thèmes.

Selon Van der Maren (1996), la première étape consiste à analyser le matériel recueilli afin d'en extraire les données (analyse de contenu). Selon Van der Maren (1996), il existe deux types de contenus : les contenus latents et les contenus manifestes. L'analyse des contenus latents a pour but « le dévoilement d'une détermination, d'une signification ou d'une structure cachée, non évidente, voire inconsciente ». Ce type d'analyse nous indique donc que les discours comprennent plusieurs niveaux de messages qui ne sont pas nécessairement apparents à la première lecture. Plusieurs lectures ont été nécessaires afin de faire ressortir ce contenu latent. Compte tenu du fait que cette étude possède comme toile de fond le cadre conceptuel d'Unruh et Wan (2004), une analyse interprétative a été nécessaire afin de faire ressortir les propos du discours faisant allusion aux trois dimensions (structure, processus et résultats). Pour ce faire, une première lecture flottante de chaque entrevue a été effectuée afin de repérer des passages qui pourraient faire partie de chaque dimension du modèle.

Ensuite, en ce qui concerne l'analyse des contenus manifestes, celle-ci présuppose que « les énoncés d'un discours sont des unités complètes sur lesquelles des opérations peuvent porter ». Ce type d'analyse a notamment pour but de condenser, de résumer ou de systématiser le contenu de la pensée des participants (Van der Maren, 1996). Celle-ci s'est effectuée en codifiant les sous-dimensions (conceptions des participants) qui faisaient partie de chaque dimension (structure, processus ou résultats) préalablement identifiée. Selon Fortin, Côté et Filion (2006), la codification consiste à attribuer une valeur (par exemple un chiffre, un mot, une lettre ou une couleur) à des données en vue de leur classement par catégorie. Dans le cadre de la présente étude, des conceptions pour chaque dimension (structure, processus et résultats) ont été identifiées et une couleur a été attribuée aux trois grandes dimensions afin de bien les identifier à travers le texte. Cette étape de la recherche a été effectuée à l'aide du logiciel QDA

Miner. Plusieurs lectures ont été faites et chaque phrase a été analysée une à une en insérant des codes pour chaque conception dans la marge de chaque entrevue. Des liens entre les conceptions ont également été identifiés.

Les regroupements de données ont été faits de façon séparée; les propos des infirmières ont été classés de façon individuelle dans les dimensions (structure, processus et résultats) et ceux de l'équipe d'encadrement ont été classés individuellement de la même façon. Le questionnaire sociodémographique a été utile lors de l'analyse afin de situer les propos en contexte en fonction des caractéristiques des participants. Quant au journal de bord, ce dernier comprenait des réflexions personnelles écrites lors des entrevues semi-dirigées et des résumés des rencontres. Ce dernier a permis de bonifier l'analyse.

La dernière étape consistait à la transformation des données afin de présenter les résultats (traitement des données). Cette étape a été utile afin de construire pour chaque groupe un modèle intégrant les principales conceptions de la performance répertoriées. À cette étape, une fois les principales conceptions identifiées, une analyse de leur prépondérance dans les discours a été également effectuée. Il s'agissait spécifiquement d'identifier la fréquence de l'occurrence de ces conceptions dans les discours. À l'aide du logiciel QDA Miner, pour chaque conception, il a été attribué un score de 3 « + » (largement discuté), 2 « + » (moyennement discuté) ou 1 « + » (peu discuté). En ce qui concerne les infirmières, neuf conceptions ont été répertoriées avec une fréquence variant entre 6 et 36. Le score « largement discuté » était attribué aux conceptions dont la fréquence variait de 23 à 36 (3 conceptions), le score « moyennement discuté » était attribué aux conceptions dont la fréquence variait de 11 à 13 (2 conceptions) et le score « peu discuté » était attribué aux conceptions dont la fréquence variait de 6 et 9 (4 conceptions).

La même procédure a été suivie pour les membres de l'équipe d'encadrement. Par contre, les intervalles de scores varient en fonction du groupe de participants. Ceci est dû au fait que le nombre de participants différait dans chacun des groupes (3 infirmières et 5 membres de l'équipe d'encadrement). Dix conceptions ont été répertoriées avec une fréquence variant entre 9 et 43. Le score « largement discuté » était attribué aux conceptions dont la fréquence variait de 35 à 43 (5 conceptions), le score « moyennement discuté » était attribué aux conceptions dont la fréquence variait de 25 à 29 (4 conceptions) et le score « peu discuté » a été attribué à la fréquence de 9 (1 conception). Les conceptions ayant été repérées que quelques fois (entre 1 et 5) et discuté par un ou deux participants n'ont pas été considérées pour l'analyse.

Nous avons pu observer non seulement quelles conceptions étaient privilégiées par chacun des groupes, mais aussi le poids différentiel accordé à ces conceptions en fonction de leur prépondérance dans le discours. Cette méthode a contribué à répondre à la troisième question de recherche. Le tableau ci-après présente un bref résumé des différentes étapes suivies dans l'opérationnalisation de la présente étude.

Tableau 3**Résumé des étapes de la méthodologie**

Étapes	Activités
1	Sélection des membres de l'équipe d'encadrement par l'étudiante chercheuse de concert avec la DSI
2	Sélection des infirmières par l'étudiante chercheuse de concert avec la DSI
3	Appel téléphonique ayant pour but d'expliquer l'étude et envoi du formulaire de consentement 2 semaines avant les entrevues
4	8 entrevues (remise du formulaire de consentement par les participants et du questionnaire sociodémographique)
5	Transcription des entrevues
6	Envoi d'une copie des entrevues à des fins de validation
7	Analyse simultanée des entrevues (analyse des entrevues effectuées au fur et à mesure afin de bonifier le guide d'entrevue)
8	Élaboration des résultats

3.6 Considérations éthiques

Avant de débiter toute recherche, il est important de se questionner sur les considérations éthiques. Bien que le sujet de cette étude ne porte aucun risque à l'intégrité des personnes interrogées, plusieurs considérations ont été prises en compte durant tout le déroulement du projet.

Tout d'abord, le projet de recherche a été soumis à deux comités d'éthique : le comité d'éthique de l'Université de Montréal et le comité d'éthique du centre

hospitalier. Dans le cadre de la présente étude, les avantages pour les participants ont été plus nombreux que les désavantages encourus par la collecte de données (Fortin, Côté, & Filion, 2006). La participation à cette entrevue leur a offert une occasion de réfléchir en toute confidentialité, à leur propre perception et compréhension de la performance des services infirmiers. La participation à cette entrevue leur a également offert la possibilité de contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des soins infirmiers. Le seul inconvénient relevé est qu'aucun montant d'argent ne leur a été remis afin de compenser les frais encourus par la participation à ce projet de recherche. Par contre, tel que mentionné, les entrevues se sont déroulées durant leur quart de travail. Les participants étaient donc rémunérés indirectement par leur organisation afin de participer à l'étude.

Les participants ont également été informés, lors de la rencontre téléphonique, par rapport aux aspects éthiques suivants : participation volontaire, droit de quitter l'étude à tout moment, ratio-bénéfices/préjudices, respect de l'intimité, de l'anonymat et de la confidentialité des données, etc. (Polit & Beck, 2008). Cette rencontre a également permis aux participants de poser leurs questions. L'étudiante chercheuse était disponible avant, pendant et après l'étude afin de répondre aux questions des participants. Le formulaire de consentement a été remis deux semaines avant l'entrevue par courriel aux deux groupes afin qu'ils puissent avoir un temps de réflexion adéquat et de pouvoir faire un choix libre et éclairé.

Les données recueillies ont été utilisées et sont conservées dans des conditions qui permettent de préserver leur confidentialité (Polit & Beck, 2008). Le nom des participants n'est apparu dans aucun document puisqu'un numéro a été attribué à chacun d'eux pour tout le déroulement de l'étude. Seulement l'étudiante chercheuse avait accès à la liste des codes. Les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés pendant sept ans et seront détruits par la suite.

3.7 Critères de qualité

Cette étude a été réalisée en tenant compte des critères de rigueur scientifique en recherche qualitative. Les quatre critères de Lincoln et Guba (1985) soit la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la validation ont été pris en considération.

3.7.1 Crédibilité

Ce concept réfère à l'exactitude de la description du phénomène par les participants. La réalité du participant a été bien représentée et interprétée (Lincoln & Guba, 1985). Dans cette étude, la crédibilité a été assurée, d'une part, par la validation de la transcription des entrevues par les participants, et d'autre part, par l'utilisation de diverses techniques pour la collecte soit les entrevues semi-dirigées, la tenue d'un journal de bord et le questionnaire sociodémographique.

3.7.2 Transférabilité

Le concept de transférabilité réfère à la généralisation des résultats à des contextes similaires (Lincoln & Guba, 1985). La description du contexte de l'urgence lors des entrevues avec les différents participants a permis de placer les propos des participants dans leur contexte et de déterminer si les résultats de l'étude seront transférables à d'autres contextes.

3.7.3 Fiabilité

Le critère de fiabilité vise à s'assurer qu'un chercheur se situant dans les mêmes circonstances ferait les mêmes observations (Lincoln & Guba, 1985). En d'autres mots, l'étudiante chercheuse s'est assurée de rendre fidèlement compte de la démarche suivie dans le processus de recherche. Cette étude répond bien à ce critère puisqu'elle a été

suivie de près par un autre chercheur (directeur de recherche). Ce dernier a eu accès en tout temps au contenu des entrevues et aux analyses. Le journal de bord a également permis de rendre compte de l'évolution des réflexions et des ajustements effectués en cours de route.

3.7.4 Validation

Le critère de validation réfère à l'objectivité des données. L'objectivité des données concerne la transparence de ceux-ci (Lincoln & Guba, 1985). Ce critère a été rempli lors de la validation des verbatims par les participants. Les données ont été accessibles en tout temps au directeur de recherche à des fins de consultation. Le directeur de recherche a consulté activement les données lors de l'élaboration des résultats et de l'analyse de ceux-ci.

Chapitre 4 : Présentation des résultats

Ce chapitre dans lequel sont exposés les résultats de l'étude est organisé en cinq sections. La première section dresse un portrait des participants à l'étude. La deuxième section met en lumière quelques éléments qui caractérisent l'environnement organisationnel dans lequel s'inscrit l'étude. Les troisième et quatrième sections de ce chapitre feront état des résultats obtenus respectivement de la part des membres de l'équipe d'encadrement et des infirmières qui ont été interrogés. La dernière section de ce chapitre mettra en lumière les différences et similitudes entre les conceptions des membres de l'équipe d'encadrement et celles des infirmières.

4.1 Portrait des participants à l'étude

Deux groupes de participants ayant une expérience significative en lien avec la performance des services infirmiers ont été interrogés durant cette étude, à savoir cinq membres de l'équipe d'encadrement et trois infirmières œuvrant à l'urgence. Leurs caractéristiques sociodémographiques et professionnelles sont résumées dans le tableau 4 et le tableau 5 ci-après.

4.1.1 Les caractéristiques des membres de l'équipe d'encadrement

Le premier membre de l'équipe d'encadrement interrogé possède une expérience de travail de 28 ans tant dans les domaines cliniques que de la gestion. Entre autres attributions, ce membre de l'équipe d'encadrement faisant partie de la direction des soins infirmiers a notamment comme mandat d'évaluer les services offerts aux clients ainsi que la sécurité et la qualité des soins prodigués à la clientèle, de s'assurer de la prestation adéquate des soins infirmiers, de gérer les ressources humaines, matérielles et financières et d'élaborer des règles de soins infirmiers.

Le deuxième membre de l'équipe d'encadrement interrogé provient de la direction des ressources humaines. Ayant une formation universitaire de base en sciences infirmières, cette personne a travaillé dans le domaine des soins infirmiers durant 18 ans. Elle travaille étroitement avec la direction des soins infirmiers en ce qui concerne l'évaluation de la performance des infirmières.

Le troisième membre de l'équipe d'encadrement est une assistante infirmière-chef. Cette dernière est considérée comme étant l'intermédiaire entre le personnel infirmier et l'infirmière-chef du département. Elle apporte du soutien aux infirmières de l'urgence et est chargée de coordonner et superviser le département. Elle est également impliquée dans la prestation et l'évaluation des soins infirmiers. Lorsque des situations complexes se présentent, l'assistante infirmière-chef d'unité exerce les fonctions habituelles d'une infirmière.

L'infirmière-chef d'unité est le quatrième membre de l'équipe d'encadrement à être rencontrée. Celle-ci a exclusivement travaillé dans le domaine de l'urgence. L'infirmière-chef d'unité fait le lien entre la DSI et le personnel infirmier de l'urgence. Elle s'occupe notamment de coordonner et de superviser les activités de l'urgence et fait la gestion des ressources financières. Son rôle consiste aussi à évaluer les soins infirmiers et à déceler des besoins en ce qui concerne la formation des infirmières de l'urgence. Bien que l'infirmière-chef d'unité travaille principalement à partir de son bureau, celle-ci est parfois appelée à exercer les fonctions d'infirmière soignante lorsque le personnel infirmier est surchargé.

L'urgentologue a été le dernier membre de l'équipe d'encadrement à être interrogé. Il a fait partie de plusieurs comités d'amélioration de la qualité des soins où des infirmières étaient impliquées. Son expérience de travail avec des infirmières lui

permet de poser un jugement sur des questions relatives à la performance des services infirmiers.

Tableau 4

Caractéristiques sociodémographiques des membres de l'équipe d'encadrement

Participants	Membres de l'équipe d'encadrement				
Abréviations	MÉE 1	MÉE 2	MÉE 3	MÉE 4	MÉE 5
Possède formation d'inf.	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Nbr d'années d'expérience en tant qu'inf.	28	20	25	0	29
Nbr d'années d'expérience à l'urgence	0	20	20	24	0
Nbr d'années occupant ce poste	1 1/2	10	10	24	12
Quart de travail	Jour	Jour	Jour	3 quarts	Jour

4.1.2 Les caractéristiques des infirmières

La première infirmière interrogée possède une formation collégiale en soins infirmiers. Elle occupe un poste d'infirmière soignante pendant le quart de jour au sein de l'urgence. Par contre, elle travaille de temps à autre en tant qu'assistante infirmière-chef. Cette dernière a également de l'expérience au niveau de la santé et de la sécurité au travail.

La deuxième infirmière interrogée possède aussi une formation de niveau collégial dans le domaine des soins infirmiers. Elle a déjà travaillé à titre d'assistante infirmière-chef. Elle occupe présentement un poste d'infirmière soignante au sein de l'urgence. Elle œuvre pendant le quart de jour. Cette infirmière est très impliquée au sein du département et fait partie du comité d'amélioration continue des soins et du comité d'amélioration de l'urgence.

La dernière participante interrogée est une infirmière technicienne. Cette infirmière complète présentement son baccalauréat en sciences infirmières et est donc sur le point d'obtenir son titre d'infirmière clinicienne. Elle est infirmière soignante depuis 20 ans et elle possède également un poste de monitrice désignée depuis 5 ans. Elle combine ces deux rôles au sein de l'urgence. Elle a déjà fait partie de plusieurs comités dont le comité de pratique clinique, le CII et le comité des monitrices désignées. En tant que monitrice désignée, elle participe aux évaluations post orientation des infirmières nouvellement engagées.

Tableau 5

Caractéristiques sociodémographiques des infirmières

Participants	Infirmières		
Abréviations	Inf. 1	Inf. 2	Inf. 3
Nbr d'années d'expérience en tant qu'inf.	14	25	20
Nbr d'années d'expérience à l'urgence	29	20	10
Nbr d'années occupant ce poste	14	25	20
Quart de travail	Jour	Jour	Jour

4.2 Éléments contextuels

Les éléments contextuels concernant l'organisation et l'urgence sont traités dans cette section afin de situer les propos des participants dans leur contexte. Ces éléments contextuels apportent une toile de fond aux diverses données recueillies lors des entrevues.

4.2.1 La structure organisationnelle de la gestion de la performance au sein de l'établissement

Il existe au sein de l'hôpital un comité de la gestion de l'information et de la qualité-performance. Ce comité a principalement comme mission de répondre aux besoins de l'organisation en ce qui concerne l'évaluation de la qualité, de la sécurité et de la performance. Cette direction collecte et analyse des informations cliniques telles, par exemple, des durées de séjour et des données sur les incidents et les accidents. Elle est également responsable de la gestion des risques et de l'accréditation qui a lieu tous les trois ans. Au moment des entrevues, le comité était peu fonctionnel. Les membres qui le composent ne s'étaient pas réunis depuis plusieurs mois afin de se concentrer sur d'autres priorités. Selon le MÉE 5, l'hôpital aurait de la difficulté à faire en sorte que cette direction soit permanente.

Mis à part ce comité, la DSI détient un mandat qui touche aussi la gestion de la performance. Cette direction évalue les activités cliniques, les services offerts aux clients ainsi que la qualité et la sécurité des soins prodigués par les services infirmiers. Elle s'assure également d'offrir les soins infirmiers dans le centre hospitalier et elle fait la gestion des ressources humaines, matérielles et financières des soins et des services infirmiers.

En dernier lieu, il est important de noter que la direction des ressources financières possède également un mandat lié à la performance. Celle-ci se préoccupe de l'évaluation de la performance des activités de l'établissement en matière de finance.

4.2.2 L'urgence : un milieu distinct au sein de l'établissement

Tous les participants interrogés ont discuté de l'urgence comme étant un milieu distinct des autres unités de l'hôpital. Ils ont notamment mentionné que l'urgence est la porte d'entrée de l'hôpital et que le personnel se doit d'offrir des soins de haut niveau de performance à tous les niveaux. Ils caractérisent l'urgence comme étant un milieu très instable, imprévisible et sur spécialisé.

« Ici il faut prévoir l'imprévu. Ici, c'est toujours l'instabilité. Ici, c'est toujours une petite bombe à retardement. On ne sait jamais si le patient peut coder ici, parce que ce sont des patients généralement qui viennent ici à l'urgence, ils sont instables. Moindrement qu'on les stabilise, ils peuvent monter à l'étage sinon on les envoie aux soins intensifs. Alors ici, ben il faut que tu sois vigilant. Toujours la vigilance, parce qu'ici, l'urgence c'est la porte d'entrée, comme on dit, il faut que tu prévoies, l'imprévu. Ça, c'est comme un mot clé là pour l'urgence. Tu prévois l'imprévu. Parce qu'on ne sait jamais ce qu'il peut arriver. (Inf.1) »

« Et puis tu as toutes les variables d'imprévisibilité, quand on dit performance, qui va te dire « est-ce que je vais être capable de bien faire ma journée, de remplir c'te mission-là dans la turbulence quotidienne? (MÉE 5) »

« L'urgence c'est une porte ouverte constante. Alors, je peux commencer ma journée où j'ai tout mon monde et ça va bien pis je peux finir ma journée où c'est l'enfer parce qu'on y arrive plus. (MÉE 1) »

« Pis c'est sur que nous on est un peu obsédé par qu'est-ce qu'on peut faire pour que l'épisode de soins se termine maintenant ou vite. (MÉE 4) »

Selon les participants interrogés, la pression pour la performance est plus forte à l'urgence que dans les autres unités de soins. Les infirmières qui œuvrent dans ce milieu sont constamment interpellées par le souci d'offrir des soins de haut niveau de performance dans le but de répondre aux besoins multiples et complexes de la clientèle, et ce, dans des délais minimaux puisque les situations sont souvent critiques. Le taux de roulement de patients est plus important que dans les autres unités de soins. Les patients ne restent, la plupart du temps, que quelques heures entre les murs de l'urgence pour

ensuite être redirigés ailleurs dans l'établissement, dans un autre centre ou bien vers leur domicile. Les médias ne cessent de faire écho à la situation critique des urgences. Celles-ci accueillent souvent un nombre démesuré de patients qui surpassent largement leur capacité. Il n'est pas rare d'entendre que les urgences « débordent » de patients au Québec. Le personnel de l'urgence est ainsi soumis à une pression constante ; celle d'offrir des services de haut niveau de performance quotidiennement, tant pour répondre aux besoins des patients qui passent par l'urgence que pour assurer un désengorgement de cette dernière.

Cette pression a certainement des répercussions sur le personnel infirmier. Tous les participants ont mentionné que les infirmières de l'urgence possèdent des particularités distinctes des autres unités. Cette différence est possiblement attribuable au fait que les infirmières doivent offrir des services répondant à de hauts standards de pratique alors qu'elles sont constamment sous pression. Tout d'abord, celles-ci sont appelées à être beaucoup plus autonomes en ce qui concerne la gestion des dossiers des patients comparativement aux autres unités de soins. Elles doivent connaître en profondeur tous leurs dossiers puisqu'elles sont considérées comme étant le « pivot » de ces dossiers. C'est l'infirmière de l'urgence qui dirige le patient vers les multiples examens diagnostics et consultations demandés par les divers professionnels de la santé. Les infirmières de l'urgence doivent intervenir rapidement, car le milieu est instable et constamment en changement. Cette nécessité d'être rapide découle notamment du fait qu'il y a un taux de roulement de patients qui est élevé comparativement aux unités de soins situées sur les étages. De plus, les patients qui utilisent les services de l'urgence présentent souvent des conditions instables qui doivent être soignées dans un court délai.

« C'est sûr que l'infirmière à l'urgence est autonome. Je trouve que le travail d'une infirmière à l'urgence, pour avoir travaillé ailleurs, c'est complètement différent et la vision est différente. Tu fais affaire beaucoup aux familles, c'est beaucoup de situations de crise, ça, c'est impressionnant, c'est ça qu'on gère. Pis les filles qui travaillent ici, c'est des filles qui aiment travailler sur l'adrénaline. Contrairement à l'étage. L'étage

c'est que souvent c'est des patients qui sont en attente de chirurgie ou ils ont telle maladie. Pis c'est par spécialité, les gens ont des compétences en fonction de la spécialité. Mais ici, les filles sont vraiment compétentes dans tous les domaines... (MÉE 3) »

« Il y a beaucoup de choses qui sont entreprises à l'urgence sans prescriptions médicales, parce qu'il y a des ordonnances qui nous permettent de le faire. (MÉE 3) »

« À l'urgence c'est du tout ou rien. C'est vraiment le désordre dans l'ordre. Tu mets de l'ordre toujours dans le désordre. Pis il faut que tu sois capable de t'adapter à toutes les situations. Il faut quand même que tu aies un certain profil pour travailler ici parce que ça demande beaucoup là. Il faut que tu sois capable de t'adapter, de t'ajuster. Pis de rétablir tes priorités. Parce que tu es toujours en train de rétablir tes priorités. (MÉE 3) »

4.3 La performance des services infirmiers telle que vue par les membres de l'équipe d'encadrement

La première question de recherche était la suivante : quelles sont les conceptions de performance véhiculées dans les discours des membres de l'équipe d'encadrement impliqués dans la prestation de services infirmiers au sein d'une urgence d'un centre hospitalier urbain? Les données collectées pour répondre à cette question de recherche proviennent des cinq membres de l'équipe d'encadrement qui ont été interrogés (MÉE 1, MÉE 2, MÉE 3, MÉE 4, MÉE 5). Au premier chef, ce qui ressort clairement de l'ensemble des entrevues c'est le fait que les membres de l'équipe d'encadrement considèrent que la performance des services infirmiers est un enjeu important qui doit être au cœur des activités de l'organisation et intégré à la culture organisationnelle. Cette importance accordée à la gestion de la performance au sein de l'établissement trouve largement écho dans les discours.

« C'est une préoccupation que tout le monde a, à vouloir augmenter la performance. (MÉE 3) »

« Je trouve ça intéressant de voir que les infirmières se sentent impliquées là-dedans (gestion de la performance). Autant que la gestionnaire... (MÉE 3) »

« Mais bon, je pense que c'est un passage obligé. Je pense qu'on n'a pas le choix si on veut s'améliorer de mesurer des choses, il faut juste faire parler les chiffres (MÉE 2) »

Cependant, en dépit de cette importance accordée à la gestion de la performance, les informateurs clés soulignent des déficiences quant à son intégration réelle dans la culture organisationnelle et la mise en œuvre des outils pour la mesurer.

« Je pense qu'on a un bon début, mais probablement malheureusement comme tout le reste, ce n'est pas assez intégré. Tsé, je n'ai rien qui me fait quelque chose d'intégré où je dis une fois, deux fois, trois fois, on peut se faire une évaluation continue. (MÉE 1) »

« Mais ce n'est pas dans la culture pantoute! Pantoute. Ce n'est pas là. Ça l'est en finance en crise, ça l'est en ressources humaines en crise, mais être en proaction avec ça, non. (MÉE 5) »

« On a un discours de qualité pure, mais pas associée à de la performance. (MÉE 5) »

« Les outils qui sont utilisés, pour mesurer la performance, c'est instable, ça n'a jamais été soutenu. (MÉE 3) »

Ils indiquent aussi que la pénurie d'infirmières au sein du réseau de la santé pourrait constituer une barrière à la gestion de la performance.

« Si je le prends en général tout le monde va dire ben regarde, j'ai fait tout ce que j'avais comme job là, j'ai fait les techniques pis j'ai fait ce que j'avais à faire. Mais si on le prend par individu en leur posant deux trois questions parce qu'elles sont toutes devenues infirmières, elles ne sont pas devenues infirmières pour ne pas prendre soin des gens. C'est que des fois le contexte (ici elle parle de pénurie d'infirmières), la difficulté fait en sorte qu'elles se font une barrière un petit peu là-dessus là. Parce qu'elles prennent moins de temps avec les gens pis elles se font une barrière pour se juger satisfaite de ce qu'elles font. (MÉE 1) »

Au-delà de l'intérêt pour la performance, les discours laissent entrevoir que ce concept n'est pas compris de manière monolithique, mais donnent lieu à diverses interprétations. En fait, les données suggèrent dix acceptions de la performance des services infirmiers. Certains participants ont donné une définition un peu plus générale de ce qu'est la performance. Le caractère multidimensionnel de ce concept est mentionné à quelques reprises par quatre des cinq membres de l'équipe d'encadrement.

Ceux-ci ont également témoigné de la complexité de la mesure de la performance. Le MÉE 1, le MÉE 2 et le MÉE 5 ont mentionné qu'ils ne pouvaient pas mesurer la performance à l'aide d'un seul outil, mais auraient plutôt besoin de plusieurs outils afin d'obtenir une mesure complète de la performance des services infirmiers.

« La performance, ça peut vouloir dire bien des choses à la limite. C'est un concept trop complexe et complet. (MÉE 1) »

« C'est comme si je ne vois pas moi, en tout cas dans la façon comment je définis ça, je n'en vois pas un outil. C'est quelques-uns que je devrais mettre ensemble. Parce que c'est un concept trop complexe et complet pour dire que j'évalue juste d'un côté et que ça va me dire qu'on est OK. (MÉE 1) »

Il est important de noter que les conceptions identifiées font allusion à la performance collective. Tous les membres de l'équipe d'encadrement sauf le MÉE 5 ont évoqué le terme « performance d'équipe » afin d'illustrer la performance dans le domaine des soins infirmiers. Ils mentionnent que dans ce domaine, les infirmières n'ont pas d'autre choix que de travailler ensemble et avec les autres professionnels de la santé dans la même direction pour le patient s'ils veulent obtenir un niveau optimal de performance des services infirmiers. Si les infirmières (possédant chacune leur propre performance) travaillent en silo et ne collaborent pas, il y aura un niveau de performance, mais ce niveau ne sera jamais optimal. Ce niveau de performance optimal ne sera atteint que si les infirmières travaillent en équipe. En d'autres mots, le tout est plus grand que la somme de ses parties. Les membres de l'équipe d'encadrement mentionnent que cette notion de travail d'équipe est davantage prononcée dans le milieu de l'urgence que dans les autres unités du centre hospitalier.

« Sans travail d'équipe, sans collaboration, on n'a pas le reste. Moi je pense que je vois ça comme ça, c'est sûr que si les gens travaillent ensemble pis si les gens ont du fun à travailler ensemble ben ça va mieux aller pour le reste. Tout le monde collabore. Il faut embarquer les gens, si on est tout seul à faire toute, ça ne marche pas pis on ne peut pas être non plus dans l'inverse, on ne peut pas être le seul tributaire du succès, tu comprends? (MÉE 2) »

« Si on veut être performant comme équipe, j'ai besoin d'avoir les ressources qui sont nécessaires, parce que je ne peux pas demander, j'ai besoin de dix personnes pour prendre soin du nombre de personnes que j'ai là, ben si j'ai six là pour en prendre soin je ne pourrai pas avoir le même niveau de performance. (MÉE 1) »

Cette performance vue en termes d'équipe n'exclut pas la performance individuelle. Deux des cinq informateurs clés ont fait référence à la performance individuelle où chaque membre d'une équipe doit performer afin d'obtenir cette performance d'équipe. Les membres de l'équipe d'encadrement mentionnent que si un maillon ne performe pas, toute la performance de l'équipe en est affectée.

« On sait que si un soir, j'ai un médecin plus fragile qui perd un peu le contrôle là comme ça, qui n'a pas de priorités, ben ça se reflète sur tout le monde parce qu'on travaille ensemble là. Pis un médecin d'urgence qui est comme ça qui n'a pas de priorités, qui fait un peu n'importe quoi, ben ça va être pareil. Toute l'urgence là, la machine au complet, l'équipe devient moins performante, parce qu'il y a une de ses roues qui est en train de perdre sa tête un peu là. (MÉE 4) »

« Je peux avoir la pratique d'une infirmière, comment elle est performante avec ses patients, comment elle en prend soin et tout ça, ça, c'est une chose pis je peux le regarder. Mais moi, quand je le regarde avec mon œil, ce qui m'importe, c'est l'ensemble. Et si l'ensemble ne performe pas, pis tsé on dit toujours ça péjorativement, mais si l'ensemble ne performance pas, ça peut être parce qu'il y a certains individus qui ne sont pas de même niveau alors il faut que je les aide à augmenter leur niveau ou carrément les mettre ailleurs. (MÉE 1) »

4.3.1 Les dix conceptions de la performance des membres de l'équipe d'encadrement

Les sections ci-après font état des dix conceptions majeures qui ont été relevées à travers les verbatims de ces participants. Cette multitude de conceptions ne fait que renforcer le caractère complexe de la performance tel que précisé par ces derniers. Différents liens entre ces conceptions ont été relevés. Ces liens seront présentés dans la section suivante. Une autre section présentera également les indicateurs organisationnels influençant la performance des services infirmiers, selon les membres de l'équipe

d'encadrement. Cette section se conclura par un résumé des données obtenues de la part de ces informateurs clés.

La performance vue en termes de qualité des soins et des services infirmiers

La conception de la performance ayant été le plus souvent mise de l'avant par les membres de l'équipe d'encadrement réfère à la qualité des soins et des services infirmiers. Ceux-ci mentionnent dans les discours qu'une intervention infirmière de qualité est considérée comme étant de la performance dans ce domaine. Ils définissent la qualité des soins et des services infirmiers comme étant notamment l'action de donner des soins sécuritaires et répondant aux plus hauts standards de pratique. Lorsque l'évaluation du patient est effectuée de façon appropriée et rapide, que l'infirmière a apporté un soutien adéquat, qu'elle a répondu aux besoins précis du patient et que ce dernier est finalement satisfait, l'infirmière atteint donc un niveau de performance puisqu'elle offre des soins de qualité à son patient.

« Je peux avoir la pratique d'une infirmière, comment elle est performante avec ses patients, comment elle en prend soin et tout ça, ça, c'est une chose pis je peux le regarder. (MÉE 1) »

« Ma... priorité principale, c'est sûr que c'est la qualité des soins aux patients, c'est le patient, ça, c'est sûr. Euh qu'il faut donner le meilleur des soins aux patients pis ma deuxième priorité c'est en respectant tout... tout le reste autant qu'on peut. Mais bon je veux dire la première priorité c'est donner les soins sécuritaires aux patients c'est sûr et de qualité. (MÉE 2) »

Afin de mesurer la performance en termes de qualité de l'intervention, les membres de l'équipe d'encadrement (MÉE 1, MÉE 2, MÉE 3) ont relevé quelques outils. Tout d'abord, deux fois par année, ils relèvent une centaine de dossiers et ils évaluent la qualité du triage (priorité attribuée en fonction de la raison de consultation, la collecte de données, durée, etc.) en les comparant notamment au guide de gestion des urgences, aux normes de l'OIIQ et de la pratique infirmière à l'urgence.

« Chaque année on va évaluer deux fois par année la qualité du triage qui est faite. La qualité du triage c'est d'être capable de le faire rapidement, mais d'évaluer comme il faut la situation et c'est une forme de performance parce que le patient qui entre à l'urgence il a comme intérêt à recevoir les soins (MÉE 1) »

De plus, il y a également au sein du département des évaluations de qualité de toutes sortes qui ont été relevées par le MÉE 1, le MÉE 2 et le MÉE 3. Par exemple, il y a des évaluations à propos de préparations d'insuline et d'héparine effectuées par les infirmières. L'évaluation se fait à partir de critères prédéfinis (ex. double-vérification de la médication, consultation de la prescription au dossier, etc.). Il y a aussi des évaluations de la qualité au niveau des soins continus, de la rédaction des PTI, des notes au dossier, etc.

La performance vue en termes de rapidité de détection des manifestations cliniques et d'exécution de l'infirmière dans l'exercice de ses rôles

Le deuxième aspect qui a été discuté par les cinq membres de l'équipe d'encadrement et qui fait partie de leur conception de la performance est le concept de rapidité d'exécution du personnel infirmier dans l'exercice de ses rôles. Cette rapidité du personnel infirmier est associée plus spécifiquement à deux aspects du rôle de l'infirmière : la surveillance et l'exécution technique des interventions. D'une part, les membres de l'équipe décrivent la rapidité de l'infirmière à travers leur rôle de surveillance. Une infirmière offre des soins de haut niveau de performance lorsqu'elle joue son rôle de surveillance (évaluation, application de leur jugement clinique, etc.) et détecte précocement des manifestations cliniques indésirables ou non chez un patient. D'autre part, la performance touche aussi la rapidité de l'infirmière dans l'exécution technique des interventions (techniques de soins, triage, etc.). La surveillance et l'exécution technique des interventions sont toujours perçues dans l'optique de répondre aux besoins du patient le plus rapidement possible. De cette façon, le patient n'aura pas à subir d'effets indésirables puisque ses besoins seront comblés rapidement. De plus,

cette exécution plus rapide est considérée comme un moyen d'assurer la prise en charge d'un plus grand nombre de patients dans de meilleurs délais.

« Une infirmière d'urgence qui va regarder sa performance ben va dire oui, le fait d'être capable de déceler rapidement des choses, d'être capable de faire des liens, mais aussi d'être capable de rassurer les gens dans un contexte très rapide. (MÉE 1) »

« Bien c'est sûr que la performance au niveau infirmière c'est dans le fond de faire les traitements aux patients dans les bons délais pour que justement le patient on ait les résultats le plus rapidement possible et qu'il ait son congé le plus rapidement... bien qu'il ait une décision finalement le plus rapidement possible pour le patient. (MÉE 2) »

« Je crois qu'il y a beaucoup de patients qui pourraient être réévalués plus rapidement médicalement parlant et qui pourraient faire en sorte qu'il y en aurait moins sur civière. (MÉE 2) »

Afin de mesurer cette rapidité, les membres de l'équipe d'encadrement ont relevé deux principaux outils actuellement utilisés. D'une part, il existe un outil de mesure du temps de triage (ÉTG) et d'autre part, la mesure du « door to balloun » en situation d'urgence. Le premier outil mesure la durée totale du triage (à partir du moment où le patient entre dans la salle de triage jusqu'à sa sortie). Celui-ci permet de mesurer la rapidité d'évaluation de l'infirmière. Le MÉE 2, le MÉE 3 et le MÉE 4 ont discuté du « door to balloun » comme étant une mesure de performance en termes de délais de prise en charge d'un patient présentant un infarctus du myocarde. Cet outil mesure le temps entre la prise en charge d'un patient en infarctus du myocarde et le moment où la revascularisation de ce dernier s'effectue. Cet outil mesure une fois de plus la rapidité d'exécution du personnel infirmier.

La performance vue en termes de soins centrés sur les besoins des patients

La troisième conception ayant été la plus discutée par les membres de l'équipe d'encadrement est la réponse aux besoins des patients. Une infirmière offre des soins et services de haut niveau de performance lorsqu'elle est en mesure de répondre aux besoins des patients. La réponse aux besoins des patients se traduit, selon les membres de l'équipe d'encadrement, par les soins et services qui sont conçus et mis en œuvre de

façon à répondre de manière spécifique aux besoins, aux attentes et aux préférences du patient.

« Le mot performance c'est d'être capable de répondre à la clientèle, selon les attentes et les besoins du moment. (MÉE 3) »

« Il y a un certain nombre d'infirmières qui vont être satisfaites quand elles ont l'impression d'avoir répondu à tous les besoins au-delà de ce qu'elles avaient à faire là, mais d'avoir été capable de voir que la famille qui est avec ce patient là qui arrive à l'urgence est très très très énervée pis qui ont été capable d'en prendre soin c'est-à-dire de aussi de s'en occuper, là je crois qu'elles vont considérer qu'elles sont ultras performante. (MÉE 1) »

Cette capacité de bien répondre aux besoins des patients peut être entravée par le nombre de patients qui se présentent à l'urgence ou bien le manque de personnel infirmier. D'une part, si le nombre de patients qui se présentent à l'urgence dépasse la capacité d'accueil de cette dernière, il sera plus difficile pour le personnel infirmier de bien répondre aux besoins des patients. D'autre part, s'il manque de personnel infirmier, il sera plus difficile pour les infirmières de bien répondre aux besoins de la clientèle.

« Performance, bon ben c'est d'être efficace, c'est d'être capable de répondre à la demande, mais en fonction de la masse ou le volume de patients qui se présentent. (MÉE 3) »

« Si on veut être performant comme équipe, j'ai besoin d'avoir les ressources qui sont nécessaires, parce que je ne peux pas demander, j'ai besoin de dix personnes pour prendre soin du nombre de personnes que j'ai là, ben si j'ai six là pour en prendre soin je ne pourrai pas avoir le même niveau de performance. (MÉE 1) »

Les membres de l'équipe d'encadrement n'ont relevé aucun outil qui permette de mesurer la réponse aux besoins du patient au sein de l'urgence.

La performance vue en termes de quantité de soins et de services infirmiers

Les cinq membres de l'équipe d'encadrement suggèrent dans leurs discours que la quantité de soins et de services produits est un reflet de la performance. Une

infirmière qui offre des soins de haut niveau de performance accomplit toutes ses tâches avant la fin d'un quart de travail et est capable de produire un volume de soins pour subvenir à un certain nombre de patients. Les membres de l'équipe d'encadrement mentionnent également que ce volume de soins doit être de qualité.

« Si je le prends en général, tout le monde va dire ben regarde, j'ai fait tout ce que j'avais comme job là, j'ai fait les techniques pis j'ai fait ce que j'avais à faire. (MÉE 1) »

« C'était d'être capable de prendre ton nombre de patients. C'était ça être performant. Tsé, c'était... On est de jour, t'as cinq patients, on est de soir c'est douze patients. T'es prends pas les douze, t'es pas bon. (MÉE 5) »

« Ben ouais, des choses simples là qu'on fait là, ben si on fait une soirée pis c'est très occupé, bon pis il y avait beaucoup à faire, mais qu'en fin de soirée ben qu'on a les signes vitaux de tout le monde, que les médicaments principaux qu'on voulait donner tout de suite, genre les antibiotiques, les choses qu'on ne voulait pas rater. Ben c'est tout là, tout est parti. (MÉE 4) »

« Combien qu'on est capables d'en faire de gestes pis d'interventions dans un quart de travail... de qualité! (MÉE 5) »

Les membres de l'équipe d'encadrement n'ont relevé aucun outil permettant de mesurer la quantité de soins et de services au sein de l'urgence.

La performance vue en termes d'amélioration de l'état de santé

Tous les membres de l'équipe d'encadrement ont abondamment discuté de l'impact des soins infirmiers sur l'état de santé du patient. Ceux-ci mentionnent qu'une infirmière qui offre des soins et services d'un haut niveau de performance aura un impact positif sur la santé du patient. Par exemple, lorsque l'infirmière réussit à éviter une complication, à rétablir l'état de santé du patient, à modifier son comportement ou à soulager sa douleur, ceci relève de la performance.

« Ben si je m'en vais aux soins intensifs, bon soins intensifs, ça va être, tsé on a réussi avec ce patient-là à remettre ses constances vitales plus stables... (MÉE 1) »

« Moi quand je parle de résultat, là j'y vais plus, est-ce que j'ai répondu vraiment aux besoins de ce patient-là, est-ce que ça eu un impact sur sa santé, ou sa situation, ou sa façon de voir ça. (MÉE 1) »

Quelques outils ont été identifiés par les membres de l'équipe d'encadrement pour mesurer l'amélioration de l'état de santé du patient. Le MÉE 1 a mentionné utiliser un outil (questionnaire au patient) permettant de mesurer si la douleur du patient est bien soulagée. D'autres outils sous forme de données compilées dans un tableau de bord permettent de mesurer les taux de plaies de pression, les taux des chutes, les erreurs de médicaments, le nombre d'accidents/incidents, l'utilisation des contentions, l'utilisation des culottes d'incontinence, etc. Plus les résultats de ces mesures seront bons, plus les services infirmiers atteindront un haut niveau de performance.

La performance vue en termes d'excellence du jugement clinique infirmier

Selon la majorité des répondants (MÉE 1, MÉE 2 et MÉE 3), une infirmière qui offre des soins de haut niveau de performance possède un jugement clinique développé. C'est une infirmière qui priorise ses soins (lors de situations d'urgence et au triage), est à l'affut des complications qui peuvent survenir, fait des liens, se questionne et possède une excellente capacité d'analyse.

« Il y a quelque chose qui marche pas, c'est pas normal, est-ce que j'ai fait la bonne méthode, est-ce que j'ai utilisé la bonne technique (oui), donc il faut que j'aille un peu plus loin, pour voir qu'est-ce qui, parce qu'il peut, car il peut y avoir un impact sur le patient. Ca pour moi elle est performante, parce qu'elle s'est posé les bonnes questions. (MÉE 1) »

« Ben où l'infirmière doit être performante... ben c'est sûr que le triage c'est le nerf de la guerre aussi...un patient qui n'est pas bien trié, pas bien priorisé euh l'infirmière elle a quand même une grande responsabilité au niveau du triage. Elle voit le patient cinq minutes, elle doit prioriser le patient, mettre une cote de triage de priorité pour le cinq minutes qu'elle l'a vu et ce qu'il lui a dit et ce qu'elle observe subjectivement. (MÉE 2) »

« C'est sûr que la salle à choc aussi, je pense que l'infirmière elle doit être très performante dans le sens qu'elle ne peut pas avoir, excusez l'expression, les deux doigts

dans le nez, tsé il faut qu'elle soit rapide d'exécution, qu'elle voit, quasiment qu'elle prévoit, ce que le médecin va lui demander... (MÉE 2) »

Le jugement clinique des infirmières de l'urgence est majoritairement mesuré lors du triage. Les infirmières au triage de l'urgence travaillent avec un outil informatisé nommé « Échelle canadienne de triage et gravité ». Ce logiciel aide l'infirmière à attribuer une cote de priorité au patient en fonction de la gravité de son état de santé. Par exemple, un patient ayant reçu une cote de niveau 1 devrait recevoir des soins infirmiers en continu, un patient ayant reçu une cote de niveau 2 devrait être réévalué toutes les 15 minutes, une cote de niveau 3 nécessite une réévaluation toutes les 30 minutes, etc. (Murray, Bullard, & Grafstein, 2005). Lorsque le patient entre dans le bureau de triage, l'infirmière doit poser des questions aux patients sur son état de santé (évaluation du patient) et noter dans le logiciel les données amassées. Si un patient présente des signes et symptômes traduisant, par exemple, un accident vasculaire cérébral (AVC), celle-ci devrait évaluer les signes neurologiques et les inscrire dans le logiciel. Une infirmière possédant un bon jugement clinique devrait être en mesure d'évaluer d'emblée les signes neurologiques d'un patient chez qui on soupçonne un AVC. Les données que l'infirmière inscrit à l'écran sont donc le reflet de son jugement clinique puisqu'elles sont le résultat des questions posées au patient en fonction de l'évaluation. Le jugement clinique qu'elle pose sur la condition du patient permet de donner la cote de priorité au patient. Le MÉE 3 a accès aux données qui sont inscrites à l'écran par les infirmières au triage. Celle-ci évalue le jugement clinique des infirmières au triage en observant ce qui a été inscrit dans ce logiciel et les conclusions que l'infirmière du triage tire de son évaluation (cote de priorité).

« Il faut que ça respecte les normes, à savoir l'ABCD, le PQRST, l'échelle de la douleur, d'évaluer aussi la raison de consultation avec les médications qui sont prises. Si c'est un patient qui vient pour un trauma crânien. Un exemple, il y a pleins de critères, mais vous me demandez brièvement là, mais trauma crânien pis il prend du Coumadin, c'est sure qu'on va porter une attention particulière. Altération de l'état de conscience, est-ce que la glycémie et les signes neuro ont été fait. Tsé il y a plein de critères en fonction de la raison de consultation. Bon ben ca j'ai tout un document qui me permet de voir si elle les rencontre bien ou pas. (MÉE 3) »

Concernant les outils de mesure du jugement clinique infirmier, il existe un volet « jugement clinique » à l'intérieur des outils de suivi clinique et d'évaluation annuelle des ressources humaines. Ces deux outils seront élaborés un peu plus loin dans ce chapitre.

La performance vue en termes de capacité à planifier et organiser efficacement son travail

La planification et l'organisation du travail de l'infirmière font aussi partie des conceptions de la performance véhiculées par les membres de l'équipe d'encadrement. La performance d'une infirmière fait ici référence à la capacité de cette dernière à gérer ses tâches efficacement. Une infirmière donnant des soins et services de haut niveau de performance s'organise de manière efficiente pour s'acquitter des activités qui lui sont dévolues (ex. gestion de sa section lors d'un quart de travail). Une infirmière qui organise ses tâches de façon appropriée pourra offrir des interventions de qualité. Il est aussi mentionné par les membres de l'équipe d'encadrement que le nombre de patients peut influencer la planification et l'organisation de l'infirmière. Si l'urgence reçoit un nombre de patients dépassant la limite d'accueil, l'infirmière pourrait avoir plus de difficulté à bien planifier et organiser ses soins.

« Ici c'est comme la perte de contrôle. Comme bon là, j'ai beaucoup d'ouvrage et un moment donné là, j'ai trop. Pis là je ne suis pas capable de voir ben qu'est-ce qui. OK là il y a trop d'ouvrage, oui on s'entend, ça arrive à tout le monde, mais qu'est-ce que je peux faire? D'abord, pis qu'est-ce que je laisse tomber. Ce qui fait que là il y a la désorganisation totale ou il y a des choses importantes qui ne sont pas faites. Pis le niveau de performance chute, quand il y a trop d'ouvrage, ça n'a pas d'allure, je ne sais pas par où commencer, là c'est la dégringolade de, on est en deçà du niveau euh normal pour cette personne-là, elle devient moins performante probablement qu'il ou qu'elle est capable de faire là parce que là il a perdu le contrôle là. Ça aussi c'est vrai chez les docteurs aussi. (MÉE 4) »

« Quelqu'un qui est vraiment capable de mettre de l'ordre, ben ça c'est plus important que ça. Pis je ne m'enfarge pas là-dedans parce que ce n'est pas important. Euh sûrement ça, pis qui est capable, c'est sûre que moi, je suis un peu brouillée par le fait que j'ai juste fait de l'urgence là, mais pis qui est capable de faire ça même quand il y a beaucoup de demandes. Parce que c'est sûr, c'est plus, en tout cas, moi je pense que c'est

plus difficile d'être performant quand il y a beaucoup de monde en même temps. Ça frappe à beaucoup de portes, mais je peux seulement juste en ouvrir une à la fois. (MÉE 4) »

Aucun outil n'a été relevé par les membres de l'équipe d'encadrement permettant de mesurer la performance des infirmières en ce qui concerne la planification de leur travail.

La performance vue en termes de niveau et de capacité de développement/maintien des compétences des infirmières

Selon les membres de l'équipe d'encadrement, la performance d'une infirmière se mesure par la compétence. Une infirmière offrant des services de haut niveau de performance est compétente. Une infirmière compétente traduit son plein potentiel en ce qui concerne ses connaissances, ses capacités et ses habiletés lors des interventions qu'elle met en œuvre auprès de la clientèle. La compétence de l'infirmière sera assurée par des activités de développement du personnel (formations). Ces activités de formation du personnel feront en sorte que la qualité des soins sera maintenue puisque les infirmières seront compétentes dans ce qu'elles entreprendront (soins/interventions) auprès des patients.

« Une infirmière pour moi qui est performante ce n'est pas celle qui a plus de connaissances, mais c'est celle qui est le plus intégrée, qui est capable d'utiliser maximalement le potentiel qu'elle a et les connaissances qu'elle a à ce moment-là. Alors, elle est performante. Mais il faut que je tienne compte du fait qu'elle est nouvelle ou qu'elle a deux ans d'ancienneté, elle arrive à l'urgence où ça fait cinq ans qu'elle est là, elle fait du triage ou toutes les autres positions vs l'autre qui arrive, mais c'est celle qui utilise son potentiel au maximum. (MÉE 1) »

« Mais quand je suis avec des infirmières ou des infirmiers qui sont très performants, pis qu'ils me disent va là, ben je vais aller là. Là c'est sur, pis lorsqu'on atteint ça, parce que ça prend des gens comme vous dites qui sont compétents, mais qui ont aussi beaucoup d'aptitudes, il faut vraiment que tout marche là. Mais lorsqu'on obtient ça, c'est sûr que là on est performant, pis on fait plus là. On vient à notre top là. (MÉE 4) »

Dans cette perspective, la performance se traduit par la capacité à maintenir une équipe compétente par le biais de différentes activités de formation et de l'expérience acquise. Pour que les services infirmiers reflètent un haut niveau de performance, ils doivent assurer le développement et le maintien des compétences du personnel infirmier. Ce développement peut se faire se faire par l'entremise de formations, d'objectifs spécifiques à atteindre ou de plans de développement de carrière. Les compétences des infirmières se développent tout au long de leur cheminement professionnel. Plus une infirmière acquiert de l'expérience, plus ses compétences se développent et plus elle offrira des soins et services infirmiers de haut niveau de performance.

« La compétence ça se développe aussi... je ne pense pas que c'est... tu ne nais pas avec une compétence X... pis que tu commences dans un domaine ou pas, moi j'ai jamais prétendu que quand j'ai commencé j'avais plus de compétences que celle que ça faisait vingt ans qu'elle était là au contraire. (MÉE 2) »

« D'essayer d'avoir les ressources bien sur, mais c'est aussi d'assurer un développement des connaissances de mon monde et du potentiel. Si je dis du potentiel c'est que, tout le monde n'est pas pareil, et il y a des gens qui vont être prêts à relever d'autres défis à avoir des petits mandats ou de pousser un petit peu plus ça il faut que je fasse ça comme cadre et développer la carrière des gens qui sont avec moi. (MÉE 1) »

« Mais les gens ont besoin d'acquérir des connaissances pis l'autre chose, il y a l'effet aussi motivant là je travaille dans un endroit qui donne de la formation, pis j'apprends pis je fais plus, ça, c'est un gros morceau je trouve... Pis qui évite cette espèce de... pas de démotivation, espèce de cynisme là. Pis d'ailleurs c'est un besoin qu'on entend souvent. Les gens disent ça. Pis les fois où il s'en fait un peu (de la formation), ils aiment beaucoup ça. Mais il y a des embûches, on n'a pas le temps, ce sont des heures pas payées, c'est après mon chiffre... On manque tellement de monde qu'on ne peut pas être libéré pour ça. Mais ça, c'est un gros morceau qui à mon avis a un impact sur la performance. Pis même si c'est juste sur de la motivation. Même si je vais suivre un cours pis je ne retiens rien mettons, c'était un cours mauvais. Mais ça m'a intéressé pis ça m'a donné l'impression que, bon ici on s'intéresse à ce que j'apprenne. Ça ça un gros impact. (MÉE 4) »

« Je serais un petit peu mal à l'aise de dire que l'infirmière clinicienne va être plus performante parce que l'expérience je pense qu'elle joue beaucoup là-dedans. Pour moi, une infirmière expérimentée peut être tout aussi performante qu'une infirmière clinicienne qui commence OK... (MÉE 2) »

Afin de mesurer le niveau de compétence des infirmières, deux outils ont été relevés par les participants. Le MÉE 1 et le MÉE 3 ont discuté d'une évaluation annuelle des ressources humaines qui intègre une mosaïque de compétences. Chaque année, l'infirmière porte un regard sur ses propres compétences, l'infirmière-chef d'unité porte également un regard sur les compétences de l'infirmière en question et elles comparent leurs perceptions.

« Alors là elles s'assoient ensemble. Pis elles, elles confrontent leurs visions, habituellement ça arrive assez bien pis à la fin de ça l'infirmière se fixe un objectif. Dire qu'est-ce que je dois développer maintenant pour être, que je sois (pause)... Pis elles vont le dire de même des fois il faut que je sois plus performante dans mon unité auprès de la clientèle alors on a ça. Ça, il n'a pas été fait à la grandeur. Mais l'outil est là pis il est utilisé en fonction là. (MÉE 1) »

Ensuite, l'outil ayant été identifié afin de mesurer la performance en lien avec le développement des compétences du personnel est le tableau de bord. Ce dernier compile des données concernant les heures de formation par infirmière. Suivant les membres de l'équipe d'encadrement, le nombre d'heures de formation est une variable importante et plus il y a d'heures de formation, plus les infirmières sont susceptibles de développer les compétences nécessaires pour dispenser des soins qui reflètent un haut de niveau de performance.

La performance vue en termes de capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines infirmières

Le MÉE 1, le MÉE 2, le MÉE 3 et le MÉE 5 ont mentionné que pour offrir des soins de haut niveau de performance, il faut avoir la capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs en ressources humaines infirmières nécessaires pour répondre aux besoins des patients (adéquation). Ces ressources humaines doivent aussi être réparties dans l'unité en fonction de la demande de soins dans les différentes sections de l'urgence. Par exemple, si la demande est plus élevée au triage, l'assistante infirmière-chef d'unité

mobilisera plus d'infirmières vers ce secteur. Si l'unité reçoit un nombre élevé de patients, elle prévoira un plus grand nombre d'infirmières afin de combler les besoins.

« Si on veut être performant comme équipe, j'ai besoin d'avoir les ressources qui sont nécessaires, parce que je ne peux pas demander, j'ai besoin de dix personnes pour prendre soin du nombre de personnes que j'ai là, ben si j'ai six là pour en prendre soin je ne pourrai pas avoir le même niveau de performance. (MÉE 1) »

« Je pense que le nombre d'infirmières c'est sûr que ça va avoir un lien direct avec la performance. C'est sûr que si je suis supposée avoir quinze infirmières pis que j'en ai dix ça va pas ben... ça va pas bien du tout dans le sens que tout est hypothéqué... euh... les infirmières ont plus... tsé bon si on oublie le T.S. obligatoire pis tout ça ben tsé si j'avais dix infirmières sur quinze, ben ça veut dire quoi augmenter le ratio infirmière/patient, ça veut dire quoi, moins d'infirmières dans la salle à choc, moins d'infirmières au triage, euh c'est sûr que la performance va diminuer au niveau pour le patient euh c'est ben sûr que souvent les infirmières vont dire ben l'équipe de base c'est seize, j'en veux seize, mais moi c'est sûr que... c'est sûr que si on a seize infirmières, on ne dira pas je te coupe pour le plaisir de couper. (MÉE 2) »

« Bon ben on a comme une idée, qu'est-ce que j'ai ce matin, mon personnel, je suis à combien, combien il m'en manque. Qu'est-ce qui va faire que ça va ralentir un peu l'activité ou pas aujourd'hui? (MÉE 3) »

« On s'est fait des grilles d'heures supplémentaires. Bon ben les gens peuvent le planifier d'avance. Pis des fois on orchestre aussi des congés en fonction de faciliter les horaires des employés pour être capable de donner le plus de personnel voulu en fonction de la clientèle qui se retrouve là. (MÉE 3) »

Comme outil de mesure de performance, les membres de l'équipe d'encadrement ont mentionné qu'ils se référaient à un tableau de bord. Ce tableau de bord compile des données concernant les ressources humaines infirmières. Cette base de données informatique contient des données par période au sujet des heures supplémentaires, des heures supplémentaires obligatoires, des heures travaillées, du nombre d'absences, du roulement du personnel, etc. La direction des ressources humaines compare d'une année à l'autre les augmentations/diminutions de ces données. Celles-ci font donc référence à la capacité d'obtenir et de gérer de manière efficace les ressources humaines infirmières disponibles. L'utilisation de ce tableau de bord permet de déterminer le niveau d'adéquation des ressources humaines infirmières.

La performance vue en termes de satisfaction de la clientèle

La satisfaction de la clientèle est également considérée comme un reflet important de la performance. Les membres de l'équipe d'encadrement mentionnent que plus les patients/familles sont satisfaits des soins et services rendus par les infirmières, plus les services infirmiers sont performants.

« Je pense qu'on devrait avoir quelque chose aussi qui mesure la satisfaction de ces usagers-là qui viennent; est-ce qu'on le fait, je ne pense pas. (MÉE 5) »

L'outil relevé par le MÉE 2 pour mesurer la satisfaction de la clientèle est un questionnaire. Ce questionnaire permet de mesurer la satisfaction des patients/familles en regard des soins et services infirmiers reçus lors de son séjour à l'urgence. Le seul élément mentionné par le MÉE 2 faisant partie de ce questionnaire est le soulagement de la douleur du patient. Ce questionnaire était en préparation au moment des entrevues.

4.3.2 Les liens entre les conceptions des membres de l'équipe d'encadrement

Les données récoltées suggèrent que ces diverses conceptions de la performance ne sont pas indépendantes. Tout au long de leurs discours, les répondants ont ainsi établi divers liens entre ces aspects. Vous trouverez en annexe le tableau 6 présentant des exemples de verbatims qui évoquent ces liens.

Les membres de l'équipement d'encadrement ont relié la qualité de soins et des services infirmiers à plusieurs autres aspects de la performance. Ils ont souligné à plusieurs reprises le lien existant entre la qualité de l'intervention infirmière et l'amélioration de l'état de santé des patients. Une importance est également accordée au niveau et au développement des compétences de l'infirmière. Un haut niveau de

compétence est considéré comme étant révélateur d'une bonne qualité de soins. Dans leurs discours, les membres de l'équipe d'encadrement ont fait état d'un lien entre le niveau et le développement des compétences de l'infirmière et la qualité des interventions. La planification et l'organisation du travail de l'infirmière ont été aussi associées à la qualité des soins et des services infirmiers. Une infirmière capable de bien planifier et d'organiser ses tâches offrira des soins infirmiers de qualité à la clientèle. Enfin, la qualité des soins et des services infirmiers a été reliée à la satisfaction de la clientèle. Un patient sera satisfait s'il reçoit des soins et des services de qualité par le personnel infirmier.

L'amélioration de l'état de santé du patient a également été associée à divers autres aspects de la performance. Un lien a été relevé entre la qualité des soins et des services infirmiers et l'amélioration de l'état de santé des patients (résultats chez les patients). Les propos des informateurs clés ont aussi fait état du rôle déterminant du jugement clinique de l'infirmière. L'excellence du jugement clinique est considérée comme un reflet (traceur) de la capacité à fournir les soins/interventions appropriés permettant d'améliorer l'état de santé du patient. La rapidité de détection d'une manifestation clinique chez un patient est également considérée comme un moyen d'améliorer les résultats (l'état de santé) chez le patient.

Trois autres aspects de la performance ont été mis en lien avec les soins centrés sur les besoins des patients. La vitesse d'exécution de l'infirmière est associée à une capacité de mieux répondre aux besoins du patient. Un lien a également été établi entre la quantité de soins et de services produite et la réponse aux besoins des patients. Cette réponse aux besoins du patient est ici interprétée en termes d'éventail et de quantité de soins produits. De plus, les membres de l'équipe d'encadrement ont évoqué le lien entre l'adéquation des effectifs infirmiers et la réponse aux besoins des patients ou de l'unité

de soins. Des effectifs suffisants et répartis de façon appropriée, en fonction des besoins, permettent de mieux répondre aux besoins de la clientèle.

4.3.3 Les indicateurs organisationnels

Les membres de l'équipe d'encadrement ont souligné divers indicateurs organisationnels qui sont considérés comme des indicateurs de type non infirmiers (ex. le nombre de patients admis à l'urgence, le nombre de lits vacants, le nombre d'ambulances à recevoir, les ressources financières, etc.). Dans certains cas, ces indicateurs ont été présentés comme le reflet du niveau d'optimisation de l'organisation des services infirmiers (indicateur de performance). Par exemple, si le nombre de lits vacants augmente, ceci peut être vu comme le reflet d'une bonne performance des services infirmiers. Ici, le fait que le nombre de lits vacants augmente peut être relié au fait que les infirmières exécutent leurs soins rapidement et qu'elles peuvent alors libérer le lit afin d'accueillir un autre patient.

Dans d'autres cas, ces indicateurs ont été présentés comme des déterminants qui influencent le niveau de performance des services infirmiers. Les ressources financières peuvent être considérées comme étant un déterminant, car elles peuvent influencer la performance d'une unité de soins. Par exemple, un budget défaillant pourrait influencer la décision de se procurer du matériel plus performant afin d'être plus efficace dans les soins prodiguer.

« Je veux dire à un moment donné, faut aussi performance oui c'est patient, mais c'est oui budget aussi comprends-tu? C'est sûr que je ne pense pas qu'on prenne le budget au détriment de la performance aux patients parce que c'est sûr que notre... l'objectif de l'urgence c'est de soigner des patients, de l'hôpital c'est de soigner des patients le mieux possible le plus sécuritairement possible avec la meilleure qualité possible. Mais c'est sûr qu'une fois qu'on a dit ça, il faut regarder le budget si on veut avoir euh tsé pour moi exemple à l'urgence j'ai beaucoup de temps supplémentaires donc je suis moins performante à ce niveau-là. (MÉE 2) »

Un déterminant tel que le nombre d'ambulances à recevoir peut également influencer la planification du nombre d'effectifs nécessaires afin d'atteindre un haut niveau de performance. Les membres de l'équipe d'encadrement ont souligné l'importance de ces indicateurs pour coordonner et planifier les services dans l'unité de soins ainsi que le personnel infirmier.

Selon les membres de l'équipe d'encadrement, il existe au sein de l'organisation un logiciel nommé SIURGE permettant d'effectuer la gestion des services d'urgence. Ce logiciel donne un aperçu en temps réel des épisodes antérieurs des activités de soins infirmiers (triage), cliniques (prise en charge, prescriptions, consultations, etc.) et clinico-administratives (inscription, dossier, etc.). Suivant le MÉE 3, ce logiciel permet de voir le niveau de performance des services infirmiers et de faire les ajustements nécessaires dans la gestion des services infirmiers. Les indicateurs organisationnels relevés par le MÉE 2, le MÉE 3, le MÉE 4 et le MÉE 5 et provenant de ce logiciel sont les suivants : le nombre de patients admis à l'urgence, la durée de séjour à l'urgence, le nombre de patients dans la salle d'attente, le nombre de congés prévus au sein de l'hôpital, le nombre d'heures d'attente à l'urgence, le nombre de lits vacants à l'urgence et dans l'hôpital, le nombre de patients situés dans les différentes sections de l'urgence, le nombre de patients sur civière et le nombre d'ambulances reçues et à recevoir.

« Ca c'est un outil qui nous permet d'être plus efficace de voir où est-ce qu'on en est pis ce qui va venir, le chiffre suivant. Bon ben souvent je vais regarder combien j'ai eu d'ambulances jusqu'à présent. Bon ben ça veut dire que moi par jour j'en reçois tant ça veut dire qu'eux autres en soirée ils vont en recevoir tant. Je vais planifier mon personnel en fonction de la réponse. (MÉE 3) »

« On a la situation de tous ceux qui sont couchés et j'ai des boutons pour aller voir ce que j'ai dans la salle d'attente le matin et je peux voir l'activité de la veille voir combien on a comme desservi de clientèle dans la journée antérieure. Bon ben je peux voir mettons que j'ai vu, il y a eu 135 patients, il y a eu 35 ambulances là-dessus. Pis là on est en code quoi ce matin, on est en code 100. Ça veut dire qu'on a répondu à la demande. (MÉE 3) »

Différents liens ont été établis entre les indicateurs organisationnels et les conceptions par les membres de l'équipe d'encadrement. Selon les membres de l'équipe d'encadrement, les services infirmiers sont considérés comme étant d'un haut niveau de performance si les infirmières sont en mesure de répondre aux besoins des patients qui se présentent à l'urgence sur pieds ou en ambulance. L'assistante infirmière-chef déterminera le nombre d'infirmières à obtenir et à mobiliser dans les diverses sections de l'urgence en fonction du nombre d'ambulances à recevoir et du nombre de patients déjà présents au sein de l'urgence. Il y a donc un lien entre l'adéquation des ressources et le nombre de patients.

L'adéquation des ressources humaines infirmières a été associée aux ressources financières. En contexte de pénurie, il arrive fréquemment que les infirmières doivent faire des heures supplémentaires (payées à un tarif plus élevé) afin de combler le manque de personnel et donc de pouvoir répondre à la demande. Plus il y a de patients à l'urgence, plus la demande est grande en termes de ressources humaines infirmières. L'adéquation des ressources humaines infirmières est alors influencée par la capacité à mobiliser les ressources financières nécessaires.

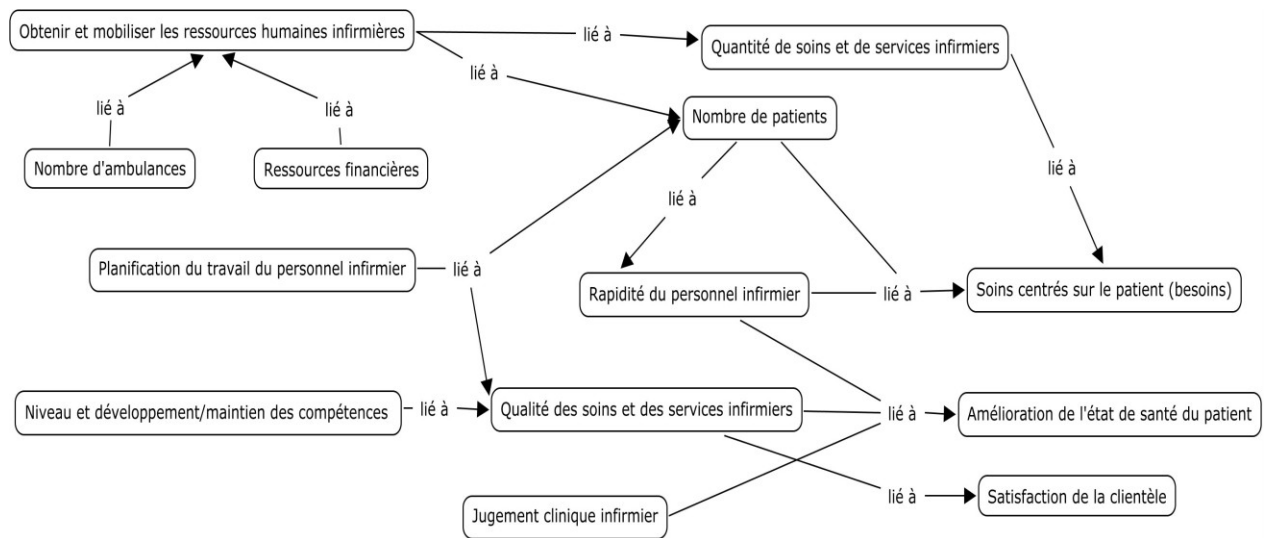
Un lien a été aussi établi entre la rapidité d'évaluation des patients par les infirmières et le nombre de patients au sein de l'urgence. Le nombre de patients diminuera si les évaluations infirmières se font rapidement ce qui se traduit par de la performance. Le nombre de patients au sein de l'urgence est également influencé par la planification du travail de l'infirmière. Une bonne planification permet de mieux gérer les cas des patients ce qui entraîne une résolution plus rapide de ceux-ci. Les patients au sein de l'urgence peuvent alors quitter plus rapidement, ce qui permet à l'infirmière d'accueillir de nouveaux patients. En annexe se retrouve le résumé des divers verbatims associés à ces liens (tableau 7).

4.3.4 Résumé des résultats obtenus de la part des membres de l'équipe d'encadrement

La présentation des données a permis de relever dix conceptions distinctes, mais interreliées. Quelques indicateurs organisationnels ont également été mentionnés dans les propos des acteurs. La figure ci-dessous permet de visualiser les conceptions et les indicateurs organisationnels mentionnés lors des entrevues par les informateurs clés.

Figure 7

Liens entre les divers aspects de la performance évoqués par les membres de l'équipe d'encadrement



Ces conceptions sont non seulement interreliées entre elles, mais elles se rejoignent sur certains points. Trois visions majeures ressortent de diverses conceptions. La première vision touche l'adéquation des ressources humaines infirmières (voir les

cases (ligne pleine grasse) dans la figure 8). Elle intègre trois des dix conceptions relevées :

- 1) La « capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines infirmières » touche un aspect quantitatif et un aspect qualitatif des ressources humaines infirmières. L'importance est accordée aux effectifs en ressources humaines infirmières nécessaires pour offrir des soins d'un haut niveau de performance (aspect quantitatif), mais aussi au déploiement de ces effectifs au sein de l'urgence (aspect qualitatif).
- 2) Le « niveau et la capacité de développement/maintien des compétences infirmières » touche un aspect qualitatif des ressources humaines infirmières. Une infirmière offrant des soins et services de haut niveau de performance met en pratique son plein potentiel de compétences.
- 3) L'« excellence du jugement clinique infirmier » ajoute un autre aspect qualitatif à cette vision. Elle postule qu'une infirmière possédant un bon jugement clinique offre ainsi une garantie de soins de qualité.

La deuxième vision touche divers aspects du processus de soins (interventions infirmières) (voir les cases (ligne semi-pointillée) dans la figure 8). Elle intègre quatre des dix conceptions relevées :

- 1) La « qualité des soins et des services infirmiers » fait référence au fait qu'une intervention infirmière de qualité doit se traduire par des services infirmiers d'un haut niveau de performance. Cette conception touche un aspect qualitatif du processus de soins.
- 2) La « rapidité de détection des manifestations cliniques et d'exécution de l'infirmière dans l'exercice de ses rôles » fait partie de la seconde vision puisqu'une intervention infirmière exécutée rapidement sera

considérée comme de la performance. Cette conception touche également un aspect qualitatif à cette vision.

- 3) La « quantité de soins et de services infirmiers produits » reflète une approche quantitative du processus de soins. Elle fait référence à la quantité de soins et de services infirmiers produits au sein de l'unité.
- 4) La « planification du travail du personnel infirmier » est une conception de type qualitatif. Celle-ci se rapporte plutôt à la gestion des différentes tâches de l'infirmière qui comprennent différentes interventions infirmières.

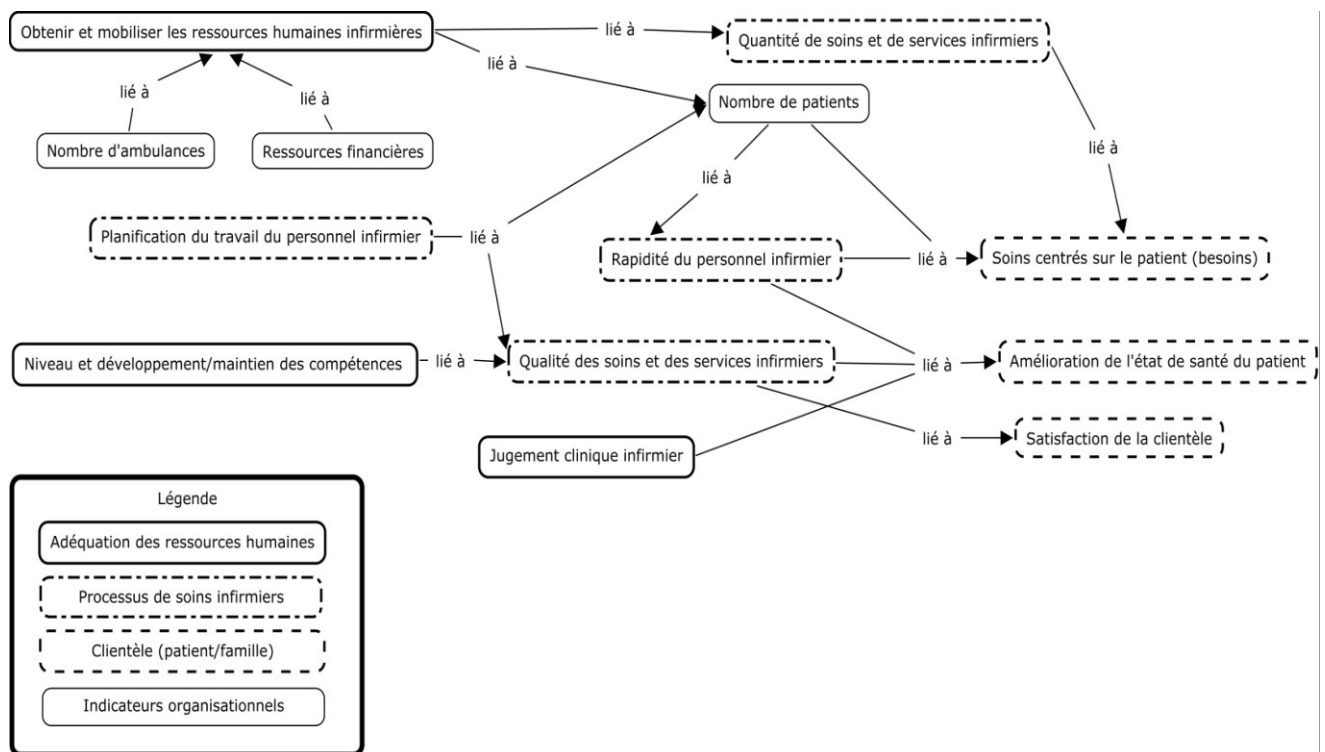
La troisième vision touche les effets sur les patients (résultats du processus de soins). La performance se définit ici comme des soins centrés sur les patients dont dépend l'amélioration de la santé clientèle (voir les cases (ligne pointillée) dans la figure 8). Elle intègre trois des dix conceptions relevées :

- 1) Les « soins centrés sur les besoins du patient ». Selon cette conception, une infirmière offrira des services de haut niveau de performance si celle-ci est en mesure de répondre, par ses interventions, aux besoins des patients. Ces besoins peuvent être vus en termes de santé, d'attente ou de préférences.
- 2) L'« amélioration de l'état de santé du patient » indique qu'une infirmière aura un impact positif sur l'état de santé du patient de par ses interventions.
- 3) La « satisfaction de la clientèle ». La performance se définit aussi en termes de satisfaction de la clientèle (patient/famille). La satisfaction des clients vis-à-vis les soins reçus démontre que les soins et services infirmiers sont d'un haut niveau de performance.

Les indicateurs organisationnels ont également été identifiés dans le schéma (voir les cases (ligne simple) dans la figure 8).

Figure 8

Regroupement des conceptions et des indicateurs organisationnels des membres de l'équipe d'encadrement

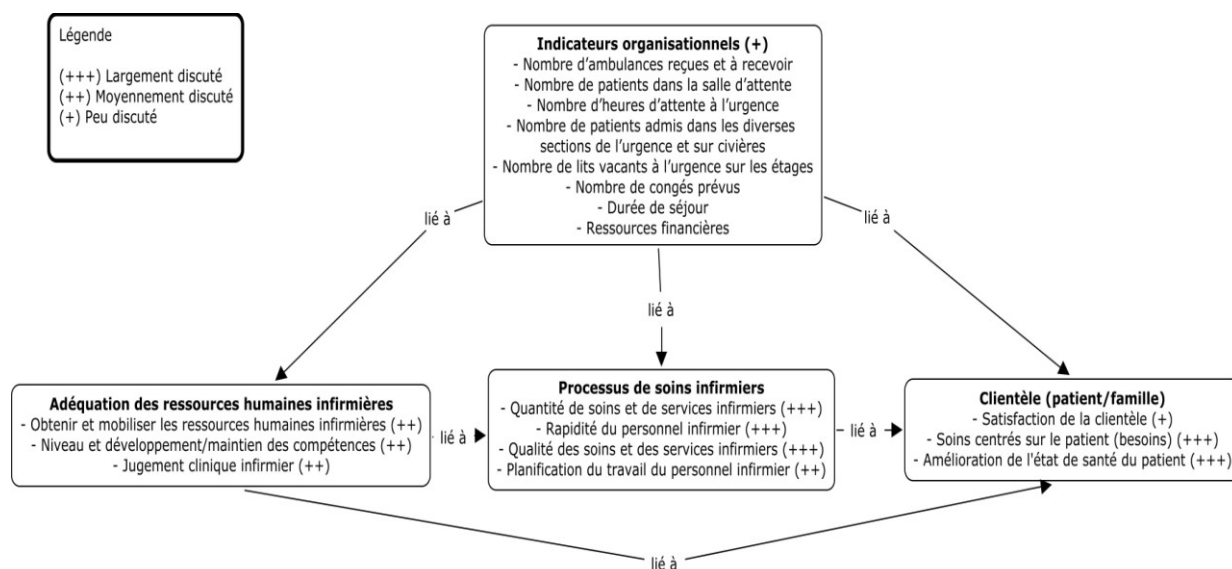


La figure 9 permet de constater que les conceptions de la performance des services infirmiers des membres de l'équipe d'encadrement réfèrent à trois grandes visions. Une analyse complémentaire a été effectuée afin de tenir compte de la prépondérance des discours par rapport à ces trois visions et aux diverses conceptions qui s'y rattachent. Certains verbatims ont été largement discutés (attribution de 3 « + »),

moyennement discutés (attribution de 2 « + ») et peu discutés (attribution de 1 « + »). Cette analyse montre que deux des trois visions sont particulièrement prépondérantes dans les propos des membres de l'équipe d'encadrement : le processus de soins et les résultats chez la clientèle (patient/famille).

Figure 9

Regroupement des visions, indicateurs organisationnels, et liens entre ceux-ci provenant des discours des membres de l'équipe d'encadrement



Les membres de l'équipe d'encadrement ont répertorié plusieurs outils permettant de mesurer la performance à l'urgence. Ces outils sont associés aux diverses conceptions de la performance des membres de l'équipe d'encadrement. Un résumé de ceux-ci est présenté dans le tableau 8.

Tableau 8

**Les outils de mesure de la performance selon les membres de l'équipe
d'encadrement**

Conceptions	Outils
La qualité des soins et des services infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la qualité du triage - Évaluation de qualité de préparation de l'administration des médicaments - Évaluation de la qualité des soins continus - Évaluation de la qualité au niveau de la rédaction des PTI - Évaluation de la qualité des notes au dossier
La rapidité de détection des manifestations cliniques et d'exécution de l'infirmière dans l'exercice de ses rôles	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du temps de triage (ÉTG) - Mesure du « <i>door to balloun</i> »
Les soins centrés sur les besoins des patients	Aucun outil relevé
La quantité de soins et de services infirmiers	Aucun outil relevé
L'amélioration de l'état de santé du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire sur le soulagement de la douleur chez le patient - Tableau de bord (taux de plaies de pression, taux de chutes, erreurs de médicaments, nombre d'accidents/incidents, utilisation des contentions, utilisation des culottes d'incontinences, etc.)

L'excellence du jugement clinique infirmier	- Outils de suivi clinique - Évaluation annuelle des ressources humaines
La planification et organisation du travail de l'infirmière	Aucun outil relevé
Le niveau et la capacité de développement/maintien des compétences	- Évaluation annuelle des ressources humaines - Tableau de bord (heures de formation par infirmière)
La capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines	- Tableau de bord (ressources humaines infirmières)
La satisfaction de la clientèle	- Questionnaire sur le soulagement de la douleur

4.4 La performance des services infirmiers telle que vue par les infirmières

La deuxième question de recherche était la suivante : quelles sont les conceptions de performance véhiculées dans les discours des infirmières d'une urgence d'un centre hospitalier urbain? Les données collectées pour répondre à cette question proviennent des 3 infirmières ayant été interrogées.

Au premier chef, ce qui ressort des entrevues c'est le fait que les infirmières sont, en général, peu interpellées par les discussions sur la performance et les initiatives visant à mesurer la performance. Elles mentionnent que les mesures de la performance au sein du département se font souvent de manière peu explicite et que les membres de l'équipe d'encadrement ne les impliquent pas dans ces activités.

« Les outils de mesure de la performance, ça passe plus souvent incognito je te dirais. Là l'agrément s'en vient, on commence déjà à *checker* certaines choses. Bon y'a des choses... (Inf. 2) »

« Mais en principe comme je dis c'est une fois par année, mais ce n'est pas fait, une fois par année par manque de temps encore je pense. (Inf. 2) »

Malgré le peu d'implication dans ces mesures de performance, les infirmières s'entendent pour dire qu'elles sont d'une importance primordiale, surtout pour le bien-être des patients.

« Ben dans le fond c'est essentiel d'avoir des mesures de performance justement pour ne pas que les patients ressentent les effets indésirables (Inf. 2) »

« Je pense que si t'as pas d'évaluation pis t'as une personne qui est problématique que ce soit infirmière, préposés ou *whatever*, ben ta problématique va rester là, mais c'est qui qui subit, c'est ton patient. Ton patient y t'as rien fait, y'a pas à subir ça. (Inf. 2) »

Les infirmières répondantes ont souligné le contexte de pénurie d'infirmières qui ne permettrait pas à l'infirmière d'offrir des soins de haut niveau de performance et constituerait un frein aux initiatives de mesures de performance. Le manque de ressources ainsi que le manque de temps dans les départements causés par la pénurie rendent difficile la mise en œuvre de telles initiatives.

« Qui est capable d'exécuter ses soins, de prendre le temps d'exécuter ses soins avec une qualité euh pas *garrochée*, si je peux utiliser l'expression, mais vraiment prendre le temps. Parfois c'est très difficile, on s'entend on est dans un contexte d'urgence. (Inf. 2) »

« Étudiante-chercheuse : Si je comprends bien, le contexte de pénurie ne permet pas nécessairement d'être performante à ton 100 %? Participant : Ça n'aide pas. (Inf. 2) »

« Vu qu'on n'a pas trop de personnels encore là, toutes ces affaires-là c'est pas toujours évident. (Inf. 1) »

Tout comme les membres de l'équipe d'encadrement, les trois infirmières interrogées ont mis l'accent sur l'aspect collectif de la performance des services

infirmiers et ont évoqué, à maintes reprises, le lien entre performance des services infirmiers et travail d'équipe, surtout en contexte d'urgence. Suivant ces répondantes, plus il y a de travail d'équipe, plus l'impact sur la santé du patient sera positif, donc meilleure sera la performance des services infirmiers. Elles mentionnent également que le travail d'équipe, plus précisément la communication avec les pairs, permet une meilleure connaissance du dossier du patient puisque les autres professionnels peuvent détenir de précieuses informations. Ces informations pourraient être utiles afin d'améliorer, par exemple, la qualité des soins et services que l'infirmière prodigue.

« Moi je te dirais que le travail d'équipe, premièrement, c'est, tu ne peux pas en tant qu'infirmière, ici, surtout dans une urgence, tu ne peux pas, pas travailler en équipe. Le travail avec les préposés, c'est sur, pis le médecin, ça, je crois que ça l'a un impact direct au niveau de la performance infirmière. (Inf. 3) »

« Le risque de chute est diminué de beaucoup puis ça rentre toujours dans un travail d'équipe. Ici aussi, il y a toujours un travail d'équipe. Généralement il ne faut pas être autonome. (Inf. 1) »

« Moi je reviens encore avec le travail d'équipe là. De pas t'informer non plus auprès des préposés, euh, parce que les préposés voient beaucoup de choses tsé aussi, fêque ça, ou avec le médecin la même chose. (Inf. 3) »

4.4.1 Les neuf conceptions de la performance des infirmières

Les sections ci-après font état des neuf conceptions qui ont été relevées dans les discours des infirmières. Différents liens entre ces conceptions seront également présentés dans la section suivante. Une section présentera aussi les indicateurs organisationnels qui influencent la performance des services infirmiers telle que la perçoivent les infirmières. Un résumé des résultats portant sur les conceptions de la performance des infirmières conclura cette section.

La performance vue en termes de niveau et de capacité de développement/maintien des compétences des infirmières

Ces informateurs clés mettent l'accent sur le niveau de compétence des infirmières comme étant une composante importante de la performance. Selon les infirmières interrogées, la capacité de l'infirmière à offrir des soins et des services de haut niveau de performance reflète avant tout son niveau de compétence. Elle possède des connaissances en soins infirmiers (physiopathologie, signes et symptômes, médications, complications) afin de pouvoir accomplir pleinement son rôle en matière d'évaluation, de surveillance et de suivi de patients. Ses connaissances lui permettent de faire une bonne gestion de ses dossiers. Selon ces participants, les infirmières offrant des services de haute qualité sont compétentes au niveau technique (exécution des techniques de soin, dextérité, asepsie).

Les infirmières ont mentionné que les compétences peuvent se développer ou se maintenir à travers divers moyens. Il a été mentionné que cette performance peut être évolutive puisqu'elle se traduit par les stades de Benner (de novice à expert). L'infirmière compétente prend tous les moyens (lecture de documents scientifiques, questionnement, etc.) afin de développer ou de maintenir ces dernières.

« Il faut être performant ici parce qu'ici c'est la porte d'entrée, l'urgence c'est la porte d'entrée. C'est l'instabilité. Alors, il faut que tu connaisses tout ton nursing, ton *basic* pis il faut que tu aies ta vision globale au niveau du patient, pour être sure de bien jauger ton patient, pour donner les soins nursing adéquat. (Inf. 1) »

Les trois infirmières soutiennent également qu'il est important de participer à des formations ou de se tenir à jour dans ses connaissances de base afin d'offrir des soins de haut niveau de performance au sein des unités de soins. Il y a donc non seulement le fait d'acquérir des connaissances de base via des activités de formation, mais aussi l'importance de renouveler et développer ses compétences via des activités

individuelles (ex. rechercher des données probantes à l'intérieur d'articles scientifiques afin de renouveler sa pratique individuelle).

« Je pense que c'est aussi une responsabilité professionnelle à chacune, de voir, de s'intéresser à des pathologies nouvelles, ou de symptômes, de signes cliniques. Ca aussi, euh, en-tout-cas, moi personnellement, moi c'est comme ça. Tsé s'il y a un nouveau médicament. Ben, moi je vais aller lire là-dessus, qu'est-ce que je dois surveiller. (Inf. 3) »

« Une fille performante, ben c'est ça, c'est une fille qui va toujours acquérir des connaissances, jamais se... toujours s'intéresser, être motivée à apprendre. Je pense que c'est ça. (Inf. 3) »

Afin de mesurer les compétences des infirmières, deux outils ont été relevés par les participants. L'inf. 1 et l'inf. 2 ont discuté d'une évaluation annuelle des ressources humaines qui intègre une mosaïque de compétences. Chaque année, l'infirmière analyse ses propres compétences, l'infirmière-chef d'unité pose également un regard sur les compétences de l'infirmière en question et elles comparent leurs perceptions. Selon ces participantes, elles portent un regard sur leur performance au sein de l'unité de soins. Il existe aussi un outil de suivi clinique utilisé pour les infirmières en orientation à l'urgence qui intègre également les compétences.

« Est-ce que l'infirmière connaît, ce nouveau médicament? Est-ce qu'elle connaît les effets que ce médicament-là va faire? Elle qu'elle sait quoi surveiller? Est-ce qu'elle connaît les rythmes cardiaques, tsé les différentes arythmies? Est-ce qu'elle est capable de reconnaître les arythmies létales? Donc, ça, on va mesurer ça. (Inf. 3) »

La performance vue en termes d'excellence du jugement clinique infirmier

Les infirmières s'attardent aussi sur le jugement clinique comme indicateur de performance. Selon ces participantes, une infirmière qui est en mesure d'offrir des soins de haut niveau de performance possède un jugement clinique développé. Une infirmière ayant un bon jugement clinique priorise ses soins (lors de situations d'urgence et au triage), possède une vision globale du patient et est à l'affut des complications qui

peuvent survenir, fait des liens, se questionne et possède une excellente capacité d'analyse.

« Ben c'est sûr qu'une infirmière performante, c'est qu'elle va être capable de passer à un niveau plus élevé que simple exécutante. (Inf. 3) »

« Mais c'est sûr qu'une fille performante, ben elle va être capable de faire des liens. Elle va avoir un jugement clinique adéquat, elle peut dire : “Ha oui le patient présent tel ou tel symptôme.” Ben vers quoi tu penses que ton patient peut Tsé de faire des... donc, un jugement clinique, des liens cliniques. (Inf. 3) »

« Bon tu regardes pourquoi là tient il devient tachycarde, pourquoi, pourquoi sa pression chute, qu'est-ce qui est arrivé? On est toujours en questionnement ici. Euh. Une *nurse* plus ou moins performante ne se fera pas des questionnements. (Inf.1) »

L'excellence du jugement clinique des infirmières est majoritairement mesurée à l'aide de l'outil de suivi clinique mettant en relief les liens que l'infirmière effectue, la priorisation des soins ainsi que l'analyse des situations.

La performance vue en termes de qualité des soins et des services infirmiers

Une autre conception de la performance mise de l'avant par les infirmières réfère à la qualité des soins et des services infirmiers. Afin que les soins et services infirmiers soient considérés comme étant de haute qualité, ceux-ci doivent être fondés sur une certaine rigueur (s'appuyant sur des données probantes). Elles soulignent que pour obtenir une qualité des soins, l'utilisation adéquate des outils (ordonnances collectives, protocoles de soins, ressources matérielles, etc.) mis à leur disposition s'impose. Selon les infirmières, ces outils permettent d'être plus efficace et de produire des soins de qualité s'ils sont utilisés adéquatement. Elles font également le lien entre qualité des soins et pratique professionnelle.

« Oui, si on utilise tous ces outils-là, tu n'as pas le choix d'être plus performant. Ça veut dire que si tu utilises à bon escient les protocoles d'héparine, d'insuline pis tout ça, tu es efficace. Si tu fais une bonne évaluation, tu es efficace. Si tu es capable d'avoir une vision élargie, c'est de l'efficacité. (Inf. 1) »

« Qui est capable d'exécuter ses soins, de prendre le temps d'exécuter ses soins avec une qualité euh pas *garrochée*, si je peux utiliser l'expression, mais vraiment prendre le temps. Parfois c'est très difficile, on s'entend on est dans un contexte d'urgence. (Inf. 2) »

« Ben performance, c'est sure que c'est au niveau, ce que tu disais, ça me réfère à qualité des soins, la qualité d'une pratique professionnelle infirmière. Moi c'est une pratique professionnelle infirmière. C'est un peu à ça que je réfère. (Inf. 3) »

Quelques outils de mesure de la qualité des soins et des services infirmiers ont été relevés. L'inf. 3 mentionne que l'AIC effectue des évaluations de qualité des soins reçus par le patient sous forme de questionnaire. L'AIC remplit de concert avec le patient un formulaire sur ce sujet. Par contre, l'inf. 3 ne pouvait donner de précisions sur ce sujet puisqu'elle n'a jamais rempli ce type de formulaire. L'inf. 3 a également mentionné qu'il existe des évaluations de la qualité de soins par rapport à la gestion de la douleur et la surveillance des opiacés. Ces évaluations examinent la qualité des interventions effectuées par les infirmières.

La performance vue en termes d'amélioration de l'état de santé

Les infirmières voient aussi la performance des services infirmiers en termes d'amélioration de l'état de santé des patients. Par contre, cette conception a été moins élaborée que celle sur les compétences, le jugement clinique et la qualité des soins et des services infirmiers. Les infirmières soulignent qu'elles offrent des services de haut niveau de performance lorsqu'elles ont, au moyen de leurs interventions infirmières rapides et de qualité, un impact positif sur l'état de santé du patient. Si l'intervention infirmière n'est pas appropriée, les conséquences pour le patient pourraient être négatives, ce qui signifierait de la non-performance.

« Un patient qui est en hypothermie, ben il faut mettre le matelas chauffant. Et si tu ne sais pas comment il fonctionne ben tu perds du temps pis en fin de compte c'est toujours le patient qui paie là-dessus. (Inf. 1) »

Aucun outil mesurant l'impact des soins infirmiers chez les patients n'a clairement été identifié par les infirmières.

La performance vue en termes de rapidité d'exécution de l'infirmière dans l'exercice de ses rôles

L'inf. 1 et l'inf. 3 ont évoqué la rapidité du personnel infirmier comme un autre aspect de la performance des soins et des services infirmiers. Elles mentionnent qu'une infirmière rapide dans l'exécution des tâches offre des soins d'un haut niveau de performance. Les tâches de l'infirmière peuvent être des tâches techniques ou d'évaluation.

« D'abord, il y a la rapidité avec laquelle les patients cheminent dans l'urgence. Tsé, des fois on ne les a pas longtemps, pis c'est comme "Avoye go go go", c'est plus.... Je pense que c'est plus dans ce sens-là qu'ils verraient : "Oh mon dieu, j'ai été performante, j'ai eu 15 patients aujourd'hui!" Tsé, "Oh mon dieu, ça m'a pris juste 20 minutes, tsé mettons 10 minutes". Je ne sais pas, tsé dans le temps qu'on avait la cardio, le patient arrive, il est installé à la salle de chocs, 10 minutes après, monté en hémodynamie... Ça, c'est performant, ça, c'est des critères de performances. Je pense que oui, je pense que c'est ça. (Inf. 3) »

« Si on se réfère au triage ben c'est de t'assurer, c'est de voir ton patient dans sa globalité, mais en très peu de temps, pour bien l'orienter. (Inf. 3) »

L'inf. 3 est la seule à avoir mentionné un outil permettant de mesurer la performance en termes de « rapidité d'exécution ». Elle a indiqué avoir observé des mesures de la performance au sein de la salle à choc (salle où le personnel de l'urgence reçoit des patients qui doivent recevoir des soins ultras rapides (ex. lors d'un infarctus du myocarde)) et du triage. Ces mesures portaient principalement sur les délais d'exécution des tâches des infirmières.

« Il était allé dans le choc aussi pis il regardait là, à l'arrivée du patient, comment, je ne sais pas si c'était en termes de temps qu'ils évaluaient. Mais ils évaluaient tout ça. Le monitoring cardiaque, est-ce qu'on l'a branché sur moniteur? Est-ce qu'on a mis le moniteur en fonction? Comment, ben j'imagine qu'en termes de temps ils doivent calculer aussi, en combien de temps le patient est pris en charge, combien de temps ça prend pour voir un médecin et tout ça. (Inf. 3) »

La performance vue en termes de capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines

Les infirmières ont également mentionné que pour offrir des soins et services d'un haut niveau de performance au sein de l'urgence, il faut pouvoir compter sur une quantité suffisante de ressources humaines. Contrairement aux membres de l'équipe d'encadrement, les infirmières considèrent non seulement les effectifs d'infirmières, mais également les effectifs des autres types de ressources humaines pouvant collaborer de près ou de loin avec les infirmières. Selon elles, pour que l'équipe de soins et l'infirmière à titre individuel offrent des soins d'un haut niveau de performance, il doit y avoir un nombre adéquat de ressources humaines pour combler les besoins et ceux-ci peuvent l'être soit par des infirmières, soit par tout autre professionnel de la santé travaillant en collaboration avec les infirmières. Ces ressources doivent être présentes en quantité suffisante, mais également être là où les besoins sont présents.

« Il y a un manque de performance. Je ne sais pas si je comprends la question, mais, moi je dirais que. Évidemment, il manque des infirmières sur le terrain. (Inf. 1) »

« Avoir tous les éléments en place qui peuvent nous aider, nous faciliter la tâche. Dans le sens, avoir des préposés en quantité suffisante, avoir un pharmacien/pharmacienne disponible pour répondre à nos questions, docteur disponible en tout temps euh avec une complicité bien sûr, une boss qui est disponible pour justement des interrogations, de la formation en continu pour justement améliorer les soins, euh qu'est-ce que je peux dire, les inhalos. C'est une équipe multi finalement. (Inf.2) »

Aucun outil mesurant l'obtention et la mobilisation des ressources humaines n'a été relevé par les infirmières.

La performance vue en termes de capacité d'assurer un bon état physique et psychologique de l'infirmière

L'inf. 1 et l'inf. 3 ont évoqué, lors de leur entrevue respective, qu'une infirmière n'étant pas en condition physique et psychologique adéquate ne pouvait offrir des services d'un haut niveau de performance au sein de l'unité. Un milieu ne permettant

pas d'offrir un contexte de travail optimal favorisant un bon état physique et psychologique ne serait pas en mesure d'offrir des services infirmiers de haut niveau de performance. Les membres de l'équipe d'encadrement doivent faire en sorte de minimiser, par exemple, le recours aux heures supplémentaires afin de préserver l'état physique et psychologique de l'infirmière.

« C'est qu'on est toujours comme sur un genre de bombe à retardement, parce que des *nurses* ici, souvent on va faire du temps supplémentaire, alors on est fatigué, on peut est moins vigilant. Euh pis ça ne prend pas grand-chose des fois juste pour que le patient aille bien pis qu'il aille mal, si tu n'es pas trop vigilant ça peut occasionner des problèmes toujours au niveau du patient, hein? (Inf. 1) »

Aucun outil mesurant cette conception n'a été relevé par les infirmières.

La performance vue en termes d'interaction optimale avec les pairs et le patient/famille

Les infirmières mentionnent l'importance de la communication entre l'infirmière et les autres professionnels ainsi qu'avec le patient/famille. Selon elles, une infirmière offrant de services d'un haut niveau de performance communique de manière efficace avec ses pairs. La communication efficace semble notamment se traduire par la capacité de l'infirmière à synthétiser les informations essentielles et à les divulguer en peu de temps aux divers professionnels de la santé.

« Ce qui risque de ressortir le plus c'est la communication avec les médecins parce que les docteurs euh ben des fois ils sont tannés de se faire appeler dix mille fois pour dire ben là tel patient est... est à régler. Fèque là on cherche une solution pour justement essayer de diminuer... augmenter la communication, mais diminuer les appels. Mais encore là c'est ça. C'est tout ça qu'on travaille, côté nursing. (Inf. 2) »

« Pis si on parle aussi performance en termes de qualités de soins. Je pense à la communication avec le patient parce que là, il faut en venir au patient. La communication avec le le patient, c'est hyperimportant et la communication avec la famille. Fèque ça, ben là ce que, moi dans ma pratique à moi, ce que je fais c'est que je mets vraiment le patient au centre, un peu ce qu'on nous apprend, au centre des soins. Tsé, pis je vais prendre le temps d'écouter ce que le patient a à dire. Fèque, ça aussi je

pense qu'en termes de qualité de soins infirmiers. C'est quelque chose de bien important aussi. (Inf. 3) »

En ce qui concerne la communication avec le patient/famille, celle-ci semble se traduire par une communication de nature respectueuse.

« Aussi ce qui est évalué, c'est la relation avec les autres. Donc, le bénéficiaire et sa famille, est-ce que c'est respectueux. (Inf. 3) »

L'outil relevé mesurant l'interaction (communication) avec les collègues de travail et le patient/famille est l'outil de suivi clinique dont il a déjà été fait mention à quelques reprises. En effet, selon l'inf. 3, il semble y avoir une section accordée à la communication à l'intérieur de l'outil.

La performance vue en termes de capacité à planifier et organiser efficacement son travail

Suivant cette conception, une infirmière organisée dans son travail offre des services d'un haut niveau de performance au sein de l'unité. Elle est organisée en ce qui concerne la gestion de son dossier et de sa section de travail. Elle est efficace dans la gestion de son dossier lorsqu'elle connaît ses outils de travail et sait comment les utiliser afin de faire cheminer son patient à travers l'urgence. La connaissance des diverses composantes du dossier de ses patients est un atout permettant de performer dans la gestion de ce dernier. L'infirmière doit également organiser de manière efficiente les diverses activités liées à sa section de travail et gérer ses tâches efficacement.

« J'pousserais même plus que tu sais où aller. T'as besoin je le sais pas... une radio stat, ben tu vas savoir où aller. Tandis qu'il y en a d'autres ben qu'est-ce que je fais avec ça bon. (Inf. 2) »

« Donc, tsé souvent des infirmières soignantes ont va être focuser comme : “Oh mon Dieu, elle n'arrive pas avec cinq patients”. Oui, il faut finir pas prendre en charge une section complète, mais il faut laisser le temps à la personne. Fèque tsé, ce n'est pas comme coupé au couteau. (Inf. 3) »

« Tsé les gens vont, ben tu as aussi performance au dossier, je pense, tsé de bien gérer ton dossier, de savoir de quoi tu parles, de ne pas laisser, tsé il y a la clinique, ne pas laisser la job aux autres ou du travail inachevé. (Inf. 3) »

L'inf. 3 a indiqué que l'outil de suivi clinique comprend une section au sujet de la planification du travail de l'infirmière en orientation à l'urgence. L'outil comprend notamment les grands thèmes suivants : organisation au début du quart de travail, vérification du plan de soins, vérification de sa feuille de route, organisation lors de sa tournée initiale, etc.

4.4.2 Les liens entre les diverses conceptions des infirmières

Tout comme pour les membres de l'équipe d'encadrement, différents liens ont été repérés à l'intérieur des discours. Les verbatims associés à ces différents liens se trouvent dans le tableau 9, en annexe.

Selon les infirmières interrogées, la démonstration de hauts standards de compétence est vue comme prédictrice d'une bonne capacité d'exécution des interventions infirmières. Un lien a donc été évoqué entre le niveau de compétence de l'infirmière et la qualité de l'intervention infirmière. Le développement de ces compétences se faisant soit par des formations de groupe ou de façon individuelle est également révélateur d'une intervention infirmière de qualité.

Un lien a été mentionné entre le jugement clinique de l'infirmière et la qualité de leurs interventions. Une infirmière possédant un excellent jugement clinique prodigue des soins de meilleure qualité.

Les infirmières ont lié l'acquisition et la mobilisation des ressources humaines (adéquation des ressources humaines) à la qualité de l'intervention infirmière. Pour qu'une intervention infirmière soit optimale, il doit non seulement y avoir un bon nombre de ressources humaines infirmières au bon endroit, mais également la présence de tout autre professionnel de la santé pouvant contribuer à l'intervention.

Un lien a été souligné par les infirmières entre un milieu de travail inadéquat (ex. milieu où l'on oblige des heures supplémentaires) à l'état physique et psychologique de l'infirmière et la qualité de l'intervention infirmière. Ces interventions infirmières effectuées lorsque l'infirmière n'est pas en pleine forme physique et psychologique peuvent avoir des effets sur les résultats chez les patients. Selon l'inf. 1, la vigilance d'une infirmière plus fatiguée est moindre, ce qui peut entraîner certaines erreurs pouvant avoir des répercussions directes sur l'état de santé du patient.

Le processus de soins infirmiers (interventions infirmières) a également été mis en lien avec l'amélioration de l'état de santé du patient. Une intervention infirmière de qualité entraîne de bons résultats au niveau du patient. À l'urgence, les interventions infirmières doivent être rapides. Selon les infirmières, si une infirmière fait une intervention de qualité et rapide, elle obtiendra de bons résultats chez les patients en termes d'amélioration de l'état de santé.

4.4.3 Les indicateurs organisationnels qui influencent la performance des infirmières

Les infirmières qui ont été interrogées ont peu élaboré sur les indicateurs organisationnels, contrairement aux membres de l'équipe d'encadrement. Elles ont mis l'accent sur un seul élément. L'inf. 1 et l'inf. 2 ont discuté des ressources matérielles.

Ces ressources matérielles sont considérées comme un indicateur organisationnel de la performance dans la mesure où elles influencent la façon dont l'infirmière prodigue ses interventions. Afin d'atteindre un niveau de performance, ces deux infirmières ont mentionné qu'elles avaient besoin d'instruments de travail adéquats et fonctionnels.

« Des instruments de travail adéquats. Par exemple appareil à pression ou thermomètre... Donc, c'est beaucoup matériel. (Inf. 2) »

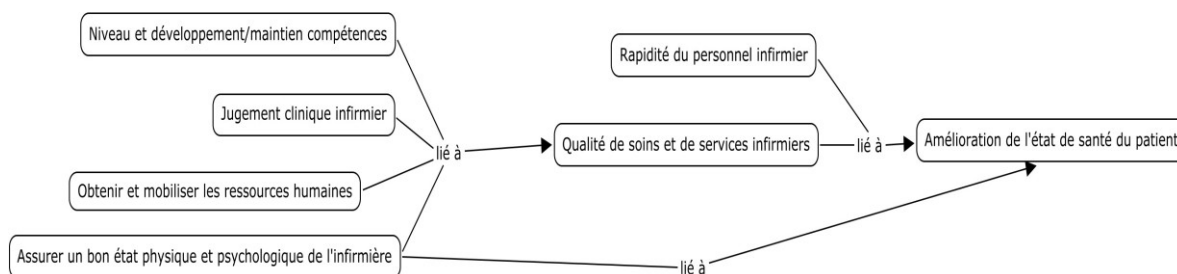
Selon les infirmières, le fait de posséder des instruments de travail adéquats et fonctionnels est un gage de performance puisque les interventions infirmières effectuées à l'aide de ces instruments sont de meilleure qualité. Il y aurait donc possiblement un lien à faire entre les ressources matérielles et la qualité des soins et des services infirmiers.

4.4.4 Résumé des résultats obtenus de la part des infirmières

La présentation des données a permis de relever neuf conceptions de données distinctes. Bien qu'un peu moins complexe que celle des membres de l'équipe d'encadrement, la représentation graphique ci-dessous permet de visualiser les conceptions et les liens entre les diverses conceptions que les infirmières ont évoquées lors des entrevues.

Figure 10

Les conceptions et les liens entre les conceptions évoquées par les infirmières



Les conceptions suivantes n'ont pas été reliées à d'autres conceptions lors des entrevues : l'interaction avec ses collègues et patients/famille et la planification et l'organisation du travail de l'infirmière. Quant à l'indicateur organisationnel, les ressources matérielles présentent un lien possible avec les interventions infirmières.

Comme nous l'avons vu dans la section concernant les membres de l'équipe d'encadrement, trois visions majeures ressortent. Ces visions sont les mêmes que celles évoquées dans la section précédente.

Premièrement, il se dégage des entrevues une vision de la performance en termes d'adéquation des ressources humaines. Cette vision fait écho à quatre conceptions de la performance (voir les cases (ligne pleine grasse) dans la figure 11).

- 1) Le « niveau et développement/maintien des compétences des infirmières » met l'accent sur un aspect qualitatif de la performance suivant lequel une infirmière qui est compétente et qui développe et maintient ses compétences, offre une garantie de services de haut niveau de performance.

- 2) L'« excellence du jugement clinique » met aussi l'accent sur un aspect qualitatif. Le jugement clinique d'une infirmière se traduit notamment par les liens qu'elle fait, les questions qu'elle se pose et sa grande capacité d'analyse.
- 3) La « capacité d'obtenir et de mobiliser des effectifs adéquats en ressources humaines » réfère à la fois à un aspect quantitatif et à un aspect qualitatif des ressources humaines infirmières, tout comme dans le cas des membres de l'équipe d'encadrement. Cette conception fait écho non seulement à l'importance d'effectifs suffisants en ressources humaines afin d'offrir des soins et services d'un haut niveau de performance (aspect quantitatif) mais, également, au déploiement de ces derniers au sein de l'urgence (aspect qualitatif).
- 4) La « capacité d'assurer un bon état physique et psychologique » aux infirmières de l'urgence. Suivant cette conception, si la condition autant physique que psychologique de l'infirmière n'est pas idéale, la qualité de son intervention pourrait être amoindrie et entraîner des répercussions négatives chez les patients.

Une deuxième vision portant sur l'intervention infirmière (processus infirmier) ressort de ces conceptions. Quatre conceptions ont été relevées et font partie de ce regroupement (voir les cases (ligne semi-pointillée) dans la figure 11). Ces quatre conceptions apportent un côté qualitatif à cette vision du processus de soins infirmiers. Par contre, seulement deux de ces quatre conceptions ont été liées aux autres conceptions. Ces deux conceptions sont la « qualité des soins et des services infirmiers » et la « rapidité d'exécution du personnel infirmier ».

- 1) La « qualité de soins et de services infirmiers » mentionne qu'une intervention infirmière de qualité est considérée comme de la performance dans le domaine des soins infirmiers. Une telle

conception amène un caractère qualitatif de cette vision de l'intervention infirmière.

- 2) La « rapidité d'exécution du personnel infirmier » signifie qu'une intervention infirmière qui est exécutée rapidement au niveau des tâches techniques et d'évaluation est considérée comme étant de la performance. Cette conception apporte aussi une caractéristique qualitative à cette vision.

Les deux conceptions qui pourraient être incluses dans cette vision, mais qui n'ont pas été reliées aux autres conceptions par les infirmières sont la « planification et l'organisation du travail de l'infirmière » et « l'interaction avec ses collègues et le patient/famille ».

- 3) La « planification du travail de l'infirmière » fait allusion aux interventions infirmières puisque celles-ci prétendent qu'une organisation optimale au niveau du travail de l'infirmière se traduit par de la performance.
- 4) L'« interaction avec ses collègues et le patient/famille » fait également référence aux interventions infirmières, mais seulement en ce qui a trait à la communication de l'infirmière. Une infirmière qui communique adéquatement est en mesure d'atteindre un haut niveau de performance.

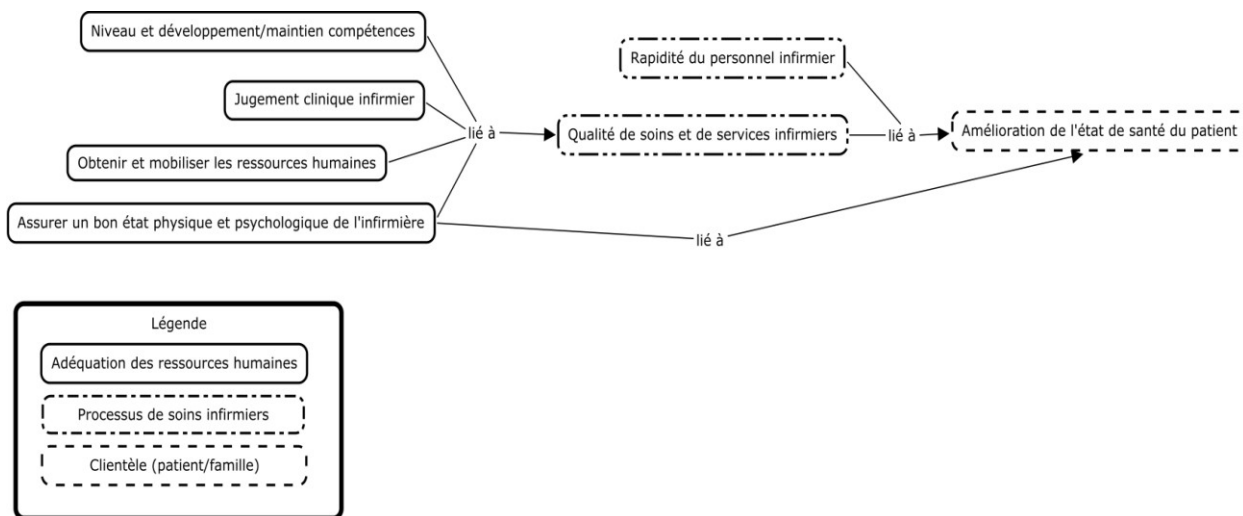
Une troisième vision comprend une seule conception. Cette conception fait allusion aux patients. Elle est représentée par les cases (ligne pointillée) dans la figure 11.

- 1) L'« impact sur l'état de santé du patient ». L'infirmière réalisant des interventions de qualité verra une amélioration de l'état de santé du patient, ce qui se traduit par un haut niveau de performance des soins et services infirmiers.

Selon les infirmières, le fait de posséder et d'utiliser des instruments de travail adéquats et fonctionnels est un gage de performance. Aucun lien clair n'a été évoqué en lien avec cette conception. Par contre, nous pouvons prétendre que ces instruments permettront d'intervenir de façon optimale. Il y aurait possiblement un lien à faire entre les ressources matérielles et la qualité des soins et des services infirmiers. Cet indicateur organisationnel est représenté dans la figure 12.

Figure 11

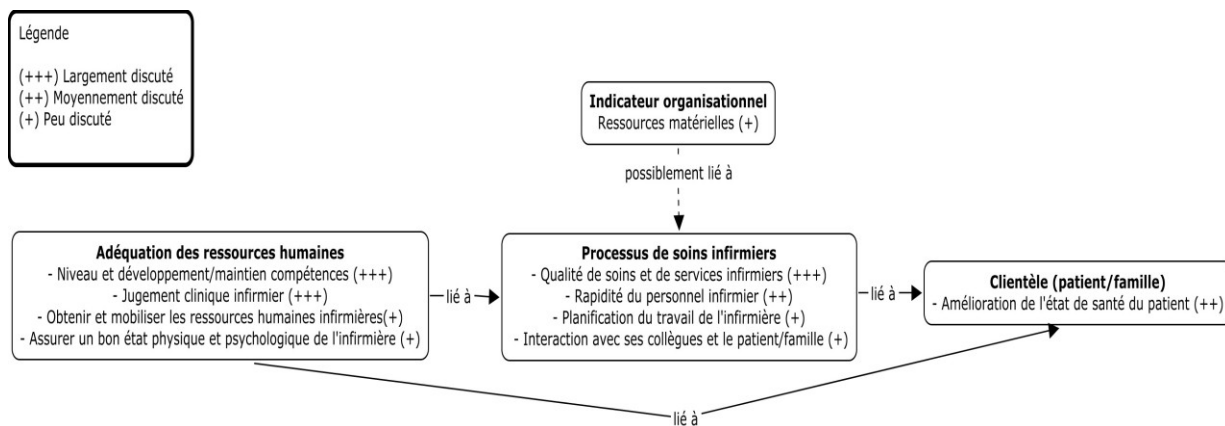
Regroupement des conceptions des infirmières



Les trois visions ainsi que les différents liens sont résumés dans la figure 12. Ce schéma permet de voir que leur conception de la performance des services infirmiers tient compte des trois grandes visions. Cependant, en analysant la prépondérance des thèmes évoqués dans les discours, il a été constaté que les conceptions de la performance des services infirmiers faisaient davantage référence à deux des trois visions : celle qui concerne l'acquisition des ressources humaines infirmières au premier chef puis celle qui concerne les interventions infirmières. Comme pour les membres de l'équipe d'encadrement, certains verbatims ont été largement discutés (attribution de 3 « + »), moyennement discutés (attribution de 2 « + ») et peu discutés (attribution de 1 « + »).

Figure 12

**Regroupement des visions, indicateurs organisationnels et liens entre ceux-ci
provenant des discours des infirmières**



Tout comme les membres de l'équipe d'encadrement, les infirmières ont discuté, lors de leurs entrevues, de différents outils permettant de mesurer la performance selon leur propre conception. Le tableau suivant répertorie les divers outils qui ont été mentionnés dans les discours des infirmières en fonction des différentes conceptions.

Tableau 10**Les outils de mesure de la performance selon les infirmières**

Conceptions	Outils
La qualité des soins et des services infirmiers	- Questionnaire sur l'évaluation de la qualité des soins reçus par les patients - Évaluations de la qualité des soins (gestion de la douleur et surveillance des opiacés)
La rapidité d'exécution de l'infirmière dans l'exercice de ses rôles	- Évaluation des délais d'exécution des tâches des infirmières dans la salle à choc
L'amélioration de l'état de santé du patient	Aucun outil relevé
L'excellence du jugement clinique infirmier	- Outil de suivi clinique
La planification et l'organisation du travail de l'infirmière	- Outil de suivi clinique
Le niveau et la capacité de développement/maintien des compétences	- Évaluation annuelle des ressources humaines - Outil de suivi clinique
La capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines	Aucun outil relevé
La capacité d'assurer un bon état physique et psychologique de l'infirmière	Aucun outil relevé
L'interaction optimale avec les pairs et le patient/famille	- Outil de suivi clinique

4.5 Comparaison entre les conceptions des membres de l'équipe d'encadrement et des infirmières

La troisième question de recherche était la suivante : les conceptions de performance privilégiées par les membres de l'équipe d'encadrement impliqués dans la prestation de services infirmiers correspondent-elles à celles des infirmières ou entrent-elles en conflit? Dans cette section, les différences et similarités entre ces deux visions de la performance seront mises en évidence.

4.5.1 Comparaison au niveau des conceptions

Certaines conceptions relevées chez les membres de l'équipe d'encadrement et les infirmières sont similaires. Par contre, on y retrouve quelques divergences. Le tableau 11 résume les différentes conceptions qui ont été relevées lors des entrevues. Les conceptions qui apparaissent en italique sont celles qui diffèrent dans les propos des deux groupes de participants à l'étude.

Tableau 11

**Comparaison des conceptions relevées chez les membres de l'équipe
d'encadrement et les infirmières**

Visions	Membres de l'équipe d'encadrement	Infirmières
Ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Jugement clinique infirmier - <i>La capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines infirmières</i> - Niveau et développement/maintien des compétences 	<ul style="list-style-type: none"> - Jugement clinique infirmier - <i>La capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines (infirmières et autres)</i> - Niveau et développement/maintien des compétences - <i>La capacité d'assurer un bon état physique et psychologique de l'infirmière</i>
Processus de soins infirmiers/Qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité des soins et des services infirmiers - Planification et organisation du travail du personnel infirmier - <i>Rapidité de détection et d'exécution du personnel infirmier</i> - <i>Quantité de soins et de services infirmiers</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualité de soins et de services infirmiers - Planification et organisation du travail de l'infirmière - <i>Rapidité d'exécution du personnel infirmier</i> - <i>Interactions avec ses collègues et le patient/famille</i>
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Satisfaction de la clientèle</i> - <i>Les soins centrés sur les besoins des patients</i> - Amélioration de l'état de santé du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'état de santé du patient

La vision concernant l'adéquation des ressources humaines présente deux différences majeures. Les membres de l'équipe d'encadrement ont discuté de la capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines infirmières (infirmières seulement). Les infirmières ajoutent à cette vision la capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines (infirmières et autres professionnels de la santé) ainsi que la capacité d'assurer un bon état physique et psychologique de l'infirmière.

Concernant la capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines, c'est à partir de leur propre conception de la performance que les infirmières considèrent les autres professionnels de la santé. Celles-ci doivent constamment collaborer avec eux dans l'exercice de leur profession au sein de l'urgence. Les infirmières ajoutent également la conception « capacité d'assurer un bon état physique et psychologique de l'infirmière » ce qui n'est pas considéré dans la conception de la performance des membres de l'équipe d'encadrement.

Une différence mineure a été relevée entre les conceptions « niveau et développement/maintien des compétences des infirmières ». Les deux groupes d'infirmières clés définissent cette conception de la même manière. Par contre, les infirmières ajoutent que le développement des compétences se fait de façon individuelle. L'infirmière cherche donc par elle-même à développer ses propres compétences et prend les moyens pour le faire (ex. trouver de nouvelles données probantes afin de les appliquer à sa pratique clinique).

Concernant la vision traitant du processus de soins (interventions infirmières), deux conceptions sont les mêmes pour les membres de l'équipe d'encadrement et pour les infirmières tandis que deux conceptions sont différentes. Les membres de l'équipe d'encadrement ont discuté de la quantité de soins et de services infirmiers. Cette

conception prétend que la production d'un certain nombre de soins et de services infirmiers permet de répondre aux besoins des patients. En ce qui concerne les infirmières, elles ont discuté de leur interaction avec leurs collègues et le patient/famille. Cet élément du processus découle directement de leur rôle infirmier où elles doivent interagir constamment avec les patients/familles et leurs collègues de travail. Une différence mineure a été relevée au niveau de la conception traitant de la rapidité d'exécution de l'infirmière. Les membres de l'équipe d'encadrement discutent de la rapidité de l'infirmière dans l'exécution technique et de ses surveillances, tandis que les infirmières mentionnent plutôt la rapidité des infirmières dans l'exécution des ses tâches techniques et d'évaluation.

En dernier lieu, les membres de l'équipe d'encadrement ont longuement échangé sur la vision « clientèle (patient/famille) ». Les deux groupes de participants ont discuté de l'amélioration de la santé du patient. Par contre, les membres de l'équipe d'encadrement ajoutent deux conceptions supplémentaires soit la « satisfaction de la clientèle » et les « soins centrés sur les besoins du patient ».

Plusieurs outils ont été relevés lors des entrevues. Ces outils sont en lien avec les conceptions mentionnées par les deux groupes de participants. Le tableau 12 présente un résumé des comparaisons entre les outils relevés par les membres de l'équipe d'encadrement et ceux qui l'ont été par les infirmières en fonction des différentes conceptions. Il a été remarqué que les membres de l'équipe d'encadrement ont relevé beaucoup plus d'outils que les infirmières.

Tableau 12

**Comparaison entre les outils de mesure de la performance des membres de
l'équipe d'encadrement vs les infirmières**

Conceptions	Outils (MÉE)	Outils (Inf.)
La qualité des soins et des services infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de la qualité du triage - Évaluation de la qualité de préparation et de l'administration des médicaments - Évaluation de la qualité des soins continus - Évaluation de la qualité au niveau de la rédaction des PTI - Évaluation de la qualité des notes au dossier 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire sur l'évaluation de la qualité des soins reçus par les patients - Évaluations de la qualité des soins (gestion de la douleur et surveillance des opiacés)
La rapidité de l'infirmière	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure du temps de triage (ÉTG) - Mesure du « door to balloun » 	- Évaluation des délais d'exécution des tâches des infirmières dans la salle à choc
Les soins centrés sur les besoins des patients	Aucun outil relevé	S.O.
La quantité de soins et de services infirmiers	Aucun outil relevé	S.O.
L'amélioration de l'état de santé du patient	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire sur le soulagement de la douleur chez le patient - Tableau de bord (taux de plaies de pression, taux de chutes, erreurs de médicaments, nombre d'accidents/incidents, utilisation des 	Aucun outil relevé

	contentions, utilisation des culottes d'incontinence, etc.)	
L'excellence du jugement clinique infirmier	- Outil de suivi clinique - Évaluation annuelle des ressources humaines	- Outil de suivi clinique
La planification et organisation du travail de l'infirmière	Aucun outil relevé	- Outil de suivi clinique
Le niveau et la capacité de développement/maintien des compétences	- Évaluation annuelle des ressources humaines - Tableau de bord (heures de formation par infirmière)	- Évaluation annuelle des ressources humaines - Outil de suivi clinique
La capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines	- Tableau de bord (ressources humaines infirmières)	Aucun outil relevé
La satisfaction de la clientèle	- Questionnaire sur le soulagement de la douleur	S.O.
La capacité d'assurer un bon état physique et psychologique de l'infirmière	S.O.	Aucun outil relevé
L'interaction optimale avec les pairs et le patient/famille	S.O.	- Outil de suivi clinique

4.5.2 Comparaison au niveau des indicateurs organisationnels

Les membres de l'équipe d'encadrement ont discuté de divers indicateurs organisationnels. Quant aux infirmières, elles n'ont seulement discuté que des ressources matérielles. Il est ressorti des entrevues que les membres de l'équipe d'encadrement doivent travailler avec ce genre de données afin de faire la gestion de

l'urgence. Les infirmières n'ont pas à travailler avec ces données. Le tableau 13 présente un résumé comparatif entre les indicateurs organisationnels relevés chez les membres de l'équipe d'encadrement et les infirmières.

Tableau 13

Comparaison des indicateurs organisationnels relevés chez les membres de l'équipe d'encadrement et les infirmières

Membres de l'équipe d'encadrement	Infirmières
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Nombre d'ambulances reçues et à recevoir</i> - <i>Nombre de patients dans la salle d'attente</i> - <i>Nombre d'heures d'attente à l'urgence</i> - <i>Nombre de patients admis dans les diverses sections de l'urgence et sur civières</i> - <i>Nombre de lits vacants à l'urgence sur les étages</i> - <i>Nombre de congés prévus</i> - <i>Durée de séjour</i> - <i>Ressources financières</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Ressources matérielles</i>

4.5.3 Comparaison au niveau des visions

Les trois grandes visions (adéquation des ressources humaines, processus de soins infirmiers et clientèle (patient/famille)) sont les mêmes en ce qui concerne les membres de l'équipe d'encadrement et les infirmières. Par contre, il est important de mentionner que les membres de l'équipe d'encadrement ont mis l'accent sur les processus de soins et la clientèle (patient/famille) tandis que les infirmières ont plutôt mis l'accent sur l'adéquation des ressources humaines et les processus de soins.

4.5.4 Comparaisons au niveau des liens

Les liens qu'on retrouve dans la schématisation des données pour les membres de l'équipe d'encadrement (figure 9) et pour les infirmières (figure 12) sont presque tous les mêmes liens. Les seuls liens qui diffèrent concernent les indicateurs organisationnels. Les membres de l'équipe d'encadrement ont ajouté un lien entre cette dimension et la dimension « structure » et « résultats ».

Chapitre 5 : Analyse et interprétation des résultats

Tel que vu dans le chapitre précédent, les conceptions véhiculées par les membres de l'équipe d'encadrement touchent dix aspects de la performance des services infirmiers : 1) qualité des soins et des services infirmiers, 2) rapidité d'exécution de l'infirmière dans l'exercice de ses rôles, 3) soins centrés sur les besoins des patients, 4) quantité de soins et de services infirmiers, 5) amélioration de l'état de santé du patient, 6) excellence du jugement clinique, 7) planification et organisation du travail de l'infirmière, 8) niveau et capacité de développement/maintien des compétences, 9) capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines et 10) satisfaction de la clientèle. Ces différentes conceptions ne sont pas considérées de manière isolée et les discours évoquent plutôt divers liens entre elles. Pour les répondants, ces conceptions de la performance sont également sujettes à l'influence de plusieurs indicateurs qui ont été présentés.

Ces dix conceptions peuvent en fait se regrouper en trois grandes visions de la performance des services infirmiers qui touchent respectivement les ressources humaines infirmières, les processus infirmiers et les effets de ces processus infirmiers sur le patient/famille. Cependant, les résultats ont permis de constater que les discours des membres de l'équipe d'encadrement mettaient davantage l'accent sur les processus infirmiers (interventions infirmières) et les résultats sur le patient/famille.

Concernant les infirmières, les conceptions véhiculées touchent neuf aspects de la performance : 1) qualité des soins et des services infirmiers, 2) rapidité d'exécution de l'infirmière dans l'exercice de ses rôles, 3) amélioration de l'état de santé du patient, 4) excellence du jugement clinique infirmier, 5) planification et organisation du travail de l'infirmière, 6) niveau et capacité de développement/maintien des compétences, 7) capacité d'obtenir et de mobiliser les effectifs adéquats en ressources humaines, 8)

capacité d'assurer un bon état physique et psychologique de l'infirmière et 9) interaction optimale avec les pairs et le patient/famille. Comme pour les membres de l'équipe d'encadrement, certains liens entre ces différentes conceptions ont été relevés. Ces neuf conceptions peuvent se regrouper également en trois grandes visions identiques à celles observées chez les membres de l'équipe d'encadrement. Par contre, les discours des infirmières mettaient surtout l'accent sur les ressources humaines infirmières et les processus infirmiers (interventions infirmières), avec moins d'attention portée aux résultats sur le patient/famille.

Pour les deux groupes, ces résultats démontrent une vision multidimensionnelle, mais non univoque de la performance. Ce chapitre discutera de divers résultats obtenus dans la présente étude.

5.1 Comparaison entre les résultats et le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004)

La schématisation finale des résultats obtenus pour les membres de l'équipe d'encadrement (voir figure 9) et les infirmières (voir figure 12) rejoint étroitement le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004). Les dimensions observées et les liens sont pour la plupart similaires. Il est facile de faire le parallèle entre les trois visions (ressources humaines infirmières, interventions infirmières et clientèle (patient/famille)) résultant des diverses conceptions véhiculées et chacune des dimensions du cadre de référence (structure, processus et résultats) pour les deux groupes de participants.

5.1.1 Comparaison entre les résultats obtenus pour les membres de l'équipe d'encadrement et le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004)

La dimension structurelle du modèle d'Unruh et Wan (2004) réfère aux ressources organisationnelles et professionnelles disponibles. Elle intègre deux aspects distincts, mais interreliés, soit les facteurs organisationnels et la dotation en personnel infirmier. La vision de la performance observée dans cette étude en termes d'adéquation des ressources humaines infirmières fait référence à cette dimension structurelle. Les indicateurs organisationnels relevés par les membres de l'équipe d'encadrement font référence aux facteurs organisationnels dont parlent Unruh et Wan (2004). Les liens entre la vision de « structure » et les autres visions (processus et résultats) de la schématisation finale des résultats sont identiques à ceux que l'on retrouve dans le modèle d'Unruh et Wan (2004).

La vision de la performance observée dans cette étude en termes de processus de soins infirmiers recoupe aussi la dimension processuelle du cadre de référence d'Unruh et Wan (2004). Les diverses conceptions véhiculées par rapport aux interventions infirmières font ainsi référence aux activités et aux soins et services dispensés par les professionnels pour la clientèle. Les liens établis par les membres de l'équipe d'encadrement entre la vision de processus et les autres visions (structure et résultats) sont les mêmes que ceux présents dans le cadre de référence.

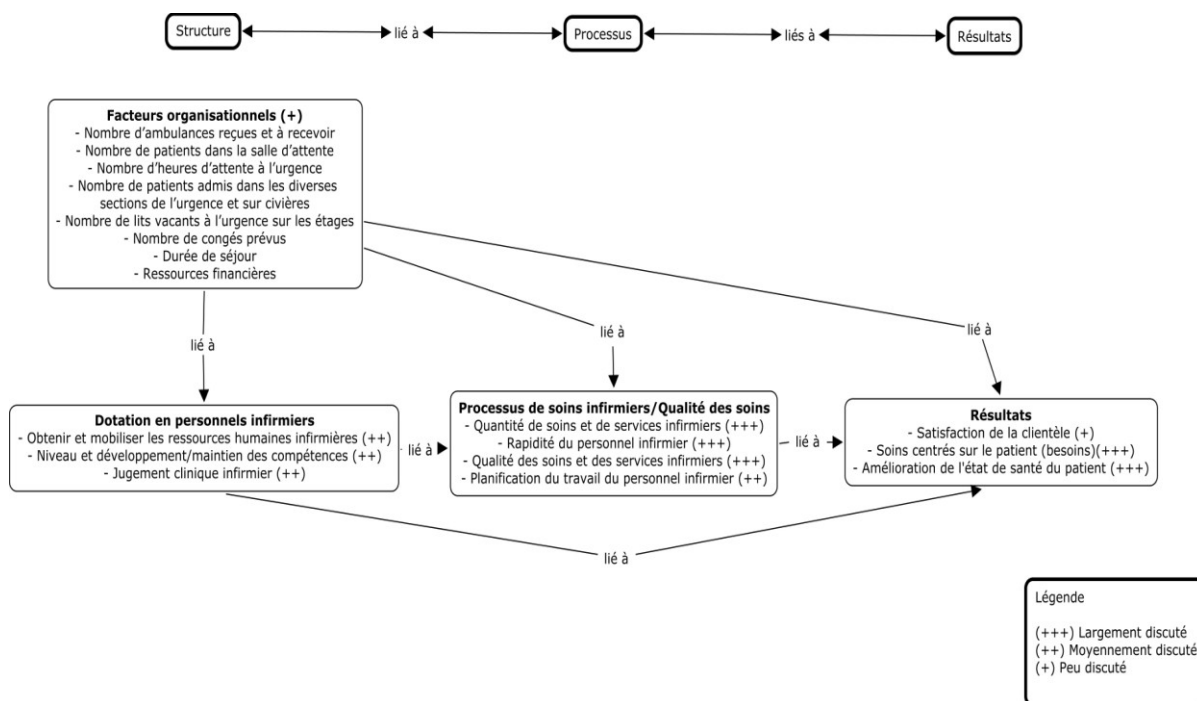
En dernier lieu, la vision de la performance observée dans cette étude en termes de clientèle (patient/famille) rejoint la dimension « résultat » du cadre de référence. Cette dimension du modèle d'Unruh et Wan (2004) interprétée en termes de résultats chez la clientèle découlant du processus de soins rejoint les conceptions véhiculées par

les membres de l'équipe d'encadrement en termes de satisfaction de la clientèle, des soins centrés sur les patients (besoins) et de l'amélioration de l'état de santé du patient. Encore ici, les liens sont identiques à ceux mentionnés dans le cadre de référence.

La figure suivante démontre l'intégration des diverses conceptions répertoriées dans cette étude à l'intérieur du cadre de référence d'Unruh et Wan (2004). Les trois dimensions du modèle (structure, processus et résultats) d'Unruh et Wan (2004) recourent les trois grandes visions relevées dans la collecte de données tandis que les sous-dimensions du cadre de référence recourent les conceptions relevées. Chacune des visions (structure, processus et résultats) est donc composée de conceptions.

Figure 13

Intégration des résultats obtenus pour les membres de l'équipe d'encadrement dans le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004)



5.1.2 Comparaison entre les résultats obtenus pour les infirmières et le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004)

La schématisation finale des résultats obtenus pour les infirmières recoupe le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004), mais les aspects de la performance couverts sont moins exhaustifs que pour les membres de l'équipe d'encadrement. Les visions touchant les « ressources humaines infirmières », les « interventions infirmières » et les effets sur la « clientèle (patient/famille) » réfèrent respectivement aux dimensions structurelles, processuelles et de résultats du cadre de référence. Les conceptions véhiculées en termes de « niveau et développement/maintien des compétences des infirmières », « jugement clinique infirmier », « obtention et mobilisation des ressources humaines » et « bon état physique et psychologique de l'infirmière » font référence dans tous les cas à la dotation en personnel infirmier dont parlent Unruh et Wan (2004) dans leur dimension structurelle. En ce qui concerne les indicateurs organisationnels, les infirmières ont davantage mis l'accent sur la disponibilité des ressources matérielles et ont relié ceux-ci avec le « processus de soins infirmiers/qualité des soins » comme il est démontré dans le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004).

Les infirmières n'ont pas fait de liens explicites dans leur discours entre cet indicateur organisationnel et la dotation en personnel infirmier, non plus entre cet indicateur organisationnel et les résultats, tel que présenté dans le cadre de référence d'Unruh et Wan (2004). Cette discordance entre les résultats de l'étude et le cadre de référence en ce qui concerne les infirmières sera discutée un peu plus loin dans ce chapitre.

La vision de la performance en termes de processus de soins infirmiers reflète encore ici la dimension processuelle du cadre de référence d'Unruh et Wan (2004). Elle se traduit par diverses conceptions qui sont toutes en lien avec le processus de soins infirmiers. Elles font référence aux différentes interventions infirmières (planification,

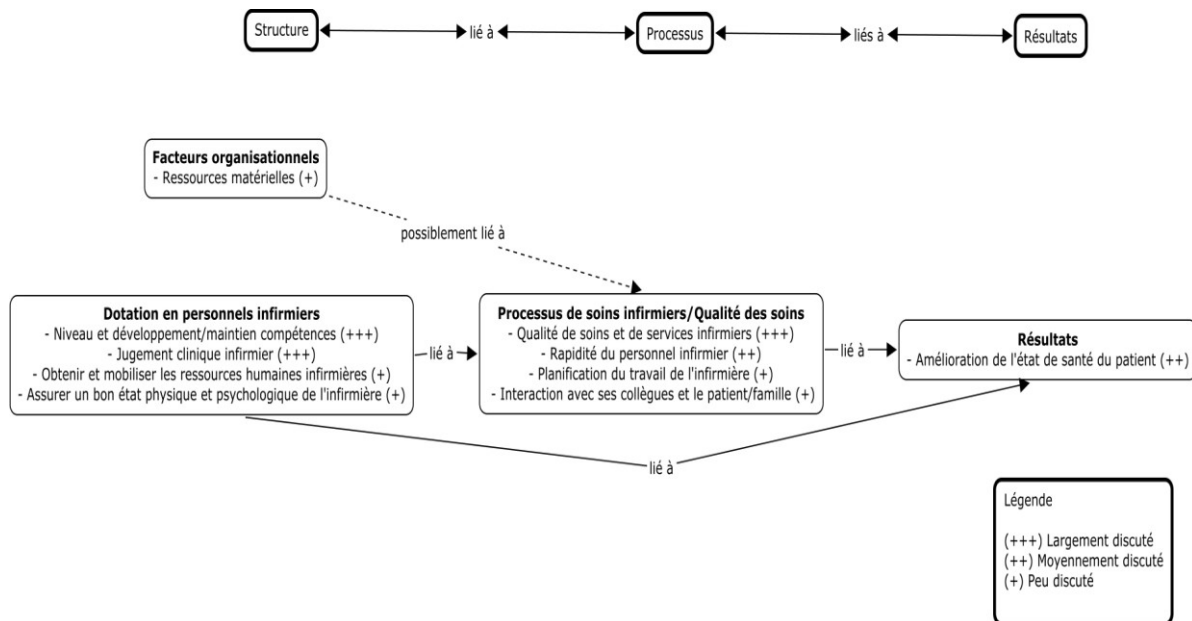
rapidité et qualité) ainsi qu'aux interactions sociales des infirmières avec les différents groupes (collègues de travail et patient/famille).

La vision de la performance en termes d'effets sur la « clientèle (patient/famille) » recoupe la dimension « résultat » du modèle d'Unruh et Wan (2004). La conception véhiculée dans les discours des infirmières en termes d'amélioration de l'état de santé du patient fait donc partie des résultats.

Les mêmes liens présentés dans le modèle d'Unruh et Wan (2004), soit ceux entre les dimensions « structure », « processus » et « résultats », ont été mentionnés par les infirmières dans leur discours. Cependant, tel que mentionné, aucun lien n'a été établi entre l'indicateur organisationnel et les dimensions de « structure » et « résultats ». La figure suivante représente l'intégration des diverses conceptions répertoriées dans les discours des infirmières à l'intérieur du cadre de référence d'Unruh et Wan (2004) (voir figure 14).

Figure 14

**Intégration des résultats obtenus pour les infirmières dans le cadre de référence
d'Unruh et Wan (2004)**



5.1.3 Vers un modèle intégrateur

Selon Brault, Roy et Denis (2008), « la recherche de l'efficacité et de l'excellence dans le domaine de la santé amène organisations et professionnels à travailler conjointement à l'amélioration des processus cliniques » (p.167). Ceci fait référence à la gouvernance clinique qui doit amener les cadres et les professionnels de la santé à travailler sur certaines initiatives communes permettant d'améliorer la performance des soins et des services infirmiers. Elle implique une synergie entre le système de gestion (membres de l'équipe d'encadrement) et le système clinique (les infirmières) (Brault et al., 2008). Cette importante synergie entre les deux groupes

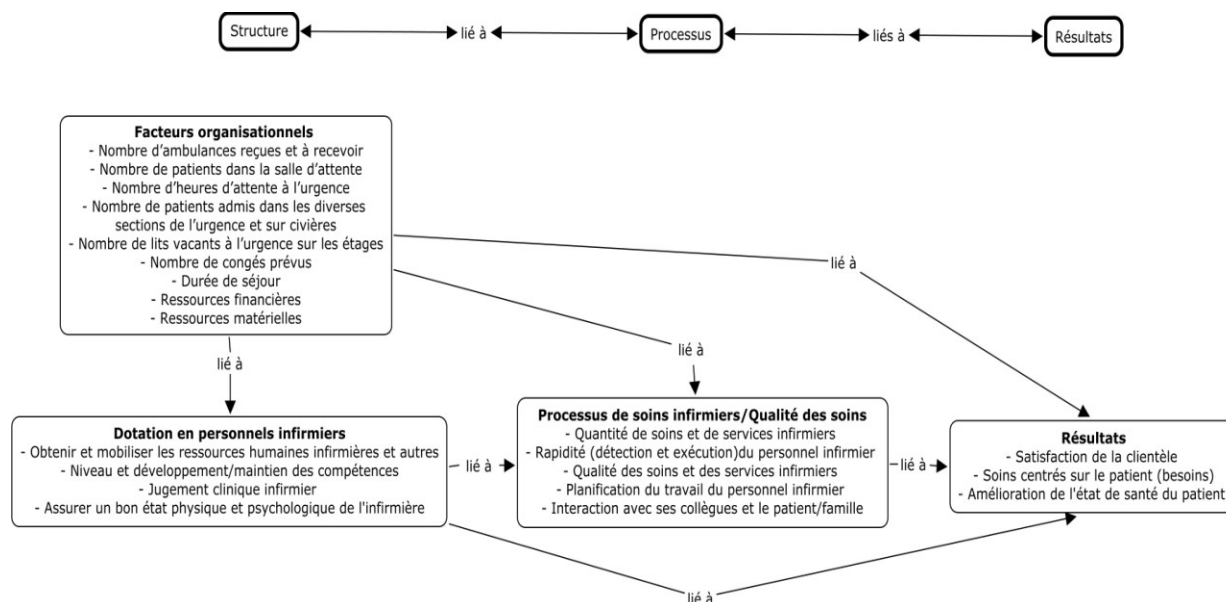
d'acteurs démontre l'importance d'établir un modèle commun de gestion de la performance.

Les résultats de la présente étude permettent de constater que les deux groupes de participants se rejoignent sur les mêmes grandes conceptions de la performance qui se regroupent en trois visions. Le modèle ci-dessous permet d'intégrer les différentes conceptions des deux groupes d'acteurs. Il offre ainsi aux gestionnaires un cadre qui permet de prendre en compte à la fois leurs propres visions et celles des infirmières dans les initiatives de gestion de la performance.

Ce cadre intégrateur offre ainsi la possibilité d'incorporer différentes logiques d'imputabilité (managériale et professionnelle) qui seront abordées dans la prochaine section. Selon Dubois (2008), aucun modèle d'imputabilité ne peut suffire à lui seul pour garantir la responsabilité des acteurs. Une utilisation complémentaire de différents modèles est donc à privilégier. Ce modèle intégrateur offre un outil pertinent à cet égard (voir figure 15).

Figure 15

Modèle conceptuel intégrateur



5.2 Comparaison entre les résultats des membres de l'équipe d'encadrement et des infirmières

Au-delà de la multidimensionnalité du concept de gestion de la performance, les résultats de cette étude laissent aussi voir à la fois des similitudes et des différences entre les membres de l'équipe d'encadrement et les infirmières. Cette section discutera des comparaisons entre les visions structurelles, processuelles et de résultats, les conceptions associées et les indicateurs organisationnels des deux groupes.

5.2.1 Comparaison des visions structurelles, processuelles et de résultats

Les visions de la performance véhiculées par les deux groupes recourent dans les deux cas les aspects structurels, processuels et relatifs aux résultats, mais à des degrés variables. Les membres de l'équipe d'encadrement ont davantage fait écho aux visions processuelles et de résultats. La vision structurelle était présente dans leur discours, mais ils portaient une moins grande attention envers celle-ci (moins de détails au sujet de cette vision et discutée moins abondamment). Quant aux infirmières, elles ont davantage fait écho aux visions structurelles et processuelles. La vision de résultats a fait surface à quelques reprises, mais pas aussi fréquemment que les deux autres visions discutées.

Nous pouvons faire l'hypothèse que les différences relevées entre les deux groupes d'informateurs clés s'expliquent par des logiques différentes qui sous-tendent leurs visions de la performance. La vision de résultats sur laquelle les membres de l'équipe d'encadrement mettent un accent important pourrait ainsi donner écho à une logique managériale qui attire l'attention sur la mesure des résultats et démontre un

souci de satisfaire aux patients, de répondre à leurs besoins et d'améliorer leur état de santé. Selon Dubois (2008), le modèle managérial d'imputabilité axe les mesures de performance sur les résultats et la reddition des comptes se fait principalement auprès des consommateurs et usagers du système de santé (les patients). Les membres de l'équipe d'encadrement doivent aussi répondre aux objectifs organisationnels établis par le centre hospitalier. Les résultats pour le patient sont au cœur des objectifs de ce centre hospitalier qui vise explicitement dans sa mission à répondre aux besoins des patients en leur offrant des soins et des services de haute qualité. Cette mission de l'organisation rejoint les visions de la performance exprimées par les membres de l'équipe d'encadrement en termes de résultats, mais également en termes de processus. En effet, les membres de l'équipe d'encadrement ont affiché l'importance accordée à la satisfaction de la clientèle, à la réponse aux besoins du patient et à l'amélioration de l'état de santé du patient (résultats), mais également aux soins et services rapides et de qualité (processus). Cette importance accordée au processus peut s'inscrire dans une logique professionnelle, complémentaire à la logique managériale. Selon Dubois (2008), le modèle professionnel d'imputabilité prône le respect des normes de pratique, du code de déontologie et des standards professionnels dans le but d'offrir aux patients des soins de qualité reflétant de hauts standards de pratique. Suivant ce modèle professionnel, l'offre de services infirmiers est fondée sur les connaissances, l'expertise et l'expérience de ces professionnels de la santé et une intervention infirmière de qualité ne peut être réalisée sans les expertises nécessaires (compétences et jugement clinique infirmier) de la part des infirmières.

Nous pouvons donc prétendre que les différentes visions véhiculées par les gestionnaires reflètent à la fois les logiques managériales et professionnelles dans lesquelles s'inscrivent leurs interventions. La vision de la performance des membres de l'équipe d'encadrement trouve aussi écho dans différentes approches de la performance retrouvées dans la littérature. En mettant l'accent sur les résultats, les membres de l'équipe d'encadrement rejoignent ainsi le modèle rationnel qui considère qu'une

organisation est performante lorsqu'elle atteint ses buts (Price, 1972). En effet, les membres de l'équipe d'encadrement considèrent que les services infirmiers sont performants lorsqu'ils atteignent les buts, soit satisfaire les patients, répondre à leurs besoins et avoir un impact positif sur leur santé (les soigner). Ils considèrent également le processus relié aux soins et services infirmiers permettant l'atteinte de ces buts. Ils accordent de l'importance à la façon dont les soins et les services sont exécutés. Les soins et les services infirmiers doivent être produits en quantité suffisante afin de répondre aux besoins de la clientèle, doivent être rapides, bien planifiés et de qualité. Ils font ainsi écho au modèle des processus internes qui met l'accent sur la qualité des processus de production (Ketchen et al., 1996).

Quant aux infirmières, leur vision de la performance peut être inscrite au premier chef dans une logique professionnelle. Cette logique s'est reflétée dans divers aspects de la performance qui ont émergé des discours des infirmières et qui touchaient tant des éléments structurels que des éléments processuels. Au niveau structurel, ces conceptions incluaient le niveau et le développement/maintien des compétences, le jugement clinique infirmier, la capacité à obtenir et mobiliser les ressources humaines infirmières et la capacité d'assurer un bon état physique et psychologique de l'infirmière. Au niveau processuel, ces conceptions incluaient la qualité de soins et de services infirmiers, la planification du travail de l'infirmière et l'interaction avec ses collègues et le patient/famille. Ces éléments des discours des infirmières traduisent le souci d'assurer une qualité de soins et de services infirmiers (interventions infirmières de qualité) qui reflètent les meilleurs standards de compétences et les meilleures connaissances. Au niveau structurel, ces éléments font référence à diverses facettes de la dotation et touchent ainsi divers facteurs qui sont essentiels pour que les infirmières s'acquittent efficacement de leurs devoirs et obligations déontologiques dans leur pratique professionnelle.

Selon le Code de déontologie, l'infirmière doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles et doit tenir à jour ses compétences professionnelles (gouvernement du Québec, 2011). Les articles 17 et 18 du Code des professions rejoignent la conception « niveau et développement/maintien des compétences ». Ensuite, selon l'article 54, l'infirmière doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'elle est dans un état de compromettre la qualité des soins et des services (gouvernement du Québec, 2011). Ceci rejoint la conception traitant de l'état physique et psychologique de l'infirmière. Le « jugement clinique infirmier » fait également partie de leurs conceptions de la performance des soins et des services infirmiers. Le champ d'exercices des infirmières découlant de la Loi sur les infirmières et les infirmiers mentionne l'importance du jugement clinique à travers les activités réservées (OIIQ, 2010). L'exercice infirmier consiste notamment à évaluer l'état de santé d'une personne. L'évaluation signifie également de « poser un jugement clinique sur la condition physique et mentale d'une personne » (OIIQ, 2010, p.33).

Les références faites par les infirmières à la capacité à obtenir et à mobiliser les ressources humaines peuvent aussi s'inscrire dans cette même logique professionnelle en ce sens qu'elles témoignent du souci accordé par les infirmières aux conditions structurelles qui peuvent affecter leur pratique professionnelle dans un contexte de pénurie. Selon elles, des effectifs inadéquats de personnel au sein de l'urgence entraîneraient une baisse de performance. La profession infirmière est soumise à une pénurie de personnel depuis quelques années (OIIQ, 2008a). Les infirmières sont assujetties directement aux contraintes de cette pénurie dans divers aspects de leur pratique (insatisfaction au travail, épuisement, augmentation du risque de faire des erreurs, etc.) (Aiken et al., 2001 ; Baumann et al., 2001 ; Santé Canada, 2002 ; Sheward et al., 2005). En effet, les conséquences de la pénurie sur le travail des infirmières et les processus de soins se manifestent de différentes manières. Les problèmes de dotation en ressources humaines infirmières ont été associés à des problèmes de qualité et divers résultats négatifs pour les usagers. Par ailleurs, les problèmes de dotation affectent aussi

directement la santé physique et psychologique des infirmières et compromettent ainsi leur capacité à fournir des services répondant aux meilleurs standards de performance.

La vision de la performance des infirmières trouve aussi écho dans différentes approches de la performance retrouvées dans la littérature. Plusieurs préoccupations précédemment relevées au regard de l'adéquation de la dotation rejoignent le modèle d'acquisition des ressources selon lequel une organisation est performante si elle parvient à obtenir les ressources dont elle a besoin pour survivre et grandir (Yuchtman & Seashore, 1967). Manifestement, les infirmières ont affiché l'importance accordée à la disponibilité des ressources humaines et matérielles. En effet, afin que la performance des soins infirmiers à l'urgence soit optimale, elles mentionnent qu'elles doivent obtenir les bonnes ressources matérielles (qualité et quantité suffisante) et humaines (nombre et de qualité (compétentes, possédant un bon jugement clinique et en bon état physique et psychologique)). Cependant, la mobilisation de ces ressources, loin d'être une fin en soi, doit servir aux processus de soins infirmiers. Les infirmières ont ainsi démontré l'importance accordée à la façon dont les soins et les services sont exécutés. Ces derniers doivent être rapides, bien planifiés et de qualité. Cette conception de la performance peut être mise en parallèle avec le modèle des processus internes qui met l'accent sur la qualité des processus de production (Ketchen et al., 1996).

Il ressort de cette analyse que la vision de la performance des infirmières est fortement teintée par une logique professionnelle incluant des conditions structurelles permettant d'assurer les meilleurs processus de soins. Cette logique professionnelle se reflète aussi fortement dans les discours des membres de l'équipe d'encadrement, mais exprime également aussi une logique complémentaire de nature managériale. Cette logique complémentaire porte attention aux résultats de soins et non seulement aux simples processus. Sans être occultée, cette attention aux résultats est moins forte chez les infirmières. Les infirmières ont aussi fait référence à « l'amélioration de l'état de

santé des patients » dans leur vision de la performance. Les résultats montrent en ce sens des visions qui ne sont pas forcément en opposition, mais qui peuvent être complémentaires en prenant en compte ces différentes perspectives, cadre plus large et plus complet, pour poursuivre les objectifs organisationnels et contribuer à l'amélioration des services.

5.2.2 Comparaison des conceptions et des indicateurs organisationnels

Certaines conceptions relevées chez les membres de l'équipe d'encadrement et les infirmières sont similaires. Par contre, nous y retrouvons quelques différences. Ces divergences observées ne font que renchérir le fait que la performance est un concept multidimensionnel et que divers groupes d'acteurs peuvent façonner leur propre interprétation de ce vaste concept (Champagne et al., 2005 ; Dussault, 2001).

En ce qui concerne les conceptions se situant dans la vision structurelle, une première différence relevée touche à la « capacité d'obtenir et de mobiliser une quantité adéquate de ressources humaines ». Alors que les infirmières considèrent que cette capacité de mobilisation concerne aussi d'autres professionnels, les membres de l'équipe d'encadrement font référence aux infirmières uniquement. Les infirmières doivent constamment collaborer avec les autres professionnels de la santé dans l'exercice de leur profession (OIIQ, 2010). Lorsqu'il y a un manque de personnel (infirmier et autres), les infirmières considèrent que les services infirmiers ne répondent pas aux critères de performance. Unruh et Wan (2004) mentionnent ne pas avoir inclus les composantes qui impliquaient les autres professionnels (médecins, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, etc.) dans leur cadre de référence puisque leur objectif était de cibler seulement les soins infirmiers. Par contre, à la lumière de ces résultats, nous constatons que les infirmières en font un critère clé. Les services infirmiers ne peuvent être performants sans la disponibilité des autres professionnels de la santé avec qui elles collaborent constamment.

Contrairement au personnel d'encadrement, les infirmières ont aussi mis l'accent sur la « capacité d'assurer un bon état physique et psychologique de l'infirmière ». Cette attention fait référence à leur Code de déontologie comme il a été expliqué précédemment (gouvernement du Québec, 2011). Elle peut également être mise en lien avec la pénurie vécue par les infirmières dans les milieux de soins. Le contexte de pénurie entraîne une incapacité d'assurer un bon état physique et psychologique de l'infirmière puisque les conditions de pratique ne sont pas optimales.

Une autre particularité des conceptions privilégiées par les infirmières est l'attention portée au « niveau et développement/maintien des compétences » et surtout à la responsabilité individuelle du développement de ses propres compétences. Cette conception de la performance donne écho aux articles 17 et 18 du Code de déontologie qui soulignent respectivement que l'infirmière doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles et doit tenir à jour ses compétences professionnelles (gouvernement du Québec, 2011).

Concernant les conceptions se situant dans la vision processuelle, deux différences sont notables. Les membres de l'équipe d'encadrement ont mis de l'avant la quantité de soins et de services infirmiers qu'ils relient directement avec les besoins des patients. Cette conception ne figure pas dans la vision processuelle des infirmières. La conception de la performance des membres de l'équipe d'encadrement reflète ainsi leur position dans l'organisation et leur responsabilité de s'assurer de prodiguer une quantité de soins correspondant aux besoins de la clientèle. Du côté des infirmières, ces dernières considèrent plutôt les interventions infirmières comme un processus relationnel entre elles et le patient. Ceci se traduit dans les résultats par la deuxième différence relevée qui touche la plus grande importance accordée par les infirmières à leur interaction avec leurs collègues et le patient/famille. Cet élément du processus découle directement de leur rôle infirmier où elles doivent interagir constamment avec

les patients/familles et leurs collègues de travail (OIIQ, 2010). Cet aspect de la performance, tel que perçu par les infirmières, recoupe également les rôles dépendants et interdépendants dont fait mention le *Nursing Role Effectiveness Model* (voir figure 4 en annexe) (Doran et al., 2002). Le rôle indépendant de l'infirmière n'implique aucun autre professionnel de la santé dans le processus de soins tandis que les rôles dépendants et interdépendants impliquent les autres professionnels. L'importance des interactions (communication) avec ses collègues de travail dont font mention les infirmières réfère au rôle interdépendant du *Nursing Role Effectiveness Model* et fait également référence à l'importance du processus relationnel dont fait mention Gilbert (2005).

En dernier lieu, tel que mentionné, les membres de l'équipe d'encadrement ont discuté abondamment des conceptions se situant dans la vision de « résultats ». Les deux groupes de participants ont discuté de l'amélioration de l'état de santé du patient. Par contre, les membres de l'équipe d'encadrement ajoutent deux conceptions supplémentaires soit la « satisfaction de la clientèle » et la « réponse aux besoins des patients ». L'explication de l'élaboration de ces conceptions par les membres de l'équipe d'encadrement par rapport à celle des infirmières se retrouve dans la section « comparaison au niveau des visions ».

En ce qui concerne les indicateurs organisationnels, alors que les membres de l'équipe d'encadrement ont mis de l'avant une large gamme d'indicateurs, les infirmières ont focalisé l'attention sur la disponibilité des ressources matérielles. Ceci peut être expliqué par le fait que contrairement aux infirmières, les membres de l'équipe d'encadrement sont davantage interpellés par ces indicateurs organisationnels dans le cadre de leur travail de gestion au quotidien pour coordonner et planifier les unités de soins ainsi que le personnel infirmier. À l'opposé, les ressources matérielles ont une grande importance pour les infirmières afin qu'elles puissent effectuer leurs activités de

soins (ex. sphymomanomètre pour la prise de la pression artérielle, thermomètre pour la prise de la température, seringue pour effectuer des injections de toute sorte, etc.).

5.3 Un enjeu d'outillage de la performance

Les participants à l'étude ont, de manière claire, montré l'importance qu'ils accordent à la mesure de la performance au sein de leur établissement. Par contre, on peut observer qu'il n'existe pas un système intégré d'évaluation de la performance, mais plutôt un ensemble d'outils disparates. On peut aussi observer que les infirmières sont peu impliquées dans la conception et la mise en œuvre de ces outils. Le modèle intégrateur qui émerge de cette étude et donne écho à divers modèles et définitions répertoriés dans la littérature offre un cadre pertinent tant pour intégrer les diverses conceptions des membres de l'équipe d'encadrement et des infirmières que pour adopter une approche plus complète et moins fragmentée de la performance.

Dans le contexte actuel de pénurie, il est important d'utiliser de manière optimale les ressources infirmières afin d'améliorer ou de maintenir la qualité des soins prodigués aux patients. En effet, plusieurs études ont démontré l'influence des soins infirmiers sur les résultats au niveau des patients (Rafferty et al., 2005). Un système intégré de mesure de la performance des services infirmiers (ex. insatisfaction des patients à l'égard des soins reçus) offre aux acteurs organisationnels un levier essentiel pour bonifier la pratique infirmière et ainsi améliorer la qualité des soins prodigués aux patients. Un tel système est utile pour renforcer l'imputabilité des acteurs impliqués dans l'offre de services infirmiers et leur permettre de rendre des comptes à la fois de leurs résultats et des voies et moyens adoptés pour atteindre ces résultats (Kurtzman & Jennings, 2008b).

L'enjeu au niveau de la mesure de la performance est qu'il existe une vaste gamme de mesures possibles compte tenu de la multidimensionnalité de ce concept. Le caractère multidimensionnel de la performance transparaît dans les résultats de cette étude au regard des diverses conceptions projetées par les deux groupes d'acteurs organisationnels. Il ne s'agit pas de prendre en compte toutes ces conceptions dans l'élaboration des outils de mesure, mais de réaliser les arbitrages nécessaires en vue d'identifier un ensemble intégré de mesures qui reflètent une diversité de préférences, qui touchent aux diverses facettes complémentaires de la performance et qui sont applicables dans les milieux de soins. Selon Fried (2010), quatre critères doivent être pris en considération lors du choix des outils de mesure de performance. Tout d'abord, les supérieurs et les subordonnés doivent identifier, ensemble, les indicateurs étant les plus appropriés pour mesurer la performance de leur milieu en fonction des objectifs organisationnels. Certains critères de performance peuvent être plus importants que d'autres pour le milieu (ex. le développement des compétences des infirmières). Ensuite, les mesures de performance doivent prendre en considération l'ensemble des éléments contenus dans la description du rôle de l'infirmière (*scope of practice*). Le troisième critère consiste à choisir des outils de performance qui sont sensibles aux interventions infirmières. Fried (2010) discute aussi de la contamination des mesures de performance par les autres professionnels qui interagissent constamment avec les infirmières. Le travail interdisciplinaire à l'urgence est prédominant puisque les acteurs organisationnels ont souvent révélé l'importance du travail d'équipe. De plus, les infirmières ont souvent intégré les autres professionnels dans leur propre conception de la performance des services infirmiers. Par contre, afin de mesurer exclusivement la performance des services infirmiers, le défi consiste alors à choisir des indicateurs de performance qui ne sont pas contaminés par les autres professionnels de la santé. Le dernier critère en lien avec le choix des outils de mesure de performance concerne la validité de l'outil. Les mesures de performance doivent être constantes dans le temps et entre les individus. Ces différents critères établis par Fried (2010) peuvent être utiles

afin de choisir les conceptions (indicateurs) du modèle intégrateur étant les plus pertinentes pour mesurer la performance des services infirmiers d'un milieu de soins.

5.4 Les responsabilités des infirmières par rapport à la gestion de la performance des services infirmiers

Dans un contexte de demande accrue d'imputabilité, il est nécessaire pour la profession infirmière de se doter d'outils pour mesurer la performance des services infirmiers. L'autonomie est l'une des caractéristiques les plus importantes du statut de profession. Elle permet entre autres le contrôle de son travail (au niveau des savoirs, du traitement des diverses problématiques, etc.) (Goulet, 2002). Les membres d'une profession ont une perspective unique de cette dernière. Les infirmières ont donc leur propre façon de voir et d'interpréter les divers sujets et problématiques qui se produisent au sein de leur profession (Colyer, 2004). Cependant, selon Goulet (2002), « l'expertise des infirmières est souvent ignorée » (p. 179). Les membres de l'équipe d'encadrement auraient intérêt à intégrer les conceptions des infirmières lors des discussions au sujet de la gestion de la performance. Les prises de décisions en regard des mesures de la performance devraient être faites conjointement avec les infirmières.

Lors des entrevues, les membres de l'équipe d'encadrement avaient peu de difficulté à relever et à élaborer sur les outils permettant de mesurer la performance des services infirmiers. Les mesures de la performance font partie intégrante de leurs responsabilités managériales. Cependant, en ce qui concerne les infirmières, elles semblaient peu informées au sujet des mesures qui sont prises au sein de leur organisation malgré la préoccupation qu'ont ces dernières par rapport à la performance des services infirmiers. Elles n'ont nommé que quelques outils de mesure et elles soulignent qu'elles ne sont pas impliquées dans ces démarches. Compte tenu du fait que

les infirmières sont les mieux placées afin de discuter de leur propre performance, ceci est considéré comme étant une importante lacune.

Les organisations devraient donc impliquer les infirmières dans la conception et la mise en œuvre des outils de mesure. Les infirmières devraient également avoir accès aux données obtenues suite aux mesures sous forme de rétroaction à des fins d'amélioration. L'étape de la rétroaction est cruciale dans la gestion de la performance puisqu'elle permet aux employés de s'améliorer suite aux résultats obtenus (Fried, 2010). Selon Fried (2010), la gestion de la performance est composée de formulation d'objectifs de performance, d'établissement de stratégies d'amélioration, d'évaluations par rapport à l'atteinte de ces objectifs, de mesures individuelles de la performance et de système de rétroaction par rapport aux objectifs et aux mesures individuelles de performance. Cette gestion de la performance doit se faire de concert avec les employés (Fried, 2010).

La participation des infirmières dans ce processus pourrait avoir des effets bénéfiques sur ces dernières. Cette implication permettrait de tenir compte davantage de leurs perspectives dans le développement et la mise en place des outils de mesure de la performance. En plus d'améliorer leur compréhension face à la contribution spécifique de la profession infirmière aux soins de santé, elles pourraient dans ce cas se sentir davantage parties prenantes des efforts d'amélioration de la performance au sein de leur organisation (Rafferty et al., 2005). Cette façon de faire encourage entre autres l'autonomie de l'infirmière (Mayrand, Viens & Lavoie-Tremblay, 2002). Ceci a pour conséquence de favoriser la satisfaction des infirmières au sein de l'organisation (Kramer & Schmalenberg, 2003).

L'accès des infirmières à ces résultats leur permettrait d'évaluer la qualité des soins qu'elles dispensent. Elles pourraient ainsi contrôler leur propre pratique et prendre

les mesures nécessaires pour célébrer les succès ou éviter les échecs. Les dimensions où des améliorations seraient souhaitables pourraient servir à fixer des objectifs de performance aux infirmières. Plus un employé atteint de bons résultats (offre des soins de qualité), plus il sera motivé et satisfait de son travail ce qui l'incitera à nouveau à offrir des services de haut niveau de performance (Bergeron, 2006 ; World Health Organization, 2006). Tout ceci pourrait notamment avoir pour effet de favoriser l'attraction des infirmières dans l'organisation (Rafferty et al., 2005).

Tel que mentionné, une infirmière satisfaite de son travail sera motivée à offrir des services infirmiers de haute qualité. Les résultats obtenus de ces mesures permettraient aussi de cibler davantage les problèmes liés aux soins infirmiers (au niveau des éléments de structure, de processus ou de résultats) et ainsi déployer les efforts au bon endroit afin d'en améliorer la qualité. Les interventions d'amélioration de la performance, tant au niveau méthodologique (conception d'outils de mesure) qu'au niveau des résultats obtenus suite à l'utilisation de ces outils de mesure, peuvent être ainsi vues comme des leviers importants pour améliorer la santé des patients et créer de meilleures conditions de travail pour le personnel infirmier.

5.5 Les limites de l'étude

Tout d'abord, le milieu choisi afin de mener l'étude est l'urgence d'un centre hospitalier. Ce milieu accueille une quantité importante d'utilisateurs nécessitant une investigation et des soins variés. Ces utilisateurs sont ensuite distribués à travers l'hôpital par spécialité en fonction des soins requis. L'urgence est donc un milieu différent des autres départements d'un centre hospitalier puisqu'elle reçoit un éventail varié de patients et agit à titre de « porte d'entrée » du centre hospitalier. Ce milieu, bien qu'approprié pour la collecte de données au sujet de la performance des soins et des services infirmiers, comporte peu de caractéristiques similaires aux autres unités, autant au niveau de l'organisation de l'unité que du rôle que doivent remplir les divers

professionnels y œuvrant. La collecte de données s'est limitée à cette unité de soins particulière. Des différences dans les conceptions privilégiées par les acteurs organisationnels pourraient être observées dans d'autres types d'unités de soins. Il reste une incertitude quant au potentiel de transfert des résultats obtenus à l'urgence à d'autres types d'unités.

Par ailleurs, l'urgence choisie était située dans un grand centre urbain avec un niveau d'activités peu représentatif de ce qu'on peut observer dans de petits centres urbains ou en milieu rural. En plus de son emplacement, cet hôpital est un centre hospitalier universitaire. Ce type de centre hospitalier exerce des missions supplémentaires, notamment au niveau de l'enseignement et de la recherche, mais offre également des services plus spécialisés. Ce sont autant d'éléments qui ont pu influencer les discours des acteurs clés qui ont été interrogés quant à la performance.

Les infirmières qui ont participé à cette étude possédaient toutes plusieurs années (entre 14 et 25) d'expérience dans le domaine des soins infirmiers. Il aurait été intéressant d'inclure de plus jeunes infirmières afin de recueillir aussi leurs perceptions de la performance d'autant plus que les infirmières de l'urgence sont majoritairement des infirmières de très jeune âge et ayant peu d'expérience dans le domaine des soins infirmiers.

En dernier lieu, les infirmières ayant participé à la présente étude étaient des infirmières soignantes, mais elles avaient également à prendre le rôle d'assistante de l'infirmière-chef d'unité ou de responsable de la formation à quelques occasions. Ces deux rôles qu'elles avaient à jouer au sein de l'urgence impliquent qu'elles avaient de temps en temps une fonction hybride : clinique et encadrement. Cette particularité pourrait aussi avoir influencé leur propre conception de la performance des services infirmiers puisque leur vision était possiblement teintée de la vision des membres de

l'équipe d'encadrement. Par contre, nous pouvons également penser que cette particularité aurait pu également enrichir leur perspective puisqu'en travaillant du côté de la direction, celles-ci se sentent donc plus interpellées par ce genre de préoccupation.

Concernant les membres de l'équipe d'encadrement, quatre d'entre eux avaient déjà œuvrés à titre d'infirmière soignante. Quant à l'urgentologue, ce dernier travaillait de près avec les infirmières soignantes. Cette proximité entre les membres de l'équipe d'encadrement et le rôle d'infirmière soignante pourrait avoir influencé leurs discours. Ces particularités des infirmières (rôle hybride) et des membres de l'équipe d'encadrement pourraient expliquer le fait que leurs visions ne sont pas en opposition, mais bien complémentaires.

5.6 Les recommandations pour la recherche, la gestion et la pratique clinique

Tel que mentionné dans les limites de l'étude, le milieu de l'urgence se distingue des autres unités de soins. Les caractéristiques de l'environnement n'ont pas été considérées durant cette étude même si elles ont un impact sur les conceptions évoquées dans les discours des acteurs. La performance est un concept dit contingent (Champagne et al., 2004). Ceci permet d'affirmer que les conceptions de performance privilégiées par les différents acteurs pourraient varier en fonction du contexte et de la situation, d'où l'importance d'explorer cet aspect lors d'études futures. En effet, à quelques reprises, les membres de l'équipe d'encadrement ont souligné que le contexte (ex. le contexte interdisciplinaire) dans lequel les soins sont exécutés influence la performance des services infirmiers. À cet égard, il serait utile d'approfondir l'analyse dans d'autres études pour mieux comprendre comment divers facteurs contextuels affectent les conceptions de la performance et les approches en matière de gestion de la performance. Ces éléments contextuels font référence notamment aux divers modèles d'organisation

des services infirmiers présents au sein des urgences, à la composition des équipes de soins, aux types de clientèles ainsi qu'à l'achalandage de ce milieu. Cette compréhension pourra aussi être approfondie en reproduisant cette étude dans d'autres types d'unités de soins avec des caractéristiques différentes et auprès d'autres groupes d'acteurs organisationnels concernés par la performance des services infirmiers (médecins, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, etc.).

Cette étude amène certaines recommandations pour le domaine de la recherche, mais également pour le domaine de la gestion des services infirmiers. Le modèle intégrateur qui a été développé au cours de cette étude offre un cadre permettant de guider le développement des outils de mesure de performance directement en lien avec les soins infirmiers. Ces outils de mesure pourraient permettre de répondre à la demande accrue de reddition des comptes dans le domaine des services infirmiers et servir de leviers tant pour améliorer la santé et la sécurité des patients que pour créer de meilleures conditions de travail pour le personnel infirmier.

Les résultats ont également démontré que malgré la préoccupation que possèdent les divers acteurs organisationnels impliqués dans l'offre des services infirmiers envers les mesures de performance, il n'existe pas d'outils de mesure intégrés, mais plutôt plusieurs outils disparates, d'où l'importance de développer et de mettre en œuvre des outils de mesure basés sur le modèle intégrateur.

Finalement, le rôle de l'infirmière a été mis en lumière en ce qui concerne la conception des outils de mesure de la performance, la mise en œuvre de ces différentes mesures ainsi que dans l'interprétation des résultats obtenus. Les infirmières ne sont pas impliquées dans le système de gestion de performance de l'organisation ce qui est considéré comme étant une importante lacune compte tenu de l'importance qu'ont ces intervenantes en regard de la performance des services infirmiers. Les gestionnaires

auraient donc intérêt à les intégrer dans ce processus permettant d'obtenir des effets bénéfiques pour les infirmières, mais également pour les usagers du système de santé.

5.7 Conclusion

En conclusion, cette étude a permis de mieux comprendre les conceptions de la performance des divers acteurs organisationnels impliqués dans l'offre de services infirmiers. Il ressort de cette étude que malgré les différences qui ont été notées entre les conceptions de la performance des services infirmiers des membres de l'équipe d'encadrement et celles des infirmières, leurs conceptions se recourent. L'analyse des discours a permis de conceptualiser un modèle intégrant les différentes perspectives des participants. L'utilisation de ce modèle permettra de créer des outils de mesure de la performance directement liés aux soins infirmiers répondant ainsi à une importante lacune, soit l'absence d'outils intégrés. Dans un contexte de demande accrue d'imputabilité, l'utilisation de ces outils ainsi que l'implication des infirmières dans la mise en œuvre de ceux-ci sont importantes, voire même essentielles. Les retombées de cette étude permettront notamment de contribuer à l'amélioration de la santé et de la sécurité des patients.

Bibliographie

- Adler, P. S., & Borys, B. (1996). Two types bureaucracy : Enabling and coercitive. *Administrative Science Quarterly*, 41(1), 61-89.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs*, 20(3), 43-52.
- Aiken, L. H., Clark, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L. H., Clark, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., & Silber, J. H. (2003). Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1623.
- Atchley, S. (1991). A time-ordered, systems approach to quality assurance in longterm care. *Journal of Applied Gerontology*, 10, 19-34.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Stassen, A.M., Blythe, J., Bourbonnais, R., & Cameron, S. (2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa : Canadian Health Services Research Foundation.
- Bergeron, P.G. (2006). *La gestion dynamique : Concepts, méthodes et applications* (4e éd.). Montréal : Gaëtan Morin.
- Buerhaus, P. I., Donelan, K., Ulrich, B. T., Norman, L., DesRoches, C., & Dittus, R. (2007). Impact of the nurse shortage on hospital patient care : comparative perspectives. *Health affairs*, 26(3), 853-862.
- Brault, I., Roy, D.A. & Denis, J.L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé, *Pratiques et organisation des soins*, 39 (3), 167-173.
- Cameron, K. S. (1978). Measuring organizational effectiveness in institutions of higher education. *Administrative Science Quarterly*, 23, 604-632.

- Cameron, K. S. (1986). Effectiveness as paradox : consensus and conflict in conceptions of organizational effectiveness. *Management Science*, 32(5), 539-553.
- Cameron, K. S., & Whetten, D. A. (1981). Perceptions of organizational effectiveness across organizational life cycles. *Administrative Science Quarterly*, 26, 525-544.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Picot-Touche, J., Béland, F. & Nguyen, H. (2004). *Un Cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le Modèle EGIPSS*, Rapport technique, Québec : Conseil de la santé et du bien-être.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Picot-Touché, J., Béland, F., & Nguyen, H. (2005). *Un Cadre d'évaluation globale de la performance des systèmes de services de santé : Le Modèle EGIPSS*. Résumé du rapport technique, Québec : Conseil de la santé et du bien-être.
- Cho, S. H. (2001). Nurse staffing and adverse patient outcomes : a system approach. *Nursing Outlook*, 49(2), 78-85.
- CIHI. (2006). *Hospital report : acute care*. Ontario : Gouvernement de l'Ontario et l'OHA.
- Colyer, H.M. (2004). The construction and development of health professions : where will it end? *Journal of advanced nursing*, 48 (4), 406-412.
- Contandriopoulos, A-P. (2008, janvier). *L'évaluation globale et intégrée des systèmes de santé (EGIPSS) : un instrument aux services de l'amélioration continue de la performance*. Communication présentée à la Direction de santé publique de Montréal.
- Contandriopoulos, A. P., Trottier, L.-H., & Champagne, F. (2008). L'amélioration de la performance : un enjeu central pour les CSSS. *Infolettre*, 5(2), 2-7.
- Crosby, P.B. (1984). *Quality without tears : The arte of hassle-free Management*. New York : McGraw-Hill.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(1), 166-203.
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care : How it can be assessed ? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.

- Donabedian, A. (1996). The quality of care: How can it be assessed? Dans J.A. Schmele (Ed.), *Quality Management in Nursing and Health Care*, (pp. 52-65). New-York : Delmar Publishers.
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of nursing role effectiveness model. *Journal of advanced nursing*, 38(1), 29-39.
- Dubois, C.A. (2008). Les divers visages de l'imputabilité dans les services de santé. *Gestion santé*, 11-13.
- Dussault, G. (2001). Cadre pour l'analyse de la main-d'oeuvre sanitaire. *Ruptures revue transdisciplinaire en santé*, 7(2), 64-78.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, QC : Chenelière Éducation.
- Fried, B.J. (2010). Performance management. Dans B.J. Fried & M.D. Fottler (Eds.). *Human resources management in healthcare : managing for success*. (pp. 257-280)., Chicago : Health Administration Press.
- Germain, J. (1994). Les valeurs collectives de gestion dans la fonction publique québécoise : la perception des cadres. *Canadian public administration*, 36(3), 319-348.
- Gilbert, T.P (2005). Trust and managerialism : exploring discourse of care. *Journal of advanced nursing*, 52 (4), 454-463.
- Goulet, O. (2002). Une pratique infirmière autonome : un projet ambitieux. Dans Goulet et Dallaire (2002). *Les soins infirmiers : Vers de nouvelles perspectives*. Gaétan Morin Éditeur : Canada
- Gouvernement du Québec (2011). *Le Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Page récupérée le 1^{er} mars 2011 de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/I_8/I8R9.HTM
- Haachimi-Idrissi, N., Laforest, T., Lafrance, M., Trépanier, L., Valois, M., & Gagné, M. (2003). *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- ICIS. (2003). *L'initiative du Carnet de route : lancer le processus*. Ottawa : ICIS.
- ICIS. (2007). *Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : L'accès aux lits d'hospitalisation et le roulement des patients*, Ottawa : ICIS.

- Idvall, E., Rooke, L. & Hamrin, E. (1997). Quality indicators in clinical nursing : a review of the litterature. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 6-17.
- International Council of Nurses (1999). Nursing Sensitive Outcome Indicators. *Nursing Matters*, 1-2.
- IOM. (2005). *Performance Measurement: Accelerating Improvement*.
- Irvine, D., Sidani, S., & Mc Gillis, H. (1998a). Linking outcomes to nurses roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58-64.
- Irvine, D., Sidani, S. & Mc Gillis, H. (1998b). Finding value in nursing care; a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economics*, 16 (3), 110-116.
- Jennings, B. M., Staggers, N., & Brosch, L. R. (1999). A classification scheme for outcomes indicators. *Image : Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 381-388.
- Ketchen, D. J., Thomas, J. B., & Mc Daniel, R. R. (1996). Process, Content and Context. Synergistic effects on organizational performance. *Journal of Management*, 22(2), 231-257.
- Kurtzman, E. T., Dawson, E. M., & Johnson, J. E. (2008). The current state of nursing performance measurment, public reporting and value-based purchasing. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 9(3), 181-191.
- Kurtzman, E. T., & Jennings, B. M. (2008a). Capturing the Imagination of Nurse Executives in Tracking the Quality of Nursing Care. *Nursing Administration Quarterly*, 32(3), 235-246.
- Kurtzman, E. T., & Jennings, B. M. (2008b). Trends in transparency : Nursing performance measurement and reporting. *The Journal of Nursing Administration*, 38(7/8), 349-354.
- Kurtzman, E. T., Needleman, J., & Kizer, K. W. (2007). Performance measurement of nursing care : State of the science and the current consensus. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 10S-43S.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C.E. (2003). Magnet Hospital Nurses Describe Control Over Nursing Practice. *Western journal of nursing research*, 25(4), 434-452.

- Lamani, J. (2006). *Mesure de la performance hospitalière : tentative d'approche*. Mémoire de maîtrise inédit, Institut national d'administration sanitaire (centre collaborateur de l'OMS).
- Lang, N. M., Mitchell, P. H., Swan, B. A., & Vahey, D. C. (2004). Measuring and improving health care quality : nursing's contribution to the state of science. *School of nursing faculty paper & presentations, 4*, 1-10.
- Lincoln, Y., & Guba, E. G. (Éds.). (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills : SAGE.
- Mayer, R., & Ouellet, F. (Éds.). (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Mayrand, M., Viens, C. & Lavoie-Tremblay, M. (2002). *Les caractéristiques organisationnelles des magnet hospitals : Poste de solutions pour réorganiser le travail des infirmières*. Optimiser votre environnement de travail en soins infirmiers (pp. 67-90). Quebec : Presses Inter Universitaires.
- Mc Alpine, L. A. (1997). Process and outcome measure for the multidisciplinary collaborative projects of a critical care CNS. *Clinical Nurse Specialist, 11*, 134-138.
- Mitchell, P.H., Shannon, K.C., Cain, K.C., & Hegyvary, S.T. (1996). Critical care outcomes; linking structures, processes, and organizational and clinical outcomes. *American journal of critical care, 5*, 353-365.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., & Jennings, B. M. (1998). Quality Health Outcomes Model. *Image : Journal of Nursing Scholarship, 30*, 43-46.
- Mitchell, P. H., & Lang, N. M. (2004). Framing the problem of measuring and improving healthcare quality. *Medical Care, 42*(2), 4-11.
- MSSS. (2002). *Rapport comparatif sur la santé de la population québécoise et sur la performance du système de santé québécois : indicateurs et tendances. Faits saillants*. Repéré à www.msss.gouv.qc.ca
- MSSS. (2005). Personnel infirmier : Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des Échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux. 2-14
- Murray, M., Bullard, M., & Grafstein, E. (2005). Révision de l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence : Guide d'implantation. *Journal canadien de la médecine d'urgence, 7*(1), 28-35.

- Nadzam, D. M. (1991). The agenda for change : Update on indicator development and possible implications for the nursing profession. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 5(2), 18-22.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinski, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Needleman, J., Kurtzman, E.T., & Kizer, K.W. (2007). Performance Measurement of Nursing Care: State of the Science and the Current Consensus. *Medical Care Research Review*, 64, (2_suppl), 10S-43.
- NQF. (2007a). Nursing performance measurement and reporting : A Status report. *Issue Brief NQF*, (5), 1-4.
- NQF. (2007b). *Tracking NQF-Endorsed Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: A 15-Month Study*. Washington : National Quality Forum.
- OCDE (Éd.). (2002). *Être à la hauteur : Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*. Paris : Santé Canada.
- OIIQ. (2008a, janvier/février). Le statu quo n'est plus possible : L'OIIQ propose des solutions concrètes à la pénurie d'infirmières. *Le Journal*, 5(3).
- OIIQ. (2008b). Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2007-2008.
- OIIQ. (2010). Le champ d'exercices et les activités réservées des infirmières, mise à jour du guide publié en 2003, 1-99.
- OMS. (2000). *Rapport sur la santé dans le monde : Pour un système de santé plus performant*. Genève : OMS.
- OMS. (2004). Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (PATH). Barcelone : Bureau régional OMS de l'Europe.
- Pearson, M. L., Lee, J. L., Chang, B. L., Elliott, M., Kahn, K. L., & Rubenstein, L. V. (2000). Structured Implicit Review : A new method for monitoring nursing care quality. *Medical Care*, 38(11), 1074-1091.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (Éds.). (2008). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (8^e éd.). Philadelphie : Lippincott, Williams & Wilkins and Wolters Kluwer Health.

- Price, J. L. (1972). The study of organizational effectiveness. *Sociological Quarterly*, 13, 3-15.
- Rafferty, A.M., Maben, J., West, E. & Robinson, D. (2005). *What makes a good employer?* Geneva: International Council of Nurses.
- Rowell, P. A. (2001). Beyond the Acute Care Setting : Community-Based Nonacute Care Nursing-Sensitive Indicators. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 5(1), 24-27.
- Saint-Onge, S., & Haines, V. (Éds.). (2007). *Gestion des performances au travail : Bilan des connaissances* (1^e éd.). Bruxelles : De Boeck.
- Saint-Onge, S. & Magnan, M. (2007). La gestion des performances des organisations et des personnes. Dans Saint-Onge, S., & Haines, V. (Éds.). (2007). *Gestion des performances au travail : Bilan des connaissances* (1^e éd.). (pp. 16-45). Bruxelles : De Boeck.
- Santé Canada (2002). *Notre Santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Rapport final du comité consultatif canadien sur les soins infirmiers.
- Savoie, A., & Brunet, L. (2000). Climat organisationnel et culture organisationnelle : apports distincts ou redondance? *Revue Québécoise de Psychologie*, 21(3), 179-200.
- Sheward, L., Hunt, J., Hagen, S., Macleod, M., & Ball, J. (2005). The relationship between UK Hospital nurse staffing and organization exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management*, 13, 51-60.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S. G., et al. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health services management research*, 11, 24-48.
- Tourangeau, A. E., Doran, D. M., McGillis Hall, L., O'Brien-Pallas, L., Pringle, D., Tu, J. V., et al. (2007). Impact of Hospital Nursing Care on 30-day Mortality for Acute Medical Patients. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 32-44.
- Tourangeau, A. E., Giovanetti, P., Tu, J. V., & Wood, M. (2002). Nursing Related Determinants of 30 day Mortality for Hospitalized Patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.

- Unruh, L., & Wan, T. T. H. (2004). A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. *Journal of Medical Systems*, 28(2), 197-214.
- Van der Maren, J.-M. (Éd.). (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2^e éd.). Montréal : Les presses de l'Université de Montréal.
- Wan, T.T.H., Breen, G-M., Zhang, N.J., & Unruh, L. (2010). *Improving the quality of care in nursing homes; an evidence-based approach*. Maryland : The Johns Hopkins University Press.
- World Health Organization. (2006). *The world health report 2006 : working together for health. Chapter 4 : Tirer le meilleur parti du personnel de santé existant*. Geneva: World Health Organization.
- Yuchtman, E., & Seashore, S. E. (1967). A system resource approach to organization effectiveness. *American sociological review*, 32, 891-903.

Annexe

Figure 1

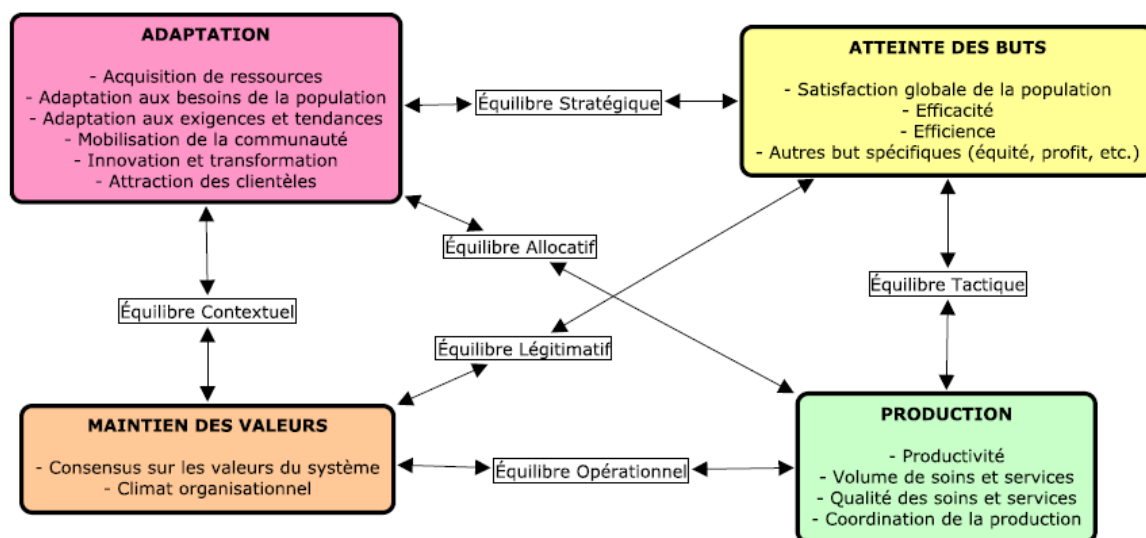
La triade de Donabedian



(Donabedian, 1988)

Figure 2

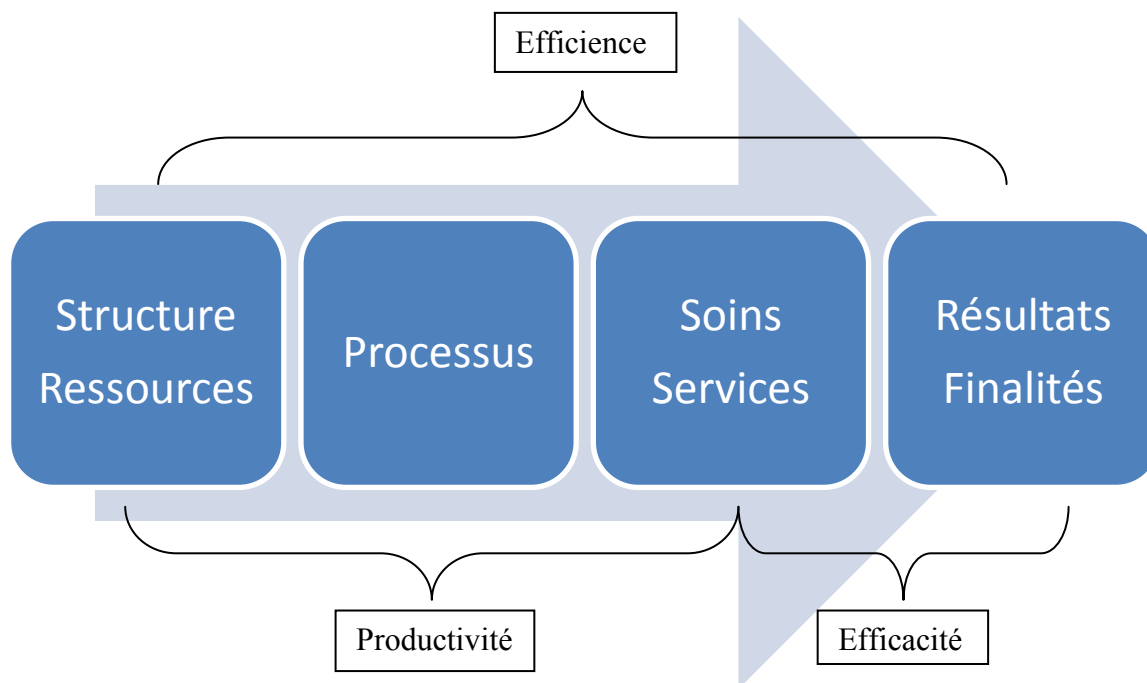
Le modèle EGIPSS



(Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005)

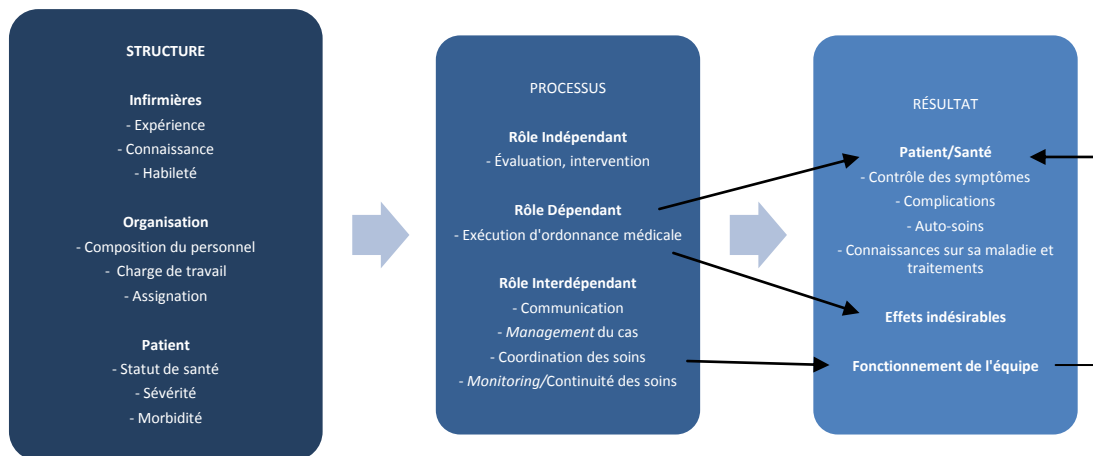
Figure 3

Système organisé d'action



(Champagne, Contandriopoulos, Picot-Touché, Béland, & Nguyen, 2005)

Figure 4

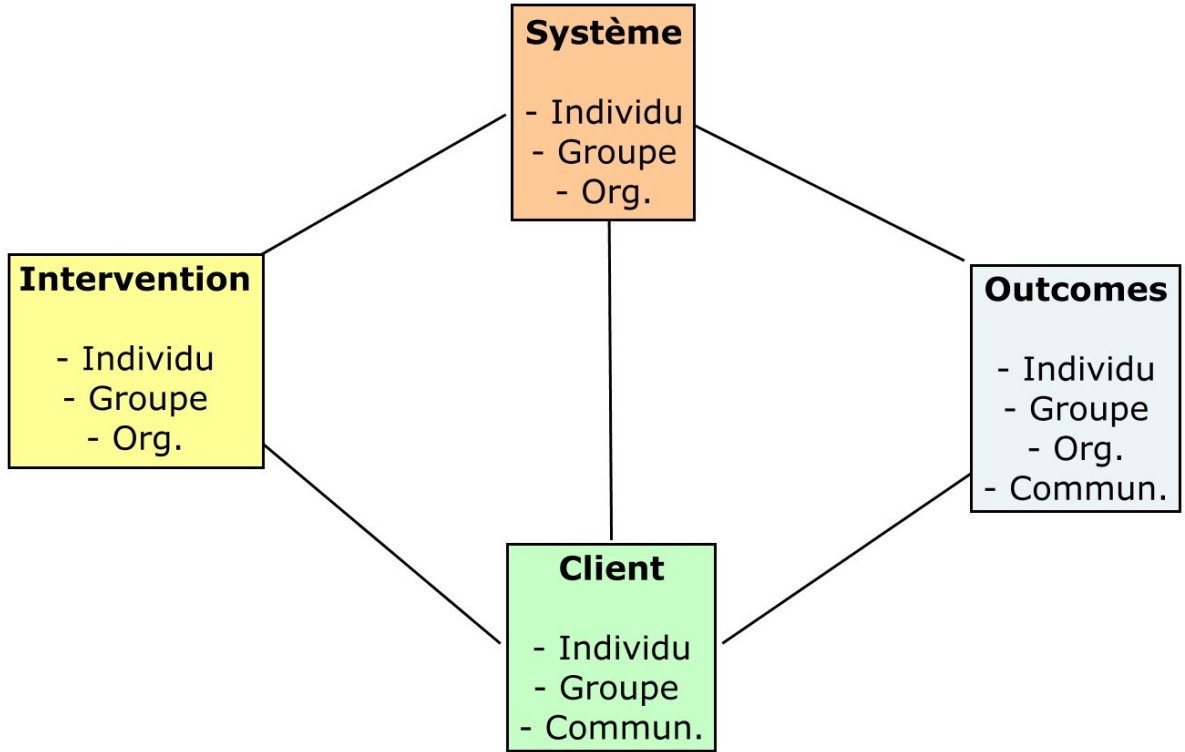
The nursing role effectiveness model

(Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002)

Figure 5

Quality Health Outcomes Model

Quality Health Outcomes Model



(Mitchell, Ferketich, & Jennings, 1998).

Tableau 1**Les modèles d'analyse des organisations**

Noms	Une organisation est performante si...
Le modèle rationnel	Elle atteint ses buts
Le modèle d'acquisition des ressources	Elle parvient à obtenir les ressources dont elle a besoin pour survivre et grandir
Le modèle des processus internes	L'emphase est sur la qualité des processus de production.
Le modèle des relations humaines	Elle parvient à créer et maintenir un milieu de travail sain et des relations harmonieuses entre les différents acteurs.
Le modèle des groupes d'intérêt ou politique	Elle parvient à satisfaire minimalement les divers groupes d'intérêts (parties prenantes) internes et externes.
Le modèle de la légitimité sociale	Elle survit et se maintient en s'engageant dans des activités considérées légitimes par sa communauté d'appartenance.

Tableau 2**Les 10 indicateurs de l'ANA (milieu de soins aigus)**

Les 10 indicateurs de l'ANA
1. La part respective d'infirmières autorisées, d'infirmières auxiliaires et de personnel non réglementé employé à la fourniture de soins aux patients
2. Le nombre total d'heures de soins infirmiers par journée de patient
3. Le nombre d'ulcères de pression
4. Le nombre de chutes de patients
5. La satisfaction des patients vis-à-vis la gestion de la douleur
6. La satisfaction de patients vis-à-vis l'information pédagogique
7. La satisfaction des patients vis-à-vis les soins en général
8. La satisfaction des patients vis-à-vis les soins infirmiers
9. Le taux d'infections nosocomiales
10. La satisfaction des infirmières

Tableau 6

**Résumé des verbatims évoquant les divers liens entre les conceptions des membres
de l'équipe d'encadrement**

Lien entre :
<p align="center">Qualité des soins et des services infirmiers et amélioration de l'état de santé du patient</p> <p>« La qualité de mes interventions qui vont avoir un effet sur les résultats de patients. (MÉE 1) »</p> <p>« La partie pour moi performance là dedans d'une infirmière. Ce serait qu'elle a offert les différents... D'abord, elle a évalué avec la mère ce qu'elle souhaitait. Puis, selon sa décision, elle lui a donné vraiment l'information pour qu'elle prenne une décision éclairée pis elle lui a donné le soutien. Parce que commencer un allaitement, ce n'est pas toujours évident! Là j'ai été performante, parce que ça fini que c'est un allaitement... c'est une famille qui est heureuse et ça répond aux besoins du bébé. (MÉE 1) »</p>
<p align="center">Qualité des soins et des services infirmiers et niveau de compétence</p> <p>« Au niveau de la qualité de l'intervention, ben idéalement, il faudrait que je regarde certaines interventions qui sont spécifiques et que j'en évalue la compétence que je recertifie des infirmières dans ce type-là. Je suis dans un secteur, pis là je parle en général là, pour moi si j'ai une infirmière qui travaille en santé mentale, il y a une compétence qui touche tout ce qui de diriger une entrevue et ça pour moi c'est une partie ben importante, il faut que... j'ai besoin de ça partout, mais en psychiatrie c'est essentiel, je devrais avoir ça. (MÉE 1) »</p>
<p align="center">Qualité des soins et des services infirmiers et capacité de développement/maintien des compétences</p> <p>« On va donner des formations. Comme là, comme les gens ce qui me témoignaient là. Ils me disaient, je trouve que dans les plaies. Parce qu'on a beaucoup de choses qui arrivent. Bon ben comme les cabarets, bon ben là dans les cabarets, dans les chariots plutôt, pas cabarets,</p>

j'ai beaucoup de types de pansements qu'on ne connaît pas toute parce que c'est toute des nouveautés. Bon ben là, j'ai fait comme un lien mettons avec la stomo et après ça avec la compagnie. Pour essayer de voir pour que les gens aient des formations mettons sur les soins de plaies. (MÉE 3) »

Qualité des soins et des services infirmiers et planification et organisation du travail de l'infirmière

« Elle est consciente de son *case load* pis elle va avoir une capacité de s'organiser pour bien le livrer. Ses interventions après, heu... (MÉE 5) »

Qualité des soins et des services infirmiers et satisfaction de la clientèle

« Des choses simples là qu'on fait là, ben si on fait une soirée pis c'est très occupé, bon pis il y avait beaucoup à faire, mais qu'en fin de soirée ben qu'on a les signes vitaux de tout le monde, que les médicaments principaux qu'on voulait donner tout de suite, genre les antibiotiques, les choses qu'on ne voulait pas rater. Ben c'est tout là, tout est parti, les patients sont contents, ça aussi là, ils n'ont pas eu l'impression de s'être fait garochés. Même si c'est occupé, ils ont l'impression que "Ha il y a quelqu'un qui s'occupe de moi" pis ils sont sécurisés. (MÉE 4) »

Jugement clinique infirmier et amélioration de l'état de santé du patient

« Il y a quelque chose qui marche pas, c'est pas normal, est-ce que j'ai fait la bonne méthode, est-ce que j'ai utilisé la bonne technique (oui), donc il faut que j'aille un peu plus loin, pour voir qu'est-ce qui, parce qu'il peut, car il peut y avoir un impact sur le patient. (MÉE 1) »

Rapidité de détection d'une manifestation clinique et amélioration de l'état de santé du patient

« Comme si je le prends à l'urgence, c'est l'infirmière qui décèle rapidement une... euh... une manifestation ou une complication chez un patient qui va intervenir et qui va faire en sorte qu'elle évite une complication (MÉE 1) »

Rapidité d'exécution de l'infirmière et soins centrés sur les besoins des patients
<p>« La performance peut être vue dans le temps, dans la qualité, dans l'efficacité, ça veut dire le rendement, pis c'est parce qu'il faut considérer qu'il peut y avoir des débits de patients, il y a plein de facteurs qui vont faire que ça va être plus difficiles à rencontrer, mais on va toujours tendre ou essayer du moins de le faire dans un délai acceptable pour répondre au besoin de la clientèle qui est là. Bon ben en principe les gens qui se présentent à l'urgence, on doit les voir rapidement. (MÉE 3) »</p>
Quantité de soins et de services et soins centrés sur les besoins des patients
<p>« Oui, moi je pense que l'infirmière, pour plusieurs, l'infirmière, si elle a fait tous les soins qu'elle avait à faire dans le moment pis qu'elle a été capable de répondre aux besoins, je pense qu'elle considère qu'elle est performante. (MÉE 1) »</p>
Adéquation du nombre de personnel infirmier et soins centrés sur les besoins des patients
<p>« Si on veut être performant comme équipe, j'ai besoin d'avoir les ressources qui sont nécessaires, parce que je ne peux pas demander, j'ai besoin de dix personnes pour prendre soin du nombre de personnes que j'ai là, ben si j'ai six là pour en prendre soin je ne pourrai pas avoir le même niveau de performance. (MÉE 1) »</p>

Tableau 7

Résumé des verbatims des membres de l'équipe d'encadrement évoquant les divers liens entre les indicateurs organisationnels et la performance des services infirmiers

Lien entre :
Nombre de patients à recevoir et soins centrés sur les besoins des patients
« Performance, bon ben c'est d'être efficace, c'est d'être capable de répondre à la demande, mais en fonction de la masse ou le volume de patients qui se présentent. (MÉE 3) »
Nombre d'ambulances reçu ou à recevoir et adéquation des ressources humaines infirmières
« Je vais regarder combien j'ai eu d'ambulances jusqu'à présent. Bon ben ça veut dire que moi par jour j'en reçois tant ça veut dire qu'eux autres en soirée ils vont en recevoir tant. Je vais planifier mon personnel en fonction de la réponse. (MÉE 3) »
Nombre de patients au sein de l'urgence et adéquation des ressources humaines infirmières
« Il y a des patients qui stagnent trop longtemps à l'urgence, qui devraient monter à l'étage ce qui fait que des fois il y a des choses qu'on fait à l'urgence qu'on devrait pas faire à l'urgence, qui devraient se faire à l'étage euh faute de lits, faute de personnel à l'étage, le patient reste plus longtemps à l'urgence ce qui fait qu'on est plus encombré à l'urgence, que ça prend plus de personnel pour surveiller tous les patients. (MÉE 2) »
« Performance, bon ben c'est d'être efficace, c'est d'être capable de répondre à la demande, mais en fonction de la masse ou le volume de patients qui se présentent. Bon ben, c'est sûr qu'il y a plein de systèmes qui sont mis en place. Bon ben, on essaie du moins d'y répondre. Soit qu'on met plus de filles au triage... (MÉE 3) »
« On s'est fait des grilles d'heures supplémentaires. Bon ben les gens peuvent le planifier

d'avance. Pis des fois on orchestre aussi des congés en fonction de faciliter les horaires des employés pour être capable de donner le plus de personnel voulu en fonction de la clientèle qui se retrouve là. (MÉE 3) »

Ressources financières et adéquation des ressources humaines infirmières

« Donc, pour moi, c'est sûr que la performance c'est le fait que le moins de patients possibles à l'urgence, pour que les patients soient directement réglés le plus rapidement possible ce qui n'est pas toujours le cas malheureusement et en prenant c'est sûr le moins de temps supplémentaire possible, le moins, tsé c'est sûr que plus il y a de monde à l'urgence, plus ça nous prend d'infirmières. (MÉE 2) »

« Pour moi, cette mesure-là est ben importante en performance. C'est sûr que d'autres données plus ressources humaines, temps supplémentaire, vont faire partie de la performance. Heu... les niveaux, les sortes, les types d'absentéisme, t'sais, qu'on autorise ou qu'on subit, quand quelqu'un est malade ça en fait partie aussi des indicateurs de performance, parce que là je vais plutôt aller vers ça me coûte tant une heure de soins de patients, donc ça en fait partie. (MÉE 5) »

« Si je prends une infirmière-chef, tu sais, elle va attacher ses heures travaillées, jours présences à de la finance. Alors que ça pourrait lui parler sur comment... une offre de service aux patients, différemment. (MÉE 5) »

Nombre de patients au sein de l'urgence et rapidité d'évaluation

« Je crois qu'il y a beaucoup de patients qui pourraient être réévalués plus rapidement médicalement parlant et qui pourrait faire en sorte qu'il y en aurait moins sur civière. (MÉE 2) »

Nombre de patients au sein de l'urgence et planification du travail de l'infirmière

« Quelqu'un qui est vraiment capable de mettre de l'ordre, ben ça c'est plus important que ça. Pis je ne m'enfarge pas là-dedans parce que ce n'est pas important. Euh! surement ça, pis qui

est capable, c'est sûr que moi, je suis un peu brouillé par le fait que j'ai juste fait de l'urgence là, mais pis qui est capable de faire ça même quand il y a beaucoup de demande. Parce que c'est sûr, c'est plus, en tout cas, moi je pense que c'est plus difficile d'être performant quand il y a beaucoup de monde en même temps. Ça frappe à beaucoup de portes, mais je peux seulement juste en ouvrir une à la fois. (MÉE 4) »

Tableau 9

Résumé des verbatims évoquant les divers liens entre les conceptions des infirmières

Lien entre :
Qualité des soins et des services infirmiers et niveau de compétence de l'infirmière
<p>« Il faut être performant ici parce qu'ici c'est la porte d'entrée, l'urgence c'est la porte d'entrée. C'est l'instabilité. Alors, il faut que tu connaisses tout ton nursing, ton <i>basic</i> pis il faut que tu ais ta vision globale au niveau du patient, pour être sure de bien jauger ton patient, pour donner les soins nursing adéquat. (Inf. 1) »</p> <p>« Cibler les bonnes questions, d'avoir tsé des bonnes questions d'entrevue justement pour recueillir les informations que tu veux recueillir. Fèque, ça ça me... Les filles qui font ça rapidement pis qui reviennent s'asseoir pis, pour moi ce n'est pas vraiment performant. (Inf. 3) »</p>
Qualité des soins et des services infirmiers et développement des compétences de l'infirmière
<p>« Une fille performante, ben c'est ça, c'est une fille qui va toujours acquérir des connaissances, jamais se... toujours s'intéresser, être motivée à apprendre. Je pense que c'est ça. (Inf. 3) »</p> <p>« De la formation en continu pour justement améliorer les soins... (Inf. 2) »</p> <p>« Donc, d'être performante dans des techniques de soins, c'est d'abord de t'informer si tu n'as jamais effectué la technique, de bien t'informer, de bien lire sur l'intranet on a les techniques de soin, tu peux aussi t'informer à tes collègues. Donc d'avoir du, ça fait partie, en-tout-cas, d'une infirmière d'être consciencieuse. (Inf. 3) »</p> <p>« Je pense que c'est aussi une responsabilité professionnelle à chacune, de voir, de s'intéresser à des pathologies nouvelles, ou de symptômes, de signes cliniques. Ca aussi, euh,</p>

en-tout-cas, moi personnellement, moi c'est comme ça. Tsé s'il y a un nouveau médicament. Ben, moi je vais aller lire là-dessus, qu'est-ce que je dois surveiller. (Inf. 3) »

Qualité des soins et des services infirmiers et jugement clinique de l'infirmière

« On est toujours en train de faire de l'enseignement, on est toujours en train de se poser des questions. Une nurse qui est plus ou moins performante, elle est va plus ou moins se poser des questions. Pis l'enseignement, ça va prendre le côté, ça va prendre le bord. (inf. 1) »

Qualité des soins et des services infirmiers et adéquation des ressources humaines

« Avoir tous les éléments en place qui peuvent nous aider, nous faciliter la tâche. Dans le sens, avoir des préposés en quantité suffisante, avoir un pharmacien/pharmacienne disponible pour répondre à nos questions, docteur disponible en tout temps euh avec une complicité bien sûr, une boss qui est disponible pour justement des interrogations, de la formation en continu pour justement améliorer les soins, euh qu'est-ce que je peux dire, les inhalos. C'est une équipe multi finalement. (Inf.2) »

« Qu'est-ce qui est performant? Je parle beaucoup d'une équipe multi. Ça prend ton inhalo, ça prend ton technicien en électro, ça te prend au moins deux autres infirmières avec toi. Deux prêtes pour justement, plus le médecin bien sûr, pour être capable de bien fonctionner. Une personne toute seule ne peut pas *bagger*, ne peut pas tout installer, ne peut pas faire les notes, ne peut pas donner la médication. Donc, c'est pour ça que je parle d'une équipe multi (Inf. 2) ».

Qualité des soins et des services infirmiers et capacité d'assurer un bon état physique/psychologique de l'infirmière

« C'est qu'on est toujours comme sur un genre de bombe à retardement, parce que des *nurses* ici, souvent on va faire du temps supplémentaires, alors on est fatigué, on peut est moins vigilant. Euh pis ça ne prend pas grand-chose des fois juste pour que le patient aille bien pis qu'il aille mal, si tu n'es pas trop vigilant ça peut occasionner des problèmes toujours au niveau du patient, hein? (Inf. 1) »

« On est sur utilisé par rapport au manque d'infirmière, parce qu'on est toujours sollicité à travailler en temps supplémentaire, à rentrer sur nos journées de congé. Alors, nous autres infirmiers, infirmières, on ne se repose pas assez adéquatement, pis quand tu es fatigué, ben le risque d'erreur est plus grand. (Inf. 1) »

Qualité des soins et des services infirmiers et amélioration de l'état de santé du patient

« Si on n'a pas beaucoup de chutes pis qu'on a pas beaucoup de plaies de pression ou quelque chose comme ça, c'est qu'on a un bon travail. (Inf. 1) »

Rapidité d'exécution de l'infirmière et amélioration de l'état de santé du patient

« Ici en plus, il faut que ça aille vite et bien. Il faut que tu travailles vite et bien. Un patient qui est en hypothermie, ben il faut mettre le matelas chauffant. Et si tu ne sais pas comment il fonctionne ben tu perds du temps pis en bout de ligne c'est toujours le patient qui paie là-dessus. (Inf. 1) »

Protocole téléphonique (recrutement des participants)

- Présentation de l'étudiante chercheuse (étudiante à la maîtrise en administration des services infirmiers à l'Université de Montréal avec option mémoire dirigée par M. Carl-Ardy Dubois)
- Raison de l'appel téléphonique (Recrutement pour participation à une étude qui est menée dans le cadre d'un mémoire de maîtrise)
- Informer au sujet de la participation volontaire à l'étude et de la liberté de refuser d'y participer sans conséquence négative ou préjudice (considérations éthiques)
- Énoncer le but de l'étude : Explorer les conceptions des infirmières et des membres de l'équipe de direction au sujet de la performance des services infirmiers et d'observer les ressemblances et les différences entre ces deux groupes
- Énoncer les conditions de participation (pour les infirmières) : 1) être infirmière et posséder au moins trois ans d'expérience dans le milieu de l'urgence, 2) détenir une expérience significative en lien avec la performance ou la qualité de services infirmiers, et 3) bien parler et comprendre le français
- Énoncer les conditions de participation (pour les membres de l'équipe d'encadrement) : 1) être urgentologue, assistant (e) infirmière-chef de l'urgence (AIC), infirmière-chef de l'urgence (ICU), directrice des soins infirmiers (DSI) ou membre de la direction des ressources humaines, 2) posséder au moins un an d'expérience dans le poste présentement occupé, 3) détenir une expérience significative en lien avec la performance ou la qualité des services infirmiers, 4) bien parler et comprendre le français, et 5) être intéressé à participer à l'étude
- Énoncer la nature de la participation à l'étude :
 - Entrevues semi-dirigées enregistrées et confidentielles de 60 minutes (entrevues en fonction de l'horaire des participants)
 - Révision des verbatims de l'entrevue (non obligatoire)
 - Présentation des résultats finaux (non obligatoire)
- Si la personne accepte de participer à l'étude, lui demander son adresse courriel pour l'envoi du formulaire de consentement
- Répondre aux questions
- Remerciements

Formulaire d'informations et de consentement - Membres de l'équipe d'encadrement

TITRE DE L'ÉTUDE : Exploration des conceptions de la performance privilégiées par des infirmières et des membres de l'équipe d'encadrement impliqués dans l'offre de services infirmiers : une étude qualitative exploratoire

LIEU OÙ S'EFFECTUE LA RECHERCHE : Centre hospitalier universitaire

NOM DES ORGANISMES QUI SUBVENTIONNENT LE PROJET DE RECHERCHE : Centre de formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI) et le Fond de recherche sur la société et la culture (FQRSC)

ÉTUDIANTE CHERCHEUSE : Karine Rolland, B.Sc. inf.

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

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Courriel : XXX Téléphone : XXX

DIRECTEUR DE RECHERCHE : Carl-Ardy Dubois, Ph. D.

Professeur qui dirige le mémoire de l'étudiante chercheuse

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Courriel : XXX Téléphone : XXX

Télécopieur : XXX

I. INTRODUCTION

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de mémoire de Karine Rolland, dirigée par M. Carl-Ardy Dubois, professeur à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante chercheuse et au directeur de recherche impliqué dans cette étude et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

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

II. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour but d'explorer les conceptions des infirmières et des membres de l'équipe de direction au sujet de la performance des services infirmiers et d'observer les ressemblances et les différences des conceptions entre ces deux groupes.

Ce projet de recherche est mené en vue de l'obtention d'un diplôme de deuxième cycle universitaire. Les résultats de cette étude devraient apporter une contribution importante afin d'améliorer les pratiques de gestion de la performance dans le domaine des services infirmiers. Ils seront utiles afin de mieux comprendre les perceptions de la performance des infirmières et des membres de la direction. Éventuellement, ces résultats permettront de construire des outils de mesure de la performance qui prendront en compte les préférences des infirmières. L'utilisation de ces outils pourra contribuer à l'amélioration de la santé et de la sécurité des patients et à la création de meilleures conditions de travail pour les infirmières. Afin de recueillir les résultats, huit entrevues seront effectuées. Ces entrevues seront de 60 minutes. Elles seront enregistrées sur bande audio et retranscrites à des fins d'analyse.

III. NATURE DE LA PARTICIPATION ET DURÉE DE L'ÉTUDE

Votre participation consistera à participer à une entrevue, d'environ 60 minutes qui portera sur les éléments suivants :

- Votre perception de la manière d'évaluer la performance des infirmières dans leurs rôles et tâches
- Votre perception des outils de mesure et d'évaluation de la performance des services infirmiers actuellement utilisés dans votre organisation

Ces entrevues seront enregistrées sur bande audio et se dérouleront dans un local au sein de votre organisation en fonction de vos disponibilités durant votre quart de travail ou durant votre temps personnel (heure de dîner, avant ou après votre quart de travail). La collecte de données se déroulera sur une période d'environ 3 mois soit de février 2010 à avril 2010. Les résultats devraient être diffusés au cours de l'été 2010.

Lorsque les entrevues seront retranscrites, vous recevrez une copie de celle-ci que vous pourrez relire à votre guise et mentionner à l'étudiante chercheuse si vous désirez ajouter ou enlever les éléments que vous avez mentionnés durant votre entrevue. Cette révision est non obligatoire, mais bien suggérée. Vous aurez un délai de 10 jours suivant la réception de votre copie pour valider la transcription de votre entrevue.

En dernier lieu, une présentation des résultats finaux sera organisée dans un local du Centre hospitalier universitaire de Montréal. L'étudiante chercheuse communiquera avec vous par téléphone afin de vous aviser de l'heure et du lieu de la présentation des résultats. Vous pourrez y assister à votre guise. Cette présentation est non obligatoire.

IV. RISQUES ET INCONFORTS

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

De plus, vous pourriez ressentir de possibles inconforts par rapport aux questions posées. Par exemple, sentiment de jugement par rapport à sa propre performance au travail, crainte de porter un jugement par rapport à ses collègues de travail, peur des répercussions possibles face à la divulgation de certains éléments, remémoration d'évènements stressants, etc. Par contre, sachez que vous serez libre en tout temps de refuser d'y répondre.

V. AVANTAGES À PARTICIPER

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche soit l'occasion de réfléchir, individuellement et en toute confidentialité, à votre propre perception de la performance des services infirmiers. Par ailleurs, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

VI. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉS DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer sans conséquence négative ou préjudice. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser l'étudiante chercheuse responsable du projet ou le directeur de recherche.

L'étudiante chercheuse et le directeur de recherche responsable du projet de recherche peuvent aussi mettre fin à votre participation si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou si cela n'est plus dans votre intérêt.

Par ailleurs, les organismes subventionnaires (Centre FERASI et le FQRSC), le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal ou le Comité d'éthique de la recherche XXX peuvent également mettre fin au projet, notamment pour des raisons de faisabilité.

En cas de retrait ou d'exclusion, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

VII. CONFIDENTIALITÉ

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

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Vous ne serez identifié que par un numéro de code auquel seule l'équipe de recherche (étudiante chercheuse et le directeur de recherche) aura accès. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par l'étudiante chercheuse responsable.

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

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

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par les organismes subventionnaires (Centre FERASI et le FQRSC), le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal ou le Comité d'éthique de la recherche XXX. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

VIII. COMPENSATION ET INDEMNISATION

Vous ne recevrez pas d'argent pour votre participation à ce projet de recherche.

Cette participation pourrait vous occasionner des dépenses (stationnement, essence, repas, taxis) qui ne vous seront pas remboursées.

IX. COMMUNICATION DES RÉSULTATS

La diffusion des résultats se fera lors d'une présentation qui sera tenue au cours de l'été 2011. Entre-temps, vous pourrez communiquer avec l'étudiante chercheuse afin d'obtenir de l'information sur l'avancement des travaux.

X. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après) l'étude avec les personnes suivantes;

Karine Rolland
Disponibilité : Tous les jours de 9h00 à 17h00
Numéro de téléphone : XXX
Courriel : XXX

Carl-Ardy Dubois
Disponibilité : Lundi au vendredi de 9h00 à 17h00
Numéro de téléphone : XXX
Courriel : XXX

Pour toute question d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez en discuter avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé, Mme X ou à la présidente du Comité d'éthique de la recherche Mme X.

Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant (e) à cette étude ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman de l'Université, Madame X, entre 9h et 17h.

XI. SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé et le Comité d'éthique de la recherche XXX ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, il approuvera toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

XII. CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions à ma satisfaction et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

Nom et signature du participant

Date :

Engagement et signature de l'étudiante chercheuse :

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

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

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date :

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent de l'étudiante chercheuse responsable du projet de recherche :

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

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date :

Version # 3 du 2010-04-20

Date d'approbation par le CÉRSS : 2010-01-07

Date d'approbation par le XXX : 2010-01-22

Formulaire d'informations et de consentement - Infirmières

TITRE DE L'ÉTUDE : Exploration des conceptions de la performance privilégiées par des infirmières et des membres de l'équipe d'encadrement impliqués dans l'offre de services infirmiers : une étude qualitative exploratoire

LIEU OÙ S'EFFECTUE LA RECHERCHE : Centre hospitalier universitaire

NOM DES ORGANISMES QUI SUBVENTIONNENT LE PROJET DE RECHERCHE : Centre de formation et expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI) et le Fond de recherche sur la société et la culture (FQRSC)

ÉTUDIANTE CHERCHEUSE : Karine Rolland, B.Sc. inf.

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

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Courriel : XXX Téléphone : XXX

DIRECTEUR DE RECHERCHE : Carl-Ardy Dubois, Ph. D.

Professeur qui dirige le mémoire de l'étudiante chercheuse

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Courriel : XXX Téléphone : XXX

Télécopieur : XXX

XIII. INTRODUCTION

Cette étude est réalisée dans le cadre du projet de mémoire de Karine Rolland, dirigée par M. Carl-Ardy Dubois, professeur à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à l'étudiante chercheuse et au directeur de recherche impliqué dans cette étude et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

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

XIV. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour but d'explorer les conceptions des infirmières et des membres de l'équipe de direction au sujet de la performance des services infirmiers et d'observer les ressemblances et les différences des conceptions entre ces deux groupes.

Ce projet de recherche est mené en vue de l'obtention d'un diplôme de deuxième cycle universitaire. Les résultats de cette étude devraient apporter une contribution importante afin d'améliorer les pratiques de gestion de la performance dans le domaine des services infirmiers. Ils seront utiles afin de mieux comprendre les perceptions de la performance des infirmières et des membres de la direction. Éventuellement, ces résultats permettront de construire des outils de mesure de la performance qui prendront en compte les préférences des infirmières. L'utilisation de ces outils pourra contribuer à l'amélioration de la santé et de la sécurité des patients et à la création de meilleures conditions de travail pour les infirmières. Afin de recueillir les résultats, huit entrevues seront effectuées. Ces entrevues seront de 60 minutes. Elles seront enregistrées sur bande audio et retranscrites à des fins d'analyse.

XV. NATURE DE LA PARTICIPATION ET DURÉE DE L'ÉTUDE

Votre participation consistera à participer à une entrevue, d'environ 60 minutes qui portera sur les éléments suivants :

- Votre perception de la manière d'évaluer la performance des infirmières dans leurs rôles et tâches
- Votre perception des outils de mesure et d'évaluation de la performance des services infirmiers actuellement utilisés dans votre organisation

Ces entrevues seront enregistrées sur bande audio et se dérouleront dans un local au sein de votre organisation en fonction de vos disponibilités durant votre quart de travail ou durant votre temps personnel (heure de dîner, avant ou après votre quart de travail). La collecte de données se déroulera sur une période d'environ 3 mois soit de février 2010 à avril 2010. Les résultats devraient être diffusés au cours de l'été 2010.

Lorsque les entrevues seront retranscrites, vous recevrez une copie de celle-ci que vous pourrez relire à votre guise et mentionner à l'étudiante chercheuse si vous désirez ajouter ou enlever les éléments que vous avez mentionnés durant votre entrevue. Cette révision est non obligatoire, mais bien suggérée. Vous aurez un délai de 10 jours suivant la réception de votre copie pour valider la transcription de votre entrevue.

En dernier lieu, une présentation des résultats finaux sera organisée dans un local du centre hospitalier XXX. L'étudiante chercheuse communiquera avec vous par téléphone afin de vous aviser de l'heure et du lieu de la présentation des résultats. Vous pourrez y assister à votre guise. Cette présentation est non obligatoire.

XVI. RISQUES ET INCONFORTS

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

De plus, vous pourriez ressentir de possibles inconforts par rapport aux questions posées. Par exemple, sentiment de jugement par rapport à sa propre performance au travail, crainte de porter un jugement par rapport à ses collègues de travail, peur des répercussions possibles face à la divulgation de certains éléments, remémoration d'événements stressants, etc. Par contre, sachez que vous serez libre en tout temps de refuser d'y répondre.

XVII. AVANTAGES À PARTICIPER

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche soit l'occasion de réfléchir, individuellement et en toute confidentialité, à votre propre perception de la performance des services infirmiers. Par ailleurs, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

XVIII. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉS DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer sans conséquence négative ou préjudice. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser l'étudiante chercheuse responsable du projet ou le directeur de recherche.

L'étudiante chercheuse et le directeur de recherche responsable du projet de recherche peuvent aussi mettre fin à votre participation si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou si cela n'est plus dans votre intérêt.

Par ailleurs, les organismes subventionnaires (Centre FERASI et le FQRSC), le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal ou le Comité d'éthique de la recherche XXX peuvent également mettre fin au projet, notamment pour des raisons de faisabilité.

En cas de retrait ou d'exclusion, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

XIX. CONFIDENTIALITÉ

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

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Vous ne serez identifié que par un numéro de code auquel seule l'équipe de recherche (étudiante chercheuse et le directeur de recherche) aura accès. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par l'étudiante chercheuse responsable.

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

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

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par les organismes subventionnaires (Centre FERASI et le FQRSC), le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université de Montréal ou le Comité d'éthique de la XXX. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité.

Les données pourront être publiées dans des revues scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

XX. COMPENSATION ET INDEMNISATION

Vous ne recevrez pas d'argent pour votre participation à ce projet de recherche.

Cette participation pourrait vous occasionner des dépenses (stationnement, essence, repas, taxis) qui ne vous seront pas remboursées.

XXI. COMMUNICATION DES RÉSULTATS

La diffusion des résultats se fera lors d'une présentation qui sera tenue au cours de l'été 2011. Entre-temps, vous pourrez communiquer avec l'étudiante chercheuse afin d'obtenir de l'information sur l'avancement des travaux.

XXII. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez communiquer (avant, pendant et après) l'étude avec les personnes suivantes;

Karine Rolland
Disponibilité : Tous les jours de 9h00 à 17h00
Numéro de téléphone : XXX
Courriel : XXX

Carl-Ardy Dubois
Disponibilité : Lundi au vendredi de 9h00 à 17h00
Numéro de téléphone : XXX
Courriel : XXX

Pour toute question d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez en discuter avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé, Mme X ou à la présidente du Comité d'éthique de la recherche Mme X.

Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant(e) à cette étude ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman de l'Université, Madame X entre 9h et 17h.

XXIII. SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé et le Comité d'éthique de la recherche XXX ont approuvé ce projet de recherche et en assurent le suivi. De plus, il approuvera toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

XXIV. CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions à ma satisfaction et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise.

Nom et signature du participant

Date :

Engagement et signature de l'étudiante chercheuse :

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

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

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date :

Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent de l'étudiante chercheuse responsable du projet de recherche :

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

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date :

Version # 3 du 2010-04-20

Date d'approbation par le CÉRSS : 2010-01-07

Date d'approbation par XXX : 2010-01-22

Guide d'entrevue destiné aux infirmières (4e version – 3 mars 2010)

1. Quelle est la première chose qui vous vient en tête lorsqu'on vous parle de performance des services infirmiers? (Pistes : qualité des soins, productivité, efficience, efficacité, etc.)

Thème 1 : Perception de la performance des infirmières dans leurs rôles et tâches

2. Comment dans votre travail au quotidien percevez-vous la performance des services infirmiers? (De façon générale, au niveau plancher)

3. Pouvez-vous indiquer quelques exemples de domaines pour lesquels vous jugez que les services infirmiers (ou les infirmières) sont performants? (Piste : situation typique où l'infirmière est perçue comme étant performante?)

4. Pouvez-vous indiquer quelques exemples de domaines pour lesquels vous jugez que les services infirmiers (ou les infirmières) sont non performants? (Piste : situation typique où l'infirmière est perçue comme étant non performante?)

5. Par rapport aux rôles et tâches de l'infirmière, qu'est-ce qui serait considéré comme étant de la performance infirmière? (Pistes : tâches techniques (ex. ponction veineuse), évaluation, coordination du travail d'équipe, élaboration plan thérapeutique infirmier, etc.)

6. Pourrait-il avoir une différence au niveau de la performance d'une infirmière expérimentée vs non expérimentée?

7. Pourrait-il avoir une différence au niveau de la performance d'une infirmière technicienne vs une infirmière clinicienne?

8. Comment pensez-vous que les cadres de votre organisation perçoivent la performance des infirmières? Est-elle similaire ou différente de votre propre définition de la performance des services infirmiers?

9. Croyez-vous que les infirmières de l'urgence ont les mêmes perceptions de la performance des services infirmiers que celles qui travaillent sur les étages?

Thème 2 : Perception quant aux outils de mesure et d'évaluation de la performance des services infirmiers dans l'organisation

10. Supposons qu'on vous donne un mandat de développer un outil pour mesurer la performance des services infirmiers dans l'unité, qu'est-ce que vous pourriez proposer pour mesurer cette performance?

11. Existe-t-il des outils en place permettant de mesurer ou d'évaluer la performance des services infirmiers à l'urgence? (Piste : objectifs spécifiques à atteindre, indicateurs de performance, mesure de rendement, etc.)

Si oui, quels sont ces outils? Ils mesurent quoi?

Sont-ils utilisés?

Comment s'y prend l'infirmière-chef pour mesurer la performance des infirmières dans l'unité?

Que pensez-vous de cette approche?

D'après vous, quels sont les principaux avantages dans les moyens actuellement utilisés pour mesurer la performance des services infirmiers à l'urgence?

Y a-t-il des inconvénients? Si oui, qu'est-ce qui pourrait être fait afin de pallier à ces inconvénients?

Si non, quelles actions spécifiques les cadres peuvent-ils faire afin de préserver ou d'améliorer la performance des infirmières?

Est-ce que la mesure de la performance des services infirmiers est pour vous une activité nécessaire?

Si oui, pourquoi?

12. Existe-t-il d'autres outils ailleurs dans le centre hospitalier qui permettent de mesurer la performance des services infirmiers?

Si oui, qu'est-ce qui est fait?

QUESTIONS DE FERMETURE

13. Je crois avoir fait le tour des sujets qui m'intéressaient par rapport à la performance des services infirmiers. Est-ce qu'il y a un sujet que nous n'avons pas abordé donc vous aimeriez me parler avant de terminer l'entrevue ?

Guide d'entrevue destiné aux membres de l'équipe d'encadrement (4e version – 3 mars 2010)

1. Quelle est la première chose qui vous vient en tête lorsqu'on vous parle de performance des services infirmiers? (Pistes : qualité des soins, productivité, efficience, efficacité, etc.)

Thème 1 : Perception de la performance des infirmières dans leurs rôles et tâches

2. Comment dans le travail des infirmières au quotidien percevez-vous la performance des services infirmiers? (De façon générale, au niveau plancher)

3. Pouvez-vous indiquer quelques exemples de domaines pour lesquels vous jugez que les services infirmiers (ou les infirmières) sont performants? (Piste : situation typique où l'infirmière est perçue comme étant performante?)

4. Pouvez-vous indiquer quelques exemples de domaines pour lesquels vous jugez que les services infirmiers (ou les infirmières) sont non performants? (Piste : situation typique où l'infirmière est perçue comme étant non performante?)

5. Par rapport aux rôles et tâches de l'infirmière, qu'est-ce qui serait considéré comme étant de la performance infirmière? (Pistes : tâches techniques (ex. ponction veineuse), évaluation, coordination du travail d'équipe, élaboration plan thérapeutique infirmier, etc.)

6. Pourrait-il avoir une différence au niveau de la performance d'une infirmière expérimentée vs non expérimentée?

7. Pourrait-il avoir une différence au niveau de la performance d'une infirmière technicienne vs une infirmière clinicienne?

8. Comment pensez-vous que les infirmières de votre organisation perçoivent leur propre performance des services infirmiers? Est-elle similaire ou différente de votre propre définition de la performance des services infirmiers?

9. Croyez-vous que les infirmières de l'urgence ont les mêmes perceptions de la performance des services infirmiers que celles qui travaillent sur les étages?

Thème 2 : Perception quant aux outils de mesure et d'évaluation de la performance des services infirmiers dans l'organisation

10. Supposons qu'on vous donne un mandat de développer un outil pour mesurer la performance des services infirmiers dans l'unité, qu'est-ce que vous pourriez proposer pour mesurer cette performance?

11. Existe-t-il des outils en place permettant de mesurer ou d'évaluer la performance des services infirmiers à l'urgence? (Piste : objectifs spécifiques à atteindre, indicateurs de performance, mesure de rendement, etc.)

Si oui, quels sont ces outils? Ils mesurent quoi?

Sont-ils utilisés?

Comment s'y prend l'infirmière-chef pour mesurer la performance des infirmières dans l'unité?

Que pensez-vous de cette approche?

D'après vous, quels sont les principaux avantages dans les moyens actuellement utilisés pour mesurer la performance des services infirmiers à l'urgence?

Y a t'-il des inconvénients? Si oui, qu'est-ce qui pourrait être fait afin de pallier à ces inconvénients?

Si non, quelles actions spécifiques les cadres peuvent-ils faire afin de préserver ou d'améliorer la performance des infirmières?

Est-ce que la mesure de la performance des services infirmiers est pour vous une activité nécessaire?

Si oui, pourquoi?

12. Existe-t-il d'autres outils ailleurs le centre hospitalier qui permettent de mesurer la performance des services infirmiers?

Si oui, qu'est-ce qui est fait?

QUESTIONS DE FERMETURE

13. Je crois avoir fait le tour des sujets qui m'intéressaient par rapport à la performance des services infirmiers. Est-ce qu'il y a un sujet que nous n'avons pas abordé donc vous aimeriez me parler avant de terminer l'entrevue ?

Questionnaire sociodémographique (infirmières)

Numéro du participant : _____

1. Quel est votre âge? _____
2. Êtes-vous une femme ou un homme? _____
3. Êtes-vous infirmières? _____
4. Si oui, vous êtes infirmière depuis combien d'années? _____
5. Combien d'années de scolarité avez-vous faites dans le domaine des soins infirmiers? _____
6. Quel type de diplôme possédez-vous (DEC, Certificats, Baccalauréat, Maîtrise, etc.)? _____
7. Combien d'années d'expérience avez-vous en tant qu'infirmière? _____
8. Dans quels champs de pratique avez-vous œuvré jusqu'à maintenant (ex. chirurgie, soins intensifs, périnatalité, etc.)?

9. Quel est votre titre d'emploi? _____
10. Depuis combien d'années possédez-vous ce titre? _____
11. Depuis combien de temps travaillez-vous à l'urgence de cet établissement?

12. Sur quel quart de travail travaillez-vous le plus souvent dans la dernière année? Jour et/ou Soir et/ou Nuit

13. Combien de journées par quinzaine en moyenne travaillez-vous à l'urgence au cours de la dernière année? _____

14. Avez-vous une expérience de travail ayant un lien avec la performance des services infirmiers? Si oui, pouvez-vous décrire en quelques lignes cette expérience?

Questionnaire sociodémographique (membre de l'équipe d'encadrement)

Numéro du participant : _____

1. Quel est votre âge? _____
2. Êtes-vous une femme ou un homme? _____
3. Êtes-vous infirmières? _____
4. Si oui, vous êtes infirmière depuis combien d'années? _____
5. Combien d'années de scolarité avez-vous faites dans le domaine des soins infirmiers? _____
6. Quel type de diplôme possédez-vous (DEC, Certificats, Baccalauréat, Maîtrise, etc.)? _____
7. Combien d'années d'expérience avez-vous en tant qu'infirmière? _____
8. Dans quels champs de pratique avez-vous œuvré jusqu'à maintenant (ex. chirurgie, soins intensifs, périnatalité, etc.)?

9. Quel est votre titre d'emploi? _____
10. Depuis combien d'années possédez-vous ce titre? _____

11. Depuis combien de temps travaillez-vous à l'urgence de cet établissement?

12. Sur quel quart de travail travaillez-vous le plus souvent dans la dernière année? Jour et/ou Soir et/ou Nuit

13. Combien de journées par quinzaine en moyenne travaillez-vous à l'urgence au cours de la dernière année? _____

14. Avez-vous une expérience de travail ayant un lien avec la performance des services infirmiers? Si oui, pouvez-vous décrire en quelques lignes cette expérience?

