

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal



**Structure et fonctionnement des services québécois de néonatalogie et
leurs relations avec la qualité des soins et des indicateurs de santé au
travail chez les infirmières**

Par

Christian Rochefort

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de *philosophiæ doctor* (Ph.D.)
en sciences infirmières
option administration des services infirmiers

Mai, 2008

©, Christian Rochefort, 2008

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

**Structure et fonctionnement des services québécois de néonatalogie et
leurs relations avec la qualité des soins et des indicateurs de santé au
travail chez les infirmières**

Présentée par :
Christian Rochefort

A été évaluée par :

Dr Jean-Louis Denis, Ph.D.
Président rapporteur

Dr Lise Lamothe, Ph.D.
Directrice de recherche

Dr Sean P. Clarke, Ph.D.
Codirecteur de recherche

Dr Carl-Ardy Dubois, Ph.D.
Membre du jury

Dr Judith A. Ritchie, Ph.D.
Examinatrice externe

Dr Marie-France Raynault, Ph.D.
Représentant du doyen de la FES

RÉSUMÉ

INTRODUCTION: L'augmentation de la demande pour les unités néonatales de soins intensifs (UNSI), une pénurie d'infirmières spécialisées en néonatalogie et les récents changements à la législation professionnelle québécoise forcent les gestionnaires à revoir l'organisation des services infirmiers sur ces unités. Cependant, peu d'études ont examiné les relations entre l'organisation des services néonataux, la qualité des soins offerts aux patients et la santé au travail des infirmières.

OBJECTIF : Décrire la structure et le mode de fonctionnement du réseau des unités néonatales québécoises afin de comprendre leurs influences sur le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que sur la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir à la clientèle de ce milieu.

DEVIS : Un devis descriptif multi-méthode basé sur une étude de cas multiples (portion qualitative) et une analyse prospective de données provenant d'un questionnaire d'enquête (portion quantitative).

POPULATION : Des membres du personnel infirmier, des médecins, des professionnels non médecins, des gestionnaires et des parents d'enfants de 2 UNSI québécoises (portion qualitative) ainsi que les 650 infirmières des 7 UNSI du Québec (portion quantitative).

SOURCES DE DONNÉES : La portion qualitative comprenait 46 entrevues et 500 heures d'observations guidées par des instruments structurés. Les données quantitatives ont été obtenues par un questionnaire d'enquête incluant le *Revised Nursing Work Index (NWI-R)* d'Aiken & Patrician (2000) et des mesures du rationnement des activités professionnelles infirmières et de la perception des infirmières quant à leur satisfaction au travail, leur niveau d'épuisement professionnel et par rapport à la qualité des soins qu'elles offrent aux patients. Par ailleurs, ces sources de données ont aussi été complétées par des informations provenant des banques de données administratives du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.

ANALYSES : Les données qualitatives ont été analysées par le biais de l'analyse de contenu et de la théorisation ancrée. Quant aux données quantitatives, des modèles de régressions multiples prédisant le rationnement des activités professionnelles infirmières, la santé au travail des infirmières et la qualité des soins qu'elles perçoivent prodiguer aux patients ont été testés, et ce en utilisant le *NWI-R* comme principale variable indépendante et tout en contrôlant pour les caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières.

RÉSULTATS : Cette étude suggère que l'organisation des services infirmiers selon une approche de type professionnel contribue à réduire le rationnement de divers types d'activités professionnelles infirmières ainsi qu'à augmenter la santé au travail des infirmières et la qualité des soins qu'elles perçoivent prodiguer aux patients. Par ailleurs, les bénéfices découlant de l'approche de type professionnel nous sont apparus, dans le cadre de l'analyse de cas, assujettis à une action sur les différentes forces de contingence qui émanent du système complexe d'action que constitue le réseau des unités néonatales québécoises.

CONCLUSION : Les gestionnaires désirant assurer des soins de haute qualité, tout en améliorant la santé au travail et la rétention de leurs infirmières, devraient mettre en place des environnements de pratique de type professionnel au sein des organisations hospitalières. Cependant, les bénéfices découlant de la mise en place de tels environnements apparaissent liés à des interventions politiques visant à contrôler les différentes forces de contingence œuvrant au sein du réseau québécois des unités néonatales.

MOTS-CLÉS : Organisation des services infirmiers, néonatalogie, système complexe d'action, pratique professionnelle infirmière, santé au travail, qualité des soins, méthodes de recherche qualitative, questionnaire d'enquête.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The increasing demand for the services for premature and at-risk infants, combined with a shortage of nurses specialized in neonatal intensive care nursing and recent changes in legislation defining professional nursing in Quebec, are forcing managers and policymakers to revisit the organization of nursing services on neonatal intensive care units (NICUs). Yet, few studies have examined the effect of the organization of neonatal services on the quality of patient care and on nurses' work and health outcomes.

OBJECTIVE: To describe the structure and the functioning of Quebec's network of neonatal units in order to understand their influences on nurses' work and health outcomes as well as on nurses' perceptions of the quality of patient care in NICUs.

DESIGN: A mixed-methods design comprising both a multiple-case study (qualitative portion) and a prospective analysis of survey-based data (quantitative portion).

POPULATION : Nursing staff, physicians, health care professionals, clinical managers, and NICU patients' parents recruited from 2 NICUs in Québec (qualitative portion), and 650 nurses from 7 NICUs in Quebec (quantitative portion).

DATA SOURCES: The qualitative fieldwork included 46 interviews and 500 hours of participant observation guided by structured tools. The quantitative data analyzed were gathered using a survey that included the *Revised Nursing Work Index* (Aiken & Patrician, 2000) (NWI-R) –a measure of perceptions of the availability of organizational supports for professional nursing practice, a newly-developed tool examining rationing of nursing work processes, nurses' job satisfaction, burnout and perceived quality of patient care. These data sources were supplemented with information from Quebec Ministry of Health administrative databases.

ANALYSES: Qualitative data were analysed using content analysis and grounded theory strategies. Multiple regression models, predicting the rationing of nursing services, nurse job satisfaction, and burnout and nurses' perceptions about the quality of patient care were tested using professional practice environment characteristics measured using the NWI-R as the major independent variables controlling for nurses' demographic characteristics and adjusting for the clustering of nurses within hospitals.

MAIN STUDY FINDINGS: Higher ratings of the quality of the professional work environment were associated with decreased reporting of omissions (rationing) of specific types of nursing care, higher levels of nurses' health at work and more favourable nurse perceptions about the quality of patient care. The qualitative fieldwork supported many of these connections but found that the benefits of professional work environments are contingent on contextual elements that emerge from the complex action system that underpins Quebec's network of neonatal units relating to both demand for services and resources for providing care.

CONCLUSION: The practice of nurses in Quebec NICUs appears to be influenced by the same work environment elements that predict job and patient outcomes in prior research in other clinical settings and in other provinces and countries. Managers and executives seeking to ensure consistent quality of nursing care and reduce negative job outcomes associated with turnover in NICUs should develop professional work environments within their organizations. However, consideration of, and potentially political action around, the various forces constraining resources in Quebec's network of neonatal units will also be necessary to ensure high-quality care, particularly in the future.

KEYWORDS: Organization of nursing services, neonatology, complex action system, professional practice, nurses' health at work, quality of patient care, qualitative research methods, survey.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé en français	iii
Résumé en anglais.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures	xii
Liste des sigles et des abréviations	xiii
Remerciements.....	xiv

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

1.1 L'énoncé du problème.....	1
1.2 Objectif général de la recherche.....	7
1.3 Questions de recherche	7
1.4 Hypothèses de recherche.....	7

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

2.1 Recension des écrits théoriques	9
2.1.1 Les hôpitaux et le travail professionnel	9
2.1.1.1 Le modèle bureaucratique.....	10
2.1.1.2 Le modèle professionnel	14
2.2 Recension des principaux écrits empiriques	21
2.2.1 Revue des principales études qualitatives.....	21
2.2.2 Revue des principales études quantitatives.....	29

CHAPITRE 3 : MÉTHODE

3.1 Devis général de l'étude.....	37
3.2 Méthode visant à répondre aux trois questions de recherche.....	37
3.2.1 Démarche générale.....	37
3.2.2 Choix des sites	37
3.2.3 Choix des participants à l'étude et techniques de collecte de données.....	39
3.2.3.1 Observations.....	39
3.2.3.2 Entrevues.....	41

3.2.3.3	Analyse de documents et de données administratives publiques.....	43
3.2.4	Analyse des données	44
3.2.5	Qualité et crédibilité des données qualitatives	45
3.3	Méthode visant à vérifier les cinq hypothèses de recherche	45
3.3.1	Sources de données	45
3.3.2	Mesures et instruments.....	48
3.3.3	Analyses statistiques	59
3.3.3.1	Plan d'analyses statistiques	59
3.3.3.2	Taille minimale de l'échantillon requis (Puissance statistique).....	60
3.3.3.3	Analyses factorielles	61
3.3.3.4	Détermination des scores des échelles de mesure et traitement des données manquantes	65
3.3.3.5	Fidélité des instruments de mesure	65
3.3.3.6	Vérification des prémisses statistiques	66
3.3.3.7	Description de l'échantillon	68
3.3.3.8	Vérification des hypothèses de recherche	69
3.4	Considérations éthiques	70

CHAPITRE 4 : RÉSULTATS

4.1	Structure et fonctionnement théorique du réseau québécois des unités de soins néonataux : Les RUIS, les niveaux et les normes de soins.....	73
4.2	Les facteurs de contingence influençant le fonctionnement du réseau québécois des unités de soins néonataux	80
4.2.1	État de déséquilibre entre l'offre et la demande pour les services néonataux de niveau III.....	80
4.2.2	Pénuries et fluctuations de l'offre de services.....	97
4.2.3	L'admission de patients.....	105
4.2.3.1	L'axe salle d'accouchement – unité néonatale	108
4.2.3.2	L'axe réseau / Salle d'accouchement / Unité néonatale	116
4.2.3.3	L'axe réseau / Unité néonatale.....	120
4.2.3.4	Forcer le système	125
4.2.4	Le processus de congé de patients	135

4.2.5	Le syndicalisme infirmier et les pénuries.....	147
4.2.5.1	Principe d'ancienneté, octroi de postes et d'autres privilèges : Une source de pénuries	147
4.2.5.2	Modification des règles bureaucratiques, principe d'égalité et reconnaissance de la spécialisation	168
4.2.5.3	Forcer le système : Le cas des heures supplémentaires obligatoires.....	179
4.2.6	Modèles d'organisation des services infirmiers.....	186
4.2.6.1	Comparaison du Modèle A et du Modèle B	188
4.2.6.2	Modèle C : Unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1	205
4.2.6.2	L'assistante infirmière-chef et les répartitions.....	213
4.2.7	Dynamiques interprofessionnelles et attaques juridictionnelles.....	223
4.2.8	Synthèse des résultats de la portion qualitative de l'étude	228
4.3	Analyses quantitatives	229
4.3.1	Caractéristiques de l'échantillon	229
4.3.2	Analyses factorielles et propriétés métrologiques des instruments.....	232
4.3.3	Statistiques descriptives relatives aux variables prédictives et de résultats	234
4.3.4	Matrices de corrélations entre les variables prédictives, de résultats, démographiques et professionnelles.....	239
4.3.5	Vérifications relatives aux prémisses sous-jacentes aux analyses statistiques proposées	244
4.3.6	Vérification des hypothèses de recherche	244
 CHAPITRE 5 : DISCUSSION ET CONCLUSION		
5.1	Vérification des hypothèses de recherche.....	255
5.2	Description d'un système complexe d'action	263
5.3	Équilibre dynamique et pratique professionnelle infirmière.....	270
5.4	Limites et recommandations	275
5.5	Implications pratiques pour la gestion et la recherche	277
5.6	Conclusion	279
 BIBLIOGRAPHIE		283

ANNEXE A : Principaux modèles théoriques en administration des services infirmiers	294
ANNEXE B : Hôpitaux magnétiques.....	297
ANNEXE C : Lettres d'autorisation des comités d'éthique de la recherche	299
ANNEXE D : Exemples de formulaires d'information et de consentement.....	314
ANNEXE E : Lettre d'entente pour l'utilisation de la version anglaise du <i>Maslach Burnout Inventory (MBI)</i>	323
ANNEXE F : Grille d'observation	326
ANNEXE G : Guide d'entretien semi-structuré. Personnel infirmier.....	327
ANNEXE H : Guide d'entretien semi-structuré. Médecins et professionnels non médecins.....	341
ANNEXE I : Guide d'entretien semi-structuré. Gestionnaires.....	354
ANNEXE J : Guide d'entretien semi-structuré. Parents des patients hospitalisés.....	367
ANNEXE K : Questionnaire d'enquête pour les infirmières	372
ANNEXE M : Analyses factorielles et de fidélité pour les variables prédictives et de résultats.....	383

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 :	Typologie des 14 activités professionnelles infirmières de Nadot (2002)	23
Tableau 2.2 :	Typologie des mécanismes de coordination de Mintzberg (1982)	28
Tableau 3.0 :	Données descriptives initiales sur les unités néonatales de soins intensifs du Québec	38
Tableau 3.1 :	Répartition des participants aux entrevues par site et par catégorie d'acteurs	42
Tableau 3.2 :	Taux de participation au questionnaire d'enquête répartis par centre hospitalier	48
Tableau 3.3 :	Principaux instruments de mesure du concept environnement de pratique	50
Tableau 3.4 :	Nombres totaux d'énoncés exclus suite aux pré-analyses pour chacun des instruments de mesure	62
Tableau 3.5 :	Critères d'extraction des composantes principales pour chacun des instruments de mesure	64
Tableau 3.6 :	État des démarches auprès des comités d'éthique et scientifique de la recherche	70
Tableau 4.1 :	Données démographiques par RUIS	74
Tableau 4.2 :	Les niveaux de soins néonataux	76
Tableau 4.3 :	Les normes de soins néonataux	78
Tableau 4.4 :	Taux d'occupation moyens sur les sept unités néonatales de niveau III de la province de Québec (1999 – 2007)	85
Tableau 4.5 :	Hospitalisations par niveaux de soins sur les sept unités néonatales de niveau III de la province de Québec (1999 – 2006)	88
Tableau 4.6 :	Durées moyennes de séjour par niveaux de soins sur les sept unités néonatales de niveau III de la province (1999 – 2006)	89
Tableau 4.7 :	Proportion des heures totales travaillées en heures supplémentaires aux centres d'activités 6200, 6362, 6364 et 6365 pour les périodes 1999 – 2007	92
Tableau 4.8 :	Taux d'autonomie des 4 RUIS du Québec	96

Tableau 4.9 :	Coûts directs nets moyens par jour-présence pour diverses clientèles néonatales et divers types d'hôpitaux (2006-2007).....	99
Tableau 4.10 :	Exemples de données publiées sur le Site Néo de l'Agence de Montréal.....	107
Tableau 4.11 :	Protocole de transfert de clientes externes (Site 1).....	119
Tableau 4.12 :	Normes minimales requises en néonatalogie pour transférer un bébé le plus rapidement possible dans un centre régional accoucheur de façon sécuritaire.....	138
Tableau 4.13 :	Règle d'octroi des postes au personnel infirmier du Site 1 et du Site 2.....	148
Tableau 4.14 :	Lettre d'entente concernant les postes d'infirmières cliniciennes (Site 1).....	149
Tableau 4.15 :	Lettre de la Direction générale à l'équipe syndicale du Site 2.....	167
Tableau 4.16 :	Mesures administratives particulières pour le personnel clinique.....	170
Tableau 4.17 :	Réactions syndicales aux mesures spéciales.....	174
Tableau 4.18 :	Mesures administratives particulières pour les infirmières de soins intensifs et d'urgence.....	175
Tableau 4.19 :	Extraits de la Loi sur les normes du travail, du Code des professions et du Code de déontologie des infirmières.....	181
Tableau 4.20 :	Heures supplémentaires, rappel au travail et mise en disponibilité (Site 1).....	183
Tableau 4.21 :	Caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières de l'échantillon.....	230
Tableau 4.22 :	Caractéristiques démographiques des infirmières de l'échantillon groupées par centres hospitaliers.....	231
Tableau 4.23 :	Caractéristiques professionnelles des infirmières de l'échantillon groupées par centres hospitaliers.....	231
Tableau 4.24 :	Statistiques descriptives relatives aux variables prédictives et de résultats.....	235
Tableau 4.25 :	Statistiques descriptives pour les variables prédictives groupées par centres hospitaliers.....	236

Tableau 4.26 :	Statistiques descriptives pour les variables de résultats groupées par centres hospitaliers	236
Tableau 4.27 :	Matrice de corrélations pour les variables prédictives et de résultats....	241
Tableau 4.28 :	Matrice de corrélations pour les variables prédictives et témoins	242
Tableau 4.29 :	Matrice de corrélations pour les variables de contrôle et de résultats ...	243
Tableau 4.30 :	Effets d'un environnement de pratique et d'une dotation de type professionnel sur la santé au travail des infirmières et la qualité des soins	246
Tableau 4.30a :	Effets d'un environnement de pratique et d'une dotation de type professionnel sur le rationnement du travail infirmier	248
Tableau 4.31 :	Effets du rationnement du travail infirmier sur la satisfaction au travail, l'épuisement émotionnel et la qualité des soins	250
Tableau 4.32 :	Effets d'un environnement de pratique et d'une dotation de type professionnel sur la santé au travail des infirmières et la qualité des soins : Le rôle médiateur du travail infirmier	252
Tableau 4.33 :	Effets de la satisfaction au travail et de l'épuisement émotionnel sur la qualité des soins	253

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 :	Modèle théorique d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002).....	19
Figure 3.1 :	Diagramme des pistes causales	69
Figure 4.1 :	Les quatre RUIS de la province de Québec	73
Figure 4.2 :	Les niveaux de soins néonataux.....	75
Figure 4.3 :	Profils de consommation et de production des RUIS québécois	84
Figure 4.4 :	Chaîne des effets collatéraux	95
Figure 4.5 :	Les axes d'admission de patients sur une unité néonatale de soins intensifs	109
Figure 4.6 :	Modèles d'organisation des services infirmiers des unités néonatales des Sites 1 et 2	187
Figure 4.7 :	Représentation schématique et approximative de l'unité néonatale du Site 2	189
Figure 4.8 :	Représentation schématique et approximative de l'unité néonatale de soins intensifs du Site 1	190
Figure 4.9 :	Représentation schématique et approximative de l'unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1	206
Figure 4.10 :	Mode de travail en dyade infirmière-infirmière auxiliaire.....	212

LISTE DES SIGLES ET DES ABRÉVIATIONS

AIC	Assistante infirmière-chef
AUX	Infirmière auxiliaire
CE	Chef d'équipe
CH	Centre hospitalier
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CLSC	Centre local de services communautaires
ET	Écart type
ES	Erreur standardisée
INF	Infirmière
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
NWI-R	<i>Revised Nursing Work Index</i>
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PAB	Préposé aux bénéficiaires
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
UNSI	Unité néonatale de soins intensifs

REMERCIEMENTS

Le parcours doctoral est une épreuve individuelle, parsemée de défis personnels, professionnels et scientifiques, qui requiert de la part du doctorant engagement, rigueur et résilience. Néanmoins, mon parcours doctoral n'aurait pas connu le dénouement ici rapporté si je n'avais pu en permanence compter sur l'aide, l'assistance et le soutien des personnes qui m'ont accompagné aux différentes étapes de cette aventure. Je voudrais m'arrêter un instant afin de les remercier.

Mes premiers remerciements vont à mes directeurs de thèse, Lise Lamothe et Sean P. Clarke. Par votre grande disponibilité, votre écoute attentive et vos enseignements avisés, vous m'avez procuré les outils qui ont orienté mon parcours doctoral et qui m'ont permis de mener à bien ce projet. De plus, je souhaite également exprimer toute ma reconnaissance envers Clémence Dallaire, professeur et mentor, dont la sagesse et l'expérience m'ont aidé à plus d'une reprise à mettre en perspective et à relever de manière créative les différents défis du parcours doctoral. À vous trois, Lise, Sean et Clémence, merci de m'avoir fait confiance et d'avoir guidé ma route.

Par ailleurs, cette recherche doctorale n'aurait pu être réalisée sans la collaboration des gestionnaires, des médecins et des professionnels de la santé des neuf unités néonatales et centres hospitaliers sélectionnés. Je leur suis grandement reconnaissant pour l'enthousiasme avec lequel ils ont accepté de participer à cette étude ainsi que pour l'accueil qu'ils m'ont offert. Je désire également leur témoigner toute ma gratitude à l'égard de leur disponibilité, malgré les temps difficiles que nous connaissons actuellement, afin de participer aux entrevues, collaborer aux séances d'observation ou encore compléter les questionnaires de l'étude. Vos efforts forment la substance de cette recherche.

Enfin, cette étude aurait été impossible sans le soutien financier de nombreux partenaires : le Centre de formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers (Centre Ferasi), le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, le Ministère de l'Éducation du Loisirs et des Sports (MELS) du Québec, la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal, la Fondation Gustav-Levinschi, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal / Laval (ORIIM/L). Je profite donc de la présente occasion afin de les en remercier.

**À Juliette, William
et Nathalie**

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

1.1 L'énoncé du problème

La demande pour les soins intensifs néonataux est à la hausse tant au Québec qu'ailleurs à travers le Canada. En effet, le taux d'admission dans les unités néonatales de soins intensifs (UNSI) a connu une légère hausse ces dernières années, passant de 12,6% des nouveau-nés en 1994-1995, à 14,1% en 2001-2002 (ICIS, 2004). D'après les données publiées dans le *Rapport sur la santé périnatale au Canada* (Santé Canada, 2003), il se pourrait que cette hausse soit reliée à l'augmentation des taux de prématurité¹ et d'incidence de certains indicateurs de morbidité néonatale grave² dont les septicémies néonatales. En effet, selon ce rapport, les taux de naissances prématurées et de septicémies néonatales sont respectivement passés de 6,6% et de 16,9% des naissances vivantes en 1991 à 7,6% et à 24,8% en 2000³. Parallèlement, on a noté, entre 1995-1996 et 1999-2000, une légère hausse du taux d'incidence du syndrome de détresse respiratoire, un autre indicateur de morbidité néonatale grave. Puisque ces différentes conditions ont été associées avec un risque accru d'admission sur une UNSI (Lee, McMillan, Ohlsson, Pendray, Synnes, Whyte, et al, 2000), il est donc possible que l'augmentation de leur incidence explique, en partie du moins, l'accroissement de la demande pour ces unités. Par ailleurs, il est aussi probable qu'un certain nombre de contingences de nature organisationnelle soient également en cause dans cette augmentation de la demande. Toutefois, à notre connaissance, cet aspect n'a pas encore été étudié en profondeur, et ce plus spécifiquement dans le contexte particulier des unités néonatales québécoises.

¹ Le taux de prématurité désigne le nombre de naissances d'enfants vivants dont l'âge gestationnel à la naissance est inférieur à 37 semaines révolues (moins de 259 jours) par rapport au nombre total de naissances vivantes dans un lieu donné et à un moment donné (Santé Canada, Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003, p. 73).

² Le taux de morbidité néonatale grave désigne le nombre de nourrissons atteints d'une affection néonatale grave au cours du premier mois de leur vie par rapport au nombre total de naissances d'enfants vivants dans un lieu donné et à un moment donné. Ces affections incluent notamment le syndrome de détresse respiratoire, la septicémie, les convulsions, l'hémorragie intra-ventriculaire grave, la persistance de la circulation fœtale et les malformations congénitales atteignant plusieurs systèmes (Santé Canada, Rapport sur la santé périnatale au Canada, 2003, p. 94).

³ Selon certains experts, la majeure partie de l'accroissement du nombre de naissances prématurées serait attribuable au recours accru d'interventions obstétricales, aux changements dans la fréquence et l'âge gestationnel des naissances multiples, à l'enregistrement plus rigoureux des naissances extrêmement prématurées (20 à 27 semaines) parmi les naissances vivantes et à l'utilisation accrue de techniques échographiques pour l'estimation de l'âge gestationnel (Alexander & Slay, 2002 ; Roberts, Algert, Morris, & Henderson-Smart, 2002 ; Joseph, Demissie & Kramer, 2002).

Parallèlement, le Québec, tout comme la plupart des sociétés occidentales, est actuellement aux prises avec une pénurie importante d'infirmières et, surtout, d'infirmières spécialisées dans les services de soins critiques dont la néonatalogie. En effet, le Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) du Québec estimait, en octobre 2007, qu'il manque actuellement 1 867 infirmières dans le réseau de la santé québécois (MSSS, 2007). De plus, les données du MSSS indiquent qu'au cours de l'année 2005-2006, 31% des heures supplémentaires effectuées dans les établissements de santé dispensant des soins critiques, dont des services de néonatalogie, ont été effectuées dans ces secteurs alors que ceux-ci n'accaparent que 19,5% des heures totales de travail (MSSS, 2007). Ainsi, ce contexte de pénurie de ressources infirmières, combiné à une augmentation de la demande pour les services néonataux, qu'elle soit consécutive à une modification du profil de la clientèle ou à ces contingences organisationnelles dont nous avons fait état, contribue à créer une situation de déséquilibre entre l'offre et la demande pour les services néonataux québécois. Afin d'éviter que ce déséquilibre ne compromette l'accessibilité et la sécurité des services offerts à la clientèle, les gestionnaires n'ont d'autre choix que de revoir le mode d'organisation des services infirmiers sur ces unités. À cet égard, on note que les stratégies de réorganisation habituellement mises de l'avant par les gestionnaires peuvent être groupées en trois principales catégories : a) augmenter les charges de travail en modifiant les ratios infirmière-patients ; b) revoir la composition du personnel infirmier⁴ et le mode de répartition du travail en modifiant les proportions d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires au sein des équipes soignantes⁵ et ; c) recourir aux heures supplémentaires volontaires ou obligatoires.

Or, les résultats de recherches récentes, principalement réalisées aux États-Unis auprès d'infirmières et de patients adultes de médecine et de chirurgie, indiquent que ces stratégies, ainsi que les contingences inhérentes à certains modèles généraux d'organisation des services infirmiers, semblent avoir une influence négative tant sur le travail des infirmières que sur leur santé au travail et la qualité des soins qu'elles offrent aux patients (par ex. : Aiken, Clarke, & Sloane, 2002; Tourangeau, Giovannetti, Tu, & Woods, 2002; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004). Cependant, peu d'études récentes ont

⁴ Dans cette étude, le personnel infirmier fait référence aux infirmières, aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires.

⁵ Une stratégie qui a notamment été facilitée par les récents changements apportés à la législation professionnelle québécoise.

examiné les relations entre l'organisation des services néonataux, le travail et la santé au travail des infirmières de ce milieu et la qualité des soins offerts à la clientèle néonatale, et ce plus particulièrement au Québec. C'est à cette problématique que l'étude proposée souhaite s'attarder.

La littérature en sociologie des organisations et des professions ainsi qu'en organisation des services infirmiers indique que cette problématique peut être abordée selon deux perspectives théoriques et méthodologiques différentes, bien que complémentaires. À notre connaissance, ces perspectives ont jusqu'à présent été abordées de manière indépendante l'une de l'autre, contribuant ainsi à une compréhension fragmentaire de la problématique décrite.

Première perspective: Les travaux réalisés à l'intérieur de cette perspective, utilisant essentiellement des approches de recherche qualitative, ont contribué à mettre en évidence que les infirmières en milieu hospitalier peuvent être soumises à l'influence de divers groupes d'acteurs (par ex. : médecins, professionnels non médecins, gestionnaires, patients, etc.) ou encore à de multiples contingences structurelles (par ex. : pénurie de ressources humaines et matérielles, culture organisationnelle, etc.) susceptibles de venir influencer le déploiement de leurs activités professionnelles (c.-à-d., leur travail). En réponse à de telles contingences, les infirmières développent un répertoire relativement complexe de stratégies d'adaptation leur permettant tout de même d'assurer aux patients l'ensemble des services professionnels infirmiers requis. Cependant, lorsque les forces de contingence en question excèdent un certain seuil critique, celui où les stratégies initiales d'adaptation ne suffisent plus, les infirmières sont alors contraintes de prioriser certaines de leurs activités professionnelles au détriment de d'autres. Selon les auteurs consultés, ce rationnement des activités professionnelles aurait pour principal avantage de permettre aux infirmières de réaliser en priorité les activités professionnelles qui sont nécessaires afin d'assurer aux patients des soins sécuritaires et qui ne compromettent pas la vie. Implicitement cependant, prioriser impliquerait également que dans un certain nombre de cas l'infirmière ne serait pas en mesure de réaliser certaines activités professionnelles qui, bien qu'importantes, ne sont pas forcément nécessaires afin d'assurer la survie immédiate du patient (par ex. : l'enseignement, le soutien psychosocial, l'accompagnement, etc.). Selon les auteurs consultés, le fait, pour les infirmières, de devoir rationner leurs activités professionnelles serait à la source d'insatisfactions au travail ainsi que d'une perception selon laquelle les

soins prodigués aux patients sont de moindre qualité, parce qu'incomplets (Voir : Bowers, Luring, & Jacobson, 2001 ; Hendry & Walker, 2004 ; Waterworth, 2003 ; Williams, 1998).

Or, la littérature consultée nous renseigne peu sur les différentes forces de contingence auxquelles sont soumises les infirmières des unités néonatales québécoises ni sur les différentes stratégies d'adaptation qu'elles déploient, le cas échéant, afin d'assurer aux nouveau-nés placés sous leur responsabilité les services infirmiers requis ou, à tout le moins, qui permettent d'assurer la vie. Enfin, bien que les études recensées donnent à penser que le rationnement des services infirmiers soit associé à une détérioration de la santé au travail des infirmières et à une perception selon laquelle les soins offerts aux patients sont de moindre qualité, ces relations demeurent à être établies dans le contexte particulier des unités néonatales québécoises.

Deuxième perspective : Les travaux réalisés selon cette perspective, qui est dominante dans la littérature en administration des services infirmiers, ont notamment contribué à la formulation de plusieurs modèles théoriques, inspirés des travaux de Donabedian (1966 ; 1980). Plus spécifiquement, ces modèles identifient un ensemble de contingences structurelles, au sein des organisations hospitalières, qui viennent influencer le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que la qualité des soins offerts à la clientèle (par ex. : Aiken, Clarke, & Sloane, 2002 ; Duffy & Hoskins, 2003 ; Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998 ; Schubert, Glass, Clarke, Aiken, Schaffert-Witvliet, 2008). Parmi ceux-ci, le modèle théorique d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002) est particulièrement intéressant en raison du fait qu'il est l'un des seuls à proposer une argumentation théorique permettant d'expliquer l'influence de ces diverses contingences. De plus, il est le seul modèle à proposer une solution à la problématique de pénurie d'infirmières : l'organisation des services infirmiers selon une approche de type professionnel.

Plus spécifiquement, le modèle d'Aiken et al. (2002) propose que les hôpitaux ou les unités de soins qui optent pour une forme professionnelle d'organisation de leurs services infirmiers seront à même d'offrir des soins de meilleure qualité et d'obtenir de meilleurs indicateurs de santé au travail chez leurs infirmières (par ex. : augmentation de la satisfaction au travail, réduction de l'épuisement professionnel et du taux de roulement du personnel, etc.) que ceux adhérant à la forme bureaucratique d'organisation. Ces bénéfices résulteraient du fait que les structures professionnelles minimisent les forces de contingence

s'opposant au travail des infirmières, leur offrant ainsi la possibilité de mettre en application l'ensemble de leurs connaissances et de leurs habiletés d'une manière plus efficace que ce qui ne leur est permis sous des structures hiérarchiques traditionnelles (bureaucratiques) (Aiken, Sochalski, & Lake, 1997, Aiken, Sloane, Lake, Sochalski, & Weber, 1999 ; Aiken & Sloane, 1997a). Indirectement, ces auteurs proposent donc que l'organisation des services infirmiers exerce une influence sur le déploiement des processus de travail infirmier et que ces derniers jouent un rôle de médiateurs dans l'influence qu'exerce l'organisation des services infirmiers sur la santé au travail des infirmières et la qualité des soins qu'elles offrent à la clientèle.

Parallèlement, les travaux d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002) permettent d'identifier un certain nombre de ces contingences pouvant influencer le travail des infirmières. En effet, pour ces auteurs, une structure professionnelle se distingue d'une structure bureaucratique par sa dotation en personnel infirmier et par les caractéristiques de son environnement de pratique. Au plan de la dotation, une structure de type professionnel est notamment caractérisée par des ratios infirmière-patients élevés, par une composition du personnel infirmier où les proportions d'infirmières et celles d'infirmières détenant une formation universitaire sont élevées, ainsi que par le déploiement d'un niveau adéquat de ressources humaines et matérielles permettant de supporter les infirmières dans leurs prestations de soins à la clientèle. Quant à l'environnement de pratique de type professionnel, il se distingue de la forme bureaucratique par le haut degré d'autonomie professionnelle accordée aux infirmières, au contrôle accru qu'elles peuvent exercer sur le milieu de pratique et à la qualité des relations professionnelles qu'elles entretiennent avec les médecins. C'est notamment ces propriétés de l'environnement de pratique, hautement valorisées par les infirmières, qui font en sorte que les hôpitaux ou les unités de soins qui optent pour la forme professionnelle d'organisation deviennent en quelque sorte « magnétiques » ; c'est-à-dire capables d'attirer et de retenir les infirmières en nombre suffisant, et ce afin de mettre en place une dotation de type professionnel (Aiken, 2002 ; McClure & Hinshaw, 2002). Enfin, le modèle d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002) propose également que les indicateurs de la santé au travail des infirmières exercent une influence sur la qualité des soins offerts aux patients. Cependant, ce modèle, tout comme les autres modèles recensés dans la littérature, est peu explicite sur la nature du mécanisme théorique permettant d'expliquer cette dernière association.

Au cours des dernières années, plusieurs des hypothèses proposées dans le modèle d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002) ont été supportées empiriquement ; notamment celles reliant la dotation et les caractéristiques de l'environnement de pratique de type professionnel à la santé au travail des infirmières et à la qualité des soins qu'elles offrent à la clientèle (par ex. : Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002 ; Laschinger, Shamian, & Thompson, 2001 ; Shamian, Kerr, Laschinger, & Thompson, 2002 ; Sochalski, 2004 ; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004). Cependant, nous ne disposons actuellement que de très peu de données empiriques permettant de documenter l'impact de la dotation et de l'environnement de pratique sur le déploiement des activités professionnelles infirmières. Enfin, les résultats des études existantes ne permettent pas de déterminer si les hypothèses sous-jacentes au modèle d'Aiken et al. (2002) peuvent être vérifiées dans le contexte particulier des unités néonatales québécoises. Dans ce contexte, on ne sait pas dans quelle mesure le développement d'environnements de pratique de type professionnel pourrait contribuer à réduire la pénurie d'infirmières au sein des unités néonatales québécoises ou encore à y assurer des soins de qualité.

En somme, l'étude proposée vise à décrire la structure et le mode de fonctionnement des unités néonatales québécoises afin de comprendre, du point de vue des acteurs impliqués, leurs influences sur le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que sur la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients. Implicitement, nous posons comme postulat que les unités néonatales québécoises, dans leurs structures et leurs modes de fonctionnement, constituent un système complexe d'organisation dont les rouages ne peuvent être entièrement élucidés par les approches de recherches linéaires classiques. Ainsi, l'originalité et le caractère novateur de la présente étude tiennent au fait qu'elle propose d'aborder cette complexité en tirant profit de la convergence des deux perspectives théoriques et méthodologiques que nous venons d'introduire. En effet, nous les considérons ici à l'intérieur d'un devis de recherche de type multi-méthode basé, d'une part, sur une analyse de cas multiples et, d'autre part, sur une enquête provinciale de nature épidémiologique. Cette approche novatrice nous permettra d'apporter sur la problématique décrite un éclairage plus exhaustif que ce qu'ont pu faire jusqu'à présent les études recensées.

1.2 Objectif général de la recherche

Suivant ces considérations, l'étude proposée vise à décrire la structure et le mode de fonctionnement des unités néonatales québécoises afin de comprendre, du point de vue des acteurs⁶ impliqués, leurs influences sur le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que sur la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir à la clientèle. Afin de répondre à cet objectif général, trois questions de recherche seront examinées et cinq hypothèses de recherche seront vérifiées.

1.3 Questions de recherche

- Quels sont les facteurs de nature organisationnelle qui exercent une influence sur le travail et la santé au travail des infirmières ou sur la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir à la clientèle néonatale ?
- Quels sont les mécanismes par lesquels cette influence s'exerce ?
- Quels sont les mécanismes mis en place par les infirmières afin d'assurer, le cas échéant, de services sécuritaires, accessibles et de qualité à la clientèle ?

1.4 Hypothèses de recherche

Sur la base du modèle théorique proposé par Aiken, Clarke, & Sloane (2002), cinq hypothèses de recherche principales seront examinées :

- Hypothèse 1a : Une dotation et un environnement de pratique de type professionnel sont associés à une amélioration de la santé au travail des infirmières ;
- Hypothèse 1b : Une dotation et un environnement de pratique de type professionnel sont associés à une amélioration de la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients ;
- Hypothèse 2 : Une dotation et un environnement de pratique de type professionnel contribuent à réduire le rationnement des activités professionnelles infirmières ;
- Hypothèse 3a : Le rationnement des activités professionnelles infirmières est associé à une réduction de la santé au travail des infirmières ;

⁶ Ces acteurs font référence au personnel infirmier, aux médecins, aux professionnels non médecins, aux gestionnaires clinico-administratifs et aux parents des enfants hospitalisés.

- Hypothèse 3b : Le rationnement des activités professionnelles infirmières est associé à une réduction de la qualité des soins que les infirmières perçoivent prodiguer aux patients ;
- Hypothèse 4 : Une amélioration de la santé au travail des infirmières est associée à une augmentation de la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients.
- Hypothèse 5a : Le rationnement des activités professionnelles infirmières joue un rôle médiateur dans la relation qu'ont la dotation et l'environnement de pratique avec la santé au travail des infirmières ;
- Hypothèse 5b : Le rationnement des activités professionnelles infirmières joue un rôle médiateur dans la relation qu'ont la dotation et l'environnement de pratique avec la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Le présent chapitre est divisé en deux sections. Dans la première, nous abordons d'abord certains écrits théoriques en sociologie des organisations, en sociologie des professions et en organisation des services infirmiers afin de mieux comprendre comment se structurent et fonctionnent les activités du personnel infirmier au sein des organisations hospitalières. Puis, nous dégagons de ces écrits deux perspectives théoriques et méthodologiques complémentaires tentant d'expliquer comment l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier peut venir influencer le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que la qualité des soins qu'elles offrent à la population. Enfin, dans la seconde section, nous passons en revue les principales études associées à chacune de ces perspectives afin d'en dégager l'état actuel des connaissances. Abordons tout d'abord les principaux écrits théoriques.

2.1 Recension des écrits théoriques

2.1.1 Les hôpitaux et le travail professionnel

Dans son analyse des configurations structurelles des organisations, Mintzberg (1982 ; 1989) classe les hôpitaux dans une configuration particulière, la bureaucratie-professionnelle, en raison du fait que ces organisations complexes sont caractérisées par une double structure organisationnelle, l'une bureaucratique, l'autre professionnelle. Ces structures représentent deux approches opposées permettant d'accomplir des tâches complexes qui se distinguent par leur degré d'influence sur les activités des individus (Flood & Scott, 1987). En effet, l'approche bureaucratique subdivise le travail à accomplir entre plusieurs individus et contrôle leurs activités par une structure hiérarchique et l'imposition d'un ensemble de règles et de normes externes. À l'opposé, l'approche professionnelle accorde une autonomie considérable aux membres d'occupations auto-réglementées dans la mise en œuvre d'un ensemble de connaissances et d'habiletés permettant la résolution de problématiques complexes (Voir : Flood & Scott, 1987 ; Freidson, 1970a ; b).

Comme le souligne Aiken (2002), les infirmières occupent une position paradoxale au sein de ces organisations qui est située à l'intersection de ces deux modes opposés de structuration du travail. En effet, bien que les infirmières soient porteuses de valeurs professionnelles, elles sont également des agents de la bureaucratie hospitalière en raison de leur statut d'emploi. Étant donnée cette position particulière des infirmières au sein des organisations hospitalières, il convient de regarder plus en détail ces deux formes d'organisation du travail afin de mieux comprendre leur structure et leur mode fonctionnement mais aussi leurs impacts potentiels sur le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que sur la qualité des services qu'elles offrent à la clientèle. Avant de poursuivre, précisons que l'objectif général de la présente étude nous amène à limiter notre propos aux dynamiques pouvant être observées à l'intérieur de la partie-clé des bureaucraties-professionnelles, leur centre opérationnel.

2.1.1.1 Le modèle bureaucratique

Max Weber (1971 ; 1922) a été le premier à fournir une description d'un « type idéal » ou « pur » des organisations bureaucratiques. Pour Weber, le critère essentiel de la supériorité ou de l'efficacité des structures bureaucratiques découle de la prévisibilité obtenue par la standardisation (Crozier 1961) ou la formalisation du comportement (Mintzberg, 1982). Les deux citations, ci-dessous, permettent de résumer l'essentiel des caractéristiques de ce type idéal d'organisations :

« Des règles impersonnelles définissent dans le plus petit détail les diverses fonctions et prescrivent la conduite à tenir par leurs occupants dans le plus grand nombre possible d'éventualités. Des règles également impersonnelles président au choix des personnes appelées à remplir ces fonctions ; ... deux principes gouvernent ces choix : le principe du concours ouvert à tous qui règle les passages d'une grande catégorie hiérarchique à une autre et le principe de l'ancienneté qui règle, à l'intérieur de chaque catégorie, la répartition des postes, les transferts de postes et les augmentations d'indices... Rien n'est laissé à l'arbitraire et à l'initiative individuels (Crozier, 1963, pp. 120-121) ».

1. *« Il y a le principe du caractère fixe et officiel des zones juridictionnelles, qui sont généralement déterminées par des règles, c'est-à-dire par des lois ou des règlements administratifs.*
 - 1.1 *Les activités régulières requises dans une structure bureaucratique sont distribuées de façon fixe sous forme de devoirs officiels ;*
 - 1.2 *L'autorité de donner les ordres nécessaires à l'exécution du travail est distribuée de façon stable et strictement délimitée par des règles définissant les moyens coercitifs, physiques, sacerdotaux ou autres qui peuvent être placés à la disposition des personnes investies d'autorité;*
 - 1.3 *Toute précaution est prise, de façon méthodique, pour assurer l'exécution régulière et continue de ces droits et de ces devoirs ; seules sont employées les personnes possédant les qualifications réglementaires.*
2. *Les principes de la hiérarchie des offices et des niveaux d'autorité signalent qu'il existe un système fermement ordonné de supérieurs et de subordonnés dans lequel les postes plus élevés supervisent les postes qui leur sont subalternes ;*
3. *La gestion du bureau moderne est fondée sur des documents écrits (les dossiers) qui sont conservés sous leur forme originale ou sous une forme abrégée ;*
4. *La gestion d'un bureau, au moins pour un bureau spécialisé – et cette gestion est tout à fait moderne – requiert en général une formation approfondie et une expertise ;*
5. *La gestion du bureau suit des règles générales qui sont plus ou moins stables, plus ou moins exhaustives, et qui peuvent être apprises. La connaissance de ces règles représente un savoir technique spécial qu'ont les membres de l'encadrement. Ce savoir est la jurisprudence, ou la gestion administrative des entreprises (Gerth & Mills, 1958, cités dans Mintzberg, 1982, p. 100-101) ».*

Ainsi, comme le soulignent ces définitions, l'efficacité des structures bureaucratiques repose essentiellement sur leur capacité à standardiser les comportements individuels par le biais d'un ensemble de règles impersonnelles dont la mise en application est assurée par la supervision directe⁷.

Cependant, les travaux de recherche des successeurs de Weber ont contribué à remettre en question la supériorité et l'efficacité absolue de cette forme organisationnelle (par ex. : Argyris, 1960 ; Bennis, 1966 ; Crozier, 1963 ; Gouldner 1954 ; Likert, 1961 ; Merton, 1936 ; Selznick, 1949). En effet, ces chercheurs ont notamment attiré l'attention sur la tendance naturelle qu'ont les individus à résister à la formalisation du comportement et à la dépersonnalisation. De plus, ils ont décrit diverses « pathologies organisationnelles » ou conséquences dysfonctionnelles qui résultent d'une formalisation excessive du comportement et qui peuvent, par exemple, se manifester sous la forme d'absentéisme, de rotation du personnel, de grèves, de rigidité des comportements, de rejet des idées nouvelles ou d'une mauvaise qualité des services offerts à la clientèle. Enfin, plusieurs de ces auteurs ont décrit, à leur manière, une sorte de cercle vicieux à l'intérieur duquel l'application de règles bureaucratiques suscite, chez les individus, ces diverses formes de résistances. Dans l'optique d'y pallier, l'organisation émet alors des règles bureaucratiques supplémentaires dont l'objet est de restreindre encore davantage la marge de manœuvre des individus. Or, cette contrainte supplémentaire amène les individus à exercer une résistance accrue aux règles bureaucratiques ; contribuant ainsi à la fermeture du cercle vicieux bureaucratique. Ainsi, ces recherches ont contribué à mettre en évidence l'existence d'un conflit fondamental au sein des organisations de type bureaucratique : un système technique idéal ne correspond pas forcément à un système social optimal.

⁷ Mintzberg (1983) résume ainsi les principaux concepts sous-jacents à ces structures : Division du travail, spécialisation verticale et horizontale du travail, formalisation du comportement, hiérarchie d'autorité, chaîne de commandement, communication régulée, standardisation des processus de travail et des qualifications (p. 101).

Par ailleurs, soulignons que les caractéristiques et les dysfonctions du modèle bureaucratique, telles que nous venons de les décrire, dépeignent toutefois une organisation dont le mode de fonctionnement apparaît essentiellement linéaire, voire quasi statique. Sur ce dernier point, les travaux de Crozier (1963) sont particulièrement intéressants puisqu'ils permettent d'introduire un certain dynamisme au modèle bureaucratique proposé par Weber (1971). Plus spécifiquement, trois des conclusions de Crozier (1963) ont plus particulièrement retenu notre attention dans le cadre de la présente étude. Premièrement, il constate que les règles bureaucratiques, émises par les membres du sommet hiérarchique, ne peuvent pas tout prévoir ou contrôler. En effet, des zones d'incertitudes subsistent et ceux qui les contrôlent sont investis d'un pouvoir considérable par rapport à ceux qui sont influencés par ces incertitudes. Des relations de pouvoir, motivées par des intérêts personnels ou collectifs, se jouent donc autour de ces zones d'incertitudes ; chaque groupe espérant ainsi augmenter sa liberté d'action tout en diminuant celle des autres. Deuxièmement, bien que Crozier reconnaisse que les excès de bureaucratisation puissent conduire aux divers types de dysfonctions décrites précédemment, il propose également de concevoir un certain nombre de celles-ci comme un moyen ou un procédé utile permettant à chaque individu ou groupe de protéger sa liberté d'action dans la lutte pour le pouvoir (Crozier, 1963, p. 244). Enfin, Crozier (1963) note que ces relations de pouvoir tendent toutefois à se stabiliser dans un état d'équilibre qui émerge du besoin de chaque groupe de coopérer afin d'assurer la survie de l'organisation.

En somme, sur la base de ces éléments théoriques et empiriques, deux conclusions ou hypothèses préliminaires ressortent. Premièrement, on note que l'accroissement du degré de bureaucratisation d'une organisation semble favoriser l'émergence de dysfonctions dont une réduction de la santé au travail du personnel et de la qualité des services offerts à la clientèle. Deuxièmement, il importe de garder à l'esprit qu'un certain nombre de ces conséquences dysfonctionnelles peuvent également être vues comme des stratégies dont disposent les groupes d'acteurs afin de maintenir ou d'affermir leur position autour de zones d'incertitudes. Regardons maintenant ce que nous enseigne le modèle professionnel.

2.1.1.2 Le modèle professionnel

La littérature sur les professions, les professionnels et le professionnalisme est abondante et fort diversifiée. Cependant, l'objectif général de la présente étude nous amène à cerner notre attention sur trois des thèmes centraux d'une portion de cette littérature qui touche plus spécifiquement aux professionnels de la santé et aux infirmières : la domination médicale, la négociation interprofessionnelle et la supériorité du modèle professionnel, par rapport à la forme bureaucratique, quant à la qualité des services offerts à la clientèle et la santé au travail des individus. Nous les aborderons successivement.

Premièrement, précisons que la présence de nombreux professionnels au sein des centres hospitaliers est l'une des caractéristiques fondamentales de ce type d'organisations et résulte de leur évolution naturelle (Lamothe, 1999). Malgré cette caractéristique, peu de chercheurs se sont intéressés aux dynamiques interprofessionnelles et, plus spécifiquement, à la façon dont le travail interprofessionnel est organisé au niveau du centre opérationnel des hôpitaux. En effet, la plupart des chercheurs ont en fait étudié les diverses professions de la santé en les prenant une à une ou encore en les comparant à la médecine, le groupe professionnel dominant. Ainsi, l'un des thèmes centraux de la littérature sur les professions est celui de la domination médicale⁸ sur la production de soins et, en corollaire, celui du statut de subordonné des infirmières et des professionnels non médecins par rapport à la médecine (par ex. : Coburn, 1988 ; 1992 ; Coburn, Torrance & Kaufert, 1983 ; Etzioni, 1969 ; Freidson, 1970a, b ; 1986 ; Hafferty & Wolinsky, 1991 ; Lamothe, 1996 ; Wolinsky, 1988). En ce qui concerne la profession infirmière, Coburn (1988) souligne que leur subordination à la médecine peut être expliquée par trois motifs interdépendants :

« There have been three main approaches to the analysis of nursing. Most frequently nursing is said to be a semiprofessional occupation, but one that is striving to be a profession. The second perspective emphasizes gender. With the rise of feminist theory, recent analyses contend that nursing is, or was, subordinate to medicine and that nursing is, or was, a semiprofession rather than a full profession because of the more general subordination of women to men. A third approach focuses not on professionalization

⁸ L'expression domination médicale est ici utilisée au sens de Freidson (1970b) afin de désigner le contrôle de la médecine sur la division du travail en santé, incluant le contrôle sur le contenu des soins médicaux, les patients, les autres occupations et le contexte à l'intérieur duquel les soins sont dispensés.

but rather on its supposed opposite, proletarianization. It is argued that nursing has moved from self-employment to employment by others, was then subject to managerial control, and is now undergoing technical proletarianization in the sense of a loss of control and deskilling in the labor process or, at the least, work intensification and rationalization, and is showing the expected reactions to this, for example, in increased unionization and militancy. The major approaches of professionalization, gender, and proletarianization are all deeply intertwined with the idea of medical dominance. In all three, the control of nursing by medicine is of central importance (p.437-38)”.

Quant aux différents groupes de professionnels non médecins, ils sont généralement décrits comme étant dans une position de subordination cognitive ou pratique par rapport à la médecine, et ce en raison de la mainmise médicale sur les savoirs et les pratiques associés à l'émergence même de plusieurs de ces groupes de professionnels⁹ (Lamothe, 1996). Par ailleurs, peu d'études se sont intéressées à la position de la profession infirmière par rapport aux différents groupes de professionnels non médecins. Néanmoins, les données disponibles permettent d'avancer que c'est sur une toile de fond de hiérarchie interprofessionnelle, dominée par la médecine, que se tissent les relations entre les différents groupes professionnels impliqués dans la production de soins aux patients en milieu hospitalier. Cette littérature a toutefois ce défaut d'être statique. En effet, en dehors de la description d'un processus linéaire de professionnalisation, truffé d'étapes charnières dont la nature et la séquence varient souvent d'un auteur à l'autre, cette littérature nous renseigne peu sur les dynamiques conduisant à l'établissement de cette hiérarchie interprofessionnelle, ni sur celles influençant sa stabilité.

Sur ce dernier point, les écrits concernant le second thème sont particulièrement intéressants car ils nous présentent le milieu de travail comme étant un centre de négociation des diverses tâches professionnelles. En effet, par des concepts comme l'ordre négocié (Strauss, Schatzman, Ehrlich, Bucher, & Sabshin, 1963), les activités de création de rôle (Bucher & Stelling, 1969), de définition de la zone de contrôle du travail (Freidson, 1970a ;b) ou de définition du domaine de juridiction (Abbott, 1988), ces différents auteurs

⁹ La distinction entre une subordination cognitive et pratique est précisée ci-dessous.

soulignent que les professionnels interagissent de façon continue afin de reconstituer leurs bases de travail au-delà des conditions fixées par les codes extérieurs (par ex. : législations professionnelles). Sur cette question, les travaux d'Abbott (1988) sont particulièrement intéressants car ils constituent, de notre point de vue, l'une des analyses les plus approfondies du travail interprofessionnel.

Tout d'abord, rappelons qu'Abbott (1988) définit le travail du professionnel comme étant un processus composé de diagnostics, de traitements et d'inférences. Pour Abbott (1988) cette triade, qui prend sa source dans le système de production de connaissances ou d'abstractions d'un groupe professionnel donné, vient également définir le domaine de juridiction de ce groupe. De plus, il précise que c'est par l'usage d'inférences (c.-à-d., de jugements), essentielles en situations de grande incertitude, que s'exprime un acte purement professionnel ; le diagnostic et le traitement étant des actes médiateurs. Pour Abbott (1988), le degré auquel un groupe donné peut faire usage d'inférences et d'abstractions constitue l'instrument ultime de développement ou de régression professionnelle. En effet, l'usage de peu d'inférences constitue une source de vulnérabilité car il contribue à entraîner un phénomène de routinisation du travail qui peut éventuellement entraîner la délégation d'activités professionnelles à des subordonnés ou, comme l'expriment Coburn et al. (1983), « *routinization of tasks also leads to pressure to use less expensive manpower for various tasks* (p. 427). À l'inverse, l'existence d'un système d'abstractions d'importance constitue l'instrument privilégié par lequel un groupe professionnel donné peut étendre sa mainmise sur d'autres domaines de juridiction. Ainsi, pour Abbott (1988), ce sont les rapports s'établissant entre les systèmes d'abstractions et d'inférences, utilisés par les différents groupes professionnels, qui constituent les bases sur lesquelles se joue l'établissement d'un système d'autorité hiérarchique de type professionnel. De plus, bien qu'il souligne que cette organisation sociale soit en constante évolution, en raison des progrès continus dans les domaines scientifiques et technologiques, il précise également qu'elle doit permettre l'émergence de formes de stabilisation afin d'assurer l'efficacité opérationnelle.

À ce sujet, les travaux d'Abbott (1988) permettent d'identifier cinq formes de stabilisation des positionnements relatifs des groupes professionnels : la division du travail séparant une juridiction en deux parties interdépendantes, la zone partagée sans division du travail, la juridiction conseil, la division selon la nature du client et la subordination. Au sujet de la subordination, Abbott (1988) précise que: « *sometimes the subordination is*

merely intellectual, the dominant profession retaining only cognitive control of the jurisdiction while allowing practical jurisdiction to be shared more widely (p.69)". Implicitement, Abbott (1988) souligne ainsi qu'une relation de subordination peut évoluer de la subordination cognitive et pratique à la seule subordination cognitive dans les cas où un groupe subordonné acquiert un savoir et des habiletés techniques particulières qui lui permettent d'échapper au contrôle du groupe dominant. Sous-jacent à chacune de ces formes de stabilisation introduites par Abbott (1988) est la création de systèmes plus ou moins stables de professionnels.

Enfin, les écrits concernant le troisième thème ont conduit à la formulation de plusieurs modèles théoriques, inspirés des travaux de Donabedian (1966, 1980). Plus spécifiquement, ces modèles permettent d'identifier un certain nombre de contingences structurelles, au sein des organisations hospitalières, qui sont susceptibles de venir influencer le travail et la santé au travail des infirmières, ainsi que la qualité des soins qu'elles offrent à la clientèle¹⁰. Dans les pages qui suivent, nous décrivons plus en détail le modèle théorique d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002), et ce en raison du fait qu'il est le seul à proposer une argumentation théorique permettant d'expliquer l'influence de ces diverses contingences. De plus, il est le seul modèle à proposer une solution à la problématique de pénurie d'infirmières : l'organisation des services infirmiers selon une approche de type professionnel.

Plus spécifiquement, rappelons qu'Aiken, Clarke, & Sloane (2002) reconnaissent, tout comme Flood & Scott (1987), que les hôpitaux sont des organisations complexes qui sont caractérisées, tel que nous l'avons décrit précédemment, par une double structure organisationnelle, l'une bureaucratique, l'autre professionnelle ; des structures qui se distinguent par leur degré d'influence sur les activités des individus. Or, ces auteurs suggèrent que les hôpitaux peuvent être différenciés par le degré avec lequel ils combinent et appliquent les structures de type bureaucratique et professionnel afin d'organiser le travail du personnel infirmier (Voir : Aiken, Smith, & Lake, 1994 ; Flood & Scott, 1987).

Ainsi, le modèle d'Aiken et al. (2002) propose que les hôpitaux ou les unités de soins qui structurent leurs services infirmiers autour d'approches de type professionnel seront à même d'offrir des soins infirmiers de meilleure qualité ainsi que d'obtenir de meilleurs indicateurs de santé au travail chez leurs infirmières (par ex. : augmentation de la

¹⁰ Ces principaux modèles, hautement similaires, sont reproduits à l'Annexe A.

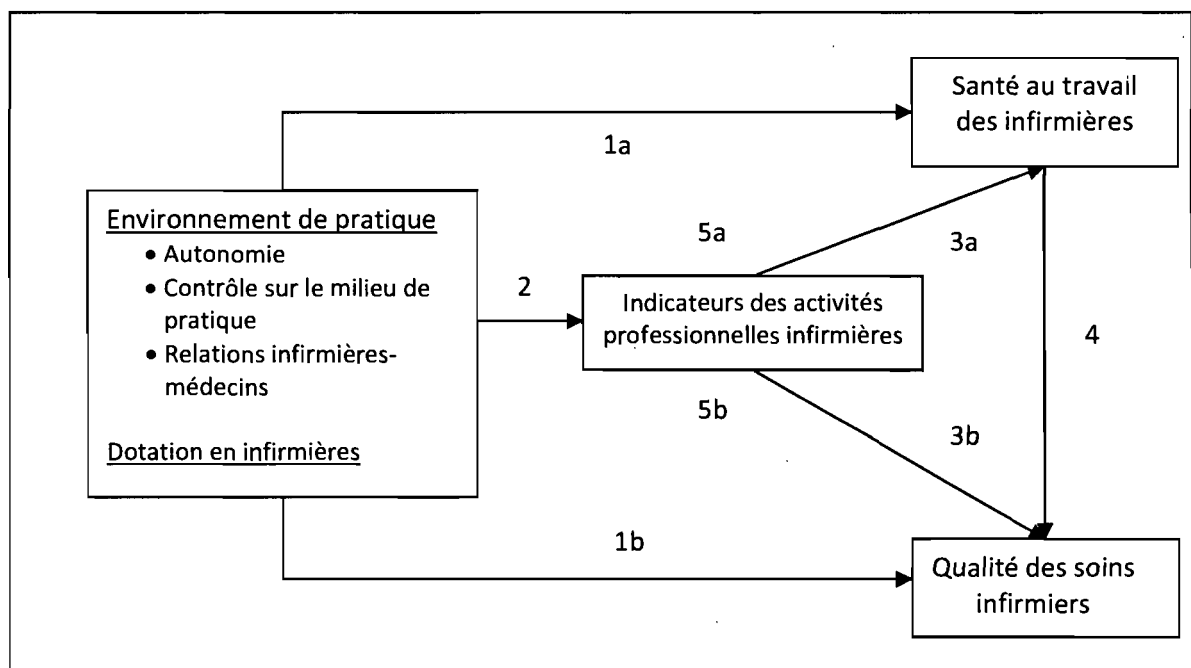
satisfaction au travail, réduction de l'épuisement professionnel et du taux de roulement du personnel, etc.) que ceux qui optent pour la forme bureaucratique d'organisation. Selon ces auteurs, ces bénéfices résulteraient du fait que les structures professionnelles offrent spécifiquement aux infirmières la possibilité de mettre en application l'ensemble de leurs connaissances et de leurs habiletés d'une manière plus efficace que ce qui ne leur est permis sous des structures hiérarchiques traditionnelles (bureaucratiques) (Aiken, Sochalski, & Lake, 1997, Aiken, Sloane, Lake et al., 1999 ; Aiken & Sloane, 1997a). Indirectement, ces auteurs proposent donc que l'organisation des services infirmiers exerce une influence sur le déploiement des processus de travail infirmier et que ces derniers jouent un rôle de médiateurs dans l'influence qu'exerce l'organisation des services infirmiers sur la santé au travail des infirmières et la qualité des soins qu'elles offrent à la clientèle (Voir : Figure 2.1).

Pour Aiken, Clarke, & Sloane (2002), une structure de type professionnel se distingue d'une structure de type bureaucratique par sa dotation en infirmières et par les caractéristiques de son environnement de pratique. Au plan de la dotation, une structure de type professionnel est notamment caractérisée par des ratios infirmière-patients élevés, par une composition du personnel infirmier où les proportions d'infirmières et celles d'infirmières détenant une formation universitaire sont élevées ainsi que par le déploiement de ressources humaines et matérielles permettant de soutenir les infirmières dans leurs prestations de soins aux patients. Quant à l'environnement de pratique de type professionnel, il se distingue de la forme bureaucratique par le haut degré d'autonomie professionnelle accordée aux infirmières, au contrôle accru qu'elles peuvent exercer sur le milieu de pratique et à la qualité des relations professionnelles qu'elles entretiennent avec les médecins. C'est notamment ces propriétés de l'environnement de pratique, hautement valorisées par les infirmières, qui font en sorte que les hôpitaux ou les unités de soins qui optent pour la forme professionnelle d'organisation deviennent en quelque sorte « magnétiques » ; c'est-à-dire capables d'attirer et de retenir les infirmières en nombre suffisant, et ce afin de mettre en place une dotation de type professionnel (Aiken, 2002 ; McClure & Hinshaw, 2002). Par ailleurs, le modèle d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002) propose également que les indicateurs de la santé au travail des infirmières exercent une influence sur la qualité des soins offerts aux patients (Figure 2.1). Cependant, le modèle théorique d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002), tout comme les autres modèles recensés dans

la littérature en administration des services infirmiers (par ex. : Duffy & Hoskins, 2003 ; Irvine, Sidani & McGillis Hall, 1998), est peu explicite sur la nature du mécanisme théorique permettant d'expliquer cette dernière association. Les principales hypothèses de ce modèle sont représentées graphiquement à la Figure 2.1 et énumérées à la page suivante.

Enfin, précisons que les travaux empiriques d'Aiken et de ses collaborateurs ont permis, à ce jour, d'identifier deux formes professionnelles d'organisation des services infirmiers, les hôpitaux magnétiques¹¹ et les unités spécialisées dans les soins aux patients sidatiques¹² ; deux modèles se distinguant par la qualité des soins infirmiers offerts aux clientèles ainsi que par le haut niveau de santé au travail de leurs infirmières. Le lecteur est invité à consulter l'Annexe B afin d'obtenir des informations complémentaires au sujet de ces deux formes professionnelles d'organisation des services infirmiers.

Figure 2.1 : Modèle théorique d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002)



¹¹ L'expression « hôpitaux magnétiques » est la traduction que nous proposons au concept *magnet hospitals*.

¹² L'expression « unités spécialisées dans les soins aux patients sidatiques » est la traduction proposée au concept *dedicated AIDS unit*.

- Hypothèse 1a : Une dotation et un environnement de pratique de type professionnel sont associés à une amélioration de la santé au travail des infirmières ;
- Hypothèse 1b : Une dotation et un environnement de pratique de type professionnel sont associés à une amélioration de la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients ;
- Hypothèse 2 : Une dotation et un environnement de pratique de type professionnel sont associés à une réduction du rationnement des activités professionnelles infirmières ;
- Hypothèse 3a : Le rationnement des activités professionnelles infirmières est associé à une réduction de la santé au travail des infirmières ;
- Hypothèse 3b : Le rationnement des activités professionnelles infirmières est associé à une réduction de la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients ;
- Hypothèse 4 : Une amélioration de la santé au travail des infirmières est associée à une amélioration de la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients ;
- Hypothèse 5a : Le rationnement des activités professionnelles infirmières joue un rôle médiateur dans la relation qu'ont la dotation et l'environnement de pratique avec la santé au travail des infirmières ;
- Hypothèse 5b : Le rationnement des activités professionnelles infirmières joue un rôle médiateur dans la relation qu'ont la dotation et l'environnement de pratique avec la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients.

En somme, l'examen de la littérature théorique entourant le modèle professionnel nous conduit à deux conclusions hautement similaires à celles obtenues suite à l'examen du modèle bureaucratique. Premièrement, on note que l'accroissement du degré de professionnalisation d'une organisation hospitalière semble être associé à une amélioration de la santé au travail des infirmières et de la qualité des soins offerts à la clientèle. Deuxièmement, bien que le modèle bureaucratique et le modèle professionnel soient, en théorie, deux formes opposées d'organisation du travail, ils semblent conduire, dans le cas des bureaucraties-professionnelles du moins, à un résultat similaire : l'établissement de structures hiérarchiques plus ou moins stables dont le mode de fonctionnement est négocié. Toutefois, alors que les jeux de pouvoir au sein du modèle bureaucratique sont essentiellement déterminés par le contrôle des zones d'incertitudes entourant les règles bureaucratiques, au sein du modèle professionnel, le degré d'abstraction du système de connaissances constitue le principal rempart permettant à un groupe professionnel donné de

se protéger des attaques juridictionnelles provenant des membres d'autres professions. Parallèlement, l'abstraction est également le moyen par lequel un groupe professionnel peu déployer des attaques juridictionnelles afin d'accroître son propre domaine de juridiction. Enfin, mentionnons que les différentes idées que nous venons d'introduire ont été reprises par plusieurs chercheurs dans les travaux empiriques en administration des services infirmiers. C'est ce que nous abordons dans la prochaine section en passant en revue les principales études qualitatives et quantitatives existantes afin d'en dégager l'état actuel des connaissances.

2.2 Revue des principaux écrits empiriques

2.2.1 Revue des principales études qualitatives

Notre recension des études qualitatives permet de faire ressortir de la littérature en administration des services infirmiers deux grandes catégories de travaux empiriques. Dans la première, on constate qu'un certain nombre de chercheurs ont tenté de cartographier le domaine de juridiction des infirmières en formulant diverses typologies de l'activité professionnelle infirmière en milieu hospitalier. Parallèlement, ces travaux ont aussi permis l'identification de divers groupes d'acteurs susceptibles d'influencer le déploiement ou de bénéficier de ces activités professionnelles infirmières. Dans la seconde catégorie d'études, les chercheurs ont davantage mis l'accent sur l'identification des différentes stratégies mises en place par les infirmières afin de pallier aux diverses contingences organisationnelles venant freiner le déploiement de leurs activités professionnelles. Dans les pages qui suivent, nous traiterons successivement de ces deux catégories d'études hautement complémentaires.

Ainsi, selon les travaux d'ethnohistoire de Nadot (2002), l'activité professionnelle infirmière en milieu hospitalier peut être définie comme étant un service rendu à trois principaux groupes d'acteurs qu'il appelle les sous-cultures administrative (SC1), médicale et professionnelle (SC2) et patient / famille (SC3). Afin de définir la nature de ce service, Nadot (2002) propose une typologie composée de 14 catégories d'activités professionnelles infirmières (Voir : Tableau 2.1). Pour Nadot (2002), le service rendu à la sous-culture administrative requiert de l'infirmière, par le biais de normes bureaucratiques d'action, des compétences afin de recueillir et communiquer des informations, accueillir, rassurer, informer et diriger les patients, gérer le matériel et les inventaires ainsi que pour assurer les

normes élémentaires d'hygiène et de propreté. Parallèlement, afin de rendre service à la sous-culture patient / famille, l'infirmière met en place un ensemble d'activités professionnelles visant à prendre soin de la vie, à offrir du réconfort aux patients et aux familles, à donner un sens à telle ou telle expérience, à favoriser le bien-être, le rétablissement ou une fin de vie digne. Une part des activités professionnelles rendues à cette sous-culture vise également à manipuler l'environnement de vie des patients hospitalisés afin de rendre l'espace et les conditions de vie acceptables. Précisons que la contribution à cette sous-culture correspond habituellement à la portion dite « indépendante » de l'activité professionnelle infirmière. Enfin, selon les travaux de Nadot (2002), la sous-culture médicale transmet à l'infirmière un ensemble de connaissances techniques visant à faire en sorte que cette dernière puisse lui rendre deux formes de prestations. D'une part, on s'attend de l'infirmière qu'elle soit en mesure d'observer et d'évaluer l'état de santé du patient afin de transmettre, aux médecins, les données pertinentes (Rôle d'agent collecteur de données médicales). D'autre part, suivant l'analyse de ces données par les membres de la sous-culture médicale, on mise également sur l'infirmière afin de mettre en œuvre de nombreux aspects du plan de traitement médical (Rôle d'agent applicateur des prescriptions et des traitements médicaux). Pour Nadot (2002), puisque les infirmières contribuent, par leurs activités professionnelles, à ces trois sous-cultures, leur rôle, au sein des organisations hospitalières, en est un d'intermédiaire culturel.

Enfin, Nadot (2002) précise que la quantité et le type d'activités professionnelles fournies par les infirmières pourront varier en fonction de l'intensité des actions demandées par chacune des trois sous-cultures, la taille et la finalité des organisations hospitalières ainsi que selon les rapports de pouvoir en présence. À titre d'exemple, Nadot (2002) note que plus l'orientation d'une organisation hospitalière ou d'une unité de soins sera de nature curative, moins les infirmières auront la chance d'exercer leur rôle propre, soit le service rendu à la sous-culture patient / famille (SC3). À l'inverse il soutient que plus l'influence du pouvoir médical s'amenuisera, plus les soins non médicaux de type infirmiers pourront s'exprimer. Parallèlement, Nadot (2002) mentionne également qu'il peut exister, au sein d'une même organisation, certaines variations qualitatives et quantitatives quant aux activités professionnelles déployées qui peuvent notamment s'expliquer par le niveau d'exigences des chefs de services (sous-culture administrative) ou encore par les valeurs, les connaissances ou les compétences des infirmières.

Tableau 2.1 : Typologie des 14 activités professionnelles infirmières de Nadot (2002)

PRATIQUES	DÉFINITIONS THÉORIQUES
1 Pratiques de gestion de l'information (SC123) ¹³	Ensemble des activités où les trois systèmes culturels, individuellement ou en combinaisons, demandent à l'infirmière de stocker, analyser, traiter, redistribuer et diffuser l'information nécessaire à leurs activités.
2 Pratiques de récolte d'information (SC123)	Ensemble des activités visant la récolte d'informations, par divers mécanismes ou sources, et dont l'infirmière a besoin pour agir.
3 Pratiques d'ordre et de discipline (SC13)	Ensemble des activités touchant le contrôle du temps, de l'espace et des mouvements nécessaires à la gestion du personnel et à l'organisation du travail ainsi qu'à la gestion des patients et de leurs visiteurs.
4 Pratiques de régulation (SC123)	Ensemble des activités utilisées afin de prévenir ou gérer les conflits humains dans une organisation. Ces activités comprennent aussi les pauses et les périodes de repas.
5 Pratiques de déplacement (SC123)	Ensemble des activités permettant aux infirmières de transmettre des informations ou des objets d'un endroit à un autre, d'accompagner une personne qui se déplace ou de mettre en rapport divers interlocuteurs.
6 Pratiques hôtelières (SC1)	Ensemble des activités s'articulant autour de l'économie domestique ou familiale spécialisée selon les caractéristiques des personnes soignées.
7 Pratiques d'hygiène collective (SC1)	Ensemble des activités qui contribuent à prévenir les infections nosocomiales et qui se réfèrent à l'hygiène et à la propreté hospitalière.
8 Pratiques de réapprovisionnement et de rangement (SC123)	Ensemble des activités logistiques en vue d'appuyer et de soutenir la production des prestations de services liées à l'activité soignante (par ex. : faire les inventaires, réapprovisionner et ranger le matériel).
9 Pratiques d'élimination (SC1)	Ensemble des activités ayant pour but la gestion des objets souillés et des déchets.
10 Pratiques d'assistance (SC123)	Ensemble des activités visant à aider les acteurs de l'une ou l'autre des trois sous-cultures dans la réalisation de leurs activités. Comprend aussi l'assistance aux activités de la vie quotidienne.
11 Pratiques de la relation (SC3)	Ensemble des activités visant à entretenir la vie, promouvoir l'autonomie et la sécurité des individus et accompagner les familles.
12 Pratiques technologiques du soin (SC2)	Ensemble des activités visant l'application de prescriptions médicales ou la mise en œuvre des plans de traitements médicaux.
13 Pratiques de formation (SC3)	Ensemble des activités permettant d'accueillir, de soutenir et d'accompagner des étudiants en formation ou de nouveaux membres au sein de l'équipe.
14 Pratiques d'inactivité (SC1)	Ensemble des valeurs ou des événements qui paralysent l'action.

¹³ Les codes entre parenthèses indiquent les sous-cultures pouvant bénéficier d'une activité professionnelle donnée.

De son côté, Dallaire (2002) propose une typologie composée de cinq grands types d'activités professionnelles infirmières : soigner, éduquer, collaborer, coordonner et superviser. Selon cette auteure, l'action de prodiguer des soins comprend les soins d'entretien de la vie et les soins techniques généraux et spécialisés. Les soins d'entretien de la vie, prodigués dans un contexte de maladie, d'incapacité ou de fragilité, englobent une multitude d'interventions qui permettent de soutenir et de stimuler les forces vitales. Quant aux soins techniques généraux et spécialisés, ils impliquent, entre autres, la manipulation d'instruments, de matériel, la maîtrise de certaines technologies ainsi que la mise en application de procédés de soins. Ces soins sont généralement prodigués lorsque la vie rencontre des obstacles, et plus particulièrement des perturbations de l'état de santé ou des vulnérabilités consécutives aux interventions des différents professionnels de la santé. Dans ces circonstances, généralement peu connues de la personne soignée, les soins d'entretien de la vie, auxquels s'ajoutent les soins techniques généraux et spécialisés, servent à établir la médiation entre l'inconnu et le connu (Dallaire, 2002). De plus, pour cet auteure, le temps, la continuité du service professionnel et le jugement clinique de l'infirmière sont trois pré-requis aux soins d'entretien de la vie, tout comme aux soins techniques généraux et spécialisés, afin qu'ils puissent contribuer à redresser la situation lorsque la vie rencontre des obstacles.

Pour ce qui est de la fonction éducative, elle consiste, d'une part, à informer et à éduquer sur la santé et la maladie, par un éventail de méthodes et d'outils, en vue de favoriser, chez les individus, des choix libres et éclairés facilitant l'adoption volontaire de comportements de santé. D'autre part, elle permet également de déceler les situations où les choix personnels manquent afin d'agir sur les déterminants structureaux des comportements liés à la santé et sur la santé elle-même. Cette dernière caractéristique permet donc à la fonction éducative d'inclure des activités infirmières visant l'analyse de l'environnement ainsi que la planification d'interventions sur le plan sociopolitique favorisant la modification de celui-ci lorsque cela s'avère nécessaire.

Quant à la fonction de collaboration, elle permet, selon Dallaire (2002), d'unir les efforts des différents acteurs de la santé, dans un système où les domaines professionnels sont souvent partagés selon les organes ou les systèmes de la personne, et ce afin de répondre aux besoins des individus. La vision holistique de la personne soignée et des situations de soins, préconisées par les infirmières, sont deux facteurs déterminants qui

permettent l'exercice d'une fonction de collaboration. Quant à la coordination maximale des ressources et des personnes engagées dans la production de soins et de traitements, Dallaire (2002) indique qu'il s'agit de la principale fonction organisationnelle des infirmières. Cette fonction s'effectue par l'intermédiaire d'une collecte de renseignements qui fait ensuite l'objet d'un jugement clinique, à la suite duquel les infirmières décident si l'intervention des autres professionnels est requise. La circulation de l'information constitue alors l'élément-clé qui sert à faire le lien entre les différents professionnels de façon à ce que la personne reçoive les soins nécessaires. Enfin, la fonction de supervision, s'exerce dans les établissements où les soins sont dispensés par plusieurs catégories de personnel regroupées selon différents modes de distribution de soins (Dallaire, 2002). Dans certaines de ces situations, déterminées davantage par des critères administratifs que des exigences de soins, le fait que l'infirmière soit légalement responsable de l'ensemble des soins prodigués par ce personnel exige qu'elle consacre une part importante de son temps aux activités de supervision.

En plus de décrire les grandes fonctions de l'activité infirmière, le modèle théorique de Dallaire (2002) permet également d'en identifier, un peu à la manière de Nadot (2002), les principaux groupes d'acteurs pouvant en bénéficier et, surtout, les influencer : la population, le système bureaucratique hospitalier, la profession médicale et les autres professionnels de la santé. Contrairement à Nadot (2002), Dallaire (2002) est toutefois peu explicite sur la nature de cette influence ou encore sur les autres contingences organisationnelles pouvant venir influencer le déploiement des activités professionnelles infirmières en milieu hospitalier. En fait, elle se contente d'affirmer que les contributions que font les infirmières au système bureaucratique, à la médecine et aux autres professionnels de la santé ont parfois pour conséquence de détourner les infirmières de leur fonction fondamentale qu'est celle de prodiguer des soins.

Quant au deuxième groupe d'études (Voir : Bowers, Luring, & Jacobson, 2001 ; Hendry & Walker, 2004 ; Waterworth, 2003 ; Williams, 1998), nous constatons que ces recherches ont principalement conduit à la formulation d'un ensemble de typologies faisant état des différentes stratégies pouvant être mises en place par les infirmières afin de pallier aux contraintes organisationnelles venant freiner le déploiement de leurs activités professionnelles. Par exemple, l'étude qualitative de Waterworth (2003) fait état de 6 stratégies utilisées par les infirmières afin de contrôler le temps dont elles disposent : a)

Développer une routine de travail, b) Accélérer la cadence de travail, c) Réaliser plus d'une activité à la fois ; d) S'isoler afin d'éviter d'être dérangée ; e) Travailler au-delà des frontières temporelles et ; f) Prioriser les interventions permettant d'assurer la survie du patient. Parallèlement, cet auteur fait aussi état d'un répertoire de 8 actions pouvant être utilisées par les infirmières afin de minimiser les pertes de temps, tant pour cette dernière que pour l'organisation, et qui sont inhérentes aux interactions avec les patients et les familles. Ces actions sont : a) se concentrer sur la tâche à accomplir, b) l'évitement, c) l'attention sélective, d) couper court, e) dire non, f) faire des compromis, g) synchroniser les périodes d'interactions avec les routines organisationnelles (par ex. : examens diagnostics, consultations médicales) et; h) déléguer aux collègues d'un autre quart de travail, ou encore à des acteurs moins qualifiés, les aspects relationnels du travail professionnel infirmier ou ceux ne requérant pas un niveau élevé de jugement professionnel (par ex. : les bains). Enfin, Waterworth (2003) est relativement peu explicite sur les facteurs de contingence amenant les infirmières à manquer de temps et à faire usage de ces différentes stratégies et actions¹⁴.

La notion de priorité est également centrale au sein de l'étude qualitative d'Hendry & Walker (2004). Cependant, l'intérêt de cette recherche tient plus particulièrement au fait qu'elle propose une typologie de facteurs de contingence pouvant influencer les décisions de l'infirmière quant aux activités professionnelles devant être réalisées en priorité ; un aspect qui, tel que souligné ci-dessus, n'a été que très sommairement abordé par Waterworth (2004). Parmi ces facteurs de contingence, on retrouve notamment : a) le mode d'organisation et de répartition du travail sur l'unité de soins (c.-à-d., le mode de distribution de soins) ; b) les caractéristiques professionnelles de l'infirmière (c.-à-d., le niveau d'expérience et d'expertise) ; c) les caractéristiques personnelles de l'infirmière (par ex. : valeurs, croyances) ; d) la condition du patient et ses autres caractéristiques personnelles ; e) la charge de travail de l'infirmière et la disponibilité de ressources humaines et matérielles ; f) la nature de la relation infirmière-patient ; g) la culture organisationnelle, telle que manifestée par la présence d'une philosophie ou d'une conception donnée des soins, et ; h) l'influence de groupes professionnels dominants. Pour

¹⁴ En fait, le texte de Waterworth (2004) fait état de deux facteurs de contingence : le niveau d'expérience ou de compétence des infirmières et le fait qu'elles doivent développer des habiletés afin de coordonner leur travail avec les routines des autres professionnels de la santé et celles des services hospitaliers (par ex. : laboratoires).

Hendry & Walker (2004), ces différents facteurs de contingence viennent influencer les niveaux d'habiletés, d'autonomie et de responsabilité dont disposent les infirmières afin d'établir leurs priorités d'actions.

De leur côté, Bowers, Luring, & Jacobson (2001) nous offrent une typologie relativement similaire à celle proposée par Hendry & Walker (2004). En effet, selon Bowers et al. (2001), les infirmières font usage de 3 principales stratégies, chacune composée d'un nombre variable de sous-stratégies, afin de réaliser leur travail tout en tenant compte d'un ensemble de contingences organisationnelles s'imposant à elles. Ces stratégies et sous-stratégies sont : 1) *Minimiser la quantité de temps allouée à la réalisation des tâches requises*. À cet égard, deux sous stratégies sont identifiées : a) développer et maintenir une routine de travail afin d'être plus efficace et; b) gérer les interruptions du flux de travail en priorisant les activités à accomplir. 2) *Créer du nouveau temps de travail* en : a) travaillant plus rapidement; b) combinant les activités de soins à réaliser; c) modifiant la séquence des tâches à accomplir ; d) se rendant inaccessible aux patients et aux familles ou en; e) maximisant le temps de travail disponible (par ex. : ne pas prendre de pause, rentrer au travail plus tôt, terminer plus tard, etc.). 3) *Redéfinir son niveau de responsabilité face au travail devant être réalisé* en : a) transférant le travail non accompli au personnel du quart de travail suivant ou; b) en déléguant le travail à accomplir à du personnel moins qualifié. Tout comme Hendry & Walker (2004), Bowers et al. (2001) listent un ensemble de facteurs de contingence susceptibles d'amener les infirmières à faire usage de ces stratégies et, ainsi, à prioriser leur travail. Ces facteurs sont notamment : a) le nombre de patients, l'intensité et la nature de leurs besoins ; b) la fréquence des interruptions du flux de travail en raison de demandes provenant de membres de la famille, de médecins, d'autres professionnels, de gestionnaires ou de collègues; c) le niveau d'expérience de l'infirmière et de ses collègues et; d) le nombre d'infirmières au sein de l'équipe.

Enfin, Mintzberg (1982) propose une typologie non pas de l'activité professionnelle infirmière en milieu hospitalier mais plutôt des cinq mécanismes fondamentaux de coordination du travail au sein des organisations (Voir : Tableau 2.2).

Tableau 2.2 : Les mécanismes de coordination de Mintzberg (1982).

Mécanisme de coordination	Définition
L'ajustement mutuel	L'ajustement mutuel réalise la coordination du travail par simple communication informelle (Mintzberg, 1982, p. 19).
La supervision directe	La supervision directe est le mécanisme de coordination par lequel une personne se trouve investie de la responsabilité du travail des autres (Mintzberg, 1982, p. 20).
La standardisation des procédés	Les procédés de travail sont standardisés lorsque le contenu du travail est spécifié ou programmé (Mintzberg, 1982, p. 21).
La standardisation des résultats	Il est possible de standardiser les résultats du travail par exemple en spécifiant à l'avance les dimensions du produit, ou la performance à atteindre (Mintzberg, 1982, p. 21).
La standardisation des qualifications	La qualification et le savoir sont standardisés lorsqu'est spécifié la formation de celui qui exécute le travail (Mintzberg, 1982, p. 22)

La typologie de Mintzberg (1982) est notamment intéressante en ce sens qu'elle fournit des informations précieuses au sujet des divers mécanismes pouvant être déployés par les infirmières afin de coordonner leurs activités professionnelles en contexte hospitalier. Ainsi, dans les environnements stables et prévisibles on devrait voir dominer la supervision directe et la standardisation des procédés de travail alors que l'ajustement mutuel devrait apparaître comme la forme privilégiée de coordination du travail dans les environnements complexes où le niveau d'incertitude est élevé.

En somme, les études qualitatives que nous venons d'introduire ont contribué à définir le domaine de juridiction des infirmières en milieu hospitalier et à mettre en évidence que le déploiement des activités professionnelles infirmières peut être influencé par divers groupes d'acteurs (par ex. : médecins, professionnels non médecins, gestionnaires, patients, etc.) ou encore par de multiples contingences structurelles (par ex. : pénurie de ressources humaines et matérielles, culture organisationnelle, etc.). Parallèlement, précisons que l'idée de devoir réaliser en priorité certaines activités professionnelles, lorsque le temps dont disposent les infirmières leur fait défaut, nous

apparaît centrale aux travaux d'Hendry & Walker (2004), de Waterworth (2003), de Williams (1998) et de Bowers et al. (2001). Ces auteurs soulignent notamment que le fait de prioriser aurait pour principal avantage de permettre aux infirmières de réaliser les activités professionnelles qui sont nécessaires afin d'assurer aux patients des soins sécuritaires et qui ne compromettent pas la vie. Implicitement cependant, prioriser impliquerait également que dans un certain nombre de cas l'infirmière ne soit pas en mesure de réaliser certaines activités professionnelles qui, bien qu'importantes, ne sont pas forcément nécessaires à la survie immédiate du patient dont l'enseignement, le soutien psychosocial, l'accompagnement, etc. Selon les auteurs consultés, le fait, pour les infirmières, de devoir omettre ou encore déléguer un certain nombre de leurs activités professionnelles serait à la source d'insatisfactions au travail ainsi que d'une perception selon laquelle les soins prodigués aux patients sont de moindre qualité ou incomplets.

À notre connaissance, peu d'études ont examiné les différentes forces de contingence auxquelles sont soumises les infirmières des unités néonatales de soins intensifs ni les différentes stratégies d'adaptation qu'elles déploient, le cas échéant, afin d'assurer aux nouveau-nés placés sous leur responsabilité les services infirmiers requis ou, à tout le moins, qui permettent d'assurer la vie. Enfin, bien que les études recensées donnent à penser que le rationnement des services infirmiers soit associé à une détérioration de la santé au travail des infirmières et à une perception selon laquelle les soins offerts aux patients sont de moindre qualité, ces relations demeurent à être établies dans le contexte particulier des unités néonatales de soins intensifs.

2.2.2 Revue des principales études quantitatives

Afin d'évaluer dans quelle mesure chacune des hypothèses théoriques formulées à la section 1.4 sont supportées empiriquement, nous avons conduit une recension des écrits à l'intérieur de la base de données MEDLINE entre les années 1999 et 2008. De plus, les bibliographies des articles recensés, de même que la littérature grise (par ex. : rapports de recherche, publications gouvernementales, etc.), ont également été consultées afin d'identifier tout autre étude pertinente. Le texte qui suit passe en revue les résultats de quelques-unes des principales études que nous avons ainsi identifiées. Bien qu'il soit non exhaustif, notre texte ce veut cependant, de notre point de vue, représentatif de l'état actuel des connaissances.

Hypothèses 1a et 1b : Plusieurs études se sont intéressées aux effets de l'environnement de pratique et de la dotation en infirmières sur la satisfaction au travail, l'épuisement professionnel et la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients. À titre d'exemple, dans une étude réalisée auprès de 695 infirmières islandaises œuvrant dans des spécialités médicales et chirurgicales variées, Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty, & Nutbeam (2007), ont examiné les relations entre divers aspects de l'environnement de pratique, la satisfaction au travail, l'épuisement professionnel et la qualité des soins perçue. Plus spécifiquement, leur mesure de l'environnement de pratique, dérivée d'une adaptation du *Revised Nursing Work Index* d'Aiken & Patrician (2000), était composée de cinq sous-échelles faiblement corrélées : 1) Relations professionnelles entre infirmières et médecins ; 2) Soutien organisationnel au niveau de l'unité de soins ; 3) Dotation en infirmières ; 4) Philosophie de pratique ; 5) Soutien organisationnel au niveau du centre hospitalier. Puis, après avoir tenu statistiquement compte des caractéristiques professionnelles et démographiques des infirmières, ainsi que de l'effet combiné des cinq dimensions de leur mesure de l'environnement de pratique, ces auteurs ont obtenu les trois résultats suivants : a) le niveau de soutien organisationnel offert au niveau de l'unité et la dotation en infirmières contribuent à prédire de manière significative et indépendante le niveau de satisfaction au travail des infirmières ; b) le niveau de dotation en infirmières prédit de manière significative et indépendante le niveau d'épuisement émotionnel des infirmières ; une dimension de l'épuisement professionnel selon Maslach, Jackson & Leiter (1996) et ; c) le niveau de soutien organisationnel au niveau de l'unité et le type de relation de travail entre infirmières et médecins contribuent à prédire de manière significative et indépendante la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients.

Des résultats similaires ont également été obtenus par Aiken, Clarke, & Sloane (2002) dans une étude transversale réalisée auprès de 10 319 infirmières de médecine et de chirurgie provenant de 303 hôpitaux localisés dans quatre pays. Plus spécifiquement, ces auteurs ont utilisé une sous-échelle du *Revised Nursing Work Index* d'Aiken & Patrician (2000), le niveau de soutien organisationnel pour les soins infirmiers, ainsi qu'une mesure de dotation, le ratio infirmière-patient, afin d'évaluer la capacité de ces mesures à prédire la satisfaction au travail, l'épuisement émotionnel et le niveau de qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients. Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence que le soutien organisationnel pour les soins infirmiers a un effet prononcé sur

l'insatisfaction au travail et l'épuisement professionnel des infirmières. En effet, Aiken et al. (2002) notent que les infirmières travaillant dans les hôpitaux où le soutien organisationnel pour les soins infirmiers y est faible ont deux fois plus de chances d'être insatisfaites de leur travail et d'avoir des scores d'épuisement émotionnel supérieurs aux normes acceptables pour le personnel médical que leurs collègues œuvrant dans des centres hospitaliers où le soutien organisationnel pour les soins infirmiers y est plus favorable. Parallèlement, ces auteurs ont également mis en évidence que le soutien organisationnel pour les soins infirmiers et la dotation en infirmières contribuent à prédire de manière indépendante et significative la qualité des soins telle que perçue par les infirmières. À ce sujet, ils notent que des scores faibles à la mesure de la qualité des soins sont trois fois plus probables dans les hôpitaux ayant une faible dotation et de faibles scores pour la mesure de soutien organisationnel que dans les hôpitaux où les scores pour ces deux mesures sont élevés.

Parallèlement, dans une étude transversale réalisée auprès de 3 984 infirmières de chirurgie générale, orthopédique et vasculaire qui proviennent de 30 hôpitaux en Angleterre, Rafferty, Clarke, Coles, Ball, James, McKee & Aiken (2007) ont examiné l'effet de la dotation en infirmières sur les niveaux d'insatisfaction au travail et d'épuisement professionnel des infirmières ainsi que sur la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients. Après avoir subdivisé les hôpitaux de cet échantillon en quatre groupes égaux (quartiles) en fonction de leurs scores moyens de dotation, les auteurs notent, après avoir tenu statistiquement compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières, que les infirmières œuvrant dans le groupe d'hôpitaux ayant la plus faible dotation en infirmières (quartile inférieur) avaient approximativement deux fois plus de chances d'être insatisfaites de leur travail, de montrer des taux élevés d'épuisement professionnel et de rapporter de faibles niveaux de qualité des soins ou encore une détérioration de la qualité des soins, et ce par rapport à leurs collègues œuvrant dans les hôpitaux où la dotation en infirmières y est plus favorable (quartile supérieur).

Dans une étude transversale réalisée auprès de 10 184 infirmières travaillant dans 168 hôpitaux de soins généraux pour adultes de l'État de Pennsylvanie (États-Unis), Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber (2002) se sont notamment intéressés aux effets de la dotation en infirmières, telle que mesurée par le ratio infirmière-patients, sur les niveaux d'insatisfaction au travail et d'épuisement émotionnel rapportés par les infirmières de cet

échantillon. Après avoir statistiquement tenu compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières ainsi que des caractéristiques structurelles des hôpitaux, les auteurs ont observé que chaque patient additionnel par infirmière est associé de manière indépendante à une augmentation de 23% des chances de manifester des scores d'épuisement professionnel supérieurs aux normes en vigueur pour le personnel médical en milieu hospitalier, ainsi qu'une augmentation de 15% des chances d'être insatisfaite au travail.

Parallèlement, dans une étude transversale réalisée auprès de 243 infirmières provenant de 13 unités de soins d'un centre hospitalier universitaire affilié québécois, McCusker, Dendukuri, Cardinal, Laplante, & Bambonye (2004) se sont notamment intéressés à l'influence de l'environnement de pratique sur la perception des infirmières à l'égard de la qualité des soins qu'elles offrent aux patients. Plus spécifiquement, ces travaux ont notamment permis de confirmer la structure factorielle du *Practice Environment Scale of the Revised Nursing Work Index* de Lake (2002) ; un instrument mesurant les caractéristiques de l'environnement de pratique composé de cinq sous-échelles : a) Participation infirmière dans les affaires hospitalières ; b) Fondements infirmiers de la qualité des soins ; c) Habiletés, leadership et soutien de l'infirmière gestionnaire ; d) Dotation en infirmières et ressources adéquates ; e) Relations infirmières-médecins. Par ailleurs, utilisant des modèles de régressions hiérarchiques, McCusker et al. (2001) ont noté, après avoir statistiquement tenu compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières, que trois des cinq dimensions de leur mesure d'environnement de pratique contribuaient à prédire de manière significative la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients ; ces trois dimensions étant : Habiletés, leadership et soutien de l'infirmière gestionnaire, Dotation en infirmières et ressources adéquates et Relations infirmières-médecins.

Enfin, dans une étude transversale réalisée auprès de 820 infirmières provenant de 40 unités de soins localisées dans 20 hôpitaux urbains à travers les États-Unis, Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas (2004) se sont entre autres intéressés aux effets de l'environnement de pratique sur les niveaux d'épuisement professionnel manifestés par les infirmières. Leur mesure de l'environnement de pratique, dérivée du *Revised Nursing Work Index* d'Aiken & Patrician (2000), comportait trois sous-échelles : a) Dotation et ressources adéquates; b) Soutien administratif et; c) Relations de travail entre infirmières et

médecins. Puisque les scores de ces trois sous-échelles étaient fortement corrélés ($r = .63$ à $.78$), rendant ainsi complexe l'interprétation statistique de leurs effets individuels, ces auteurs ont décidé de catégoriser les unités de soins selon que leurs scores aux trois sous-échelles étaient supérieurs ou inférieurs à la moyenne globale des scores des 40 unités de soins. Ainsi, l'environnement de pratique des unités de soins dont les trois scores étaient supérieurs à la moyenne des scores globaux ont été qualifiés de « bons », celui des unités où un seul ou deux des scores aux trois sous-échelles étaient supérieurs à la moyenne de « moyens » et, enfin, celui des unités où les trois scores étaient inférieurs à la moyenne de « faibles ». Suivant cette catégorisation, les auteurs ont noté que les infirmières œuvrant dans les environnements de pratiques qualifiés de « faibles » avaient 2,9 fois plus de chances de manifester de l'épuisement émotionnel et 2,2 fois plus de chances de ressentir de la dépersonnalisation, deux dimensions du concept d'épuisement professionnel selon Maslach, Jackson, & Leiter (1996), que leurs collègues œuvrant dans les autres types d'environnements de pratique.

En somme, les résultats de ces études tendent à supporter les hypothèses 1a et 1b selon lesquelles le niveau de dotation en infirmières et les caractéristiques de l'environnement de pratique sont des variables permettant de prédire la satisfaction au travail et le niveau d'épuisement professionnel des infirmières ainsi que la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients. Cependant, on note également que très peu d'études récentes ont permis de vérifier ces hypothèses dans le contexte particulier des unités néonatales.

Hypothèse 2, 3a, 3b, 5a et 5b : À notre connaissance, peu d'études quantitatives se sont intéressées à l'influence de la dotation et de l'environnement de pratique sur le travail du personnel infirmier. Parallèlement, rares sont les études examinant l'influence du travail du personnel infirmier sur la santé au travail de ce dernier ou encore sur la qualité des soins qu'il prodigue aux patients. De notre point de vue, cela s'explique par l'absence, jusqu'à tout récemment, d'instruments fidèles et valides permettant de mesurer le travail infirmier en milieu hospitalier. Quelques études ont néanmoins été recensées, la plupart abordant le travail infirmier sous l'angle du rationnement des activités professionnelles infirmières ou de l'incapacité, pour les infirmières, de prodiguer l'ensemble des soins requis par les patients, et ce en raison de contraintes organisationnelles et de manque de temps.

À titre d'exemple, dans un article présentant une étude réalisée auprès de 957 infirmières de médecine, de chirurgie ou de gynécologie œuvrant dans cinq hôpitaux suisses de soins aigus, Schubert, Glass, Clarke, Schaffert-Witvliet & De Geest (2007) décrivent le processus suivi afin de développer et d'examiner la fidélité et la validité d'un nouvel instrument de mesure, le *Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument* (BERNCA). Le BERNCA permet de déterminer dans quelle mesure les infirmières rationnent les soins qu'elles prodiguent aux patients lorsqu'elles sont dans un contexte de pénuries de ressources. Dans le processus permettant d'établir la validité de ce nouvel instrument, les auteurs ont notamment évalué les corrélations entre les scores obtenus au BERNCA et deux mesures structurelles, le ratio infirmière-patients et les caractéristiques de l'environnement de pratique. Précisons que dans cette étude, la mesure de l'environnement de pratique était composée de trois sous-échelles dérivées du *Revised Nursing Work Index* d'Aiken & Patrician (2000) : a) Leadership infirmier et développement professionnel ; b) Ressources infirmières et autonomie et ; c) Collaboration interdisciplinaire et compétence. Ainsi, les auteurs ont observé que le degré de rationnement des soins infirmiers était significativement et négativement associé avec les niveaux de Ressources infirmières et d'autonomie ($r = -.46, p = .01$), de Leadership infirmier et de développement professionnel ($r = -.31, p = .01$) et de Collaboration interdisciplinaire et de compétence ($r = -.26, p = .01$). Parallèlement, une association faible, bien que statistiquement significative et positive, a été observée entre le degré de rationnement des soins infirmiers et le ratio infirmière-patients ($r = .14, p = .03$). Globalement, ces résultats suggèrent qu'une augmentation de la charge de travail des infirmières ainsi qu'une détérioration de l'environnement de pratique sont associés à une augmentation du rationnement des soins infirmiers ; procurant ainsi un certain support empirique à l'hypothèse 2.

Parallèlement, dans une étude transversale réalisée auprès de 8 670 infirmières¹⁵ œuvrant dans des hôpitaux de soins aigus de l'État de Pennsylvanie (É-U), Sochalski (2004) s'est intéressée aux effets de la dotation et d'indicateurs du travail infirmier sur la qualité des soins, telle qu'évaluée par les infirmières. Dans cette étude, la dotation était définie comme étant le ratio infirmière-patients alors que la mesure du travail infirmier représentait le nombre total d'activités de soins, parmi une liste de sept activités de soins

¹⁵ Cet échantillon comprend notamment 198 infirmières œuvrant sur des unités néonatales de soins intensifs.

proposées dans le questionnaire de l'étude, qui ont dû être laissées non complétées, en raison d'un manque de temps, à la fin du dernier quart de travail des participants de l'étude. Utilisant des corrélations bivariées et des modèles de régressions linéaires multivariées, l'auteure a notamment mis en évidence que : a) la dotation en infirmières est significativement et positivement associée au nombre d'activités de soins laissées non complétées à la fin d'un quart de travail ($r = .284, p < .001$) ; b) le nombre d'activités de soins laissées non complétées à la fin d'un quart de travail contribue à prédire de manière significative la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients ($b = -0,235, p < .001$) et ; c) la dotation ($b = -0,025, p < .001$) et le nombre d'activités de soins laissées non complétées à la fin d'un quart de travail ($b = -0,208, p < .001$) sont des variables contribuant à prédire de manière significative et indépendante la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients. Ainsi, cette étude contribue à procurer un certain support empirique aux hypothèses 1b, 2, 3b et 5b.

En somme, les études quantitatives recensées contribuent à fournir un support empirique minimal aux hypothèses 2, 3b et 5b. Pour ce qui est des hypothèses 3a et 5a, il faut se tourner du côté des études qualitatives recensées précédemment qui, rappelons-le, suggèrent qu'un ensemble de facteurs de contingence, relevant des caractéristiques de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier, peuvent amener les infirmières à prioriser ou à rationner leurs interventions professionnelles auprès des patients (Voir : Bowers, Luring & Jacobson, 2001 ; Hendry & Walker, 2004 ; Waterworth, 2003 ; Williams, 1998). Parallèlement, ces études suggèrent également que le fait de rationner les soins serait associé, chez les infirmières, à une perception défavorable à l'égard de la qualité des soins offerts aux patients ainsi qu'à une augmentation de l'insatisfaction au travail et, dans certains cas, de l'épuisement professionnel.

Hypothèses 4 : La littérature empirique revue tend à supporter minimalement l'hypothèse selon laquelle une amélioration de la santé au travail des infirmières est associée de manière significative à une amélioration de la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients. À titre d'exemple, Laschinger, Shamian, & Thompson (2001), dans une étude transversale canadienne réalisée auprès de 3 016 infirmières de médecine et de chirurgie œuvrant dans 135 hôpitaux en Ontario, se sont notamment intéressés aux effets de l'environnement de pratique sur la santé au travail des infirmières ainsi qu'aux effets de la santé au travail des infirmières sur la perception de ces dernières à l'égard de la qualité des soins qu'elles offrent aux patients. Dans cette étude, les

caractéristiques de l'environnement de pratique ont été mesurées par une sous-échelle unique constituée de 15 énoncés extraits du *Revised Nursing Work Index* d'Aiken & Patrician (2000). Utilisant des analyses de pistes causales¹⁶, les auteurs ont notamment mis en évidence que le taux d'épuisement professionnel des infirmières est un médiateur important de l'influence qu'exerce les caractéristiques de l'environnement de pratique sur la perception qu'ont les infirmières à l'égard de la qualité des soins offerts aux patients ainsi que sur leurs niveaux de satisfaction au travail. Ainsi, en plus de fournir un soutien empirique à l'hypothèse 4, cette recherche s'ajoute également aux travaux empiriques qui ont permis de mettre en évidence l'influence des caractéristiques de l'environnement de pratique sur la santé au travail des infirmières et la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients (Hypothèse 1a et 1b).

Outre les travaux de Laschinger et al. (2001), notre revue de la littérature ne nous a pas permis d'identifier d'autres études permettant de supporter l'hypothèse 4. Toutefois, soulignons que Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas (2004) ont observé, dans l'étude décrite ci-dessus, que les niveaux d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel, deux composantes du concept d'épuisement professionnel selon Maslach, Jackson, & Leiter (1996), ont un effet indépendant et significatif sur les taux de satisfaction des patients à l'égard des soins infirmiers reçus; indiquant ainsi, de manière indirecte, qu'une réduction de l'épuisement professionnel des infirmières contribue à accroître la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients. Ainsi, à notre connaissance, l'hypothèse 4 n'a reçu, jusqu'à présent, qu'un faible support empirique.

En somme, nous venons de passer en revue les différentes études qualitatives et quantitatives permettant de documenter l'influence de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier sur le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que sur la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients. Bien que ces études reposent sur des approches méthodologiques différentes, elles contribuent néanmoins, de notre point de vue, à apporter un éclairage complémentaire. Cependant, tel que nous le discutons dans le premier chapitre, elles ont été jusqu'à présent traitées de manière indépendante dans la littérature, contribuant ainsi à une compréhension fragmentaire de la problématique décrite. Dans le prochain chapitre, nous décrivons la démarche méthodologique employée afin de réconcilier ces deux perspectives à l'intérieur d'un même devis de recherche.

¹⁶ L'expression « analyse des pistes causales » a été proposée par l'Office québécois de la langue française afin de traduire le concept anglais de « path analysis ».

CHAPITRE 3

MÉTHODE

3.1 Devis général de l'étude

Afin d'atteindre l'objectif principal de cette étude, nous avons sélectionné un devis descriptif de type multi-méthode. Ce devis comprend, d'une part, une analyse de cas multiples, avec niveau d'analyse unique, qui est basée sur des données issues de méthodes d'investigation en recherche qualitative ainsi que de banques de données administratives publiques. D'autre part, ce devis fait aussi appel à une analyse transversale de données quantitatives prospectives qui proviennent d'un questionnaire d'enquête provincial.

3.2 Méthode visant à répondre aux trois questions de recherche (Analyse de cas)

3.2.1 Démarche générale

Afin de répondre aux trois questions de recherche, nous avons fait appel à une analyse de cas multiples avec niveau d'analyse unique (Yin, 2003). Cette analyse avait deux principales sources de données : une enquête de terrain et des bases de données administratives publiques. Plus spécifiquement, l'enquête de terrain, qui repose sur des méthodes d'investigation en recherche qualitative, s'est déroulée dans deux sites distincts que nous avons sélectionnés en raison de leurs contrastes sur plusieurs critères théoriques. Ces critères seront spécifiés dans la prochaine sous-section. De plus, nous avons fait appel aux bases de données administratives du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) du Québec afin de déterminer dans quelle mesure les deux sites ainsi retenus se comparent ou contrastent, sur la base d'un ensemble d'indicateurs de gestion, aux autres unités néonatales de la province. De ces sources de données nous avons pu extraire un certain nombre d'inférences quant à la structure et au mode de fonctionnement du réseau des unités néonatales québécoises, ainsi qu'à leurs relations avec le travail et la santé au travail des infirmières et la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir à la clientèle.

3.2.2 Choix des sites

Selon les données du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec, la province est dotée de 7 unités néonatales de soins intensifs (UNSI) qui sont regroupées dans les centres hospitaliers universitaires de Montréal, Québec et Sherbrooke

(Tableau 3.0). Au total, ces unités contiennent 266 lits de soins néonataux et ont reçu, en 2006-2007, 5 298 admissions de niveau II ou III (Communication personnelle, Marc-André St-Pierre, MSSS, 12 février 2008).

Tableau 3.0 : Données descriptives initiales au sujet des unités néonatales québécoises

RSS	Établissements	Lits	Admissions	Jours-présence
03	HÔPITAL E (RUIS 3)	51	1 246	18 148
05	HÔPITAL D (RUIS 2)	20	630	6 929
06	HÔPITAL H ET HÔPITAL I (RUIS 4) ¹⁷	55	947	14 214
06	HÔPITAL G (RUIS 4)	34	551	10 180
06	HÔPITAL A (RUIS 1) – Site 1	57	1 488	21 125
06	HÔPITAL B (RUIS 1) – Site 2	20	436	5 869
Totaux		266	5 298	76 465

Source : Ministère de la santé et des services sociaux (2007), Fichiers C07 et M30.

Pour les fins de la présente étude, nous avons sélectionné un échantillon raisonné¹⁸ composé de deux unités néonatales de soins intensifs (UNSI). En effet, tel que suggéré par Yin (2003), le choix des sites dans une étude de cas multiples doit reposer sur des critères théoriques qui spécifient en quoi les cas retenus sont similaires (réplication littérale) ou contrastent (réplication théorique). Ainsi, au plan des similitudes, notons que les unités néonatales sélectionnées sont situées dans une même région urbaine. De plus, elles appartiennent également à un même Réseau universitaire intégré de santé (RUIS)¹⁹. Par ailleurs, soulignons que ces sites contrastent sur au moins trois aspects. Premièrement, bien qu'elles offrent toutes deux des services néonataux de soins intensifs, ces unités se distinguent par le niveau ou la complexité des soins qu'elles peuvent offrir aux patients. En effet, le Site 2 offre des services néonataux de niveau IIIa²⁰ (c.-à-d., médicaux spécialisés) alors que le Site 1 est en mesure d'offrir des services néonataux de niveau IIIc (c.-à-d., médicaux et chirurgicaux ultra-spécialisés). Deuxièmement, ces unités diffèrent également au plan de la composition du personnel infirmier. En effet, alors que le Site 2 fait uniquement appel à des infirmières afin de prodiguer les soins requis par sa clientèle néonatale, le Site 1 emploie quant à lui, sur son unité néonatale de soins intermédiaires, un

¹⁷ L'unité néonatale de ce centre hospitalier est localisée sur deux sites distincts, l'un situé à l'Hôpital H et l'autre à l'Hôpital I.

¹⁸ L'échantillonnage raisonné implique la sélection délibérée, par le chercheur, de certains sujets ou éléments devant être inclus dans une étude (Burns & Grove, 2001, p.808).

¹⁹ Nous reviendrons sur le concept de RUIS au début du chapitre 4.

²⁰ Les différents niveaux de soins néonataux seront également présentés au début du chapitre 4.

personnel composé d'infirmières et d'infirmières auxiliaires²¹. Troisièmement, au plan architectural, il est aussi intéressant de contraster ces deux sites. En effet, le Site 1 présente une architecture telle que les patients y sont répartis par petits groupes de 2 à 5 à l'intérieur de plusieurs salles fermées. Quant au Site 2, l'ensemble des patients y est regroupé dans une seule et même pièce à aire ouverte. D'après les travaux théoriques et empiriques recensés au chapitre précédent, ces trois aspects peuvent être considérés comme autant de facteurs de contingence susceptibles de venir influencer l'organisation du travail ainsi que le travail du personnel infirmier (Voir : Bowers, Luring, & Jacobson, 2001 ; Hendry & Walker, 2004 ; Waterworth, 2003 ; Williams, 1998). Enfin, précisons que dans la suite du texte, nous référerons aux deux UNSI retenues en les désignant par « Site 1 » et « Site 2 ».

3.2.3 Choix des participants à l'étude et techniques de collecte de données

Les premiers participants à l'enquête de terrain ont été sélectionnés par le biais d'un échantillonnage de convenance alors que les participants subséquents ont quant à eux été choisis par un processus d'échantillonnage théorique, et ce en fonction de critères de sélection qui ont émergé de l'analyse constante et comparative des données de l'étude (Glaser & Strauss, 1999 ; Strauss & Corbin, 1998). Les différents critères qui ont guidé la sélection des participants sont spécifiés dans les prochaines sous-sections. Par ailleurs, quatre techniques de collecte de données ont été employées : l'observation, l'entrevue, l'analyse de documents et l'analyse de données administratives provenant de bases de données gouvernementales.

3.2.3.1 Observations

Au total, 450 heures d'observation ont été réalisées dans le cadre de cette étude, dont 250 heures au Site 1 et 200 heures au Site 2²². Afin de réduire l'influence d'événements circonstanciels sur nos observations (par ex. : périodes de surcharge de travail, vacances du personnel, etc.), celles-ci ont été effectuées, à chacun des sites, sur une période d'environ deux mois. Ajoutons que les observations ont également été réalisées sur chacun des quarts de travail ainsi que pendant les fins de semaine afin d'éviter que des caractéristiques

²¹ Des préposés aux bénéficiaires font aussi partie du personnel infirmier des deux sites.

²² Deux raisons expliquent cet écart. Premièrement, la grande taille de l'UNSI du Site 1 et le nombre important d'acteurs différents y œuvrant ont rendu nécessaire une attention plus particulière à ce site. Deuxièmement, puisque nous avons débuté nos séances d'observation par le Site 1, le principe de saturation théorique est venu limiter le nombre d'heures d'observations nécessaires au Site 2.

propres à un moment particulier de la journée ou de la semaine ne viennent teinter nos observations²³. De plus, dans l'optique de réduire l'influence des caractéristiques démographiques et professionnelles du personnel infirmier sur nos observations, des informateurs-clés nous ont aidé à sélectionner, à chacun des deux sites participant à cette portion de l'étude, des participants présentant des niveaux de formation, d'expérience ou d'expertise variés. Toutefois, précisons que chacune des personnes qui nous ont été ainsi suggérées ont dû fournir un consentement libre et éclairé afin de nous autoriser à procéder aux observations. Afin d'obtenir ce consentement, ces personnes ont d'abord été rencontrées de manière individuelle afin de leur expliquer les buts de l'étude, la nature de la collecte de données ainsi que pour répondre aux différentes questions soulevées. Puis, les personnes intéressées à participer à l'étude ont reçu un formulaire de consentement qu'elles ont dû lire et signer après qu'un délai d'environ 24 heures leur ait été accordé²⁴. Sur réception du formulaire de consentement signé, un horaire a ensuite été déterminé avec chacune des personnes concernées afin de définir le moment et la durée des séances d'observation (Habituellement un quart de travail complet).

Lors des séances d'observation, nous avons porté notre attention sur différentes situations cliniques (par ex.: admission, transfert et congé de patients, situations d'urgence, tournées multidisciplinaires, rapport inter-service, routines de soins infirmiers, etc.) ainsi que sur différentes thématiques (par ex.: coordination et continuité des soins, communication intra et interprofessionnelle, communication et coordination des services avec les autres centres hospitaliers du réseau québécois des unités néonatales, etc.), et ce afin de rendre compte de la structure et du fonctionnement des sites retenus et du réseau québécois des unités néonatales. De plus, l'observation de différentes situations cliniques s'est avérée être utile afin de nous permettre de comprendre comment les diverses thématiques retenues peuvent influencer le travail des infirmières, leur santé au travail et la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir à la clientèle. Enfin, notons que les données ainsi recueillies ont été inscrites dans un cahier d'observations sous la forme de notes de terrain.

²³ Dans les deux sites, la journée est répartie en trois quarts de travail d'une durée de huit heures. Précisons qu'au moment de collecter les données de l'étude, les acteurs du Site 1 étaient à planifier l'introduction des quarts de travail d'une durée de 12 heures. Ce projet est toutefois entré en application peu de temps après la fin de la collecte de données sur ce site. Par conséquent, nous ne disposons d'aucune donnée au sujet de ce type de quarts de travail.

²⁴ Précisons qu'aucune des personnes approchées dans le cadre de cette étude n'a refusé de participer aux séances d'observation.

3.2.3.2 Entrevues

Au cours de la présente étude, nous avons utilisé deux formes d'entrevues : des entrevues informelles sur le vif (Patton, 1990) et des entrevues semi-structurées (Spradley, 1979).

Entrevues informelles sur le vif : Ces entrevues sont survenues principalement lors des séances d'observation et les données recueillies par ce mode d'investigation ont été colligées dans un cahier d'observations. Plus spécifiquement, ces entrevues, qui avaient pour objectif de compléter ou de préciser l'information recueillie lors des séances d'observations, ont pris la forme de brèves questions ou encore de courtes conversations informelles entre l'étudiant-chercheur et les participants aux séances d'observation. Ainsi, leur contenu portait essentiellement sur les situations cliniques ou encore sur les thématiques décrites à la sous-section précédente. Précisons que le consentement pour réaliser de telles entrevues a été obtenu en même temps que celui nécessaire pour les séances observations (Voir : Annexe D pour un exemplaire du formulaire de consentement). Au total, 40 personnes ont participé à de telles entrevues. Cependant, leur nombre et leur durée n'ont pu être évalués avec précision en raison de la nature même de ces entrevues.

Entrevues semi-structurées : Au total, 46 entrevues semi-structurées, d'une durée approximative d'une heure chacune, ont été réalisées dans le cadre de cette étude, soit 34 au Site 1 et 12 au Site 2²⁵. Les participants aux entrevues ont été sélectionnés à partir des cinq principaux groupes d'acteurs présents sur les unités néonatales visitées, soit: a) les membres du personnel infirmier (c.-à-d., infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires)²⁶; b) les médecins (par ex. : néonatalogistes, spécialistes, etc.); c) les professionnels non médecins (par ex. : inhalothérapeutes, pharmaciens, ergothérapeutes, etc.); d) les gestionnaires (par ex. : infirmières-chefs, gestionnaires de programme et néonatalogistes en chef) et; e) les parents. Le nombre de participants que nous avons sélectionné dans chacun de ces groupes a été déterminé par le critère de saturation théorique (Strauss & Corbin, 1998). Comme l'explique Fortin (1996), ce phénomène est reconnu par le chercheur lorsque les catégories d'analyse sont stables et que des

²⁵ Ici aussi, la taille de l'unité et le nombre important d'acteurs différents œuvrant au Site 1 viennent expliquer le nombre plus important d'entrevues que nous y avons réalisé.

²⁶ Pour les raisons évoquées précédemment, nous avons sélectionné, avec l'aide d'informateurs-clés, des membres du personnel infirmier présentant des caractéristiques démographiques et professionnelles variées (p. ex., niveaux particuliers de formation, d'expérience ou d'habiletés).

informations supplémentaires n'ajoutent plus rien de nouveau à la compréhension du phénomène étudié. Le Tableau 3.1, ci-dessous, donne la répartition des participants aux entrevues par site et par catégorie d'acteurs.

Tableau 3.1 : Répartition des participants aux entrevues par site et par catégorie d'acteurs

Sites	Catégories d'acteurs					Total
	Personnel infirmier	Médecins	Professionnels non médecins	Gestionnaires	Parents	
Site 1 (Hôpital A)	11	3	3	6	11	34
Site 2 (Hôpital B)	4	1	1	3	3	12
Total	15	4	4	9	14	46

Quant au recrutement des participants pour ce type d'entrevues, deux principales stratégies ont été utilisées : l'approche directe et l'utilisation d'informateurs-clés. Dans les deux cas, le consentement des acteurs concernés est venu déterminer leur participation aux entrevues. Ainsi, avant de réaliser les entrevues, nous avons d'abord expliqué aux personnes ciblées les buts de l'étude et la nature de la collecte de données. Puis, nous avons répondu aux différentes questions soulevées. Par la suite, les personnes intéressées à prendre part à une entrevue ont reçu un formulaire de consentement qu'elles ont dû lire et signer après qu'un délai d'environ 24 heures leur ait été accordé (Voir : Annexe D)²⁷. Sur réception du formulaire de consentement signé, un horaire spécifiant le moment et le lieu des entrevues a ensuite été déterminé avec chacun des participants.

Quant aux entrevues, elles ont été réalisées à l'aide de guides d'entretien semi-structurés développés par Zimmerman, Shortell, Rousseau, et al. (1993). Ces guides, qui ont été traduits et adaptés pour les fins de la présente étude, ont notamment été utilisés dans des recherches similaires à celle-ci et qui portaient sur la structure et le mode de fonctionnement des unités de soins intensifs pour adultes aux États-Unis. Quant à leur contenu, il aborde des situations cliniques et des thématiques analogues à celles décrites ci-dessus, pour les séances d'observations. Pour les fins de la présente étude, cinq versions similaires de ces guides d'entretien ont été utilisées ; une pour chacun des groupes d'acteurs défini précédemment²⁸. Enfin, chaque entrevue a été enregistrée sur un enregistreur numérique Olympus WS-300 (Olympus Ltd, Center Valley, Philadelphia) et leur contenu a été entièrement retranscrit ; ce qui correspond à près de 40 heures d'enregistrement et à un peu plus de 1 200 pages de retranscriptions.

²⁷ Précisons qu'aucune des personnes approchées dans le cadre de cette étude n'a refusé de participer aux séances d'observation.

²⁸ Ces guides peuvent être consultés aux Annexes G, H, I et J.

3.2.3.3 Analyse de documents et de données administratives publiques

Pour ce qui est de l'analyse de documents, sa principale utilité a été de corroborer ou de renforcer l'information suggérée par les autres sources de données, soit l'observation et l'entrevue. Au cours de la présente étude, nous nous sommes intéressés à trois principaux types de documents, soit : a) les dossiers médicaux des patients ; b) les procédés de soins et les ordonnances standardisées en vigueur sur les unités à l'étude et ; c) les notes de service et les mémos produits par les gestionnaires, le personnel ou les syndicats. Ces trois types de documents nous ont permis d'obtenir des informations supplémentaires sur la structure et le mode de fonctionnement des unités néonatales visitées, ainsi que sur le travail des infirmières sur ces unités. Quant aux données recueillies, elles ont été inscrites à l'intérieur des notes de terrain. Précisons, au sujet des dossiers médicaux de patients, qu'aucune information nominale n'a été recueillie. De plus, à chaque occasion, le consentement des parents a été obtenu selon les modalités décrites précédemment.

Enfin, nous avons consulté les bases de données administratives du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) du Québec afin d'obtenir des données sur le profil démographique de chacun des Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) québécois ainsi que sur leurs taux d'autonomie et de rétention par rapport à la clientèle néonatale. De plus, nous nous sommes intéressés au nombre et à la répartition des lits de néonatalogie dans la province de Québec de 1999 à 2007. Par ailleurs, nous avons également recueilli, pour cette même période, des données au sujet du nombre annuel d'hospitalisations, des taux annuels moyens d'occupation, des durées moyennes de séjour et des coûts directs nets par jour-présence, et ce pour les sept unités néonatales de niveau III de la province. Enfin, pour chacune de ces unités néonatales, nous avons obtenu des données sur la proportion des heures totales travaillées en heures supplémentaires pour les années 1999 à 2007. Dans le cadre de la présente étude, les données issues des banques de données administratives du MSSS ont joué une double fonction. Premièrement, elles nous ont permis de déterminer dans quelle mesure les deux sites retenus pour l'enquête de terrain se comparent ou contrastent avec les autres unités néonatales de la province. Deuxièmement, elles nous ont permis de dégager un certain nombre d'inférences quant à la structure et au mode de fonctionnement du réseau des unités néonatales québécoises.

3.2.4 Analyse des données

L'analyse des données s'est déroulée en deux phases. Dans la première, pour chacun des sites individuellement, les données recueillies ont été analysées par le biais d'une démarche systématique de réflexion inductive (Mintzberg, 1979). Plus spécifiquement, nous avons fait appel aux stratégies de l'analyse de contenu (Patton, 1990), de la théorisation ancrée (Glaser, 1978 ; Glaser & Strauss, 1999 ; Strauss & Corbin, 1998) ainsi qu'aux matrices analytiques décrites par Miles & Huberman (1994). Cette première phase s'est déroulée en 4 étapes.

La première étape se compare à ce que Strauss & Corbin (1998) ont nommé la microanalyse. La microanalyse est un processus qui vise à extraire la signification des retranscriptions d'entrevues et des notes de terrain, ligne par ligne, en demeurant près du langage des participants, afin d'éviter de leur imposer un schème théorique quelconque (Hutchinson & Wilson, 2001; Strauss & Corbin, 1998). Ces éléments de signification, ou codes, sont des mots ou des groupes de mots qui représentent fidèlement l'idée principale d'une phrase ou d'une portion de la retranscription. Dans la deuxième étape, suivant la stratégie de l'analyse constante et comparative (Glaser & Strauss, 1999; Strauss & Corbin, 1998), les codes ont été comparés un à un et regroupés, sur la base de leurs similitudes, en catégories. Dans la troisième étape, les codes générés ont permis de documenter les propriétés et les dimensions des différentes catégories, c'est-à-dire, leurs caractéristiques et l'étendue de la variabilité de ces caractéristiques (Hutchinson & Wilson, 2001 ; Strauss & Corbin, 1998). Afin de faciliter la réalisation de cette étape, nous avons fait appel aux différentes matrices analytiques proposées par Miles & Huberman (1994). Enfin, au cours de la quatrième étape, un rapport de site a été rédigé pour chacune des deux UNSI à l'étude. Plus spécifiquement, ce rapport contenait une description des caractéristiques du site et du contexte qui prévalait au moment de l'étude, les différentes matrices produites ainsi qu'une réponse provisoire aux trois questions de recherche.

Quant à la seconde phase, elle s'est déroulée en deux étapes. Au cours de la première étape, une analyse comparative intersites a été réalisée. Pour ce faire, nous avons essentiellement fait appel aux matrices ordonnées par sites décrites par Miles & Huberman (1994). Les données pour ces matrices provenaient des rapports de sites produits au cours de la première phase. Enfin, la deuxième étape a permis de spécifier les principaux thèmes ou dynamiques ayant émergé de l'analyse ainsi que de répondre, en fonction des données

obtenues, aux trois questions de recherche. Cette dernière étape a conduit à la rédaction d'un rapport intersites que nous présentons au Chapitre 4, ci-dessous. Afin d'approfondir et de nuancer les données qualitatives, nous avons introduit dans ce chapitre, lorsque cela s'avérait être pertinent, différentes statistiques provenant de l'analyse des données des questionnaires d'enquête (voir ci-dessous).

3.2.5 Qualité et crédibilité des données qualitatives

Différentes mesures ont été prises afin d'augmenter la crédibilité et la validité de cette portion de la recherche. D'abord, nous avons utilisé plusieurs sources de données et l'information provenant de ces sources a été comparée afin d'en tirer des convergences (Triangulation) (Denzin, 1989). De plus, des informateurs-clés ont révisé le matériel descriptif tout au long de l'étude (Patton, 1990). Enfin, l'emploi d'une stratégie par analyse de cas multiples est, en soi, une façon d'accroître la validité des résultats présentés (Miles & Huberman, 1994).

3.3 Méthode visant à vérifier les cinq hypothèses de recherche

Le principal objectif de cette portion de l'étude était de vérifier cinq hypothèses de recherche concernant l'impact de la structure et du mode de fonctionnement des services néonataux québécois sur le travail et la santé au travail des infirmières, ainsi que sur la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir à la clientèle. Dans les prochaines sous-sections, nous décrivons les sources de données employées, les variables et les instruments de mesure utilisés, ainsi que le plan général d'analyses suivi afin de vérifier ces hypothèses de recherche.

3.3.1 Sources de données

Les données nécessaires afin de vérifier les cinq hypothèses de recherche ont été obtenues par le biais d'un questionnaire d'enquête transversal et anonyme de 10 pages qui a été remis aux infirmières des sept unités néonatales de la province (Voir : Annexe K). Précisons que certains des énoncés et des instruments de mesure de ce questionnaire, qui a été développé par les chercheurs du *Center for Health Outcomes and Policy Research* de l'Université de Pennsylvanie à Philadelphie, ont dû être traduits et adaptés pour les fins de la présente recherche. Par ailleurs, ce questionnaire vise à recueillir des informations sur les

principales variables de l'étude (c.-à-d., l'organisation des services infirmiers, le travail et la santé au travail des infirmières et la qualité des soins). De plus, il permet également de recueillir des données sur les caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières. Enfin, une liste de toutes les UNSI de la province de Québec a été incluse à la fin du questionnaire afin de permettre aux infirmières d'y indiquer l'unité sur laquelle elles travaillent. Cette information a été nécessaire pour les fins de certaines analyses statistiques ainsi que pour compléter ou préciser certaines données qualitatives. Précisons qu'avant de distribuer les questionnaires, nous avons procédé à un essai-pilote des versions françaises et anglaises auprès d'un groupe de 10 infirmières volontaires. L'objectif de cet essai-pilote était d'évaluer la clarté et la compréhensibilité des énoncés du questionnaire ainsi que le temps nécessaire pour le compléter. Sur la base des recommandations de ces infirmières, de légères modifications ont été apportées au mode de présentation du questionnaire (Voir Annexe K).

Suivant l'essai-pilote, nous avons obtenu des comités d'éthique de la recherche de chacun des sept centres hospitaliers concernés par la présente étude une lettre d'approbation nous autorisant à débiter la collecte de données (Voir : Annexe C). Puis, le questionnaire d'enquête a été remis aux infirmières des sept UNSI de la province entre le 5 septembre 2006 et le 14 février 2007 (Voir : Tableau 3.6, page 70). Plus spécifiquement, sur chacune des unités, la collecte de données s'échelonnait sur une période de trois semaines. Au cours de la première semaine, le questionnaire d'enquête, accompagné d'un feuillet d'information et de consentement (Voir : Annexe D), étaient remis aux infirmières des trois quarts de travail lors de rencontres individuelles ou de groupe. Ces rencontres, qui avaient lieu quotidiennement, avaient notamment pour buts d'expliquer les objectifs de l'étude et le caractère volontaire et anonyme de celle-ci. De plus, elles étaient également des occasions privilégiées afin de décrire le contenu du questionnaire, la manière de le compléter ou pour répondre aux questions soulevées. Quant au feuillet d'information et de consentement, il reprenait, par écrit, l'ensemble des renseignements fournis lors des rencontres. Puis, suivant la réception du questionnaire et du feuillet d'information et de consentement, les infirmières disposaient d'une période de deux semaines afin de compléter leur questionnaire et de le retourner à un endroit prévu à cet effet sur les unités de soins. Au terme de la deuxième semaine, un rappel verbal et écrit était fait sur les unités afin d'inviter les infirmières désirant participer à l'étude à compléter et à retourner leur questionnaire.

Précisons que pour cette portion de l'étude, aucun consentement écrit n'était exigé. En effet, afin de maintenir le caractère anonyme des questionnaires d'enquête, nous avons considéré le fait de compléter et de retourner un questionnaire comme un consentement implicite à participer à l'étude. Par ailleurs, il est à noter qu'aucun incitatif financier ou matériel n'a été utilisé durant la présente recherche. Cependant, nous avons noté que le fait de rencontrer les infirmières sur une base quotidienne constituait un moyen efficace d'établir avec elles un lien de confiance et de répondre aux différentes interrogations suscitées par l'étude. Le Tableau 3.2, ci-dessous, indique pour chacun des sites le nombre total de questionnaires distribués ainsi que les taux de participation. Au total, 376 sujets, soit 61,9% des personnes approchées dans le cadre de cette étude, ont complété et retourné un questionnaire. Parmi celles-ci on retrouve 347 infirmières ainsi que 29 infirmières auxiliaires. Précisons que pour les fins des analyses statistiques décrites ci-après, les infirmières auxiliaires ont dû être retirées de l'échantillon en raison de leur profil professionnel différent par rapport à celui des infirmières²⁹. De plus, tel que nous le décrivons ci-dessous, des 347 questionnaires restants, 3 ont dû être exclus des analyses en raison d'un nombre important de données manquantes (c.-à-d., $\geq 90\%$) et 5 autres ont été retirés, suite à une série de pré-analyses, en raison de la présence de scores extrêmes (score $z \geq 5$) sur plusieurs variables prédictives ou de résultats³⁰. Ainsi, l'ensemble des analyses décrites ci-après ont été réalisées sur la base d'un échantillon final de 339 infirmières.

²⁹ Précisons que nous avons dû développer un questionnaire d'enquête spécialement adapté au profil professionnel des infirmières auxiliaires. Puisque ce questionnaire différait sur plusieurs aspects par rapport à celui des infirmières, il devenait alors difficile d'inclure les deux groupes dans un même échantillon.

³⁰ Puisque seulement huit questionnaires ont ainsi été retirés des analyses, nous n'avons pas pu procéder à des analyses complémentaires permettant de déterminer si ces infirmières différaient, sur la base de différentes caractéristiques démographiques ou professionnelles, de celles ayant répondu aux questionnaires.

Tableau 3.2 : Taux de participation au questionnaire d'enquête répartis par centre hospitalier

Établissements ³¹	Nombre maximal de sujets	Nombre total de questionnaires distribués	Nombre total de questionnaires reçus	Taux de participation (%)
Hôpital A (RUIS 1) - Site 1	126 Inf.	111	81	73,0 %
	60 Aux.	54	29	53,7 %
Hôpital B (RUIS 1) - Site 2	47	41	31	75,6 %
Hôpital C (RUIS 1)	40	34	22	64,7 %
Hôpital D (RUIS 2)	56	50	31	62,0 %
Hôpital E (RUIS 3)	141	128	69	53,9 %
Hôpital F (RUIS 4)	37	27	16	59,2 %
Hôpital G (RUIS 4)	70	61	39	63,9 %
Hôpital H (RUIS 4)	55	48	24	50,0 %
Hôpital I (RUIS 4)	61	53	34	64,1 %
Total infirmières	633	553	347	62,7 %
Total auxiliaires	60	54	29	53,7 %
Grand total	693	607	376	61,9%

3.3.2 Mesures et instruments

Dotation en infirmières et caractéristiques de l'environnement de pratique (Variables prédictives) : La dotation en infirmières et les caractéristiques de l'environnement de pratique ont été mesurées par le biais du *Revised Nursing Work Index (NWI-R)* d'Aiken & Patrician (2000). Le *NWI-R* est un instrument composé de 59 énoncés qui a émergé des travaux de recherche visant à décrire et à comprendre les propriétés des hôpitaux magnétiques (par ex. : Kramer & Hafner, 1989 ; McClure, Poulin, Sovie, & Wandelt, 1983) (Voir : Annexe B). Au cours des dernières années, cet instrument s'est imposé comme une référence dans les travaux de recherche visant à décrire l'influence de l'organisation des services hospitaliers sur le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que sur la qualité des soins qu'elles offrent aux patients. Plus spécifiquement, pour chacun des énoncés constituant cet instrument, les infirmières doivent indiquer, sur une échelle de type Likert à 4 niveaux, le degré avec lequel elles sont en accord ou non que les différentes

³¹ Tel que mentionné à plusieurs reprises dans ce chapitre, la province de Québec est dotée de sept unités néonatales de soins intensifs. Or, lors de la planification de cette étude, nous avons été informés, de manière erronée, que l'Hôpital C (RUIS 1) et l'Hôpital F (RUIS 4) offraient des services néonataux de soins intensifs ; d'où leur inclusion dans cette portion de l'étude. Toutefois, en réalité, ces sites sont en mesure d'offrir des services néonataux de niveau intermédiaire. Les données provenant de ces sites ont tout de même été incluses dans les analyses statistiques décrites ci-dessous.

caractéristiques organisationnelles représentées par les énoncés du *NWI-R* (2000) sont présentes dans leur milieu de travail³². Dans des travaux empiriques récents, le *NWI-R* (2000) a démontré une bonne cohérence interne avec des alphas de Cronbach variant de 0,73 à 0,91 pour les différentes sous-échelles identifiées (Aiken, Havens, & Sloane, 2000 ; Aiken & Patrician, 2000 ; Choi, Bakken, Larson, Du, & Stone, 2004 ; Lake, 2002 ; Laschinger, Shamian, & Thompson, 2001 ; Estabrooks, Tourangeau, Humphrey, et al, 2002). Par ailleurs, les validités de contenu, de construit et prédictive de l'instrument ont également été démontrées (Aiken & Patrician, 2000). Cependant, les travaux de recherche récents ont aussi permis de mettre en évidence l'instabilité de la structure factorielle de cet instrument. En effet, le Tableau 3.3, ci-dessous, donne la structure factorielle et les propriétés métrologiques obtenues dans différentes études récentes ayant fait usage du *NWI-R*. En raison de cette instabilité, et puisque le *NWI-R* est, à notre connaissance, utilisé ici pour la première fois auprès d'un échantillon d'infirmières québécoises œuvrant en néonatalogie, nous avons examiné sa structure factorielle par le biais d'une analyse factorielle exploratoire. De plus, les cohérences internes des sous-échelles qui ont émergé de cette analyse ont été évaluées par l'alpha de Cronbach. Les résultats de ces analyses sont présentés au Chapitre 4.

³² Précisons que deux des énoncés du *Revised Nursing Work Index* doivent être inversement codifiés soit : a) l'énoncé 56 (Ma charge de travail actuelle va m'amener à chercher un nouvel emploi) et ; b) l'énoncé 57 (Ma charge de travail m'occasionne de rater d'importants changements dans la condition des patients).

Tableau 3.3 : Principaux instruments de mesure du concept environnement de pratique

Instrument (auteurs)	Nombre d'énoncés, dimensions et format de l'échelle	Fidélité / Validité / Variance expliquée
<p><i>The Revised Nursing Work Index (NWI-R)</i> (Aiken & Patrician, 2000).</p>	<p>Il s'agit d'une modification du <i>Nursing Work Index</i> développé par Kramer & Hafner (1989). Le <i>NWI-R</i> est constitué de 57 énoncés à partir desquels quatre sous-échelles ont été conceptuellement développées par les auteurs :</p> <p>a) autonomie (5 énoncés), b) contrôle sur le milieu de pratique (7 énoncés), c) relations infirmières-médecins (3 énoncés) et ; d) soutien organisationnel pour les producteurs de soins (10 énoncés). L'échelle est de type Likert à quatre niveaux (1= fortement en accord ; 4 = fortement en désaccord).</p>	<p><u>Fidélité</u> : Cohérence interne : Alpha de Cronbach de 0,96 pour l'échelle entière et de 0,84 à 0,91 pour les sous-échelles ; La stabilité de la mesure dans le temps a été établie avec les données de Kramer & Hafner (1989) (Voir : Aiken & Patrician, 2000).</p> <p><u>Validité</u> : Validité de contenu (dérivé des caractéristiques des hôpitaux magnétiques) ; validité de construit (Différencie les hôpitaux magnétiques d'hôpitaux-témoins et les unités spécialisées dans les soins aux patients sidatiques (USSPS) d'unités-témoins) et validité prédictive (des scores élevés au <i>NWI-R</i> (2000) sont associés à des formes organisationnelles professionnelles, i.e. hôpitaux magnétiques et USSPS ainsi qu'à de meilleurs indicateurs de résultats chez les patients et les infirmières).</p> <p><u>Variance expliquée</u> : Non spécifiée</p>
<p><i>Perceived Nursing Work Environment of Critical Care Nurses (PNWE)</i> (Choi, Bakken, Larson, Du, & Stone, 2004).</p>	<p>Dérivé du <i>NWI-R</i> (Aiken & Patrician, 2000). Le PNWE est constitué de 42 énoncés et de sept sous-échelles identifiées par analyse factorielle exploratoire: a) Pratique professionnelle (13 énoncés); b) Gestion des services infirmiers (5 énoncés) ; c) Dotation en personnel et ressources adéquates (5 énoncés); d) Processus de soins infirmiers (6 énoncés); e) Collaboration infirmières-médecins (4 énoncés); f) Compétence infirmière (6 énoncés); g) Climat favorable à l'établissement d'horaires de travail (3 énoncés).</p>	<p><u>Fidélité</u> : Cohérence interne : Alpha de Cronbach de 0,95 pour l'échelle entière et de 0,70 à 0,91 pour les sous-échelles ; à l'exception de la sous-échelle <i>climat favorable à l'établissement d'horaires de travail</i> ayant un alpha de 0,56. Indépendance des sous-échelles : Inter-corrélation allant de 0,30 à 0,69.</p> <p><u>Validité</u> : Validité de contenu : (dérivé du <i>NWI-R</i> ; Aiken & Patrician, 2000) ; Validité de contenu (Le score total et ceux de quatre des sept sous-échelles différencient les hôpitaux magnétiques d'un groupe d'hôpitaux-témoins).</p> <p><u>Variance expliquée</u> : 53,2%</p>

Tableau 3.3 : Principaux instruments de mesure du concept environnement de pratique (Suite)

Instrument (auteurs)	Nombre d'énoncés, dimensions et format de l'échelle	Fidélité / Validité / Variance expliquée
<p><i>Practice Environment Index</i> (Estabrooks, Tourangeau, Humphrey, et al., 2002).</p>	<p>Développé empiriquement par analyse factorielle (ACP avec rotation varimax) à partir du <i>NWI-R</i> (Aiken & Patrician, 2000) auquel deux énoncés ont été ajoutés pour s'adapter au contexte canadien (Sochalski et al., 1999). Contient 26 énoncés et aucune sous-échelle. L'échelle est de type Likert à quatre niveaux (1= fortement en accord ; 4 = fortement en désaccord).</p>	<p><u>Fidélité</u> : Cohérence interne : Alpha de Cronbach de 0,92 pour l'échelle entière. Vérifient également la fidélité des trois sous-échelles d'Aiken & Patrician (2000) dans le contexte canadien avec des alphas allant de 0,74 à 0,83.</p> <p><u>Validité</u> : Validité de contenu (Groupe de discussion avec des experts) ;</p> <p><u>Variance expliquée</u> : Non spécifiée.</p>
<p><i>Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)</i> (Lake, 2002)</p>	<p>Dérivé empiriquement par analyse factorielle (<i>Principal axis factoring</i> avec rotation varimax) à partir du <i>NWI</i> (Kramer & Hafner, 1989) et du <i>NWI-R</i> (Aiken & Patrician, 2000). Contient 31 énoncés et cinq sous-échelles : a) <i>Participation infirmière dans les affaires hospitalières</i> (9 énoncés) ; b) <i>Fondements infirmiers de la qualité des soins</i> (10 énoncés) ; c) <i>Habilité, leadership et soutien des infirmières</i> (5 énoncés) ; d) <i>Dotation et ressources adéquates</i> (4 énoncés) ; e) <i>Relations de travail collégiales entre infirmières et médecins</i> (3 énoncés). L'échelle est de type Likert à quatre niveaux (1= fortement en accord ; 4 fortement en désaccord).</p>	<p><u>Fidélité</u> : Niveau individuel : Cohérence interne : Alpha de Cronbach de 0,82 pour l'échelle entière et de 0,71 à 0,84 pour les sous-échelles. Niveau organisationnel : Corrélations inter-énoncés de 0,69 pour l'instrument entier et de 0,64 à 0,91 pour les sous-échelles ; Corrélation interclasse de 0,96 pour l'instrument entier et de 0,86 à 0,97 pour les sous-échelles.</p> <p><u>Validité</u> : Validité de contenu (Instrument dérivé des caractéristiques des hôpitaux magnétiques) ; Validité de construit (scores plus élevés dans les hôpitaux magnétiques que dans des hôpitaux-témoins). Structure factorielle confirmée auprès d'un échantillon indépendant d'infirmières de Pennsylvanie (Analyse factorielle confirmatoire).</p> <p><u>Variance expliquée</u> : Non spécifiée.</p>

Précisons que pour les fins de la présente étude, nous avons obtenue une copie de la version anglaise du *Revised Nursing Work Index* (2000) auprès de chercheurs du *Center for Health Outcomes and Policy Research* de l'Université de Pennsylvanie (Sean P. Clarke, communication personnelle, octobre 2005). Quant à la version française du *NWI-R*, aucune traduction valide et appropriée au contexte québécois n'existait au moment de débiter cette étude. Par conséquent, nous décrivons, ci-dessous, la méthode employée afin de traduire et d'adapter en français cet instrument. Pour ce faire, nos choix méthodologiques ont été inspirés des recommandations de différents auteurs dont : Beaton, Bombardier, Guillemin, & Ferraz (2000), Brislin (1970 ; 1986), Brislin, Lonner, & Thorndike (1973), Guillemin, Bombardier, & Beaton (1993), Geisinger (1994) et Werner & Campbell (1970).

Plus spécifiquement, l'instrument (c.-à.-d., les consignes permettant de le compléter, les énoncés et les choix de réponses) a été traduit de l'anglais au français par l'auteur de la présente étude qui est bilingue et dont la langue maternelle est le français. Lors de la traduction, nous étions guidés par le principe de l'équivalence (Beaton et al, 2001 ; Guillemin et al, 1993). Comme l'expriment Van Widenfelt et al. (2005), on vise ainsi l'atteinte d'une sorte d'équilibre entre, d'une part, une traduction trop littérale, qui perdrait en signification pour les répondants de la version traduite et, d'autre part, une traduction trop culturellement spécifique qui s'éloignerait de la nature des énoncés tels que conçus dans la version originale de l'instrument.

Afin d'atteindre cette équivalence, nous avons contacté à quelques reprises l'un des auteurs de l'instrument (Sean P. Clarke) afin d'obtenir des précisions sur le sens de certains énoncés en anglais. De plus, pour certains concepts nous nous sommes appuyés sur *Le grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française* (2006) (www.oqlf.gouv.qc.ca) afin d'identifier la meilleure équivalence selon les domaines d'intérêts les plus proches de notre propos (par ex. gestion, médecine, ressources humaines). Enfin, pour ce qui est des expressions idiomatiques, du jargon ou des particularités propres à la culture d'origine de l'instrument, nous avons recherché des expressions équivalentes et, lorsque de telles expressions n'existaient pas, la meilleure adaptation possible afin de maintenir l'intention ou l'idée générale derrière l'énoncé en question (équivalence sémantique).

Suite à ces étapes initiales de traduction et d'adaptation, nous avons soumis notre traduction du *Revised Nursing Work Index* (2000) à un panel de 10 expertes bilingues et volontaires composé d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières gestionnaires (par ex. : DSI, infirmières-chefs) œuvrant en milieu pédiatrique. Pour chacun des 59 énoncés de l'instrument, les expertes devaient indiquer de manière anonyme, sur une échelle de type Likert à quatre niveaux, le degré avec lequel elles étaient en accord ou non avec la traduction proposée. Pour chacun des énoncés où les expertes étaient en désaccord, elles devaient également proposer une meilleure traduction pour l'énoncé en question. Puis, un indice de validité de la traduction (IVT), une adaptation de l'indice de validité de contenu de Lynn (1986), a été calculé (Voir : Tang & Dixon, 2002). Chacun des énoncés ayant un score inférieur à $\frac{3}{4}$ (Yu, Lee, & Woo, 2004) a été revu sur la base des recommandations des expertes. Les énoncés modifiés ($n = 20$) ont de nouveau été soumis aux expertes et le processus a été répété jusqu'à ce que leur IVT soit \geq à $\frac{3}{4}$. Au total, 5 énoncés ont subi des modifications majeures (par ex. : réécriture de l'énoncé ou révision de sa syntaxe) et 15 énoncés ont subi des modifications mineures (par ex. : substitution d'un mot pour un synonyme, élimination d'ajouts lors de la traduction). Enfin, cette nouvelle version de la traduction a par la suite été soumise à l'un des auteurs de l'instrument qui est bilingue et dont la langue maternelle est l'anglais afin d'obtenir un second point de vue sur l'équivalence des deux versions (Sean P. Clarke). Les étapes proposées afin d'étudier la structure factorielle de la traduction française du *Revised Nursing Work Index* (2000) sont décrites à la section 3.3.3.2.

Indicateurs du travail infirmier (Variables résultats) : Lors de la planification de cette étude, il n'existait pas d'instrument permettant de mesurer le degré avec lequel les infirmières des unités néonatales rationnent leurs activités professionnelles en présence de diverses contingences de nature organisationnelle. Nous avons donc entrepris d'en développer un. Pour ce faire, nous avons dans un premier temps défini le domaine de juridiction des infirmières œuvrant en néonatalogie. À cet égard, quatre principales sources ont été consultées: a) des ouvrages de référence concernant les soins infirmiers en néonatalogie (par ex. : Boxwell, 2005; Kenner & Lott, 2003; Verklan & Walden, 2004); b) le *Nursing Interventions Classification* (NIC) (McCloskey & Bulechek, 2000); c) des ouvrages de référence généraux sur les soins infirmiers (par ex. : Collière, 1996; 2000; Dallaire, 2002; Nadot, 2002) et; d) des infirmières cliniciennes spécialisées en

néonatalogie. Sur ces bases théoriques, 56 indicateurs du travail infirmier en néonatalogie ont été développés. Ces indicateurs peuvent être conceptuellement regroupés en trois composantes permettant de refléter les processus de soins indépendants, dépendants et interdépendants décrits dans plusieurs modèles théoriques en administration des services infirmiers (par ex. : Duffy & Hoskins, 2004 ; Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998).

Par la suite, nous avons défini trois échelles de mesure permettant d'obtenir des informations au sujet de la nature du travail des infirmières de néonatalogie ainsi que sur le degré avec lequel elles rationnent leurs activités professionnelles en réponse à diverses contingences organisationnelles. Plus spécifiquement, pour chacun des 56 indicateurs, les infirmières devaient répondre à trois questions, par le biais d'échelles de type Likert à quatre niveaux : a) *Au cours du dernier mois, à quelle **FRÉQUENCE** avez-vous réalisé chacune des activités de soins suivantes ?* ; b) *Quelle est pour vous l'**IMPORTANTANCE** de ces activités de soins ?* et ; c) *Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été dans l'**INCAPACITÉ** de réaliser les activités ci-dessous, bien que celles-ci étaient nécessaires en raison de l'état de santé ou des besoins de vos patients ?* Dans les analyses statistiques décrites ci-dessous, les données relatives à la fréquence et à l'importance des activités professionnelles infirmières ont été utilisées afin de décrire la nature du travail infirmier sur les unités néonatales québécoises. Quant à la question relative au manque de temps, nous l'avons employée, lors des analyses multivariées, afin de tester les hypothèses de recherche au sujet du rationnement des activités professionnelles infirmières.

Enfin, nous avons procédé à la traduction et à l'adaptation anglaise de cet instrument en suivant une démarche méthodologique analogue à celle décrite ci-dessus pour le *Revised Nursing Work Index* (2000). L'équivalence des deux versions a ensuite été évaluée par trois infirmières bilingues, de langue maternelle anglaise, qui œuvrent dans les milieux de soins critiques. Par ailleurs, puisqu'il s'agit d'un nouvel instrument de mesure, aucune donnée n'était disponible sur ses propriétés métrologiques au moment de planifier la recherche. Par conséquent, nous avons évalué la structure factorielle des énoncés relatifs au rationnement des activités professionnelles infirmières par le biais d'une analyse factorielle exploratoire. De plus, la cohérence interne des sous-échelles ayant émergées de cette analyse a été évaluée par l'alpha de Cronbach. Les résultats de ces analyses sont présentés au Chapitre 4.

Santé au travail (Variable de résultats) : Le questionnaire d'enquête d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002) permet de mesurer trois des plus importants indicateurs du concept de santé au travail au sein de la littérature en recherche organisationnelle et en administration des services infirmiers : la satisfaction au travail, l'épuisement professionnel et l'intention de quitter son emploi (Voir : Duquette, Kérouac, Sandhu, & Beaudet, 1994 ; Hayes, O'Brien Pallas, Duffield, Shamian, Buchan, Hughes et al., 2006 ; Lu, While, & Barriball, 2005). Dans les pages qui suivent, nous décrivons plus en détail les instruments utilisés afin de mesurer ces indicateurs.

Santé au travail - Épuisement professionnel (Variables de résultats) : L'épuisement professionnel a été mesuré par le biais du *Maslach Burnout Inventory (MBI)* (Maslach & Jackson, 1986). En effet, cet instrument s'est imposé, au cours des dernières années, comme la mesure de choix afin d'évaluer empiriquement le concept d'épuisement professionnel (Aiken & Sloane, 1997b ; Duquette, Kérouac, Sandhu, & Beaudet, 1994 ; Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard, & Azoulay, 2007 ; Leiter & Harvie, 1996). Plus spécifiquement, pour ce qui est des questionnaires en français, nous avons fait usage de la version du *MBI* proposée par Dion & Tessier (1994). Quant aux questionnaires en anglais, nous avons obtenu, auprès de *Consulting Psychologists Press, Inc.*, la permission de modifier et de reproduire la version du *Maslach Burnout Inventory* développée par Christina Maslach et Susan E. Jackson en 1986 (Voir : Annexe E pour la correspondance pertinente).

Par ailleurs, précisons que le *MBI* (1986 ; 1994) est un instrument standardisé composé de 22 énoncés qui se regroupent selon trois dimensions ou sous-échelles : 1) L'épuisement émotionnel (9 énoncés) ; 2) la dépersonnalisation (5 énoncés) et ; 3) l'accomplissement personnel au travail (8 énoncés). Pour chacun des énoncés du *MBI* (1986 ; 1994), les répondants doivent indiquer, sur une échelle de type Likert à 7 niveaux, la fréquence à laquelle ils ressentent l'émotion en question. Pour Maslach & Jackson (1986), des scores élevés aux sous-échelles d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, combinés avec un faible score à la sous-échelle d'accomplissement personnel³³, représentent un degré élevé d'épuisement professionnel. La cohérence interne des trois sous-échelles du *MBI* varie entre 0,60 et 0,82 (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

³³ Note méthodologique : Les 8 énoncés constituant cette sous-échelle doivent être inversement codifiés afin que leurs scores aillent dans la même direction que ceux des sous-échelles d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation.

De plus, la validité de construit a été démontrée. Enfin, au cours de la présente étude, seule la sous-échelle *Épuisement émotionnel* a été utilisée lors des analyses. Ce choix s'explique par des critères statistiques (c.-à-d., analyse factorielle, analyse de cohérence interne) dont les résultats seront présentés au Chapitre 4. Par ailleurs, ce choix est aussi en conformité avec la littérature empirique en administration des services infirmiers. En effet, cette littérature a contribué à mettre en évidence la supériorité des propriétés statistiques de la sous-échelle mesurant l'épuisement émotionnel, et ce par rapport aux deux autres composantes du *MBI* (c.-à-d., stabilité factorielle et fidélité) (Voir : Aiken & Sloane, 1997b).

Santé au travail - Satisfaction au travail (Variable de résultats) : La satisfaction au travail a été mesurée par le biais d'un énoncé unique du questionnaire d'enquête d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002). Plus spécifiquement, cet énoncé demande aux infirmières d'évaluer leur degré de satisfaction générale par rapport à leur emploi. Cet énoncé a été traduit de l'anglais au français selon la procédure décrite précédemment. Par ailleurs, les réponses à cet énoncé ont été évaluées sur une échelle de type Likert à quatre niveaux (c.-à-d., 1 = Très satisfaite ; 2 = Plutôt satisfaite ; 3 = Plutôt insatisfaite et 4 = Très insatisfaite). Pour les analyses statistiques décrites ci-dessous, nous avons utilisé le score moyen à cet énoncé. Par ailleurs, précisons que les travaux de recherche recensés ont contribué à mettre en évidence la fidélité et la validité des énoncés uniques généraux, tels que celui que nous proposons afin d'évaluer la satisfaction au travail, lorsque ceux-ci sont formulés afin de mesurer la perception globale des individus au sujet d'un construit donné (Voir : Patrician, 2004 ; Wanous & Reichers, 1996 ; Wanous, Reichers, & Hudy, 1997 ; Youngblut & Casper, 1993).

Santé au travail - Intention de quitter (Variables de résultats) : Le questionnaire d'enquête d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002) contient également deux énoncés permettant aux infirmières d'indiquer : a) leur intention de quitter ou non, au cours des 12 prochains mois, l'unité de néonatalogie sur laquelle elles travaillent actuellement et ; b) leur intention de démissionner ou non, au cours des 12 prochains mois, de l'hôpital qui les emploie actuellement. Ces deux questions ont été traduites de l'anglais au français selon la procédure décrite précédemment.

Qualité des soins infirmiers perçue (Variable de résultats) : La perception des infirmières au sujet de la qualité des soins infirmiers qu'elles prodiguent aux patients a été évaluée par le biais d'un énoncé unique et général tiré du questionnaire d'enquête d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002). Plus spécifiquement, cet énoncé a été formulé ainsi : « En général, comment évalueriez-vous la qualité des soins infirmiers dispensés aux patients sur votre unité de soins ? ». Les réponses à cette question ont été mesurées par le biais d'une échelle de type Likert à quatre niveaux (c.-à-d., 1 = Excellente ; 2 = Bonne ; 3 = Convenable et ; 4 = Mauvaise). Par ailleurs, précisons que le choix d'un énoncé unique et de nature générale, afin de mesurer la perception globale des infirmières au sujet de la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients, est appuyé sur deux principaux motifs. Premièrement, une revue de la littérature a révélé l'absence de mesures fidèles et valides du concept de qualité des soins infirmiers pouvant s'appliquer au contexte particulier de la néonatalogie. De notre point de vue, l'absence de mesure adéquate de la qualité des soins est le reflet de la difficulté qu'on les chercheurs à définir ce concept complexe et à en spécifier les attributs devant être mesurés (Voir : Attree, 1993 ; 1996 ; Donabedian, 1980 ; Kitson, 1986 ; Williams, 1998). Au plan méthodologique et empirique, cette difficulté théorique peut être contournée en mesurant le concept de qualité des soins dans une perspective globale, c'est-à-dire, par le biais d'un énoncé unique demandant aux infirmières leur perception générale au sujet de la qualité des soins infirmiers qu'elles offrent aux patients. Deuxièmement, les travaux de recherche recensés ont contribué à mettre en évidence la fidélité et la validité des énoncés uniques généraux, tels que celui que nous proposons afin d'évaluer la qualité des soins, lorsque ceux-ci sont formulés afin de mesurer la perception globale des individus au sujet d'un construit donné (Voir : Patrician, 2004 ; Wanous & Reichers, 1996 ; Wanous, Reichers, & Hudy, 1997 ; Youngblut & Casper, 1993).

Caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières (Variables de contrôle) : Le questionnaire d'enquête d'Aiken, Clarke, & Sloane (2002) permet d'évaluer certaines caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières dont l'âge, le sexe, la race, la langue parlée, le niveau de formation initiale ainsi que le niveau de formation actuellement détenu, le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière, à l'hôpital employeur et en néonatalogie, ainsi que le type de poste détenu (c.-à-d., temps plein versus temps partiel, permanent versus temporaire). Dans les pages qui suivent, nous précisons la manière par laquelle ces différentes caractéristiques démographiques et professionnelles ont été mesurées.

Âge et nombre d'années d'expérience (Variables de contrôle) : Le questionnaire d'enquête demandait aux infirmières d'indiquer, en années entières, leur âge ainsi que leur nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière, à l'hôpital où elles sont actuellement employées et à l'unité de néonatalogie. Puisque ces quatre variables sont explicitement continues, elles ont été utilisées comme tel dans les analyses.

Formation (Variable de contrôle) : Dans le questionnaire d'enquête, quatre catégories de réponses permettaient aux infirmières d'indiquer leur niveau de *Formation initiale* ainsi que leur niveau de *Formation actuellement détenu*³⁴, soit : 1) diplôme d'hôpital ; 2) diplôme d'études collégiales ; 3) baccalauréat et ; 4) maîtrise. Dans les analyses, ces deux variables ont été dichotomisées afin de différencier les infirmières de formation universitaire (c.-à-d., baccalauréat et maîtrise) de celles détenant une formation non universitaire (c.-à-d., diplôme d'hôpital et diplôme d'études collégiales). En effet, le nombre limité d'infirmières ayant indiqué détenir un diplôme d'hôpital ou de maîtrise ne permettait pas d'utiliser ces catégories de manière indépendante et fiable. De plus, cette façon de caractériser la formation des infirmières est analogue à celle employée dans plusieurs études récentes ayant examiné les impacts de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier sur la santé au travail du personnel infirmier ou sur la qualité des soins offerts à la clientèle (par ex. : Aiken, Clarke, Cheung et al, 2003). Enfin, ce mode de catégorisation de la formation des infirmières a également des implications politiques en raison d'un vieux débat, au sein de la profession infirmière, quant au niveau minimal de formation, collégiale ou universitaire de premier cycle, que celles-ci devraient détenir.

Ethnicité (Variable de contrôle) : Le questionnaire d'enquête demandait également aux infirmières d'identifier leurs origines ethniques par le biais de cinq catégories, soit : a) blanche ; b) noire ; c) asiatique ; d) philippine ; et e) autre. Pour les fins des analyses, nous avons dichotomisé cette variable afin de distinguer les sujets de race blanche de ceux provenant de toute autre origine ethnique.

³⁴ Cette variable permet notamment de tenir compte du fait que certaines infirmières poursuivent des études universitaires (baccalauréat, maîtrise) suite à l'obtention d'un diplôme d'études leur donnant accès à la profession d'infirmière.

Type d'emploi et genre (Variables de contrôle) : Enfin, les infirmières devaient également fournir quelques informations au sujet de leur emploi (c.-à-d., permanent versus temporaire et temps plein versus temps partiel) ainsi qu'indiquer leur genre (c.-à-d., féminin versus masculin). Puisque ces variables sont explicitement dichotomiques, elles ont été utilisées comme tel dans les analyses.

3.3.3 Analyses statistiques

3.3.3.1 Plan d'analyses statistiques

Avant de débiter l'analyse des données, nous avons réalisé des calculs de puissance statistique afin de déterminer la taille minimale des échantillons requis, et ce pour chacune des analyses proposées ci-dessous. Puis, les analyses statistiques ont été réalisées en six étapes successives. Premièrement, suivant l'entrée des données dans un fichier SPSS, version 16.0, nous avons réalisé, pour chacun des instruments de mesure proposés ci-dessus, une série d'analyses factorielles exploratoires. Deuxièmement, suite à ces analyses factorielles, les scores des instruments de mesure ont été calculés. Troisièmement, nous avons vérifié les propriétés métrologiques de ces instruments. Quatrièmement, les propriétés statistiques de chacune de nos variables ont été vérifiées afin de s'assurer que leurs distributions satisfont aux prémisses sous-jacentes aux différentes analyses proposées. Cinquièmement, les caractéristiques démographiques et professionnelles des participants à l'étude ont été décrites. Enfin, les hypothèses de l'étude ont été vérifiées par le biais d'analyses de régressions linéaires multivariées. Précisons que cette dernière étape s'est déroulée en trois phases. Dans la première, nous avons généré des matrices de corrélations afin d'examiner les associations bivariées entre chacune des variables prédictives, des variables de résultats et des variables démographiques et professionnelles. Précisons que l'examen de ces matrices de corrélations a notamment permis de sélectionner les variables de contrôle qui ont été utilisées dans les analyses de régressions. Dans la seconde phase, nous avons réalisé une série de régressions linéaires afin de vérifier si les variables prédictives retenues contribuaient à prédire chacune des variables de résultats d'intérêt. Enfin, dans la dernière phase, ces analyses ont été répétées afin de vérifier si le fait de tenir statistiquement compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières contribuait à modifier les associations observées dans la phase précédente. Dans les sections qui suivent, nous décrivons plus en détail chacune de ces différentes

étapes et phases d'analyse. Avant de poursuivre, précisons que l'ensemble des analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS, version 16.0 (2007). De plus, ajoutons que nous avons interprété comme significatifs les scores ayant une valeur p inférieure ou égale à 0,05.

3.3.3.2 Taille minimale de l'échantillon requis (Analyses de puissance statistique)

Deux types principaux d'analyses statistiques ont été réalisés dans le cadre de cette étude, soit des analyses factorielles exploratoires et des analyses de régressions linéaires multivariées. Pour ce qui est des analyses factorielles, il n'existe pas de formule permettant de déterminer la taille minimale de l'échantillon requis. Cependant, Comrey & Lee (1992) décrivent les : « *sample sizes of 50 as very poor, 100 as poor, 200 as fair, 300 as good, 500 as very good, and 1 000 as excellent* (p. 200) ». Parallèlement, Tabachnick & Fidell (2007) ajoutent: « *As a general rule of thumb, it is comfortable to have at least 300 cases for factor analysis* ». Par conséquent, un échantillon de 339 sujets nous apparaît raisonnable pour réaliser les analyses factorielles proposées.

Quant aux analyses de régressions linéaires multivariées, la taille minimale de l'échantillon requis a été déterminée à l'aide de formules proposées par Tabachnick & Fidell (2007)³⁵. Selon ces formules, qui supposent un α de 0,05 et un β de 0,20, un échantillon minimal de $n = 116$ à 146 sujets est requis, lorsque $m = 12$ variables indépendantes sont utilisées, et ce afin de prédire la variable de résultat qualité des soins (Voir : Figure 3.1). Plus spécifiquement, ces variables indépendantes se décomposent en 7 variables prédictives et en 5 variables de contrôle (Voir : Chapitre 4). Par conséquent, ici aussi, un échantillon de $n = 339$ sujets apparaît suffisant afin de vérifier les hypothèses de recherche proposées.

³⁵ Ces formules sont $N \geq 50 + 8m$ (où m est le nombre de variables indépendantes) pour tester la corrélation multiple et $N \geq 104 + m$ pour tester des variables prédictives individuelles. Ces règles admettent une relation modérée entre les variables indépendantes et la variable dépendante, un $\alpha = 0,05$ et un $\beta = 0,20$ (Tabachnick & Fidell, 2007, p. 123).

3.3.3.3 Analyses factorielles

Nos choix méthodologiques afin de déterminer la structure factorielle des instruments de mesure proposés dans le cadre de cette étude ont été guidés par les recommandations de Byrne (2005), Comrey & Lee (1992) ; Fabrigar, Wegener, MacCallum & Strahan (1999), Floyd & Widaman (1995), Gorsuch (1983 ; 1997), MacCallum, Widaman, Zhang & Hong (1999), Preacher & MacCallum (2003) et Tabachnick & Fidell (2007). Plus spécifiquement, les analyses factorielles se sont déroulées en trois phases ; chacune contenant un nombre varié d'étapes. Ces phases sont : a) les pré-analyses et la sélection des énoncés ; b) l'extraction des facteurs, la détermination du nombre de facteurs à retenir et la rotation des facteurs retenus ; c) l'interprétation des résultats.

Les pré-analyses et la sélection des énoncés : Nous avons réalisé, dans un premier temps, une série de pré-analyses afin d'évaluer les propriétés statistiques des différents énoncés constituant un instrument donné. De plus, ces pré-analyses nous ont également permis, dans le cas du *Revised Nursing Work Index* et de la mesure du rationnement des activités professionnelles infirmières, de déterminer le nombre d'énoncés devant être retenus pour les analyses subséquentes. Les pré-analyses se sont essentiellement déroulées en quatre étapes. Premièrement, pour chacun des énoncés constituant un instrument de mesure donné, des statistiques descriptives ont été calculées dont la moyenne, l'écart type, la médiane, la variance, les scores minimaux et maximaux et les degrés d'asymétrie et d'aplatissement des distributions de fréquences. De plus, des représentations graphiques de ces variables ont également été produites (par ex. : histogrammes). Ces statistiques descriptives et ces représentations graphiques nous ont permis de vérifier l'étendu des scores, d'évaluer la présence et le nombre d'observations aberrantes³⁶, de déterminer le nombre de données manquantes ainsi que de vérifier la plausibilité des moyennes, des écarts types et des autres statistiques descriptives. Deuxièmement, pour chacun des instruments pris individuellement, des matrices de corrélations et des diagrammes de dispersion³⁷ ont été générés afin d'évaluer le degré d'association entre les différents énoncés constituant un instrument donné. En effet, comme l'explique Gorsuch (1988): *“only if a variable correlates with at least several other variables in the analysis will that*

³⁶ L'expression observation aberrante est la traduction proposée par l'Office québécois de la langue française pour le terme anglais « outlier ».

³⁷ L'expression diagramme de dispersion est la traduction proposée par l'Office québécois de la langue française pour le terme anglais « scatter plot ».

variable aid in defining factors (p. 237)”. Dans la présente étude, nous avons retenu, pour les fins des analyses subséquentes, tous les énoncés présentant une corrélation supérieure ou égale à 0,20 avec au moins un autre des énoncés constituant l’instrument de mesure duquel ils sont issus (Floyd & Widaman, 1995). Troisièmement, les statistiques descriptives, les représentations graphiques (c.-à-d., histogrammes et diagrammes de dispersion) et les matrices de corrélations nous ont également permis de nous assurer que les énoncés retenus satisfont aux prémisses sous-jacentes aux analyses factorielles (c.-à-d., normalité, linéarité et homoscedasticité)³⁸. Enfin, nous avons réalisé une première série d’analyses factorielles exploratoires afin d’évaluer la présence de variables complexes et de variables aberrantes³⁹.

Puis, sur la base des résultats de ces pré-analyses, nous avons exclus les énoncés ayant : a) plus de 5% de données manquantes; b) plus de 80% de l’ensemble des observations sur une seule modalité (c.-à-d., les énoncés ayant une faible variabilité) ; c) une corrélation inférieure à .20 avec les autres énoncés de l’instrument en question ; d) une saturation factorielle < .45 sur l’ensemble des composantes principales identifiées (c.-à-d., les variables aberrantes) ou ; e) une structure factorielle complexe (c.-à-d., les énoncés ayant une saturation factorielle \geq .45 sur plus d’une composante principale. Le Tableau 3.4, ci-dessous, donne, pour chacun des instruments de mesure utilisés, les résultats de ce processus de pré-analyses et de sélection des énoncés.

Tableau 3.4 : Nombres totaux d’énoncés exclus suite aux pré-analyses par instrument de mesure

Énoncés	Instruments de mesure (N = Nombre d’énoncés)		
	<i>Nursing Work Index (NWI-R)</i> ¹	Indicateurs du rationnement	Épuisement professionnel ²
Nombre initial d’énoncés	59	56	22
N exclus (pré-analyses)	25	16	0
Nombre final d’énoncés	34	40	22

¹ Nursing Work Index (2005)
² Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1982)

³⁸ Cependant, comme l’expriment Tabachnick & Fidell (2007): « As long as principal component analysis and factor analysis are used descriptively as convenient ways to summarize relationships in a large set of observed variables, assumptions regarding the distributions of variables are not in force (p. 613)”.

³⁹ « A variable with a low squared multiple correlation with all other variables and low correlations with all important factors is an outlier among the variables. The variable is usually ignored and either deleted or kept for future research (Ibid, p. 615)”.

L'extraction de facteurs, la détermination du nombre de facteurs à retenir et la rotation des facteurs retenus : Suite au processus de pré-analyses et de sélection des énoncés, nous avons procédé à une deuxième série d'analyses factorielles exploratoires⁴⁰. Plus spécifiquement, ces analyses se sont déroulées en deux étapes successives. Premièrement, pour chacun des instruments pris individuellement nous avons réalisé une analyse en composantes principales, sur la matrice de corrélations, suivie d'une rotation varimax. Cette première analyse nous a permis d'estimer le nombre de facteurs à extraire pour chacun des instruments de mesure. À cet égard, nous avons employé, sur la base des recommandations de Gorsuch (1983) et de Zwick & Velicer (1986), quatre critères : a) le test de Kaiser (c.-à-d., une valeur propre supérieure à 1,00); b) le test de « l'éboulis » (*scree test*) de Cattell (1966); c) l'analyse parallèle⁴¹ (Horn, 1965; Montanelli & Humphrey, 1976) et ; d) le coefficient moyen minimal de corrélation partiel⁴² de Velicer (1976) et de Velicer, Eaton, & Fava, (2000). Le Tableau 3.5, ci-dessous, donne pour chacun des instruments de mesure, le nombre de composantes principales à extraire selon les différents critères d'extraction sélectionnés.

⁴⁰ Pour ce qui est du *Revised Nursing Work Index (NWI-R, 2000)*, le choix d'une analyse exploratoire, plutôt que confirmatoire, repose sur deux arguments. Premièrement, tel que mentionné précédemment, les études ayant fait usage du *NWI-R (2000)* ont permis de mettre en évidence l'instabilité de la structure factorielle de cet instrument. Deuxièmement, à notre connaissance, la présente étude est l'une des premières où cette version du *NWI-R* est utilisée auprès d'un échantillon d'infirmières québécoises et francophones œuvrant sur des unités néonatales de soins intensifs. Par conséquent, nous ne disposons d'aucune donnée sur sa structure factorielle dans ce contexte particulier. Quant à la mesure de rationnement des activités professionnelles infirmières, le choix d'une analyse exploratoire est justifié par le fait qu'il s'agit d'un nouvel instrument de mesure qui a été développé dans le cadre de cette étude. Enfin, puisque qu'à notre connaissance la mesure d'épuisement émotionnel est employée pour la première fois auprès d'un échantillon d'infirmières de néonatalogie, nous avons également opté pour une analyse factorielle exploratoire.

⁴¹ La syntaxe afin de réaliser ce test avec le logiciel SPSS a été obtenue de O'Connor (2000) et de Brian P. O'Connor (Communication personnelle, 15 mai 2007).

⁴² Traduction libre de : « Minimum average partial correlation ».

Tableau 3.5 : Critères d'extraction des composantes principales pour chacun des instruments de mesure

Critères	Instruments		
	<i>Revised Nursing Work Index</i>	Indicateurs du rationnement	Épuisement professionnel
Test de Kaiser (Valeur propre >1)	4	4	2
Scree Test de Cattell (1966)	3	4	2
Analyse parallèle de Horn (1965) ¹	3	2	2
Test MAP de Velicer (1976) ¹	4	6	3
Test MAP de Velicer et al (2000) ¹	5	7	2

Deuxièmement, nous avons réalisé, pour chacun des trois instruments de mesure pris individuellement, une série d'analyses en composantes principales, sur la matrice de corrélations, suivies d'une rotation varimax en spécifiant, à chaque itération, un nombre différent de composantes principales à extraire, et ce en fonction des données présentées au Tableau 3.5.

L'interprétation des résultats : Enfin, au cours de la troisième phase, chacune des solutions factorielles produites précédemment a été évaluée quant à sa capacité à produire des sous-échelles qui: a) retiennent au moins quatre énoncés dont la saturation factorielle est supérieure ou égale à 0,45⁴³ (Comrey & Lee, 1992 ; Fabrigar, Wegener, MacCallum & Strahan, 1999; Floyd & Widaman, 1995; Ford, MacCallum, & Tait, 1986; Gorsuch, 1983 ; MacCallum et al., 1999); b) restent invariables parmi les différents modèles évalués et ; c) sont théoriquement interprétables. Sur la base de ces critères, la structure factorielle la plus robuste a été retenue. Les résultats de ces analyses sont décrits au Chapitre 4 ainsi qu'à l'Annexe M.

⁴³ Selon Comrey & Lee (1992), les saturations factorielles supérieures ou égales à .71 (50% de la variance) sont considérées comme excellentes, celles de .63 (40% de la variance) comme très bonnes, celles de .55 (30% de la variance) comme bonnes, celles de .45 (20% de la variance) comme acceptables et, enfin, celles de .32 (10% de la variance) comme faibles). Pour les fins de la présente étude, nous avons retenu les saturations factorielles $\geq .45$.

3.3.3.4 Détermination des scores des échelles de mesure et traitement des données manquantes

Après avoir déterminé la structure factorielle de nos instruments de mesure, nous avons calculé le score de chacune des sous-échelles présentées à l'Annexe M en utilisant la procédure proposée par le *Medical Outcomes Study Group* (1993). Précisons qu'un des avantages de cette procédure est d'offrir une méthode permettant de traiter les données manquantes. Plus spécifiquement, lorsqu'un participant à l'étude avait des données manquantes pour un ou plusieurs des énoncés constituant une sous-échelle donnée, le score de cet individu était calculé en utilisant le score moyen des énoncés répondus, et ce à la condition que le participant en question ait correctement répondu à au moins 50% des énoncés constituant cette sous-échelle. Suite à cette procédure, un examen des patterns de données manquantes a révélé l'existence de trois sujets dont plus de 90% des données étaient toujours manquantes. Tel que décrit à la section 3.3.1, ces sujets ont été exclus des analyses subséquentes. Enfin, l'analyse a également révélée que 6 variables contenaient toujours, suite au calcul des scores, entre 0,3 et 3,2% de données manquantes. Pour chacune de ces variables, les données manquantes ont été traitées par répartition de la moyenne. Comme l'expliquent Tabachnick & Fidell (2007), cette méthode comporte l'avantage d'être conservatrice ; n'influençant pas la moyenne de la distribution des scores totaux. Cependant, elle a pour effet pervers de réduire la variance d'une variable étant donné que la moyenne d'un score est toujours plus proche d'elle-même que la valeur qu'elle remplace. De plus, ces auteurs rappellent que cette réduction de la variance contribue à réduire le degré de corrélation entre la variable dont les données manquantes ont été réparties et les autres variables étudiées. Dans le contexte de la présente recherche, l'influence de cette méthode de traitement des données manquantes, sur la variance et les corrélations des différentes variables analysées, nous est néanmoins apparue marginale, et ce en raison du nombre limité de données manquantes (Sur cette question, voir : Tabachnick & Fidell, 2007 ; p. 67-68).

3.3.3.5 Fidélité des instruments de mesure

La cohérence interne de chacune des échelles de mesure a été évaluée par l'alpha de Cronbach. Les résultats de cette analyse sont présentés à l'Annexe M.

3.3.3.6 Vérification des prémisses statistiques

Suite à l'examen de la cohérence interne des instruments de mesure, les propriétés statistiques des variables démographiques, prédictives et de résultats ont été examinées afin de s'assurer qu'elles satisfont aux prémisses sous-jacentes aux analyses que nous proposons afin de vérifier les hypothèses de recherche. Plus spécifiquement, nous avons évalué les scores et les distributions de fréquences quant à l'absence d'observations aberrantes, la normalité, la linéarité et l'homoscédasticité des distributions de fréquences ainsi qu'à l'absence de multicolinéarité et de singularité.

L'absence d'observations aberrantes : Pour ce qui est des variables dichotomiques, Rummel (1970) recommande d'éliminer des analyses les variables dont les fréquences sont réparties de manière très inégales entre les deux catégories de réponses (c.-à-d., ratios $\geq 90 : 10$). Cette recommandation s'explique par le fait que les coefficients de corrélations basés sur de telles variables seront tronqués. De plus, Rummel (1970) explique que les sujets appartenant à la catégorie contenant le moins grand nombre d'observations seront plus influents, dans les analyses, que ceux inclus dans la catégorie principale. Quant aux variables continues, nous avons d'abord examiné des représentations graphiques de ces variables (par ex. : histogrammes, diagrammes de surfaces⁴⁴ et graphiques à échelle fonctionnelle normale⁴⁵), et ce afin d'évaluer la présence de valeurs extrêmes. Puis, nous avons généré, pour chacune des variables continues, une liste des individus présentant des valeurs extrêmes, et ce afin de déterminer leurs scores standardisés (scores z). Tel que suggéré par différents auteurs, dont Tabachnick & Fidell (2007), un score $z \geq 3,29$ suggère la présence d'une observation aberrante. Dans le cadre de la présente étude, les résultats de ces analyses ont révélé la présence de cinq sujets présentant des observations visiblement aberrantes sur une ou plusieurs variables (c.-à-d., scores $z \geq 5,00$). Ces derniers ont été exclus des analyses ; déterminant ainsi notre échantillon final de $n = 339$.

La normalité : Pour ce qui est de la vérification de la prémisse de normalité, des statistiques descriptives (c.-à-d., moyenne, médiane, écart type, degrés d'aplatissement et d'asymétrie des distributions de fréquences) et des représentations graphiques (c.-à-d., histogrammes avec courbe normale, graphiques à échelle fonctionnelle normale) ont été

⁴⁴ L'expression diagramme de surface est le terme proposé par l'Office québécois de la langue française afin de traduire le concept anglais de « box plot ».

⁴⁵ Il s'agit de la traduction proposée par l'Office québécois de la langue française pour le concept de *normal probability plot*.

employées. Tel que le soulignent Tabachnick & Fidell (2007), précisons que dans un graphique à échelle fonctionnelle normale :

« Scores are ranked and sorted; then an expected normal value is computed and compared with the actual normal value for each case. The expected normal value is the z score that a case with that rank holds in a normal distribution; the normal value is the z score it has in the actual distribution. If the actual distribution is normal, then the points for the cases fall along the diagonal running from lower left to upper right, with some variations due to random processes. Deviations from normality shift the points from the diagonal (p. 81) ».

Par ailleurs, pour ce qui est des analyses de régressions, nous avons également examiné la normalité de la distribution des scores résiduels en utilisant des graphiques à échelle fonctionnelle normale⁴⁶.

La linéarité et homoscedasticité : La prémisses de linéarité vise à s'assurer que le degré d'association entre deux variables peut être décrit par une ligne droite. Quant à la prémisses d'homoscedasticité, elle vise à s'assurer que la variabilité des scores d'une variable continue est approximativement équivalente à toutes les valeurs d'une autre variable continue. Les degrés de linéarité et d'homoscedasticité entre les différentes variables à l'étude ont été évalués par le biais de diagrammes de dispersion⁴⁷. Dans ce type de diagrammes, si deux variables données sont distribuées selon la courbe normale et reliées de manière linéaire, le diagramme de dispersion prend alors une forme ovale. Des diagrammes de dispersion non ovale ou de forme recourbée suggèrent respectivement des déviations de la normalité et de la linéarité. Parallèlement, notons que *« the bivariate scatter plots between homoscedastic variables are of roughly the same width all over with some bulging toward the middle (Tabachnick & Fidell, 2007, p. 85) »*.

⁴⁶ Tel que décrit dans Cohen, Cohen, Aiken & West (2003), l'examen des résiduels permet également d'évaluer la prémisses de normalité et d'homoscedasticité. Dans le cadre de la présente étude, nous avons privilégié un examen a priori des différentes prémisses statistiques par rapport à l'analyse a posteriori permise par l'examen des résiduels.

⁴⁷ L'expression « diagramme de dispersion » a été proposée par l'Office québécois de la langue française afin de traduire le concept « scatter plot ».

L'absence de multicollinéarité et la non singularité : La présence de multicollinéarité et de singularité sont des problématiques qui surviennent lorsque deux ou plusieurs variables sont très fortement corrélées entre elles ; indiquant ainsi que ces variables contiennent de l'information redondante. Par ailleurs, la présence de multicollinéarité et de non singularité ont pour effet d'affaiblir les analyses statistiques en accroissant la taille des scores résiduels (Tabachnick & Fidell, 2007, p. 89). Ainsi, dans l'optique de s'assurer de la non singularité de nos variables et de l'absence de multicollinéarité, nous avons dans un premier temps généré un ensemble de matrices de corrélations pour les différentes variables prédictives, de résultats et témoins. Tel que recommandé par Tabachnick & Fidell (2007), nous avons considéré les coefficients de corrélations supérieurs ou égaux à .70 comme suggérant la présence de multicollinéarité entre deux variables. Parallèlement, lors des analyses de régressions linéaires multivariées, différents tests ont été employés afin de détecter la présence de multicollinéarité dont l'indice de condition et les proportions de variance. Comme l'expliquent Tabachnick & Fidell (2007):

« Condition index is a measure of tightness or dependency of one variable on the others... A high condition index is associated with variance inflation in the standard error of the parameter estimate for a variable. When its standard error becomes very large, a parameter estimate is very uncertain (p. 91) ».

Belsely, Kuh & Welsh (1980) mentionnent qu'un indice de condition supérieur à 30 pour une dimension donnée, combiné à des proportions de variance supérieures à .50 pour au moins deux variables différentes suggèrent la présence de multicollinéarité.

3.3.3.7 Description de l'échantillon

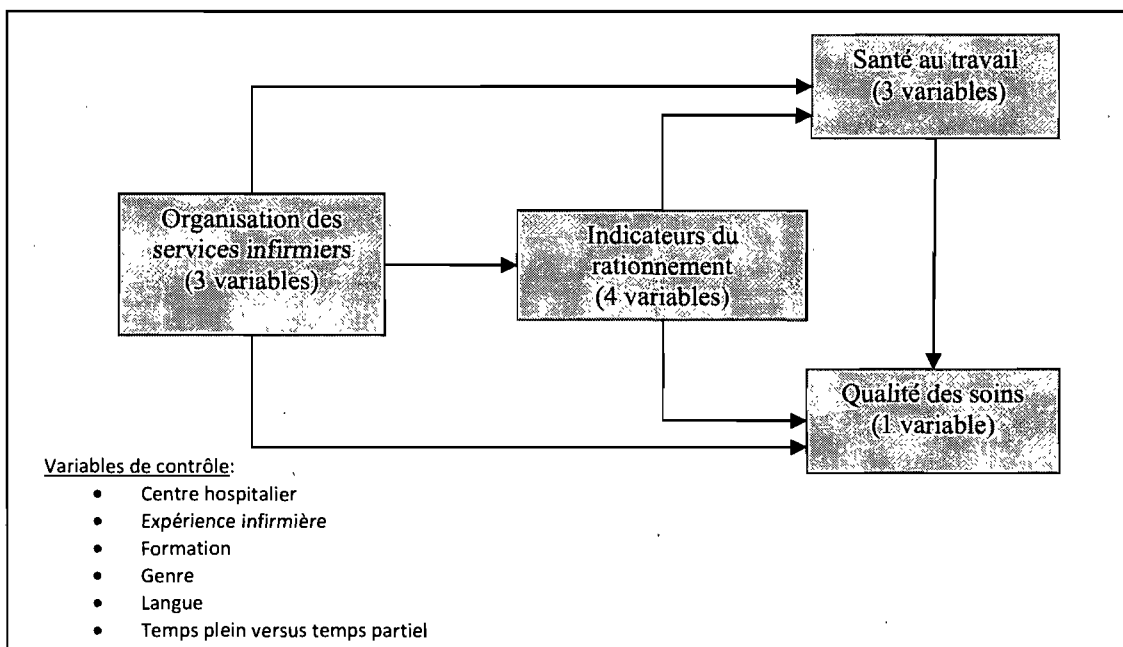
Dans un premier temps, des statistiques descriptives (par ex.: moyenne, médiane, mode, écart type, variance, minimum, maximum, étendu, asymétrie et aplatissement des distributions de fréquences) ont été calculées pour les caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières ainsi que pour chacune des variables prédictives et de résultats (c.-à-d., pour les variables continues seulement). Quant aux variables démographiques et professionnelles de nature catégorielle, la proportion des sujets de l'étude tombant dans l'une ou l'autre des différentes catégories d'une variable donnée a été déterminée. Puis, des diagrammes en barres ont été produits. Précisons que les statistiques

descriptives relatives aux deux UNSI étudiées dans la portion qualitative de l'étude ont été incluses, lorsque pertinent, dans les rapports de site (Voir : section 3.5.2.5) ; permettant ainsi de réaliser une triangulation des données et des analyses qualitatives et quantitatives (Denzin, 1989).

3.3.3.8 Vérification des hypothèses de recherche

Enfin, les hypothèses de recherche ont été testées par le biais d'analyses de régressions linéaires multivariées. Plus spécifiquement, pour chacune des hypothèses, deux modèles de régressions ont été testés. Dans le premier modèle, l'ensemble des variables prédictives pertinentes à une hypothèse donnée ont été entrés en bloc, et ce sans tenir compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières. Dans le second modèle, en plus d'inclure les variables prédictives pertinentes, nous avons également tenu statistiquement compte des caractéristiques des infirmières. Précisons que pour chacune des analyses de régression, nous avons utilisé l'équation d'estimation générale⁴⁸ afin de tenir statistiquement compte du fait que les infirmières sont nichées à l'intérieur d'unités de soins spécifiques. Le diagramme des pistes causales qui a servi à déterminer les équations de régression est présenté à la Figure 3.1. Les résultats de ces différentes analyses sont présentés au Chapitre 4.

Figure 3.1 : Diagramme des pistes causales



⁴⁸ Traduction libre de « Generalized Estimating Equation ».

3.4 Considérations éthiques

Ce projet de recherche a d'abord reçu l'approbation des comités d'éthique de la recherche de l'Université et des différents centres hospitaliers concernés. À ce sujet, le Tableau 3.6, ci-dessous, donne les principales dates charnières concernant le processus d'approbation du projet dans les différents centres hospitaliers ayant participé à l'étude.

Tableau 3.6 : État des démarches auprès des comités d'éthique et scientifique de la recherche

Établissements	Documents déposés au CER	Date approbation finale du CER	Date de début de la collecte de données	Date de fin de la collecte de données
Université	20 mars 2006	9 mai 2006	20 oct. 2006	1 ^{er} fév. 2007
Hôpital A (RUIS 1)	6 avril 2006	17 mai 2006	8 juin 2006	1 ^{er} mars 2007
Hôpital B (RUIS 1)	17 avril 2006	14 juillet 2006	6 sept. 2006	30 mars 2007
Hôpital C (RUIS 1)	28 avril 2006	14 juin 2006	16 oct. 2006	3 nov. 2006
Hôpital D (RUIS 2)	20 mars 2006	N/A	18 sept. 2006	6 oct. 2006
Hôpital E (RUIS 3)	8 mai 2006	27 juin 2006	12 sept 2006	29 sept. 2006
Hôpital F (RUIS 4)	3 nov. 2006	21 nov. 2006	8 jan. 2007	19 janv. 2007
Hôpital G (RUIS 4)	4 oct. 2006	8 nov. 2006	14 janv. 2007	1 ^{er} fév. 2007
Hôpital H (RUIS 4)	3 juin 2006	6 oct. 2006	13 nov. 2006	1 ^{er} déc. 2006
Hôpital I (RUIS 4)	3 juin 2006	6 oct. 2006	20 nov. 2006	8 déc. 2006

Puis, suivant l'obtention des approbations éthiques requises, deux approches ont été suivies. Premièrement, dans les deux centres hospitaliers où nous avons réalisé l'enquête de terrain, l'étudiant-chercheur a d'abord expliqué à chacun des participants éventuels, lors de rencontres individuelles ou de groupe, le but de l'étude, les modalités et conditions de participation ainsi que les avantages, les risques et les inconforts associés à une participation à l'étude. Au cours de ces rencontres, l'étudiant-chercheur a également pu répondre aux différentes questions soulevées. Puis, un formulaire d'information et de consentement a été remis à chacun des participants potentiels (Voir : Annexe D). Les personnes désirant participer à l'étude disposaient alors d'un délai d'environ 24 heures afin de lire et de signer le formulaire en question. Précisons que ce formulaire reprenait par écrit l'ensemble des informations fournies lors des rencontres individuelles ou de groupe. En

plus de souligner le caractère volontaire et confidentiel de l'étude, il précisait également que les participants pouvaient s'en retirer à tout moment, et ce sans préjudice et sans devoir justifier leur retrait. Dans de tels cas, le formulaire soulignait que les données recueillies jusqu'au moment du retrait du participant pouvaient être utilisées pour les fins de l'étude afin d'en préserver l'intégrité scientifique. Cependant, aucune demande de retrait ne nous a été adressée.

De plus, le formulaire de consentement demandait la permission des participants pour procéder, selon le cas, à la réalisation et à l'enregistrement d'une entrevue, à une séance d'observations ou encore à la collecte de données consignées dans le dossier médical. Les données obtenues par ces sources ont ensuite été rendues anonymes. Pour ce faire, un système de codes a été employé par l'étudiant-chercheur durant la transcription, l'analyse des données et la rédaction des résultats de l'étude. Par exemple, « Infirmière (Site 1) » nous a permis de désigner une infirmière interviewée, observée ou dont les notes au dossier ont été consultées au Site 1. Des codes similaires ont été utilisés pour désigner les autres membres du personnel infirmier, les médecins, les professionnels non médecins, les gestionnaires et les parents. Par ailleurs, précisons qu'aucune donnée nominale n'a été utilisée au cours de l'étude. Ces données ont toutefois été conservées, tel que demandé par les règles du Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CÉRSS) de l'Université concernée, dans un classeur sous clé ou dans un ordinateur protégé par un code d'accès connu exclusivement de l'étudiant chercheur, et ce pour une période de 12 mois suivant la fin du projet. Après l'expiration de ce délai, ces données ont alors été entièrement détruites. Elles comprenaient notamment le nom des personnes ayant participé à l'étude, les coordonnées permettant de les retracer, le numéro du projet de recherche et la date de début et de fin de la participation à l'étude.

Deuxièmement, dans les neuf centres hospitaliers où nous avons distribué le questionnaire d'enquête, l'étudiant-chercheur a d'abord expliqué à chacun des participants éventuels, lors de rencontres individuelles ou de groupe, le but de l'étude, les modalités et conditions de participation ainsi que les avantages, les risques et les inconforts associés à une participation à l'étude. Au cours de ces rencontres, nous avons également pu répondre aux questions soulevées par les participants. Puis, un formulaire d'information et de consentement leur a été remis. Ce formulaire reprenait par écrit l'ensemble des informations fournies lors des rencontres individuelles ou de groupe. De plus, il précisait

que les personnes qui décidaient de participer à cette portion de l'étude donnaient un consentement implicite en acceptant de compléter et de retourner le questionnaire, et ce en raison du caractère anonyme du questionnaire.

Enfin, précisons que l'ensemble des données recueillies durant cette étude ont été utilisées uniquement à des fins de recherche (par ex. : production du présent rapport de recherche, publications et communications scientifiques). Ces données seront conservées pendant sept ans dans un classeur sous clé ou dans un ordinateur protégé par un code d'accès connu exclusivement de l'étudiant-chercheur. Après l'expiration de ce délai, ces données seront alors entièrement détruites.

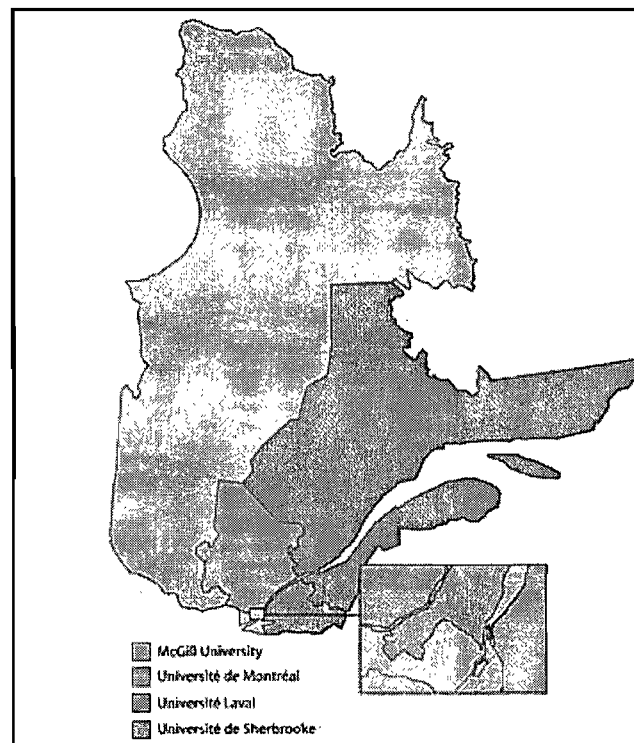
CHAPITRE 4

RÉSULTATS

4.1 Structure et fonctionnement théorique du réseau québécois des unités de soins néonataux: Les RUIS, les niveaux et les normes de soins

En 2003, le gouvernement du Québec a instauré des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) dont le mandat est de coordonner les soins de santé tertiaires, l'enseignement et la recherche offerts par chaque faculté de médecine et leurs hôpitaux d'enseignement. La province a ainsi été répartie en quatre réseaux, chacun étant desservi par l'une des quatre facultés de médecine, soit celle de l'Université Laval, celle de l'Université McGill, celle de l'Université de Montréal et enfin, celle de l'Université de Sherbrooke. Ce faisant, le gouvernement souhaitait doter les quatre facultés de médecine d'un plus grand pouvoir en ce qui a trait à l'organisation et à la prestation des soins de santé tertiaires dans la province. La Figure 4.1, ci-dessous, donne un aperçu du territoire desservi par chacun des quatre RUIS québécois. Quant au Tableau 4.1, il fournit quelques données démographiques au sujet de ces RUIS.

Figure 4.1 : Les quatre RUIS de la province de Québec



Source: http://www.medicine.mcgill.ca/RUIS/fr/home_whatisRUIS.htm

Tableau 4.1: Données démographiques par RUIS

Territoire RUIS	Superficie en km ²	% Superficie du Québec	Population	% Population du Québec	Nb et % de lits de néonatalogie
RUIS Université 4	953 500	63,24%	1 647 200	22,76%	99 (38,37%)
RUIS Université 3	452 600	30,02%	1 695 910	23,43%	62 (24,03%)
RUIS Université 1	77 630	5,15%	2 920 080	40,35%	77 (29,85%)
RUIS Université 2	24 090	1,60%	974 220	13,46%	20 (7,75%)
Total – Québec	1 507 820	100,00%	7 237 410	100,00%	258 (100,00%)

Sources : Données démographiques : Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) – Unité de gestion de l'information (2005). Nombre de lits de néonatalogie : MSSS, fichier AS47 - Nombre de lits dressés au centre d'activités 6200 pour les années 2006-2007.

Sur la base des données du Tableau 4.1, on constate que le RUIS de l'Université 1, malgré un territoire de petite superficie (77 630Km² ou 5,15% du territoire), se classe au premier rang pour ce qui est de la proportion de la population québécoise desservie (40,35%) et au troisième rang quant à la proportion des lits de néonatalogie (29,85%). Parallèlement, bien que le RUIS de l'Université 4 occupe la plus grande proportion du territoire québécois (63,24% ou 953 500Km²), il se classe au troisième rang pour ce qui est du pourcentage de la population desservie (22,76%) mais au premier rang en ce qui concerne le pourcentage des lits de néonatalogie (38,37%). De plus, on note que le RUIS de l'Université 2 se classe au dernier rang, tant au plan du pourcentage de la superficie occupée (1,60% du territoire ou 24 090Km²), qu'au plan des pourcentages de la population desservie (13,46%) et des lits de néonatalogie (7,75%). Quant au RUIS de l'Université 3, il occupe près du tiers du territoire québécois (30,02% ou 452 600Km²), dessert près du quart de la population (23,43%) et détient environ le quart des lits de néonatalogie (24,03%). Ainsi, comme le suggèrent ces données, de même que les deux dernières colonnes du Tableau 4.1, on note qu'il existe actuellement une disparité, à l'intérieur de trois des quatre RUIS, entre la proportion de la population du Québec desservie et la proportion des lits de néonatalogie. En effet, alors que ces deux proportions devraient, en principe, être sensiblement équivalentes, on constate que le RUIS de l'Université 4 est avantagé au plan des lits de néonatalogie alors que le RUIS de l'Université 1 et celui de l'Université 2 sont déficitaires. L'influence de cette disparité, sur la gestion des lits et des flux de patients, sera abordée sous peu.

Parallèlement, notons qu'au plan organisationnel, les centres hospitaliers de chacun des quatre RUIS québécois peuvent être classifiés selon une typologie proposée par la Société canadienne de pédiatrie (Voir : Tableau 4.2, ci-dessous). Cette typologie établit sept

niveaux croissants d'intensités de soins allant des soins néonataux de base (Niveau Ia) aux soins intensifs néonataux ultra-spécialisés (Niveau IIIc). La principale utilité de cette typologie est de permettre de classifier les centres hospitaliers en fonction du niveau maximal de soins néonataux qu'ils peuvent offrir à la population qu'ils desservent. Par conséquent, le fait d'attribuer à un centre hospitalier un niveau de soins donné n'exclut pas que ce centre puisse également détenir un certain nombre de lits lui permettant d'offrir des soins néonataux de moindre intensité.

La forme pyramidale de la Figure 4.2, ci-dessous, permet notamment de rappeler qu'une augmentation du niveau de soins correspond à une augmentation de l'acuité des clientèles prises en charge. De même, cette figure vise aussi à illustrer que le passage à un niveau supérieur de soins correspond également à une réduction du nombre des centres hospitaliers à même d'offrir ce niveau de soins (Régionalisation). Ainsi, au Québec, alors qu'un grand nombre de centres hospitaliers sont à même d'offrir des services néonataux de base (Niveau Ia), seulement 2 centres hospitaliers offrent des soins néonataux ultra-spécialisés (Niveau IIIc). Avant de poursuivre, précisons que l'existence des RUIS n'exclut pas, en principe, les relations « inter-RUIS » afin de faciliter l'accès et la prise en charge des clientèles néonatales.

Figure 4.2 : Les niveaux de soins néonataux

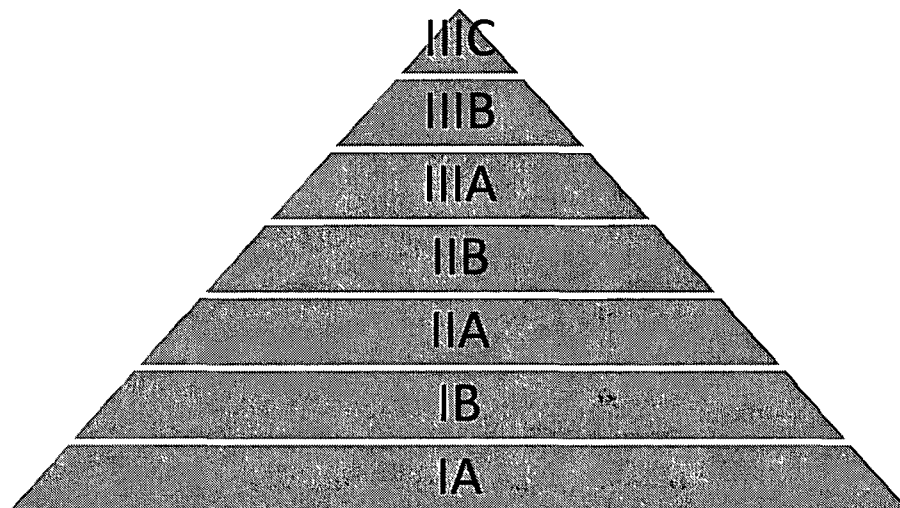


Tableau 4.2 : Les niveaux de soins néonataux

Niveau I : Soins néonataux de base (pouponnière de soins normaux).	
Niveau Ia	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation et soins postnataux des nouveau-nés en santé; • Photothérapie.
Niveau Ib	<ul style="list-style-type: none"> • Soins aux nourrissons d'un âge gestationnel corrigé de plus de 34 semaines ou de plus de 1 800g, atteints d'une maladie bénigne qui devrait se résorber rapidement ou qui sont en convalescence après des soins intensifs; • Capacité d'amorcer et de maintenir l'accès intraveineux et la médication; • Gavage; • Oxygène nasal accompagné d'une oxymétrie (par ex. : pour les nourrissons atteints d'une maladie pulmonaire chronique ayant besoin d'oxygène et d'un monitoring à long terme).
Niveau II : Soins néonataux spécialisés (pouponnière de soins spéciaux).	
Niveau IIa	<ul style="list-style-type: none"> • Soins de nourrissons d'un âge gestationnel corrigé de 32 semaines ou plus ou d'au moins 1 500g, atteints d'une maladie modérée qui devrait se résorber rapidement ou qui sont en convalescence après des soins intensifs; • Infusion intraveineuse périphérique et alimentation parentérale éventuelle de courte durée; • Réanimation et stabilisation des nourrissons malades avant leur transfert vers un établissement de soins plus spécialisés; • Oxygène nasal accompagné d'une oxymétrie (par ex. : pour les nourrissons atteints d'une maladie pulmonaire chronique ayant besoin d'oxygène et d'un monitoring à long terme).
Niveau IIb	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilation mécanique de courte durée (moins de 24 heures) ou ventilation spontanée en pression positive continue; • Infusion intraveineuse, alimentation parentérale totale et recours éventuel à des cathéters centraux ombilicaux et à des cathéters intraveineux percutanés.
Niveau III : Soins intensifs néonataux (pouponnière de soins intensifs)	
Niveau IIIa	<ul style="list-style-type: none"> • Soins des nourrissons, quel que soit leur âge gestationnel ou leur poids; • Soutien de ventilation mécanique et peut-être de monoxyde d'azote, aussi longtemps que les besoins l'exigent; • Accès immédiat à tous les médecins consultants ultra-spécialisés.
Niveau IIIb	<ul style="list-style-type: none"> • Accès complet, sur place, à des médecins consultants ultra-spécialisés; • Exécution et interprétation de tests d'imagerie de pointe, y compris la tomodensitométrie axiale, l'imagerie par résonance magnétique et l'échocardiographie d'urgence; • Exécution d'une opération importante, à l'exception d'une oxygénation extracorporelle, d'une hémodiltration, d'une hémodialyse ou de la réparation chirurgicale de graves malformations cardiaques congénitales qui exigent une circulation extracorporelle.
Niveau IIIc	<ul style="list-style-type: none"> • Oxygénation extracorporelle, hémodiltration et hémodialyse ou réparation chirurgicale de graves malformations cardiaques qui exigent une circulation extracorporelle.
Source : Données tirées d'un document de la Société canadienne de pédiatrie : Société canadienne de pédiatrie (2006). <i>Les niveaux de soins néonataux</i> . Énoncé de position (FN 2006-02).	

Parallèlement à la proposition de cette typologie, l'énoncé de position de la Société canadienne de pédiatrie précise également un ensemble de normes devant être rencontrées par chacun des centres hospitaliers offrant l'un ou l'autre des sept niveaux de soins néonataux (Voir : Tableau 4.3, ci-dessous). Ces normes touchent plus spécifiquement à l'organisation des services médicaux, infirmiers, professionnels et de soutien. Enfin, tel que décrit dans l'énoncé de position de la Société canadienne de pédiatrie :

« Dans chaque région, une équipe de transport organisée, formée en soins néonataux, en réanimation et en transport, disposant du matériel convenable, doit être disponible pour le transfert des patients. Un système ininterrompu de gestion des demandes de transport doit être clairement défini et facilement accessible par les équipes médicales de tous les services régionaux qui demandent un transfert (p. 310) ».

Ainsi, ces deux mécanismes de liaison, que sont l'équipe de transport spécialisée et le système ininterrompu de gestion des demandes, visent à permettre à la clientèle néonatale d'avoir accès, à l'intérieur d'un délai raisonnable, au niveau de soins requis par son état de santé.

Tableau 4.3 : Les normes de soins néonataux

Le personnel médical	
Niveau I	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin de famille ou pédiatre sur appel en tout temps.
Niveau II	<ul style="list-style-type: none"> • Pédiatre sur appel en tout temps. Pendant une ventilation mécanique, un pédiatre doit être disponible sur place ou s'assurer de la présence constante de personnel compétent, capable de réagir immédiatement à des complications urgentes potentielles. Un pédiatre possédant une formation ultra-spécialisée en soins intensifs néonataux doit faire partie du personnel médical des services de niveau IIb.
Niveau III	<ul style="list-style-type: none"> • Néonatalogiste formé, sur appel en tout temps. Du personnel bien formé et supervisé, certifié pour exécuter tous les rôles de réanimation et de soins intensifs, doit être présent en tout temps (par ex. : pédiatre, stagiaire en pédiatrie ou infirmière praticienne en néonatalogie).
Le personnel infirmier	
Niveau I	<ul style="list-style-type: none"> • Le service doit fournir des soins infirmiers aux mères et à leur(s) bébé(s). Chaque infirmière peut s'occuper d'un maximum de quatre mères et de leur(s) bébé(s).
Niveau II	<ul style="list-style-type: none"> • Le service doit prévoir la présence d'une infirmière qui s'occupera d'un maximum de quatre bébés, selon la nature des maladies et des situations. En présence de bébés malades, l'infirmière pourrait être appelée à s'occuper de moins de quatre bébés.
Niveau III	<ul style="list-style-type: none"> • Le service doit prévoir la présence d'une infirmière qui s'occupera d'un ou de deux patients; • Tous les services doivent désigner une infirmière responsable du perfectionnement et de la formation, y compris de la formation sur place; • En collaboration avec les médecins, les infirmières praticiennes spécialisées, peuvent fournir des soins complets aux patients.
Le personnel en inhalothérapie	
Les services d'inhalothérapie devraient être offerts dans les services prodiguant des soins néonataux de niveau IIb ou plus.	
Niveau IIb	<ul style="list-style-type: none"> • Un inhalothérapeute doit être disponible sur place lorsqu'un enfant reçoit une ventilation en pression positive continue ou un soutien par ventilation mécanique.
Niveau III	<ul style="list-style-type: none"> • Les services d'un inhalothérapeute doivent être assurés en tout temps.
La radiologie	
Des services de radiologie mobile doivent être disponibles dans les services offrant des soins néonataux de niveau II ou plus.	
Niveau IIa	<ul style="list-style-type: none"> • Un appareil de radiologie mobile doit être disponible.
Niveau IIb	<ul style="list-style-type: none"> • Un appareil de radiologie mobile doit être disponible en tout temps, sans délai; • L'échographie transfontanelle doit être disponible, accompagnée d'une consultation radiologique.
Niveau III	<ul style="list-style-type: none"> • Un appareil de radiologie mobile doit être disponible en tout temps, sans délai; • L'échographie doit être disponible tous les jours et inclure une consultation radiologique rapide; • Une tomographie axiale et, de préférence, une résonance magnétique doivent être accessibles.

Tableau 4.3 : Les normes de soins néonataux (Suite)

Les services médicaux ultra-spécialisés	
Niveau Ib ou plus	<ul style="list-style-type: none"> Les services de niveau Ib ou plus doivent avoir accès à des services de laboratoires pertinents y compris la chimie clinique, la microbiologie et l'hématologie.
Niveau IIb ou plus	<ul style="list-style-type: none"> Les services offrant des soins de niveau IIb ou plus devraient avoir accès à des services de radiologie, d'ophtalmologie et de laboratoire (c.-à-d. chimie clinique, microbiologie, hématologie / transfusion et pathologie).
Niveau III	<ul style="list-style-type: none"> Les services offrant des soins de niveau III doivent se doter de voies définies de communication et d'accès à la médecine obstétricale et périnatale, à la chirurgie néonatale et à l'anesthésie, à la cardiologie pédiatrique, aux consultations spécialisées (par ex. : pédiatrie du développement, génétique clinique, infectiologie pédiatrique, gastroentérologie, endocrinologie, neurologie et neurophysiologie, néphrologie pédiatrique et audiologie), aux autres spécialités chirurgicales (par ex. : otorhinolaryngologie, orthopédie, neurochirurgie, chirurgie plastique et urologie), à la radiologie, à l'ophtalmologie et aux services de laboratoire (par ex. : chimie clinique, microbiologie, hématologie, transfusion et pathologie).
Services de soutien	
Niveau III	<ul style="list-style-type: none"> Les services offrant des soins de niveau III doivent être dotés du personnel de soutien possédant la formation pertinente en matière de soins aux nouveau-nés et à leurs parents. Ce personnel effectue des évaluations et des traitements néonataux spécialisés et contribue à l'élaboration de plans de traitements intégrés qui optimisent l'efficacité du traitement et accroissent la sécurité du patient. Ces personnes sont des techniciens en radiologie et en échographie, des pharmaciens, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des diététistes, du personnel de contrôle des infections, du personnel administratif et de bureau, des phlébotomistes, des adjoints de recherche, des dispensateurs de services pastoraux, des travailleurs sociaux, des psychologues et des agents de santé communautaire.
<small>Source : Données tirées d'un document de la Société canadienne de pédiatrie : Société canadienne de pédiatrie (2006). <i>Les niveaux de soins néonataux</i>. Énoncé de position (FN 2006-02).</small>	

En somme, ces quelques éléments nous permettent de mieux comprendre la structure et le mode de fonctionnement théorique ou attendu du système de soins néonataux québécois. En effet, au moment de rédiger ce texte, ces niveaux et normes de soins faisaient consensus auprès des acteurs du milieu⁴⁹. Toutefois, comme nous le verrons au cours des prochaines sections, un ensemble de facteurs de contingence, découlant à la fois des acteurs et des structures en place, viennent contribuer à l'établissement d'un écart entre le fonctionnement théorique et réel du système. De plus, nos données donnent à penser que cet écart vient influencer le travail et la santé au travail des infirmières, ainsi que la qualité

⁴⁹ Depuis juillet 2005, un comité a été mis sur pied à l'Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal auquel participent les acteurs de cinq des sept centres de niveau III de la province. Leurs travaux ont notamment conduit à l'adoption des normes et des niveaux de soins proposés par la Société canadienne de pédiatrie.

des soins qu'elles perçoivent offrir à la clientèle néonatale. Dans les pages qui suivent, nous situerons notre propos au sommet de la « pyramide des niveaux de soins », soit du point de vue des unités néonatales de soins intensifs (Niveau III) (Voir : Figure 4.2). En effet, rappelons que nous avons étudié plus en profondeur, dans le cadre de notre enquête de terrain, les deux unités néonatales de niveau III affiliées à l'un des quatre RUIS québécois. Plus spécifiquement, l'unité néonatale du Site 1 offre des soins de niveau IIIc alors que celle du Site 2 offre des soins de niveau IIIa.

4.2 Les facteurs de contingence influençant le fonctionnement du réseau québécois de soins néonataux

Au cours des prochaines sous-sections, nous nous intéresserons à la thématique de la gestion des lits et des flux de patients. Plus spécifiquement, nous verrons comment le système, dans son mode actuel de fonctionnement, contribue à la création ou à l'accentuation de divers types de pénuries, dont une pénurie d'infirmières. Parallèlement, nous verrons comment ces pénuries, ainsi que les dynamiques entre les acteurs, contribuent à rendre complexe la gestion des lits et des flux de patients. Lorsque pertinent, nous mettrons en évidence les influences de la structure et du mode de fonctionnement actuel du réseau sur l'accessibilité aux services de soins néonataux, la qualité de la prise en charge de la clientèle, les coûts d'opération, ainsi que certains aspects du travail et de la santé au travail des infirmières.

4.2.1 État de déséquilibre entre l'offre et la demande pour les services néonataux de niveau III

Le premier constat qui ressort des données recueillies est qu'il existe actuellement, au Québec, un état de déséquilibre entre l'offre et la demande pour les services néonataux de niveau III. Plusieurs facteurs doivent être pris en compte dans l'explication de cet état de déséquilibre, dont les éléments ci-dessous :

« Parce que les statistiques, là, c'est constamment à la hausse... Des... de naissances... malheureusement, des naissances prématurées ou d'enfants qui viennent au monde avec des problèmes importants de santé. Donc, nos taux d'occupation ne sont pas à la baisse dans ces unités-là. Et au Québec, bien... il y a un manque de lits de néonate ».

(Gestionnaire, Site 1)

« Je pense que l'on utilise plus notre technologie pour faire survivre de très grands prématurés qui, autrefois, n'auraient pas survécu. Donc..., il y a 25 ans, les bébés de moins de 28 semaines ne survivaient presque pas. Là, maintenant..., on en a 20 simultanément. Donc, ils prennent énormément de lits pendant longtemps. Donc, chacun peut être là trois mois ou quatre mois à l'hôpital, là. Ça prend beaucoup de ressources. Donc, il y a cet aspect-là, l'aspect des... Bon, des prouesses technologiques où l'on peut..., pour des bébés avec des malformations, faire plus qu'on en faisait autrefois, c'est vrai. Donc... il y a une énorme augmentation de la demande puis on... on n'est vraiment pas capables de suffire. En fait, l'augmentation des lits a été très marginale, là... depuis 25 ou 30 ans ».

(Néonatalogiste, Site 1)

Ainsi, tel que le suggèrent les citations ci-dessus, l'augmentation du volume des naissances prématurées ou d'enfants nés malades est venue contribuer à accroître la demande pour les lits de niveau III. Parallèlement, l'accroissement des taux de survie des grands prématurés a également eu pour conséquence de venir réduire les possibilités d'offre de services, et ce en raison des longues durées de séjour requises pour traiter ou rendre à terme ces enfants. Or, au Québec, malgré ces transformations de l'offre et de la demande, trois situations ont eu pour conséquence, au cours des dernières années, de venir réduire le nombre total de lits de niveau III disponibles.

Premièrement, on note que la création du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), en 1996-1997, a notamment entraîné la fermeture de l'unité néonatale de l'Hôpital Notre-Dame, ainsi que le transfert des lits de néonatalogie vers le site Saint-Luc du CHUM. Or, alors que l'Hôpital Notre-Dame disposait de lits de niveau III, le site Saint-Luc du CHUM n'offre plus maintenant que des services néonataux de niveau IIa⁵⁰. Deuxièmement, du côté de Québec, la fermeture de l'unité néonatale de niveau III de l'Hôpital Saint-François d'Assise, ainsi que le transfert des lits vers l'unité néonatale du

⁵⁰ La fermeture des lits de l'unité néonatale de l'Hôpital Notre-Dame a toutefois été contrebalancée par l'ajout de lits de niveau II ou de niveau III à Gatineau, à Rouyn Noranda et à Sherbrooke (Source : MSSS, Fichier AS47, Centre d'activités 6200, années 1996-1998).

Pavillon CHUL du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), a également entraîné, en 2002-2003, la perte de trois lits de niveau III⁵¹. Enfin, nos données font état de la fermeture, depuis mars 2005, d'une unité néonatale de niveau III de 8 lits qui était située dans la région de l'Abitibi (Rouyn Noranda). D'après les données recueillies, cette fermeture doit être expliquée par des enjeux politiques et administratifs reliés à l'organisation des services :

« Rouyn Noranda, par exemple. Rouyn, c'était une excellente unité de niveau III qui a été fermée. Bon... C'est un problème administratif que les gens, là-bas, vous décriront parce que je ne connais pas bien mais... mais c'était une unité de niveau III qui a été fermée. Ça veut dire que continuellement, maintenant, on a... trois à cinq patients qui viennent de la région de l'Abitibi qui sont ici, qui n'ont rien à faire ici⁵². Donc, qui nous prennent, en permanence, trois à cinq lits de plus. Bon, ça, c'est un exemple, là, mais..., il y en a tout plein d'autres exemples ».

(Néonatalogiste, Site 1)

Plus spécifiquement, il semble que le faible volume de patients, les difficultés reliées à la mise en place et au maintien d'une main d'œuvre spécialisée en nombre suffisant, ou encore celles associées au recrutement et à la rétention de médecins néonatalogistes aient contribué à la fermeture de ce point de services de niveau III (Source : Le Pouls, Le Bulletin d'information du CSSS de Rouyn Noranda, vendredi le 29 avril 2005). Selon nos sources, la région n'offrirait maintenant que des soins néonataux de niveau IIa. Par conséquent, les patients requérant des soins néonataux de niveaux plus élevés doivent maintenant être transférés vers les autres unités néonatales de la province, dont les Sites 1 et 2. Ainsi, alors que la demande pour des soins néonataux de niveau III est à la hausse, les trois situations que nous venons d'exposer, tout comme l'augmentation des durées de séjour, ont à leur mesure contribué à réduire les possibilités d'offre de services. En fait, alors que le réseau québécois comptait 269 lits de néonatalogie en 1997-1998, on en

⁵¹ Source : Ibid. (Voir : Années 2002-2004).

⁵² La région de l'Abitibi est desservie, en principe, par les centres hospitaliers du RUIS de l'Université 4 (Voir : Figure 1). Comme nous le verrons sous peu, il s'agit de l'un des multiples facteurs qui viennent influencer le taux d'autonomie des quatre RUIS québécois.

dénombrer, pour l'année 2006-2007, un total de 258; soit une réduction globale de 4,0% du parc de lits disponibles⁵³.

Précisons que malgré cet état de déséquilibre entre l'offre et la demande pour les services néonataux de niveau III, l'accessibilité aux services, à l'échelle de la province, n'apparaît pas compromise. En effet, la partie supérieure de la Figure 4.3, ci-dessous, nous donne, pour la période 2005-2006, le profil de consommation de la population québécoise pour les services néonataux de niveau III (Voir : Panneau de gauche) de même que le profil de production des unités néonatales (Voir : Panneau de droite). Globalement, on constate que la population québécoise a nécessité, au cours de cette période, 3 809 hospitalisations de niveau III, peu importe le lieu d'hospitalisation. Parallèlement, au cours de cette même période, les unités néonatales québécoises ont été à même de répondre à 3 841 demandes d'hospitalisation. En effet, 32 patients supplémentaires, provenant de populations hors-Québec, ont pu recevoir des services néonataux de niveau III dans les hôpitaux québécois. Ainsi, malgré une augmentation de la demande et une réduction de l'offre, l'accessibilité globale aux services de niveau III n'a pas été réduite.

⁵³ Source : MSSS, Fichier AS47, Centre d'activités 6200, années 1996-2007. Note : Ces données incluent les lits de niveau II et de niveau III qui sont disponibles à l'intérieur des unités néonatales de soins intensifs. Une mesure plus fine, séparant les deux types de lits, n'était pas disponible au moment de collecter les données de cette étude.

Figure 4.3 : Profils de consommation et de production des RUIS québécois

Source: Document interne du Site 1 réalisé en collaboration avec la firme CIM.

En fait, les données recueillies font état de trois principaux mécanismes d'adaptation par lesquels les unités néonatales de niveau III étudiées ont pu absorber l'augmentation de la demande, et ce malgré une diminution globale des possibilités d'offre de services. Le premier de ces mécanismes est l'augmentation des taux d'occupation. Le Tableau 4.4, ci-dessous, donne les taux moyens d'occupation sur les 7 unités néonatales de niveau III de la province, et ce pour les périodes financières 1999-2000 à 2006-2007. De manière générale, on note que ce premier mécanisme d'adaptation a principalement touché les unités néonatales du Site 1 (Hôpital A – RUIS 1), de l'Hôpital E (RUIS 3) et de l'Hôpital D (RUIS 2), et ce plus particulièrement au cours des quatre dernières périodes financières. Quant aux trois unités néonatales du RUIS 4, et à celle du Site 2 (Hôpital B – RUIS 1), on observe qu'elles ont réussi à maintenir des taux d'occupation relativement stables au cours de la période 1999 – 2007, et ce bien que l'on observe également, au cours des trois dernières périodes financières, une légère hausse des taux d'occupation à l'unité néonatale de l'Hôpital G (RUIS 4) et à celle du Site 2 (Hôpital B – RUIS 2).

Tableau 4.4 : Taux d'occupation moyens sur les sept unités néonatales de niveau III de la province de Québec (1999-2007)

CENTRES HOSPITALIERS		PÉRIODES							
		1999 - 2000	2000 - 2001	2001 - 2002	2002 - 2003	2003 - 2004	2004 - 2005	2005 - 2006	2006 - 2007
HÔPITAL E (RUIS 3)	Jours-présence	17 776	17 251	17 456	17 112	17 756	17 982	17 518	18 148
	Nb. lits dressés	54	54	54	54	51	51	51	51
	% Occupation ⁵⁴	90,19%	87,52%	88,56%	86,81%	95,38%	96,60%	94,10%	97,49%
HÔPITAL D (RUIS 2)	Jours-présence	5 330	6 363	6 342	6 383	6 644	6 407	7 198	6 929
	Nb. lits dressés	20	20	20	20	20	20	20	20
	% Occupation	73,01%	87,16%	86,87%	87,43%	91,01%	87,76%	98,60%	94,92%
HÔPITAL H ET I ⁵⁵ (RUIS 4)	Jours-présence	14 074	13 811	12 889	13 627	15 327	14 070	13 723	14 214
	Nb. lits dressés	55	55	55	55	55	55	55	55
	% Occupation	71,40%	68,79%	64,20%	67,88%	76,34%	70,08%	68,35%	70,80%
HÔPITAL G (RUIS 4)	Jours-présence	9 816	9 030	8 839	8 580	10 277	9 651	9 883	10 180
	Nb. lits dressés	34	34	34	34	34	34	34	34
	% Occupation	79,10%	72,76%	71,20%	69,14%	82,81%	77,77%	79,64%	82,03%
HÔPITAL A (RUIS 1) - (SITE 1)	Jours-présence	18 407	17 738	15 693	17 298	19 313	19 393	18 997	21 125
	Nb. lits dressés	57	57	57	57	57	57	57	57
	% Occupation	88,47%	85,25%	75,42%	83,14%	92,82%	93,21%	91,30%	101,53%
HÔPITAL B (RUIS 1) - (SITE 2)	Jours-présence	5 817	4 867	5 745	5 027	6 014	5 022	5 650	5 869
	Nb. lits dressés	20	20	20	20	20	20	20	20
	% Occupation	79,68%	66,67%	78,69%	68,86%	82,38%	68,79%	77,39%	80,40%

Source : MSSS, Fichier M30P650 au centre d'activités 6200 pour les années financières 1994-2007.

⁵⁴ Les taux d'occupation moyens sont calculés selon l'équation suivante : Taux d'occupation moyen = [nombre de jours-présence / (nombre de lits dressés X 365)] X 100. Cette moyenne tient également compte des variations du nombre de lits dressés selon les périodes financières.

⁵⁵ À l'intérieur de la source consultée, les données des hôpitaux H et I étaient combinées.

Quant au second mécanisme d'adaptation, il s'agit de la transformation du profil des clientèles qui sont prises en charge par les unités néonatales de niveau III. Sur ce point, les citations ci-dessous nous donnent la perspective des acteurs du Site 1 et du Site 2, alors que les données présentées dans le Tableau 4.5 permettent d'apprécier les transformations du profil des clientèles dans l'ensemble des unités néonatales de la province, et ce au cours des périodes financières 1999 – 2000 à 2005 – 2006.

« On a fait, l'infirmière-chef et moi, une analyse de tous nos bébés, les moins de 500g, les 500 – 1 000g, les 1 000 à 1 500g, etc. Puis on a remonté à il y a trois ans. En terme de jours-présence, combien on en avait, tu sais, pour essayer d'avoir un portrait de la clientèle. Et, on s'aperçoit que depuis deux ans, donc... que le visage de la néonate est après changer, puis que les médecins ont tendance à aller chercher des bébés de niveau... d'une plus grande complexité. Donc, ceux qui sont de notre clientèle restent ici mais, ceux qui viennent d'ailleurs, on a tendance, je pense, à les retourner plus rapidement puis à accepter... à essayer d'en accepter plus. Puis, d'autre part, on sait que le taux d'occupation du Site 1 est élevé. Alors, nous autres, on a un intérêt à reprendre des bébés... Tu sais, quand le Site 1 est rendu à 110-120% d'occupation, bien nous autres, là, on est intéressé par ça, à reprendre l'excédant. Bon, bien là, c'est sûr que si on prenait ces bébés-là, bien il faut avoir du personnel... ».

(Gestionnaire, Site 2)

« Puis on a toujours de la clientèle qui est plus malade qu'avant. Parce qu'on transfère les bébés beaucoup plus rapidement dans les autres centres. Donc, ceux qui restent ici, à l'unité néonatale, sont plus malades ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Quant au Tableau 4.5, ci-dessous, il nous donne le nombre total d'hospitalisations, par niveaux de soins, sur chacune des sept unités néonatales de soins intensifs de la province, et ce pour les années financières 1999-2000 à 2005-2006⁵⁶. Essentiellement, ces données nous permettent de tracer l'évolution du profil des clientèles, au cours de cette période de temps, sur chacune de ces unités néonatales. De manière générale, on constate que la proportion d'hospitalisations de niveau I a diminué, alors que la proportion d'hospitalisations de niveau III a augmenté à l'unité néonatale de l'Hôpital A (Site 1), à celle de l'Hôpital D (RUIS 2) et, dans une moindre mesure, à l'unité néonatale des Hôpitaux H et I (RUIS 4). Ces mêmes proportions sont cependant demeurées relativement stables à l'unité néonatale de l'Hôpital E (RUIS 3), à celle de l'Hôpital G (RUIS 4) ainsi qu'à l'unité néonatale du Site 2 (Hôpital B – RUIS 1). Enfin, pour ce qui est des unités néonatales de l'Hôpital E (RUIS 3) et de l'Hôpital B (RUIS 1), on note également une légère augmentation de la proportion des hospitalisations de niveau II, et ce principalement au cours des deux dernières périodes financières.

Enfin, pour ce qui est du troisième mécanisme d'adaptation, il s'agit de la réduction des durées moyennes de séjour. Sur ce point, le Tableau 4.6, ci-dessous, nous donne les durées moyennes de séjour, par niveaux de soins, sur chacune des sept unités néonatales de soins intensifs de la province, et ce pour les périodes financières 1999-2000 à 2005-2006. De manière générale, on constate que les durées moyennes de séjour tendent à diminuer dans la majorité des unités néonatales de la province. Toutefois, précisons que l'on note une augmentation des durées moyennes de séjour de la clientèle de niveau III à l'unité néonatale de l'Hôpital D (RUIS 2) et à celles du Site 1 (Hôpital A – RUIS 1). De plus, on constate que les durées moyennes de séjour des clientèles de niveau II et III tendent également à s'accroître à l'unité néonatale du Site 2 (Hôpital B – RUIS 1)⁵⁷.

⁵⁶ En raison des différentes transformations survenues au sein du RUIS 3, les données antérieures à la période 2004-2005 y sont difficilement comparables.

⁵⁷ Notons qu'il est possible que ces augmentations des durées de séjour soient le reflet de la transformation du profil des clientèles. En effet, il est possible que l'augmentation de l'acuité des clientèles corresponde, dans certains cas, à une augmentation des durées moyennes de séjour.

Tableau 4.5 : Hospitalisations par niveaux de soins sur les sept unités néonatales de niveau III de la province de Québec (1999-2006)

CENTRES HOSPITALIERS		PÉRIODES						
		1999 - 2000	2000 - 2001	2001 - 2002	2002 - 2003	2003 - 2004	2004 - 2005	2005 - 2006
HÔPITAL E (RUIS 3)	Général (I)	Données non comparables en raison des transformations Survenues au sein du RUIS 3					3 285 (74,71%)	3 376 (73,04%)
	Spécialisé (II)						609 (13,85%)	741 (16,03%)
	Ultra-spécialisé (III)						503 (11,44%)	505 (10,93%)
	Indéterminé						-	-
	Total	4 397 (100,00%)	4 622 (100,00%)					
HÔPITAL D (RUIS 2)	Général (I)	2 385 (85,85%)	2 298 (83,26%)	2 361 (83,96%)	2 202 (82,07%)	2 382 (83,87%)	2 333 (83,02%)	2 335 (78,75%)
	Spécialisé (II)	244 (8,78%)	315 (11,41%)	310 (11,02%)	323 (12,03%)	289 (10,17%)	311 (11,07%)	409 (13,79%)
	Ultra-spécialisé (III)	136 (4,90%)	134 (4,86%)	134 (4,77%)	149 (5,55%)	155 (5,46%)	163 (5,80%)	208 (7,02%)
	Indéterminé	13 (0,47%)	13 (0,47%)	7 (0,24%)	9 (0,34%)	14 (0,49%)	3 (0,11%)	13 (0,44%)
	Total	2 778 (100,00%)	2 760 (100,00%)	2 812 (100,00%)	2 683 (100,00%)	2 840 (100,00%)	2 810 (100,00%)	2 965 (100,00%)
HÔPITAL H ET I ⁵⁸ (RUIS 4)	Général (I)	3 411 (80,83%)	3 408 (82,57%)	3 446 (81,89%)	3 352 (79,54%)	3 543 (79,38%)	3 493 (79,49%)	3 489 (78,65%)
	Spécialisé (II)	391 (9,27%)	337 (8,17%)	359 (8,53%)	402 (9,54%)	374 (8,38%)	401 (9,12%)	428 (9,64%)
	Ultra-spécialisé (III)	417 (9,88%)	382 (9,25%)	403 (9,57%)	460 (10,92%)	546 (12,23%)	497 (11,31%)	516 (11,63%)
	Indéterminé	1 (0,02%)	-	-	-	-	3 (0,06%)	3 (0,07%)
	Total	4 220 (100,00%)	4 127 (100,00%)	4 208 (100,00%)	4 214 (100,00%)	4 463 (100,00%)	4 394 (100,00%)	4 436 (100,00%)
HÔPITAL G (RUIS 4)	Général (I)	3 014 (86,83%)	3 093 (86,76%)	2 914 (85,48%)	2 998 (87,25%)	3 354 (85,45%)	3 401 (86,65%)	3 578 (86,66%)
	Spécialisé (II)	239 (6,89%)	264 (7,41%)	283 (8,30%)	216 (6,28%)	301 (7,66%)	275 (7,00%)	283 (6,85%)
	Ultra-spécialisé (III)	218 (6,28%)	207 (5,80%)	212 (6,21%)	221 (6,43%)	270 (6,88%)	249 (6,34%)	268 (6,49%)
	Indéterminé	-	1 (0,02%)	-	1 (0,03%)	-	-	-
	Total	3 471 (100,00%)	3 565 (100,00%)	3 409 (100,00%)	3 436 (100,00%)	3 925 (100,00%)	3 925 (100,00%)	4 129 (100,00%)
HÔPITAL A (RUIS 1) – (SITE 1)	Général (I)	3 235 (69,75%)	3 180 (68,56%)	3 268 (70,20%)	2 860 (66,97%)	2 585 (64,77%)	2 186 (61,50%)	2 451 (62,22%)
	Spécialisé (II)	765 (16,49%)	812 (17,51%)	731 (15,70%)	716 (16,76%)	679 (17,01%)	646 (18,17%)	676 (17,16%)
	Ultra-spécialisé (III)	631 (13,61%)	645 (13,91%)	650 (13,96%)	689 (16,14%)	726 (18,19%)	722 (20,32%)	812 (20,61%)
	Indéterminé	7 (0,15%)	1 (0,02%)	6 (0,12%)	5 (0,12%)	1 (0,03%)	-	-
	Total	4 638 (100,00%)	4 638 (100,00%)	4 655 (100,00%)	4 270 (100,00%)	3 991 (100,00%)	3 554 (100,00%)	3 939 (100,00%)
HÔPITAL B (RUIS 1) – (SITE 2)	Général (I)	1 876 (81,92%)	1 964 (84,76%)	2 068 (84,13%)	2 220 (86,82%)	2 256 (86,67%)	2 251 (86,91%)	2 399 (84,62%)
	Spécialisé (II)	286 (12,49%)	254 (10,96%)	264 (10,74%)	225 (8,80%)	229 (8,80%)	227 (8,76%)	309 (10,90%)
	Ultra-spécialisé (III)	118 (5,15%)	94 (4,05%)	117 (4,76%)	107 (4,18%)	115 (4,42%)	111 (4,29%)	114 (4,02%)
	Indéterminé	10 (0,43%)	5 (0,22%)	9 (0,36%)	5 (0,20%)	3 (0,12%)	1 (0,03%)	13 (0,45%)
	Total	2 290 (100,00%)	2 317 (100,00%)	2 458 (100,00%)	2 557 (100,00%)	2 603 (100,00%)	2 590 (100,00%)	2 835 (100,00%)

Source : CMD 15, APR-DRG, MSSS pour les années financières 1999-2000 à 2005-2006.

⁵⁸ Dans la source consultée, les données des hôpitaux H et I étaient combinées.

Tableau 4.6 : Durées moyennes de séjour, par niveaux de soins, sur les sept unités néonatales de niveau III de la province de Québec (1999-2006)

CENTRES HOSPITALIERS		PÉRIODES						
		1999 - 2000	2000 - 2001	2001 - 2002	2002 - 2003	2003 - 2004	2004 - 2005	2005 - 2006
HÔPITAL E (RUIS 3)	Général (I)	Données non comparables en raison des transformations survenues au sein du RUIS 3.					2,516	2,335
	Spécialisé (II)						8,222	8,302
	Ultra-spécialisé (III)						28,177	27,673
	Indéterminé						-	-
	Total						6,242	6,059
HÔPITAL D (RUIS 2)	Général (I)	2,509	2,541	2,701	2,685	2,648	2,588	2,598
	Spécialisé (II)	9,389	8,146	8,326	9,031	9,917	8,547	8,376
	Ultra-spécialisé (III)	20,838	27,253	26,067	23,282	24,522	21,203	26,269
	Indéterminé	4,692	3,000	-	-	-	-	-
	Total	4,021	4,383	4,434	4,593	4,582	4,321	5,055
HÔPITAL H ET I ⁵⁹ (RUIS 4)	Général (I)	2,430	2,539	2,634	2,537	2,483	2,479	2,412
	Spécialisé (II)	9,667	8,910	8,701	8,514	9,262	8,765	7,287
	Ultra-spécialisé (III)	28,724	26,450	22,012	23,163	24,091	21,505	21,808
	Indéterminé	46,000	-	-	-	-	2,000	2,333
	Total	5,709	5,272	5,007	5,359	5,695	5,204	5,138
HÔPITAL G (RUIS 4)	Général (I)	2,614	2,549	2,578	2,612	2,533	2,545	2,429
	Spécialisé (II)	10,025	10,231	9,816	10,703	9,009	10,287	9,116
	Ultra-spécialisé (III)	29,761	28,594	28,273	26,108	28,277	25,265	24,141
	Indéterminé	-	102,000	-	2,000	-	-	-
	Total	4,829	4,658	4,777	4,632	4,800	4,529	4,297
HÔPITAL A (RUIS 1) – (SITE 1)	Général (I)	3,143	3,112	3,102	3,022	2,943	2,931	2,862
	Spécialisé (II)	7,380	7,733	6,943	7,058	7,085	7,222	5,446
	Ultra-spécialisé (III)	25,400	25,711	22,852	23,253	25,219	27,001	26,150
	Indéterminé	11,143	1,000	6,000	1,400	25,000	-	-
	Total	6,882	7,063	6,464	6,962	7,705	8,601	8,106
HÔPITAL B (RUIS 1) – (SITE 2)	Général (I)	2,511	2,577	2,614	2,579	2,577	2,709	2,542
	Spécialisé (II)	6,989	7,366	8,128	8,893	8,799	7,784	8,148
	Ultra-spécialisé (III)	23,830	29,968	25,111	24,607	30,834	27,036	26,403
	Indéterminé	9,400	2,000	5,000	3,000	18,333	6,000	5,384
	Total	4,199	4,212	4,277	4,057	4,391	4,198	4,126

Source : CMD 15, APR-DRG, MSSS pour les années financières 1999-2000 à 2005-2006.

⁵⁹ Dans la source consultée, les données des hôpitaux H et I étaient combinées.

Ainsi, en augmentant leurs taux d'occupation, en réduisant leurs durées moyennes de séjour, ou en modifiant le profil de leurs clientèles, afin d'accueillir une plus grande proportion d'enfants requérant des services néonataux plus complexes, les unités néonatales de niveau III ont pu absorber l'augmentation de la demande, et ce malgré une diminution des possibilités d'offres de services. Cependant, au plan des ressources humaines et financières, ces trois mécanismes semblent avoir eu des conséquences analogues, comme le suggèrent les citations ci-dessous. En effet :

« Sauf que quand tu analyses le tout et que tu dépasses ça à 120 – 140% d'occupation, c'est sûr qu'on n'a pas le personnel. Puis la solution qui est gagnante, actuellement, c'est... c'est du temps supplémentaire. Mais ça, ce n'est pas supposé... Écoute, je comprends que tu peux en demander, de temps en temps, mais de là à dire que tous les jours, ton équipe est obligée de... pas obligée mais presque obligée... »⁶⁰.

(Gestionnaire, Site 1)

C'est sûr que notre taux d'occupation a changé, les cas sont plus lourds. On n'est pas une grosse unité. Donc, on n'a pas beaucoup de marge de manœuvre. Ça aussi, c'est... c'est un peu plus compliqué. Et puis c'est sûr qu'on a du temps supplémentaire obligé, qu'on n'avait pas avant. Puis, elles ne sont quand même pas jeunes les infirmières. Je dirais que ça fait peut-être trois ans qu'on en fait des temps supplémentaires obligés, mais c'est sûr que ça va en s'accroissant ».

(Gestionnaire, Site 2)

« Puis, d'autre part, on va avoir cette année un déficit important en néonatal, là. Très important... Très, très, très important. Beaucoup en lien... pas avec le nombre de bébés mais avec... quand je disais qu'il y a un nouveau visage de la néonatal, avec la complexité des cas... ça nous a amenés à être obligés de mettre... à avoir plus de personnel. Donc, là, on a un déficit très, très important. Ça fait qu'on n'est pas... on est loin de la coupe aux lèvres, là ».

(Gestionnaire, Site 2)

⁶⁰ Un changement de configuration architecturale est aussi venu augmenter les besoins en infirmières au Site 1. Nous reviendrons sur les relations entre l'architecture et la pénurie plus loin dans ce chapitre.

En effet, rappelons que selon les normes de la Société canadienne de pédiatrie (Voir : Tableau 4.2), et des normes implicites de fonctionnement des unités néonatales, l'augmentation de l'intensité de soins est associée à une réduction des ratios infirmière-patients ; d'où les besoins supplémentaires en personnel notés aux Site 1 et 2. Or, comme le suggèrent les citations ci-dessus, les unités néonatales de niveau III ne semblent pas disposer de la marge de manœuvre nécessaire, au plan des ressources humaines, afin de faire face aux augmentations de plus en plus fréquentes des taux d'occupation et de l'intensité de soins pouvant découler de la transformation du profil des clientèles ou de la diminution des durées moyennes de séjour. Comme le suggèrent les données du Tableau 4.7, dans l'ensemble des centres, et plus particulièrement à l'unité néonatale du Site 1 (Hôpital A – RUIS 1) et à celle du Site 2 (Hôpital B – RUIS 1), le recours aux heures supplémentaires semble devenir une norme institutionnelle.

Tableau 4.7: Proportion des heures totales travaillées en heures supplémentaires aux centres d'activités 6200, 6362, 6364 et 6365⁶¹ pour les périodes 1999-2000 à 2006-2007

CENTRES HOSPITALIERS		PÉRIODES							
		1999 - 2000	2000 - 2001	2001 - 2002	2002 - 2003	2003 - 2004	2004 - 2005	2005 - 2006	2006 - 2007
HÔPITAL E (RUIS 3)	Total heures travaillées	149 837	137 229	142 494	131 380	137 272	404 926	398 472	410 714
	Total heures supplémentaires	2 257	2 651	3 236	3 303	3 698	18 661	13 173	15 998
	% HTTHS ⁶²	1,50%	1,93%	2,27%	2,51%	2,81%	4,60%	3,31%	3,90%
HÔPITAL D (RUIS 2)	Total heures travaillées	138 363	139 750	142 911	143 545	145 074	143 190	145 750	146 609
	Total heures supplémentaires	1 865	3 098	2 996	2 597	3 026	2 239	2 382	2 079
	% HTTHS	1,34%	2,21%	2,09%	1,81%	2,08%	1,56%	1,63%	1,41%
HÔPITAL H ET I ⁶³ (RUIS 4)	Total heures travaillées	18 227	19 751	106 597	106 303	112 155	111 082	116 176	120 254
	Total heures supplémentaires	313	317	3 694	2 354	2 719	2 322	3 591	3 751
	% HTTHS	1,72%	1,60%	3,47%	2,21%	2,42%	2,09%	3,09%	3,12%
HÔPITAL G (RUIS 4)	Total heures travaillées	90 168	91 058	89 948	90 524	94 094	93 666	96 017	99 016
	Total heures supplémentaires	1 487	1 773	2 035	2 125	2 905	3 638	3 198	3 725
	% HTTHS	1,65%	1,95%	2,26%	2,35%	3,09%	3,88%	3,33%	3,76%
HÔPITAL A (RUIS 1) - (SITE 1)	Total heures travaillées	187 519	189 633	192 610	187 593	190 620	179 021	178 576	191 130
	Total heures supplémentaires	3 178	4 357	7 535	4 460	5 672	5 209	8 374	10 321
	% HTTHS	1,69%	2,30%	3,91%	2,37%	2,98%	2,91%	4,69%	5,40%
HÔPITAL B (RUIS 1) - (SITE 2)	Total heures travaillées	104 731	107 114	61 190	64 609	64 271	66 859	68 250	66 756
	Total heures supplémentaires	2 231	2 529	3 975	4 247	4 180	3 939	3 879	4 197
	% HTTHS	2,13%	2,36%	6,50%	6,57%	6,50%	5,89%	5,68%	6,29%

Source : MSSS, Fichier M30P650 aux centres d'activités 6200, 6362, 6364 et 6365 pour les années 1994-2007.

⁶¹ Le centre d'activités 6200 regroupe les activités de soins de niveau tertiaires offertes aux nouveau-nés dans les unités spécialisées de néonatalogie. Le centre d'activités 6362 inclut les activités de soins de niveaux primaires et intermédiaires requises par les nouveau-nés gardés en pouponnière. Le centre d'activités 6364 regroupe les soins offerts aux usagers hospitalisés avant, pendant et après l'accouchement ou l'avortement thérapeutique, les soins offerts aux usagers lors de grossesses à risque, les soins primaires et intermédiaires offerts aux nouveau-nés (à l'exclusion de la néonatalogie), de même que les soins offerts aux usagers externes pour d'autres interventions obstétricales. Le centre d'activités 6365 regroupe les soins infirmiers requis par des usagers hospitalisés dans une unité post-partum de même que les soins offerts lors de grossesses à risque. Il inclut également les activités de soins primaires et secondaires requises par les nouveau-nés gardés en pouponnière. Il est à noter que l'inclusion des centres d'activités 6364 et 6365, qui contiennent des activités de soins réalisées en dehors de l'unité néonatale, peuvent avoir pour effet de surestimer les données présentées au Tableau 4.7.

⁶² % HTTHS signifie la proportion des heures totales travaillées qui l'ont été en heures supplémentaires.

⁶³ Dans la source consultée, les données des hôpitaux H et I étaient combinées.

Or, comme le suggèrent les citations ci-dessous, l'institutionnalisation des heures supplémentaires, en tant que réponse organisationnelle à la pénurie d'infirmières qui découle de l'augmentation des taux d'occupation, de la modification du profil des clientèles et de la réduction des durées de séjour vient, en plus de contribuer à l'augmentation des coûts de gestion des ressources humaines, influencer la santé au travail des infirmières.

« Bon, on voit du quantitatif puis du qualitatif. Le quantitatif, c'est qu'il manque de personnel de façon chronique depuis 10 ou 15 ans. Et le qualitatif, c'est qu'à force de manquer de personnel, les gens sont absolument épuisés, déprimés et... et abandonnent en fait. Donc, on est en train d'assister à une vague de retraites que je trouve extrêmement prématurées, là. C'est des gens qui sont âgés de moins de 60 ans, qui auraient désiré travailler plus longtemps, mais qui arrêtent parce qu'ils n'en peuvent plus de leurs conditions de travail. Donc... et là, on tombe sur les conditions de travail, là. Les conditions de travail, c'est des conditions stressantes, puis c'est des conditions de temps supplémentaire perpétuel... C'est... elles font du temps supplémentaire... C'est la règle de travail le temps supplémentaire. Donc c'est un travail... Vraiment, les infirmières me semblent, de l'extérieur, toutes aimer leur travail. Sinon, elles ne seraient pas là. Mais c'est... elles le font dans des conditions du Tiers-Monde. Puis quand on n'est même pas capable de retenir nos infirmières les plus expérimentées, qui partent à 55, 56, 57 ans, alors qu'elles auraient dû penser à rester jusqu'à... De nos jours, la retraite à 65 ans, ce n'est pas... tu te dis, si on vit... L'espérance de vie des femmes, là, c'est 82, 83 ans, si ce n'est pas plus que ça, là. Partir à la retraite à 55 ou 57 ans, ça commence à faire longtemps à la retraite, là. Donc, on pourrait penser que l'âge de travail devrait s'éloigner, devrait aller au-delà de 65 ans. Aller à 67, 68 ans. Mais on est dans des tendances complètement inverses, là, ici. On perd les plus matures, celles qui connaissent le mieux la néonatalité... ».

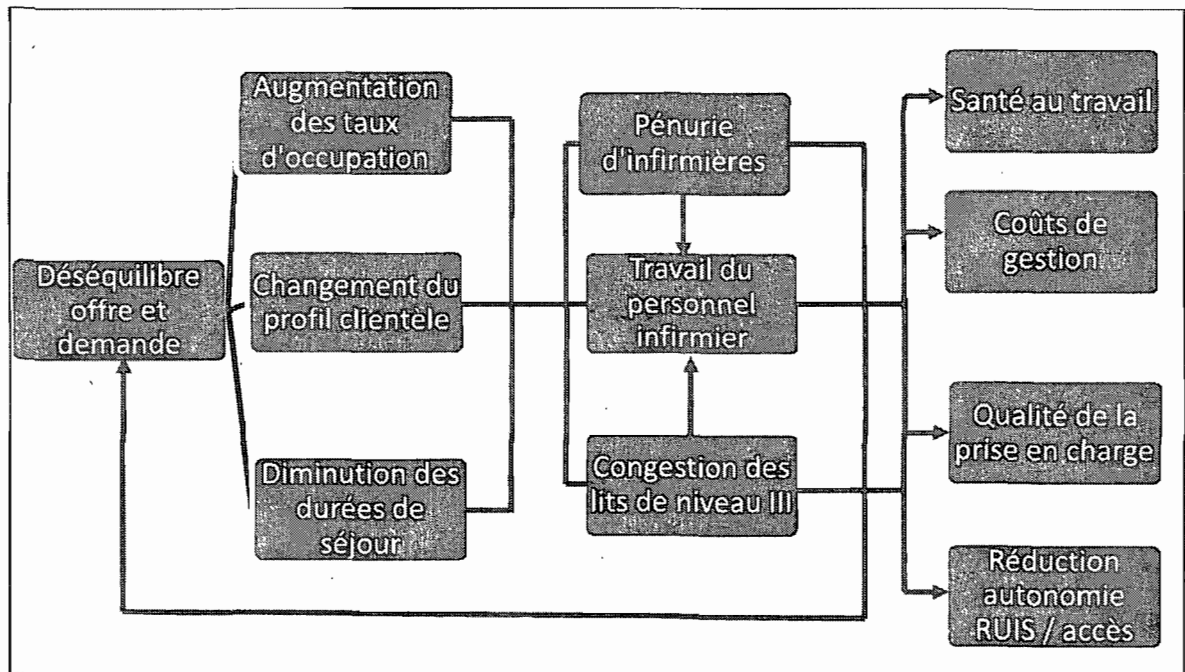
(Néonatalogiste, Site 1)

« Ça ne va pas super bien à l'unité néonatale. Il y a beaucoup d'assurance-salaire. Tu sais, puis je la regarde mon assurance salaire... Je sais qu'il y a des infirmières qui ont des problèmes à la maison, là. Mais quand ça ne va pas bien à l'hôpital, puis que ça ne va pas bien à la maison, bien c'est sûr que ça saute à un moment donné. Puis, je veux dire, c'est beaucoup... mon assurance-salaire, c'est beaucoup pour de la santé mentale... ».

(Gestionnaire, Site 2)

Nous reviendrons, plus loin dans ce chapitre, sur les relations entre l'organisation des services néonataux et la santé au travail des infirmières. Pour le moment, il importe de constater que le système, dans son état actuel de déséquilibre entre l'offre et la demande, permet toujours une accessibilité aux services néonataux de niveau III. Toutefois, cet état de déséquilibre, de même que les mécanismes d'adaptation déployés afin d'assurer l'accessibilité aux services, comportent au moins quatre principales chaînes interreliées d'effets collatéraux. Premièrement, ils ont favorisé la création ou l'aggravation d'une pénurie d'infirmières. Parallèlement, ils ont rendu nécessaire le recours aux heures supplémentaires afin de répondre à la diminution de l'offre (c.-à-d., la pénurie d'infirmières, le manque de lits, la congestion des lits) et à l'augmentation de la demande (c.-à-d. à la hausse des taux d'occupation, au changement de profil de la clientèle ou à la diminution des durées de séjour). Or, inévitablement, tout recours accru aux heures supplémentaires est associé à une hausse correspondante des coûts de gestion des ressources humaines (infirmières). Deuxièmement, l'état de déséquilibre entre l'offre et la demande, de même que les mécanismes d'adaptation déployés afin de favoriser l'accessibilité aux services, ont également contribué au phénomène de congestion des lits au sein des unités néonatales de niveau III. Or cet état de congestion, en plus d'accroître le phénomène de pénurie d'infirmières, vient réduire la capacité d'accueil (l'offre) au sein de ces unités ; créant ainsi une sorte de cercle vicieux.

Figure 4.4 : Chaîne des effets collatéraux



Troisièmement, la pénurie d'infirmières et le phénomène de congestion des lits au sein des unités néonatales de niveau III sont également venus influencer, individuellement ou par leur combinaison, une troisième variable. Il s'agit des taux d'autonomie des quatre RUIS⁶⁴ québécois par rapport à la clientèle néonatale. En effet, comme le souligne le Tableau 4.8, les taux d'autonomie des quatre RUIS varient de 65 à 98%. Plus spécifiquement, on constate que 22% de la population du RUIS de l'Université 1 a dû être prise en charge, au cours de l'année 2005-2006, par les unités néonatales de l'un ou l'autre des trois autres RUIS québécois. Parallèlement, 27% de la clientèle du RUIS de l'Université 4 ainsi que 35% de la clientèle du RUIS de l'Université 2 ont dû être assumées par les unités néonatales des autres RUIS. En fait, seul le RUIS de l'Université 3 fait bande à part à ce chapitre avec un taux d'autonomie de 98%. Ainsi, en comparant les données de la Figure 4.4 et celles du Tableau 4.8, on comprend que l'accessibilité aux services néonataux de niveau III, bien que « garantie » à l'échelle de la province, semble parfois compromise, lorsqu'elle est mesurée à l'échelle des RUIS.

⁶⁴ Le taux d'autonomie des RUIS fait référence à la capacité, pour l'ensemble des établissements d'un RUIS donné, à répondre aux besoins de consommation de la population qui habite le territoire de ce RUIS.

Tableau 4.8 : Taux d'autonomie des 4 RUIS du Québec (CMD 15, Niveau III, 2005-2006)

RUIS	TAUX D'AUTONOMIE
Université 3	98%
Université 1	78%
Université 4	73%
Université 2	65%

Source : Données internes Site 1 tirées du MSSS, Fichier XAPR, 2005-2006 (En collaboration avec la firme CIM).

Enfin, bien que nous n'en ayons que sommairement traité jusqu'à présent, il importe également de mentionner que les phénomènes de pénurie et de congestion des lits, qui découlent en partie du changement de profil des clientèles, de l'augmentation des taux d'occupation ou de la diminution des durées moyennes de séjour, ont également des impacts sur le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que sur la qualité de la prise en charge offerte à la clientèle. Nous reviendrons toutefois plus en détail sur cette question, ainsi que sur les différentes stratégies d'adaptation mises en place par les infirmières, plus loin au cours du présent chapitre. La figure 4.4, ci-dessus, permet de représenter graphiquement ces quatre chaînes d'effets collatéraux interreliées. Dans le reste de ce chapitre, nous y référerons en parlant de la « chaîne des effets collatéraux ».

En somme, nous avons vu, au cours de la présente section, que les unités néonatales de niveau III ont réagi au phénomène de déséquilibre entre l'offre et la demande pour ces services en augmentant leurs taux d'occupation, en modifiant le profil de leurs clientèles ou en réduisant leurs durées de séjour. Parallèlement, nous avons vu que ces trois mécanismes d'adaptation ont conduit à l'établissement d'une chaîne d'effets collatéraux influençant le travail et la santé au travail des infirmières, la qualité et l'accessibilité des services offerts à la clientèle ainsi que les coûts de gestion (Voir : Figure 4.4). Or, les données introduites jusqu'à présent ne nous ont permis qu'une description très grossière de chacun de ces effets collatéraux. Dans le reste du présent chapitre, nous nous intéresserons à cinq autres thématiques reliées au déséquilibre entre l'offre et la demande pour les services néonataux de niveau III: a) Les pénuries et les fluctuations de l'offre de services; b) le processus d'admission de patients; c) le processus de congé; d) le syndicalisme infirmier et les pénuries de personnel et; e) les modèles d'organisation des services infirmiers. L'examen de ces cinq thématiques nous permettra de préciser la description de cette chaîne des effets collatéraux ainsi que d'introduire, au moment opportun, différentes variables qui permettront de nuancer ou de préciser les relations présentées à la Figure 4.4.

4.2.2 Pénuries et fluctuations de l'offre de services

Au cours de la section précédente, nous avons vu que le phénomène de déséquilibre entre l'offre et la demande pour les services néonataux de niveau III avait notamment pour conséquence de favoriser la création d'une pénurie d'infirmières. Dans la présente section, nous nous intéresserons à la dynamique inverse en regardant l'influence, sur l'offre de services, de divers types de pénuries observées tant au sein des centres de niveau I ou II que dans les centres de niveau III.

Plus spécifiquement, nos données indiquent que la période de vacances estivales du *personnel médical et infirmier* est associée à une baisse de l'offre de services dans les centres offrant des services néonataux de niveau I ou II. Parmi les variables importantes, responsables de cette baisse de l'offre, il semble que la petite taille de ces unités joue un rôle déterminant. En effet, lorsque l'unique pédiatre ou les quelques infirmières dont est doté un centre de niveau I ou II quittent en vacances, ce centre perd, de ce fait, sa capacité à offrir le niveau de soins qu'il est réputé être en mesure d'offrir.

Outre ces fluctuations saisonnières de l'offre, d'autres facteurs viennent également influencer la capacité des centres de niveau I ou II à recevoir la clientèle qu'ils sont réputés être en mesure d'accueillir. Parmi ceux-ci, nos données d'entrevue font notamment état de :

- Pénurie quantitative de personnel infirmier (par ex. : En raison de maladies à court ou à long terme) ;
- Pénurie quantitative de médecins (par ex. : En raison de maladies ou du fait qu'un médecin œuvre dans plus d'un centre hospitalier à la fois, etc.) ;
- Pénurie qualitative de personnel infirmier (par ex. : Manque d'expertise ou de formation afin de prodiguer un type particulier de soins) ;
- Pénurie qualitative de médecins (par ex. : Absence de médecins spécialistes dans certains centres) ;
- Pénurie de ressources matérielles (par ex. : Manque de moniteur d'apnée) ou pénurie d'espace physique (par ex. : Impossibilité pour une pouponnière d'accepter un patient additionnel, fermeture d'une pouponnière de niveau I en raison de l'adhésion d'un centre hospitalier à une norme institutionnelle comme « Hôpital ami des bébés⁶⁵ », etc.).

⁶⁵ Nous reviendrons, plus loin dans ce chapitre, sur cette norme institutionnelle.

Ajoutons que ces facteurs, combinés à la dispersion territoriale et à la petite taille relative de l'ensemble des centres de niveau I ou II, font en sorte qu'aucun d'entre eux ne dispose de la marge de manœuvre nécessaire qui lui permettrait d'absorber les baisses d'activités de ses partenaires de même niveau de soins⁶⁶. Conséquemment, faute de pouvoir contrôler les fluctuations de l'offre et de la demande au niveau des centres de niveau I ou II, les patients qui auraient pu recevoir des services néonataux à l'intérieur de ce palier de soins se doivent d'être pris en charge par les unités néonatales de plus grande taille qui offrent des niveaux supérieurs de soins. Autrement dit, puisque les flux horizontaux de patients à l'intérieur du palier des soins néonataux de niveau I ou II sont impossibles, le seul mécanisme permettant d'équilibrer l'offre et la demande consiste en des flux verticaux de patients vers les paliers supérieurs de soins (Niveau III). Ainsi, pour les unités néonatales de niveau III :

« Pour nous, on est loin d'être en baisse d'activités parce que justement, les centres de niveau I et de niveau II, pour toutes sortes de raisons, nous envoient les enfants plus facilement, nous demandent plus facilement de transférer... ».

(Gestionnaire, Site 1)

Nous qualifierons de système de déversoirs ce mécanisme par lequel les unités offrant des services néonataux de niveau I ou II évacuent, en période de déséquilibre entre l'offre et la demande pour ces services, leurs surplus de patients vers les unités néonatales de niveau III (Flux verticaux de patients). L'une des résultantes de l'existence de tels systèmes de déversoirs est la congestion des lits de soins intermédiaires (Niveau II) au sein des unités néonatales de niveau III. En effet, tel que nous l'avons précisé en début de chapitre, rappelons que plusieurs unités néonatales de niveau III disposent également d'un certain nombre de lits leur permettant d'offrir des soins de moindre intensité, dont des soins néonataux de niveau II. Or, pour les unités de niveau III, cette congestion des lits de soins intermédiaires contribue indirectement à la congestion des lits de niveau III en venant réduire les possibilités de flux internes de patients allant des soins intensifs néonataux vers les soins intermédiaires (Niveau II). Tel que le soulignent les données du Tableau 4.9, ce ralentissement des flux internes de patients comporte inévitablement un effet sur les coûts de gestion du système de santé.

⁶⁶ L'utilisation de listes d'attente est un autre mécanisme de gestion fréquemment employé afin d'équilibrer l'offre et la demande de services. Cependant, la nature de la clientèle néonatale rend ce mécanisme de gestion inopérant. En effet, comme l'indique ce gestionnaire : *« On ne peut pas. Bien non. C'est des naissances qui malheureusement sont soit prématurées ou à terme mais d'un enfant qui a des problèmes de santé. On ne peut pas contrôler ça, c'est sûr »* (Gestionnaire, Site 1).

Tableau 4.9 : Coûts directs nets moyens par jour-présence pour divers clientèle néonatales et divers types de centres hospitaliers (2006-2007)

CENTRES HOSPITALIERS DOTÉS D'UNE UNITÉ NÉONATALE DE NIVEAU III	SOINS INTENSIFS NÉONATAUX (NIVEAUX II OU III) (CENTRE D'ACTIVITÉS 6200) ⁶⁷				SOINS AUX NOUVEAU-NÉS EN POUPONNIÈRE DE NIVEAU I (CENTRES D'ACTIVITÉS 6362, 6364 ET 6365) ⁶⁸			
	Coût directs nets totaux (\$)	Jours-présence totaux	Total admissions	Coûts directs nets moyens / jour-présence	Coût directs nets totaux (\$)	Jours-présence totaux	Total admissions	Coûts directs nets moyens / jour-présence
HÔPITAL E (RUIS 3)	9 804 015\$	18 148	1 371	540,22\$	16 972 373\$	45 023	7 400	376,97\$
HÔPITAL D (RUIS 2)	3 505 762\$	6 929	277	505,95\$	6 038 488\$	15 726	2 714	383,98\$
HÔPITAL H ET I ⁶⁹ (RUIS 4)	8 670 247\$	14 214	757	609,98\$	4 922 307\$	23 706	7 793	207,63\$
HÔPITAL G (RUIS 4)	4 717 995\$	10 180	653	463,46\$	3 840 806\$	22 033	4 158	174,32\$
HÔPITAL A (RUIS 1) – (SITE 1)	12 635 488\$	21 125	976	598,13\$	7 403 952\$	26 754	7 442	276,74\$
HÔPITAL B (RUIS 1) – (SITE 2)	2 941 679\$	5 869	548	501,22\$	2 591 993\$	15 659	5 624	165,52\$
TOTAL / MOYENNE	42 275 186\$	76 465	4 582	552,87\$ ⁷⁰	41 769 919\$	148 901	35 131	280,52\$ ⁷⁰

PRINCIPAUX CENTRES HOSPITALIERS DOTÉS D'UNE UNITÉ NÉONATALE DE NIVEAU I OU II (Volume de transferts à rebours)	SOINS INTENSIFS NÉONATAUX (NIVEAUX II OU III) (CENTRE D'ACTIVITÉS 6200)				SOINS AUX NOUVEAU-NÉS EN POUPONNIÈRE DE NIVEAU I (CENTRES D'ACTIVITÉS 6362, 6364 ET 6365)			
	Coût directs nets totaux (\$)	Jours-présence totaux	Total admissions	Coûts directs nets moyens / jour-présence	Coût directs nets totaux (\$)	Jours-présence totaux	Total admissions	Coûts directs nets moyens / jour-présence
HÔPITAL P (50)					8 659 105\$	42 706	12 706	202,76\$
HÔPITAL Q (36)					5 780 177\$	16 969	2 944	340,63\$
HÔPITAL R (32)					2 806 399\$	9 046	1 139	310,23\$
HÔPITAL S (31)					3 115 581\$	9 372	1 357	332,43\$
HÔPITAL T (21)					4 274 123\$	12 531	2 026	341,08\$
HÔPITAL U (20)					4 390 410\$	12 473	1 938	351,99\$
HÔPITAL V (19)					2 622 534\$	5 648	985	464,32\$
HÔPITAL W (19)					7 947 963\$	21 951	3 727	362,08\$
HÔPITAL X (16)					2 678 249\$	8 099	1 302	330,68\$
HÔPITAL Y (15)					2 748 627\$	8 888	1 706	309,25\$
HÔPITAL Z (15)					3 405 536\$	10 043	1 481	339,09\$
TOTAL / MOYENNE					48 428 704\$	148 726	32 311	325,62\$ ⁷⁰

Source : Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec, Fichier M3P650.

⁶⁷ Le centre d'activités 6200 regroupe les activités de soins de niveau tertiaires offertes aux nouveau-nés dans les unités spécialisées de néonatalogie.

⁶⁸ Le centre d'activités 6362 inclut les activités de soins de niveaux primaires et intermédiaires requises par les nouveau-nés gardés en pouponnière. Le centre d'activités 6364 regroupe les soins offerts aux usagers hospitalisés avant, pendant et après l'accouchement ou l'avortement thérapeutique, les soins offerts aux usagers lors de grossesses à risque, les soins primaires et intermédiaires offerts aux nouveau-nés (à l'exclusion de la néonatalogie), de même que les soins offerts aux usagers externes pour d'autres interventions obstétricales. Le centre d'activités 6365 regroupe les soins infirmiers requis par des usagers hospitalisés dans une unité post-partum de même que les soins offerts lors de grossesses à risque. Il inclut également les activités de soins primaires et secondaires requises par les nouveau-nés gardés en pouponnière. Il est à noter que l'inclusion des centres d'activités 6364 et 6365, qui contiennent des activités de soins réalisées en dehors de l'unité néonatale, peuvent avoir pour effet de surestimer les données présentées au Tableau 9.

⁶⁹ Dans la source consultée, les données des hôpitaux H et I étaient combinées.

⁷⁰ Moyenne pondérée en fonction du nombre total de jours-présence par centre hospitalier.

La partie supérieure gauche du Tableau 4.9 nous indique les coûts directs nets moyens d'un jour-présence sur chacune des sept unités néonatales de niveau III de la province. En moyenne, on constate qu'en 2006-2007, le coût direct net moyen d'un jour-présence sur une unité néonatale de soins intensifs était de 552,87\$⁷¹. Parallèlement, la portion supérieure droite du Tableau 4.9 indique que le coût direct net moyen d'un jour-présence à la pouponnière de niveau I de chacun des sept centres hospitaliers québécois dotés d'une unité néonatale de niveau III était de 280,52\$⁷². Enfin, la portion inférieure droite du Tableau 4.9 nous donne les coûts directs nets moyens d'un jour-présence dans les onze principaux centres de niveau II de la province. En moyenne, il en coûte 325,62\$ par jour-présence pour séjourner dans ces centres. Ainsi, sur la base de ces données, on constate qu'il existe un avantage financier relativement important à transférer promptement, tous les patients dont l'état de santé le permet, vers les centres de niveau I ou II (flux externes) ou encore vers la pouponnière de niveau I d'un centre de niveau III (flux internes). À l'inverse, on comprend que tout facteur qui a pour conséquence d'arrêter ou de ralentir les flux internes ou externes de patients contribue également à accroître les coûts de gestion (coûts directs nets) des centres hospitaliers dotés d'une unité néonatale de niveau III⁷³.

Au-delà de l'influence de ce système de déversoirs, découlant de divers types de pénuries observées au sein des unités néonatales de niveau I ou II, nos données mettent en évidence plusieurs facteurs, propres aux unités néonatales de niveau III, qui viennent influencer la capacité de ces dernières à accueillir la clientèle qu'elles sont réputées être en mesure d'accueillir. Parmi ceux-ci, citons, à titre d'exemple, que le Site 2 a adhéré, au cours des dernières années, à l'*Initiative Hôpital Amis des Bébé*s de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Plus spécifiquement, afin de pouvoir porter le titre *d'Hôpital Ami des Bébé*s, un centre hospitalier doit se soumettre à un ensemble de normes institutionnelles, dont celle de favoriser la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24. Dans le but de répondre à cette

⁷¹ Rappelons que cette valeur est calculée d'après les coûts directs nets combinés pour les clientèles de soins intensifs (niveau III) et les clientèles de soins intermédiaires (niveau II) ; une valeur plus fine, séparant les deux types de clientèles, n'existait pas au moment de collecter les données de cette étude. Les coûts directs nets moyens excluent les frais médicaux facturés à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

⁷² Précisons que cette donnée est assurément surévaluée en raison du fait qu'elle est basée sur les coûts directs nets des centres d'activités 6362, 6364 et 6365. Or, ces centres d'activités incluent, en plus des soins primaires et intermédiaires requis par les nouveau-nés gardés en pouponnière générale, un certain nombre de soins obstétricaux et gynécologiques.

⁷³ Il est aussi possible que ce ralentissement des flux internes et externes de patients contribue à expliquer certaines des augmentations des durées moyennes de séjour notées au Tableau 4.6.

norme, les acteurs du Site 2 ont entre autres pris la décision de fermer leur pouponnière générale de niveau I. Cette décision a notamment eu l'effet bénéfique de satisfaire à la norme institutionnelle en forçant, en quelque sorte, la cohabitation des bébés nés à terme et en santé avec leur mère. Cependant, elle a aussi eu pour effet pervers de faire en sorte que tous les enfants nés avec un problème de santé mineur, requérant des services néonataux de niveau Ia ou IIb, doivent maintenant être pris en charge par l'unité néonatale du Site 2 ; contribuant ainsi à la congestion des lits de soins intermédiaires (Niveau II) au sein de cette unité néonatale de niveau III. Les deux commentaires, ci-dessous, illustrent cette situation :

« Mais ici, on n'a pas de pouponnière garderie. Puis on n'en a pas... afin de faciliter la cohabitation. Parce que si tu en as une, c'est facile de revenir aux vieilles habitudes. Ça fait que nous autres, c'est vraiment la vraie cohabitation. Nous autres, on pousse l'initiative « Hôpital ami des bébés ». Alors, en n'ayant pas de pouponnière-garderie, c'est vrai que la cohabitation se fait vraiment 24 heures sur 24. Mais, par contre, ça a ce défaut, tu sais, que les petits qui n'ont presque rien, qui devraient être dans une pouponnière générale, bien ils sont dans l'unité néonatale. Comme les cas de DPJ qui ne devraient pas être ici, non plus ».

(Gestionnaire, Site 2)

« Parce que dans la néonatal... on a des bébés de niveau I... ça fait que contrairement au Site 1, où t'as une pouponnière pour ces bébés-là, puis ils prennent même des bébés qui ont des solutés et tout ça, puis la néonatal reste la néonatal, là. Ici, tous les bébés sont regroupés. Ça fait que des bébés « pensionnaires », des cas de DPJ... des bébés qui doivent prendre du poids, là... nous en avons. Et ces bébés-là, ils prennent des places. Donc, ils peuvent réduire notre capacité d'accueil ».

(Gestionnaire, Site 2)

Outre l'adhésion à cette norme institutionnelle, d'autres facteurs viennent influencer la capacité des unités néonatales de niveau IIIa ou IIIb à accueillir la clientèle qu'elles sont réputées être en mesure d'accueillir.

« Moi, je suis sur le comité de coordination de néonate, là, à l'Agence régionale. Et... l'Agence veut qu'on accepte de plus en plus de bébés, c'est sûr... Nous autres, le problème, c'est qu'on est un centre de grossesses à risque et on n'a que 20 places à l'unité néonatale... Alors, c'est sûr qu'il faut quand même se garder un petit peu de place pour notre clientèle à risque... Puis, on manque aussi d'équipements. Ça, c'est une autre chose nos équipements... Bon, l'Agence est supposée nous en donner, là. Mais, même avec ce qu'ils nous ont promis, il nous en manque encore... parce qu'on est assez désuet comme... Bon... Mais, il reste que souvent, on a refusé parce qu'on n'avait plus d'incubateurs, parce qu'on n'avait plus de moniteurs. Tu sais, c'est comme pas normal. Je veux dire, qu'on soit rendu à refuser à cause de ça. Mais on le fait puis l'Agence est très, très au courant de ça. Parce que moi, je me fais un plaisir de leur dire à chaque fois que j'y vais. Parce que quand ils ferment l'unité, moi, je demande aux filles... pourquoi ils ont fermé, là. S'ils ont fermé parce qu'ils manquaient d'équipements, bien je veux qu'elles me l'écrivent. Donc, je suis capable de retrouver toutes les fois qu'on a fermé parce qu'on n'avait pas l'équipement ou parce que... puis quand on manque de personnel aussi. Parce que ça arrive qu'on ferme parce qu'on manque de personnel. OK. On n'est pas le seul centre qui fait ça, là.

(Gestionnaire, Site 2)

Par ailleurs, même au sein des unités de niveau III, une pénurie d'expertise peut également venir influencer la capacité d'accueil des clientèles :

« On a 20 berceaux, 20 lits. Puis on en a huit de niveau III et 12 de niveau II. Quand je suis arrivée, ce qu'on me disait c'est que quand on a 5 lits de niveau III sur 8 qui sont occupés, ça commence à..., donc, tu sais, des intubés, puis tout ça, ça commence à être plus difficile. Et là, quand on regarde le personnel, on se dit que c'est bien beau, qu'on a assez de monde. Mais les assistantes nous disent : « Non Madame X, parce que ces personnes-là, elles ne prennent pas soin de bébés intubés. Elles n'ont pas eu la formation ».

(Gestionnaire, Site 2)

Ensemble, ces différents facteurs contribuent à l'établissement d'un second système de déversoirs allant, cette fois-ci, des unités néonatales de niveau IIIa et IIIb vers l'unité néonatale de niveau IIIc du Site 1⁷⁴ :

« Les autres centres de niveau III, bien eux-mêmes aussi ils ont des problèmes d'effectifs ou autres... Alors ils peuvent arriver, à un moment donné, à diminuer leur accessibilité. Et nous, bien on en ressent l'impact. Donc, jamais que nos activités vont baisser. Puis c'est fragile, parce qu'on est un gros département, nos activités ne baissent jamais, puis les gens qui sont ici, comme partout ailleurs, bien ils ont des vacances à prendre. Et, pour nous, c'est très difficile d'assurer leur remplacement. Donc, on a beaucoup de temps supplémentaire et ça, ça finit par être un irritant pour l'équipe qui est en place».

(Gestionnaire, Site 1)

⁷⁴ Il est possible qu'un système similaire de déversoirs débouche également à l'autre unité néonatale de niveau IIIc de la province qui appartient au RUIS 4. Cependant, au moment d'écrire ces lignes, nous ne disposons pas de suffisamment de données nous permettant de supporter ou de réfuter cette hypothèse.

Enfin, deux dernières variables doivent être prises en compte dans l'explication de cette pression supplémentaire s'exerçant sur le Site 1 par le biais du second système de déversoirs. Premièrement, rappelons que le Site 1 est l'un des deux seuls points de services de niveau IIIc au Québec. Ainsi :

« Puis nous, étant un centre ultra-spécialisé en néonatal, bien il y a des cas qu'on ne peut même pas refuser. Par exemple, tous les cas de chirurgie, il faut les accepter. Parce qu'ailleurs, sauf à l'Hôpital H, la chirurgie néonatale, ils n'en font pas... C'est la même chose pour la majorité des cas de cardiologie... ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

« Ça fait qu'il y a beaucoup, beaucoup, beaucoup de pression. On est beaucoup sollicités par tous les hôpitaux de niveau II, par les fermetures des autres centres de niveau III aussi... Pour ce qui est de la chirurgie néonatale, bien c'est ici la porte d'entrée dans le système... ».

(Gestionnaire, Site 1)

Ainsi, dans la description du fonctionnement de ce second système de déversoirs, on doit aussi prendre en compte l'existence d'une pénurie structurelle de ressources spécialisées (c.-à-d., de niveau IIIc) qui découle du mode de découpage du territoire québécois en quatre RUIS. En effet, notons, à titre d'exemple, qu'aucun des hôpitaux du RUIS de l'Université 2 ne sont à même d'offrir des services néonataux de niveau IIIc. Par conséquent, les patients de cette région, qui requièrent ce type de services, doivent être transférés vers le Site 1 ou vers une autre unité néonatale de niveau IIIc appartenant au RUIS de l'Université 4. Ainsi, cette pénurie de ressources spécialisées vient s'ajouter à la liste des facteurs qui contribuent à la pénurie d'infirmières et la congestion des lits au sein des unités néonatales de niveau IIIc, dont le Site 1. De plus cette pénurie structurelle de ressources spécialisées est l'une des autres variables qui doit être prise en compte afin de comprendre comment le système, dans son mode actuel de fonctionnement, contribue à venir réduire les taux d'autonomie des quatre RUIS québécois, et ce par rapport à la clientèle néonatale (Voir : Figure 4.4 et Tableau 4.8).

Deuxièmement, en raison de sa capacité à offrir des services néonataux de niveau IIIc, le Site 1 est en quelque sorte situé au sommet de la pyramide des niveaux de soins. Or, en tenant compte des deux systèmes de déversoirs présentés au cours de cette section, on comprend que toute baisse d'activités ou toute incapacité, pour cette unité néonatale, d'absorber les réductions de l'offre de services dans les unités néonatales de niveau I, II, IIIa ou IIIb pourrait engendrer, pour la clientèle néonatale québécoise, une problématique majeure d'accessibilité aux services. Par conséquent :

« C'est sûr qu'il y a beaucoup de pression administrative, beaucoup de pression de l'Agence afin qu'on reste ouvert, qu'on maintienne notre capacité d'accueil à 100% ».

(Gestionnaire, Site 1)

« On n'est jamais allés jusqu'à baisser nos activités parce qu'on se dit qu'il faut être capable d'accueillir notre clientèle ».

(Gestionnaire, Site 1)

Ainsi, les divers types de pénuries abordées dans cette section ont pour conséquence de favoriser l'établissement de deux systèmes de déversoirs qui contribuent à l'augmentation des taux d'occupation ou à la modification du profil des clientèles qui sont admises au sein des unités néonatales de niveau III. Ultiment, ces systèmes de déversoirs nous ramènent à cette chaîne des effets collatéraux que nous avons précédemment décrit (Voir : Figure 4.4). Par ailleurs, lorsque la conjoncture au sein des unités néonatales de niveau III (c.-à-d. pénuries, congestion des lits) atteint un point critique, les unités néonatales de niveau III disposent, au-delà du recours au deuxième système de déversoirs (Flux verticaux de patients), d'un second mécanisme leur permettant de s'adapter. Nous l'aborderons en traitant du processus d'admission des patients.

4.2.3 L'admission de patients

L'admission de patients sur une unité néonatale de niveau III peut se faire selon trois principaux axes : a) l'axe Salle d'accouchement - Unité néonatale ; b) l'axe Réseau - Salle d'accouchement - Unité néonatale et ; c) l'axe Réseau - Unité néonatale. Les deux premiers axes touchent plus spécifiquement aux flux de femmes enceintes susceptibles de donner

naissance à des enfants prématurés ou malades. Quant au troisième axe, il concerne plus particulièrement les flux d'enfants nés prématurément ou malades au sein du réseau des unités néonatales québécoises.

Nous avons vu, à la section 4.2.2, que les unités néonatales de niveau IIIa ou IIIb pouvaient s'adapter aux fluctuations de l'offre et de la demande en recourant au second système de déversoirs, c'est-à-dire aux flux verticaux de patients vers le sommet de la pyramide des niveaux de soins (Niveau IIIc). Dans cette section, l'examen du fonctionnement des trois axes nous permettra, en plus de revenir sur ces flux verticaux de patients, d'aborder les possibilités de flux horizontaux de patients entre les différentes unités offrant des services néonataux de niveau III. Parallèlement, l'examen des trois axes va nous permettre de mettre en évidence un certain nombre de dynamiques, relevant tant des acteurs que des structures, qui viennent complexifier la gestion des lits et des flux de patients ainsi que contribuer à la mise en place de notre chaîne des effets collatéraux. Enfin, notre analyse nous permettra de souligner un certain nombre de distinctions supplémentaires entre le Site 1 et le Site 2. Avant de débiter l'étude de ces axes, il importe d'introduire trois notions supplémentaires quant à la structure et au mode de fonctionnement actuel du réseau des unités néonatales québécoises.

Premièrement, il est pertinent de distinguer, au plan analytique, deux catégories de femmes enceintes pouvant être reçues à la salle d'accouchement d'un centre hospitalier offrant des services néonataux de niveau III : les clientes internes et les clientes externes ou transférées. La notion de clientèle interne fait référence aux patientes enceintes suivies par les médecins ou les obstétriciens-gynécologues d'un centre hospitalier de niveau III donné. C'est la clientèle propre de ce centre hospitalier. Parallèlement, lorsque la cliente accueillie à la salle d'accouchement d'un centre de niveau III provient d'un autre centre hospitalier, nous la qualifierons de cliente externe ou transférée.

Deuxièmement, nous pouvons également distinguer deux catégories d'enfants prématurés ou malades : les bébés internes et les bébés externes. La première catégorie, celle des bébés internes, concerne les enfants nés à la salle d'accouchement d'un centre hospitalier donné et qui peuvent avoir accès à l'unité néonatale de soins intensifs de ce même centre hospitalier. Parallèlement, lorsqu'une unité néonatale accueille un enfant prématuré ou malade en provenance d'un autre centre hospitalier, nous qualifierons cet enfant de bébé externe.

Troisièmement, afin de faciliter la gestion des lits et des flux de patients, l'Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal a pris l'initiative de développer, au cours des dernières années, ce que les acteurs du milieu appellent le « Site Néo ». Essentiellement, il s'agit d'un intranet où les sept unités néonatales de niveau III de la province mettent en commun, trois fois par jour, des données au sujet de leurs taux d'occupation et de leur capacité à accueillir des transferts de clientes externes ou des bébés externes. En fonction de ses taux d'occupation et d'un certain nombre d'autres paramètres que nous décrirons sous peu, un centre hospitalier peut s'afficher sur cet intranet comme étant ouvert, fermé ou sélectif aux transferts de clientes externes ou de bébés externes. Précisons qu'en s'affichant comme « sélectif », un centre hospitalier se réserve en quelque sorte le droit d'évaluer chaque demande de transfert individuellement avant de l'accepter ou non. Le Tableau 4.10, ci-dessous, donne un aperçu du type d'informations entrées sur cet intranet.

Tableau 4.10 : Exemple de données publiées sur le Site Néo de l'Agence de Montréal.

Centres hospitaliers	Date	Heure	Niveau III Soins intensifs				Niveau II Soins intermédiaires				Obstétrique	
			Lits occ.	Lits dispo.	% occ.	Dispo.	Lits occ.	Lits dispo.	% occ.	Dispo.	Dispo.	Bébés à risque
HÔPITAL E	08/10/09	09 :00	16	0	66%	Ouv	27	0	100%	Ouv	Ouv	0
HÔPITAL D	08/10/09	09 :00	12	0	150%	Fer	12	0	100%	Fer	Sél	0
HÔPITAL G	08/10/09	09 :00	10	0	71%	Sél	14	0	70%	Sél	Fer	0
HÔPITAL B	08/10/09	09 :00	2	0	25%	Fer	17	0	141%	Sél	Ouv	4
HÔPITAL I	08/10/09	09 :00	12	0	100%	Fer	12	2	85%	Fer	Fer	5
HÔPITAL A	08/10/09	09 :00	20	0	105%	Fer	38	0	100%	Fer	Fer	3
HÔPITAL H	08/10/09	09 :00	20	1	90%	Sél	0	0	0%	Ouv	Ouv	0

Légende :

- Lits occ. : Nombre de lits occupés, par niveaux de soins, sur une unité néonatale donnée;
- Lits dispo. : Nombre de lits disponibles, par niveaux de soins, sur une unité néonatale donnée;
- % occ. : Taux d'occupation, par niveaux de soins, sur une unité néonatale donnée.
- Les mentions « Ouv », « Fer » et « Sél » désignent le statut d'une unité néonatale donnée; à savoir ouverte, fermée ou sélective aux admissions de patients.

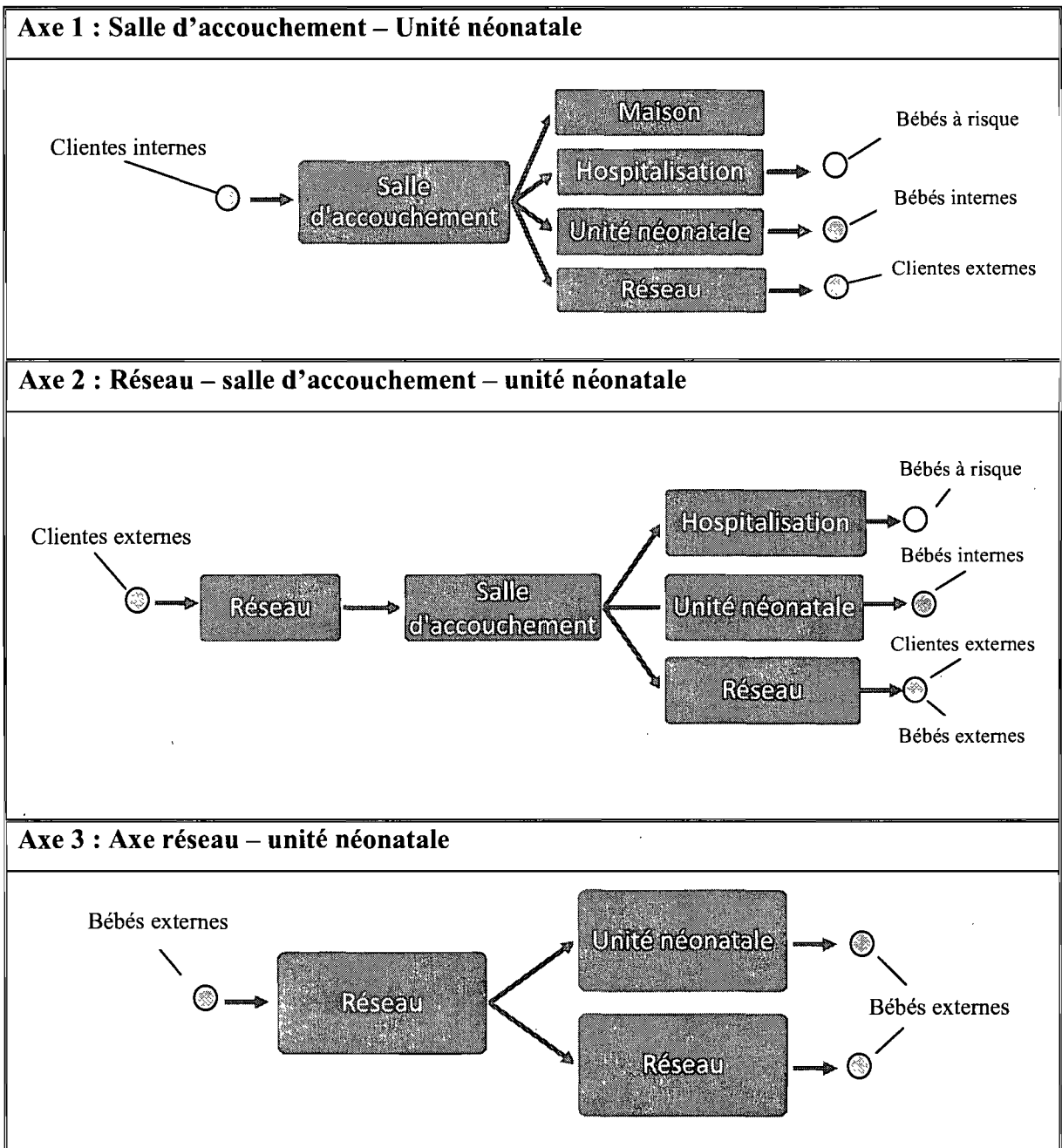
4.2.3.1 L'axe salle d'accouchement – unité néonatale

La partie supérieure de la Figure 4.5, ci-dessous, illustre le premier axe selon lequel un patient peut être admis à l'unité néonatale de niveau III d'un centre hospitalier. Dans ce premier cas, une cliente interne se présente à la salle d'accouchement de son centre hospitalier pour un travail prématuré ou pour une condition rendant la naissance de l'enfant imminente ou probable. Dans ce cas, la cliente sera dans un premier temps évaluée par l'obstétricien-gynécologue du centre hospitalier en question. Selon cette évaluation, la patiente pourra soit être retournée à la maison ou encore, être gardée sous observation et hospitalisée. Parmi les patientes ainsi hospitalisées, celles présentant le plus grand risque d'accoucher à court terme seront prises en compte dans la gestion des lits et des flux de patients. En effet, puisque les bébés portés par ces femmes risquent, à tout moment, de naître et d'avoir besoin d'un accès à l'unité néonatale, ils seront qualifiés de « bébés à risque » et leur nombre total sera inscrit sur le Site Néo (Voir : Tableau 4.10, dernière colonne et Figure 4.5, Axe 1).

Parallèlement, il est aussi possible que la condition de la cliente interne rende l'accouchement nécessaire. Dans ces situations, la règle qui prévaut, en principe, est celle de l'ajustement mutuel entre l'obstétricien-gynécologue de la salle d'accouchement et le néonatalogiste du centre hospitalier en question. Plus spécifiquement, la décision mutuelle des médecins d'accepter ou non la cliente interne devrait prendre en considération les paramètres suivants :

- a) L'état de santé et le niveau de soins requis par la mère ;
- b) L'état de santé et le niveau de soins requis par l'enfant à naître (par ex. : Niveau IIIc) ;
- c) Les ressources matérielles et professionnelles de la salle d'accouchement (par ex. : taux d'occupation, disponibilité du personnel et de l'équipement en quantités suffisantes, etc.) ;
- d) Les ressources matérielles et professionnelles de l'unité néonatale (par ex. : nombre de lits disponibles, disponibilité de l'équipement médical, personnel infirmier et personnel en inhalothérapie en nombres suffisants, etc.) ;
- e) Le nombre total de « bébés à risque », tel qu'inscrit sur le Site Néo.

Figure 4.5 : Les axes d'admission de patients sur une unité néonatale de soins intensifs



En tenant compte de ces cinq paramètres, les cas de figure sont multiples. Pour des raisons de concision, nous nous limiterons, dans les lignes qui suivent, à n'illustrer que les plus communs. Ainsi, dans un premier scénario, lorsque la salle d'accouchement⁷⁵ et l'unité néonatale sont « ouvertes », c'est-à-dire lorsqu'elles disposent des ressources matérielles et professionnelles requises afin de faire accoucher la cliente et de prendre en charge, subséquemment, l'enfant ou les enfants requérant des soins néonataux, il se crée alors un passage direct entre la salle d'accouchement et l'unité néonatale du centre hospitalier concerné. Parallèlement, lorsque la salle d'accouchement est « ouverte » et que l'unité néonatale est « fermée », la cliente devrait alors, entre principe, être aiguillée vers un autre centre hospitalier du réseau à même de garantir un accès aux services médicaux requis par la mère et son enfant à naître. La condition de la mère et de l'enfant viendront alors déterminer le mécanisme d'adaptation auquel auront recours les unités néonatales (c.-à-d., mouvement vertical vers une unité néonatale offrant un niveau supérieur de soins ou mouvement horizontal vers une autre unité néonatale de niveau III). Enfin, dans le scénario où la salle d'accouchement est « ouverte » alors que l'unité néonatale est « sélective », l'un ou l'autre des deux scénarios précédents surviendra, et ce en fonction de la décision du médecin néonatalogiste d'accepter ou non d'admettre les enfants à naître.

En pratique, toutefois, nos données mettent en évidence un certain nombre de nuances à ce mode de fonctionnement. En effet, on constate que la décision d'accepter ou non une cliente interne à la salle d'accouchement – décision qui devrait, en principe, reposer sur l'ajustement mutuel entre l'obstétricien-gynécologue et le médecin néonatalogiste et tenir compte des cinq paramètres décrits précédemment – est, en fait, influencée par deux types de dynamiques d'acteurs: a) la nature des relations entre les obstétriciens-gynécologues et les néonatalogistes et ; b) les relations médecins-patients. Nous les aborderons successivement.

Au plan des relations entre les obstétriciens-gynécologues et les néonatalogistes, on constate que le degré d'importance que les médecins en place accordent à leur autonomie professionnelle vient en quelque sorte teinter la nature des décisions qui seront prises à l'égard de l'admission des clientes internes :

⁷⁵ Les données recueillies dans le cadre de l'étude indiquent que les salles d'accouchement des deux sites visités sont rarement fermées. Pour cette raison, les scénarios découlant d'une telle situation ne seront pas abordés dans le présent texte.

« Ce qui est difficile, avec la salle d'accouchement, c'est qu'ils veulent être autonomes dans ce qu'ils font... En principe, la décision est prise conjointement par l'obstétricien et le néonatalogiste à savoir s'ils acceptent ou non des patientes puis tout ça. Mais ils ne s'entendent pas. En fait, ça dépend de qui travaille. Il y a des médecins qui vont s'entendre super bien. Alors là, il n'y a pas de problème... Ils vont respecter notre décision. Si en néonatal on décide qu'on est fermé, bien on est fermé, puis la salle d'accouchement est fermée aussi. Mais il des fois où le patron en néonatal va dire qu'on est fermé, puis là, on apprend qu'à la salle d'accouchement, l'obstétricien a dit : « Bien, c'est ma patiente, je vais l'admettre pareil ». Mais c'est une grossesse gémellaire de 26 semaines. Ça fait que là, la patiente, elle s'en vient, elle va accoucher, là. Qu'est-ce que tu veux qu'on fasse ? ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

« Normalement, un patron de néonatal qui est raisonnable, en sachant qu'il n'y a pas de personnel puis qu'on est plein, il va dire au patron d'obstétrique : « On est pleins. SVP, on n'admet plus de patientes pour l'instant parce qu'on n'aura pas de congé au cours des prochaines 24 heures », par exemple... Des fois, ça dépend aussi de la pathologie de la maman... Si on pense qu'elle va accoucher bientôt, on ne l'admet pas. Point. Il pourra aussi dire au patron d'obstétrique : « On est sélectif. Vraiment, on est à la limite de nos possibilités. Pour chaque transfert, vous nous appelez. Vous allez négocier avec nous si on transfère ou non cette mère-là ». Ça, c'est raisonnable. Mais il y a certains patrons de néonatal qui ne tiennent aucunement compte de ça. Ils acceptent tout. Mais c'est aussi vrai qu'il y a certains gynécologues qui font ce qu'ils veulent... ».

(Médecin fellow en néonatalogie, Site 1)

Ainsi, certains obstétriciens-gynécologues pourront faire fi de la situation du côté de la néonatalogie et décider de « forcer le système », c'est-à-dire, accepter tout de même la cliente interne à la salle d'accouchement, et ce malgré l'état de la situation en néonatalogie. Dans les cas où la cliente interne en question devra accoucher, certains néonatalogistes pourront alors décider d'orienter le ou les enfant(s) de cette cliente vers une autre des unités néonatales du réseau ; le niveau de soins requis par l'enfant venant alors déterminer le sens du flux de patient (c.-à-d. mouvement vertical si besoin d'un niveau supérieur de soins ou mouvement horizontal si besoin d'un niveau similaire de soins). Les bébés ainsi transférés deviendront alors des bébés externes pour le centre hospitalier qui les accueillera. Par ailleurs, on comprend qu'une telle décision a pour conséquence de faire en sorte que la mère et son ou ses enfant(s) se retrouveront dans deux centres hospitaliers distincts. Ainsi, en pratique, une règle implicite au sein des unités néonatales visitées veut que l'on essaye, autant que possible, de garder la mère et l'enfant à l'intérieur du même centre hospitalier. Dans ce contexte, d'autres néonatalogistes pourront, à leur tour, décider de « forcer le système » en autorisant l'admission du ou des enfant(s) concernés à l'unité néonatale. Or, on comprend que cette décision de forcer le système comporte l'avantage de garder les parents et leur(s) enfant(s) à l'intérieur du même centre hospitalier. Par contre, elle comporte aussi pour inconvénient de contribuer à la mise en place de notre chaîne d'effets collatéraux (Voir : Figure 4.4). En effet, l'admission de patients supplémentaires contribuera à la congestion des lits au sein de l'unité néonatale, ainsi qu'à l'accentuation de la pénurie d'infirmières. Parallèlement, la décision du néonatalogiste aura également une influence sur le travail des infirmières ainsi que sur le type de prise en charge qui sera offerte aux patients et aux familles qui sont déjà en place au sein de l'unité néonatale concernée. Toutefois, nous reviendrons sur ce point en fin de chapitre. Avant de poursuivre, ajoutons une dernière précision.

En effet, nos données donnent à penser que les difficultés d'ajustement mutuel entre obstétriciens-gynécologues et néonatalogistes sont beaucoup moins saillantes au Site 2 qu'au Site 1. D'après les données recueillies, cette différence serait attribuable à l'influence de diverses variables structurelles :

« C'est une bonne question parce que ce que tu décris, là, c'est vraiment le portrait de ce qu'on retrouve au Site 1. Ici, je le perçois moins. C'est vrai que je ne me suis jamais attardée à

réfléchir à cette question-là. Mais, probablement que l'une des variables importantes, si je voulais donner une explication, c'est quand on dit : « Qui est la clientèle de néonatalogie ? ». C'est beaucoup de la clientèle de notre territoire. C'est sûr qu'on accepte des transferts de mères et de bébés. Mais, en majorité, les patientes qui vont accoucher ici, c'est surtout des patientes qui ont été suivies ici. Donc, tu sais, il y a comme un passage qui se fait... Si, pour toutes sortes de raisons, le bébé a besoin de venir en néonatalogie, la mère est déjà là, c'est notre cliente... ce qui est très différent du Site 1... La proportion, je ne peux pas te la donner exactement mais elle est très différente de celle observée au Site 1. C'est pour ça que ça se produit, mais ça n'a pas le même niveau d'acuité que ça peut avoir au Site 1..., par exemple ».

(Gestionnaire, Site 2)

« Oui. Oui. C'est sûr que ça arrive qu'un médecin aille accepter quand même. Parce qu'il va dire : « Elle n'est pas en travail actif, je vais l'hospitaliser ». Bon. Puis, on sait ce que ça fait, là... C'est des petites bombes... Ça fait que oui. Oui. Mais, en général, quand on dit qu'on n'a pas de place, ils les refusent. Non. Je dirais qu'il n'y en a pas de conflit entre les médecins ».

(Gestionnaire, Site 2)

Ainsi, on comprend que les difficultés d'ajustement mutuel observées au Site 1 présentent un degré d'acuité supérieur, par rapport à celles observées au Site 2, en raison du fait que les clientes externes y entrent davantage en compétition avec les clientes internes pour ce qui est de l'accessibilité aux lits de l'unité néonatale. Parallèlement, rappelons que l'accessibilité aux lits de l'unité néonatale du Site 1 y est également réduite par l'action des deux systèmes de déversoirs que nous avons décrit à la section 4.2.2 ; ces systèmes favorisant la saturation des lits de l'unité néonatale du Site 1 par des bébés externes. Conséquemment, les obstétriciens-gynécologues du Site 1, par rapport à leurs collègues du

Site 2, sont plus souvent placés dans la position de devoir transférer leurs clientèles internes vers les autres centres hospitaliers du réseau.

« Ça ne veut pas dire pour autant que les obstétriciens-gynécologues acceptent facilement le fait qu'on va transférer leurs patientes dans d'autres centres. Ça, ils le..., je pense qu'ils l'acceptent..., ils vont l'accepter quand ils sont convaincus que la clientèle qui est présentement dans nos lits de néonatal a affaire à être là. Je ne sais pas si tu comprends ce que je veux dire, là ? ».

(Gestionnaire, Site 1)

Or, l'influence des différentes variables que nous venons d'introduire fait en sorte que cette condition peu difficilement être remplie en tout temps. C'est en partie ce qui explique pourquoi certains obstétriciens-gynécologues pourront décider de « forcer le système ».

Outre les dynamiques entre obstétriciens-gynécologues et néonatalogistes, un deuxième groupe de dynamiques d'acteurs vient influencer la décision d'admettre ou non une cliente interne à la salle d'accouchement. Il s'agit de la relation de confiance s'établissant entre le médecin traitant et la cliente en question. En effet, bien que la fermeture de l'unité néonatale puisse, en principe, justifier le transfert d'une cliente interne vers un autre centre hospitalier à même d'offrir le niveau de soins requis, en pratique, cette perspective est en soi assez complexe. C'est ce que suggèrent les commentaires ci-dessous :

« Dans la dernière année, on l'a fait. Et, quand on le fait, on s'en souvient parce que c'est toujours très, très dramatique. Ce qui est arrivé, à un moment donné, c'est que des clientes sont arrivées ici, à la salle d'accouchement, en travail précoce. Et la néonatal était dans l'incapacité de recevoir les bébés de ces patientes-là. Alors on a dû transférer les mères ailleurs. C'est... c'est toujours assez... Ça, c'est le pire des cas. C'est le pire des transferts à faire parce que la patiente, elle est suivie ici pendant sept mois. Elle là, elle est sûre qu'elle s'en vient accoucher ici. Puis, au moment où elle met le pied à la salle d'accouchement, on lui dit : « Madame, il faut qu'on vous transfère à Québec parce qu'on n'a plus de place ».

(Gestionnaire, Site 1)

« Mais c'est parce que des fois, les mères sont suivies ici. Ça fait qu'elles n'ont pas le goût de se faire transférer à l'Hôpital B (RUIS 1), à l'Hôpital G (RUIS 4) ou à l'Hôpital I (RUIS 4)... Ça, c'est une problématique ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

Ces deux commentaires sont intéressants car ils nous permettent de souligner le rôle joué par les clientes internes dans la gestion des lits et des flux de patients. Plus spécifiquement, ils viennent rappeler qu'une relation de confiance s'établit entre une patiente interne, son médecin traitant et, par extension, le centre hospitalier auquel il est rattaché. Ainsi, alors que le transfert des mères internes vers d'autres centres hospitaliers du réseau comporterait l'avantage de favoriser un certain équilibre entre l'offre et la demande pour les services néonataux de niveau III, cette option comporte également pour inconvénient d'influencer l'aspect relationnel de prise en charge offerte à cette cliente. Ce faisant, un tel transfert viendrait en quelque sorte interférer dans la relation de confiance à un moment hautement chargé en émotions, celui de l'accouchement. Par conséquent :

« Dans ces situations-là, ils vont tout faire pour trouver une place à la mère puis au bébé... ».

(Infirmière réseau, Site 1)

Ici aussi, « tout faire » revient en quelque sorte à « forcer le système ». Encore une fois, rappelons que la décision de donner accès à la mère comporte l'avantage de maintenir intacte, au moment critique de l'accouchement, la relation de confiance existante. Par contre, cette décision a aussi pour inconvénient, dans les cas où le néonatalogiste décidera à son tour de « forcer le système », de venir accentuer l'état de congestion des lits au sein de l'unité néonatale, ainsi que d'influencer, comme nous le verrons sous peu, le type de prise en charge offerte aux patients et aux familles actuellement présents sur cette unité. Ce faisant, cette décision contribue à la mise en place de notre chaîne des effets collatéraux.

Enfin, malgré les deux types de dynamiques d'acteurs que nous venons d'aborder, il est des situations où l'état de congestion des lits fait en sorte que la stratégie de « forcer le système » devient inopérante. Comme le suggère le commentaire ci-dessous, l'état actuel du réseau fait en sorte que ces situations deviennent de plus en plus fréquentes :

« Ce n'est plus vrai, là, qu'on peut penser que toutes les femmes enceintes qu'on suit ici auront, si besoin est, une accessibilité en néonatal. On a toujours dit ça, puis on a pratiquement toujours fait ça, mais là, on est rendus à un point où on ne peut plus... ce n'est plus vrai... Alors, c'est sûr qu'à un moment donné, on est obligé de se répartir la clientèle entre nous ».

(Gestionnaire, Site 1)

Cette question du partage des clientèles, au sein du réseau des unités néonatales, nous amène sur la piste des transferts de clientes internes. Nous aborderons cette question plus en détail au cours de la prochaine sous-section en traitant du fonctionnement de l'axe Réseau / Salle d'accouchement / Unité néonatale.

4.2.3.2 L'axe Réseau / Salle d'accouchement / Unité néonatale

Lorsque, pour les raisons évoquées précédemment, l'unité néonatale d'un centre hospitalier ne peut accueillir le ou les enfant(s) d'une cliente interne, deux cas de figure sont possibles. Premièrement, la décision de l'obstétricien-gynécologue peut être à l'effet d'accoucher la mère et de transférer, subséquemment, le ou les enfant(s) vers une autre unité néonatale du réseau. Nous aborderons ce scénario plus en détail en traitant du fonctionnement de l'axe Réseau / Unité néonatale. Deuxièmement, la décision de l'obstétricien-gynécologue peut être d'orienter la cliente interne en question vers un autre centre de niveau III du réseau qui est à même d'offrir le niveau de soins requis par l'enfant à naître (Flux vertical ou horizontal, selon le cas). Cette cliente interne deviendra ainsi, pour le centre hospitalier qui l'accueillera, une cliente externe ou transférée (Voir : Figure 4.5, panneau du milieu).

Lorsqu'un centre hospitalier reçoit une demande de transfert pour une cliente externe, la décision d'accepter ou non cette demande repose, tout comme pour les clientes internes, sur l'ajustement mutuel entre l'obstétricien-gynécologue et le néonatalogiste. De plus, cette décision devrait également prendre en considération les cinq paramètres énoncés à la section 4.2.3.1. Ainsi, en fonction du statut de l'unité néonatale (c.-à-d., ouvert, fermé, sélectif) et des décisions médicales, quatre voies sont possibles (Voir : Figure 4.5). Les trois premières concernent plus spécifiquement les cas où une demande de transfert sera

acceptée par l'obstétricien-gynécologue du centre hospitalier receveur, alors que la dernière touche, quant à elle, à la question des refus de transfert.

Plus spécifiquement, dans les cas où l'obstétricien-gynécologue acceptera la demande de transfert en question, la cliente externe sera d'abord transférée par ambulance du centre hospitalier demandeur vers le centre hospitalier receveur. Puis, elle sera évaluée à la salle d'accouchement de ce centre hospitalier par l'obstétricien-gynécologue de garde. Selon cette évaluation, la cliente externe pourra être pistée sur une première voie et être hospitalisée. Son ou ses enfant(s) à naître pourront alors être considérés, selon la nature du cas, dans le décompte des « bébés à risque » de ce centre hospitalier (Voir : Tableau 4.10, dernière colonne et Figure 4.5, panneau du milieu). Parallèlement, la cliente externe pourra également suivre une seconde voie. En effet, elle pourra être accouchée et son ou ses enfant(s) admis à l'unité néonatale de ce centre hospitalier. Tout comme pour les clientes internes, certains obstétriciens-gynécologues et néonatalogistes, pourront, ici aussi, faire fi de la situation du côté de l'unité néonatale et décider de « forcer le système » ; cette décision comportant des conséquences analogues à celles décrites précédemment.

« Nos problèmes sont souvent de nature organisationnelle... Par exemple, pour ce qui est des admissions, des fois on va dire : « L'unité néonatale est fermée aux admissions. On manque de personnel, on n'a plus de place, on n'a plus... ». Puis le médecin arrive, puis lui, il accepte le transfert d'une grossesse gémellaire de 30 semaines à la salle d'accouchement. Ça, c'est très difficile. Ça, c'est dur à gérer pour les infirmières, c'est dur à gérer... Je te dirais que ça l'a de l'impact sur tout le monde, là ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

Puis, dans un troisième scénario, la cliente externe pourra être accouchée et voir son ou ses enfant(s) transféré(s) vers une autre unité néonatale du réseau (Bébé externe). C'est l'axe Réseau / Unité néonatale.

Enfin, quant au quatrième et dernier scénario, lorsque la décision de l'obstétricien-gynécologue et du néonatalogiste est à l'effet de refuser la demande de transfert en question, le centre hospitalier demandeur doit alors s'adresser à un autre centre de niveau III du réseau ; c'est ce que les acteurs du milieu appellent « la gestion des refus de transfert ». À ce

sujet, bien que les normes de la Société canadienne de pédiatrie recommandent la création d'un système centralisé de coordination permettant de gérer les demandes de transfert, de même que les refus de transfert, précisons qu'au moment de collecter les données de cette étude, un tel système de coordination n'existait pas au Québec ; la logistique de ce processus étant sous la responsabilité individuelle de chaque centre hospitalier demandeur.

Concrètement, « la gestion du refus de transfert » implique que l'obstétricien-gynécologue ou l'assistante infirmière-chef du centre hospitalier demandeur contacte, un à un, les autres centres de niveau III du réseau, et ce afin de vérifier si l'un d'entre eux est en mesure d'accueillir la cliente concernée par la demande de transfert. Or, les différents acteurs consultés dans le cadre de cette étude nous ont décrit ce processus comme étant à la fois long et laborieux. Ainsi, en raison du volume important de refus de transfert enregistrés au Site 1⁷⁶, ainsi que des quantités importantes de temps investi dans leur logistique, les acteurs de ce site ont opté pour la création, depuis décembre 2006, de postes d'infirmières dédiées spécifiquement à cette fonction, les infirmières réseau. Parmi les impacts positifs découlant du rôle de ces infirmières on note une amélioration de la qualité des réacheminements (c.-à-d. rapidité, pertinence, efficacité). Par ailleurs, notons que les décisions prises par les infirmières réseau sont balisées par un protocole de transfert mis en place par le département d'obstétrique et de gynécologie du Site 1 (Voir : Tableau 4.11).

⁷⁶ Au total, 160 refus de transfert ont été enregistrés au Site 1 au cours de l'année 2006-2007 (Source : Données internes, Site 1).

Tableau 4.11 : Protocole de transfert de clientes externes (Site 1).

PROTOCOLE DE TRANSFERT MÈRE-ENFANT <i>Mise à jour – Octobre 2006</i>	
1.	<p>Tout appel concernant un transfert dans le département d'obstétrique-gynécologie sera transféré automatiquement au gynécologue de garde en salle d'accouchement même s'il s'agit d'un transfert post-partum.</p> <p>Les transferts de nouveau-nés seront pris en charge par l'équipe de néonatalogie.</p>
2.	<p>Toute <u>patiente accouchée</u> sera acceptée seulement si des lits sont disponibles sans pénaliser notre clientèle. Elle sera d'abord évaluée à l'urgence où une note d'admission et des prescriptions seront faites. Par la suite, elle sera envoyée à l'étage. Les centres hospitaliers qui n'enverront pas de note de transfert seront avisés au fur et à mesure par le chef de département.</p>
3.	<p>Après évaluation téléphonique, toute patiente <u>qui n'accouchera pas dans l'immédiat</u> sera acceptée d'emblée.</p>
4.	<p>En cas de <u>fermeture de la néonatalogie</u>, toute patiente qui accouchera dans les prochaines heures sera référée ailleurs dans le réseau par l'infirmière réseau après avoir rempli la feuille « sommaire d'évaluation ».</p> <p>Le transfert sera redistribué dans un délai de moins de 30 minutes et lorsqu'il sera impossible d'organiser une prise en charge ailleurs, la patiente sera transférée automatiquement ici pour éviter qu'elle n'accouche pendant son transfert.</p> <p>L'infirmière réseau sera responsable de faire le suivi auprès du médecin traitant et du médecin orienteur.</p>

Il est intéressant de préciser que le troisième point de ce protocole peut contribuer, en cas de modification de la condition médicale de la cliente, à venir augmenter le pool de « bébés à risque » au Site 1. Parallèlement, on comprend que dans les moments où le réseau des centres de niveau III est congestionné, le quatrième point de ce protocole revient en quelque sorte à « forcer le système » au Site 1. En effet, en période de congestion, les infirmières réseau consultées dans le cadre de cette étude nous indiquent qu'un délai supérieur à 30 minutes serait nécessaire afin d'être en mesure de redistribuer la demande de transfert en question. Ainsi, en contribuant à « forcer le système », ce protocole s'ajoute à la liste des facteurs qui sont à la source de notre chaîne des effets collatéraux. Parallèlement, et comme

nous le verrons sous peu, ce protocole vient également influencer le type de prise en charge qui est offerte à la clientèle déjà présente au sein de l'unité néonatale du Site 1 (parents / enfants). À l'inverse, en évitant que la cliente externe n'accouche pendant son transfert, moment où l'on ne serait pas en mesure d'offrir l'ensemble des soins médicaux requis par son ou ses enfant(s), ce protocole vient également permettre d'assurer une prise en charge adéquate à ce(s) enfant(s).

4.2.3.3 L'Axe Réseau / Unité néonatale

L'axe Réseau / Unité néonatale fait référence, tel que nous l'avons mentionné précédemment, aux flux d'enfants nés malades ou prématurés au sein du réseau. Rappelons que ces bébés externes peuvent provenir de trois sources. Premièrement, un centre hospitalier de niveau I ou II peut vouloir transférer un enfant requérant un niveau supérieur de soins vers une unité néonatale de niveau III (Mouvement vertical). Par ailleurs, cette demande de transfert peut également s'expliquer par l'action du premier système de déversoirs décrit précédemment. Deuxièmement, un centre hospitalier de niveau IIIa ou IIIb peut adresser une demande de transfert à un centre hospitalier de niveau IIIc, et ce afin que l'enfant puisse y recevoir un niveau supérieur de soins (par ex. : chirurgie cardiaque). De plus, cette demande peut également s'expliquer par le biais de l'action du second système de déversoirs décrit précédemment (Mouvement vertical). Enfin, un centre hospitalier de niveau III peut adresser une demande de transfert à un autre centre hospitalier de niveau III car il ne dispose pas des ressources professionnelles ou matérielles lui permettant de prendre en charge adéquatement le patient (Mouvement horizontal). Dans ces trois scénarios, les demandes de transfert seront directement adressées au néonatalogiste du centre où l'on souhaite transférer l'enfant. De plus, dans les trois cas, la décision médicale d'accepter ou non la demande de transfert devrait notamment prendre en considération les trois paramètres suivants :

- a) L'état de santé et le niveau de soins requis par l'enfant ;
- b) Les ressources matérielles et professionnelles de l'unité de néonatalogie (par ex. : nombre de lits disponibles, disponibilité de l'équipement médical, personnel infirmier et personnel en inhalothérapie en nombres suffisants, etc.) et ;
- c) Le nombre de bébés à risque au sein du centre hospitalier.

Ainsi, dans les cas où le néonatalogiste acceptera la demande de transfert en question, le bébé externe sera ensuite transféré par ambulance, du centre hospitalier demandeur vers le centre hospitalier receveur. Afin de faciliter la liaison entre les différents centres hospitaliers de son RUIS, notons que l'unité néonatale du Site 1 s'est dotée, en conformité avec les normes de la Société canadienne de pédiatrie, d'une équipe de transport néonatal qui est composée d'infirmières et d'inhalothérapeutes ayant reçu une formation spécialisée. De plus, lorsque la conjoncture au sein du réseau des unités néonatales l'exige, cette équipe de transport peut également être appelée à assurer la liaison entre les centres hospitaliers des autres RUIS⁷⁷.

Par ailleurs, précisons que tout comme pour les clientes internes et externes, certains néonatalogistes pourront, ici aussi, faire fi de la situation du côté de l'unité néonatale et décider de « forcer le système » ; cette décision comportant des conséquences analogues à celles décrites précédemment. C'est l'objet des commentaires ci-dessous :

« Ça dépend de qui travaille. Parce qu'il y a des médecins qui sont très : « Moi, je suis néonatalogiste. Ça me prend des patients... Ça fait qu'on remplit... Il n'y a pas de place... On va en trouver de la place, puis on trouvera le monde après... ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

« Ah ! Mon Dieu! Ça dépend de qui travaille... Ça change, mais ça dépend surtout des patrons. Parce que l'unité comporte 19 lits. Mais, de nouveau, 19 lits, s'il y a assez de personnel ».

(Médecin fellow en néonatalogie, Site 1)

« Puis, arranges-toi, là ! Ce n'est pas notre problème, le manque de ressources. Trouves-en du personnel ! Moi, il me faut... Tu sais, c'était cette attitude-là que les... Là, j'en mets peut-être beaucoup, là. Mais c'est ça que les filles nous disent dans les réunions... ».

(Gestionnaire, Site 1)

⁷⁷ Au moment d'écrire ces lignes, seul un autre RUIS québécois était desservi par une équipe de transport néonatal ; cette équipe étant rattachée à l'autre unité néonatale de niveau IIIc de la province.

Par ailleurs, un médecin néonatalogiste pourra également décider de refuser la demande de transfert en question. Dans ce contexte, le centre hospitalier demandeur devra alors s'orienter vers une autre unité néonatale du réseau. L'équipe de transports spécialisés du Site 1 pourra, ici aussi, être impliquée dans le réacheminement du patient. Tout comme pour les clientes externes, il importe de rappeler que la création d'un système centralisé de coordination aurait pour effet de faciliter le réacheminement des patients. Toutefois, pour le moment, cette tâche demeure sous la responsabilité individuelle de chaque centre hospitalier demandeur. Plus spécifiquement, alors que cette responsabilité incombe aux néonatalogistes ou aux assistantes infirmières-chef du Site 2, les acteurs du Site 1 l'ont délégué aux infirmières de l'équipe de transport.

Enfin, les acteurs rencontrés dans le cadre de cette étude nous ont aussi fait part de situations où l'ensemble des sept centres offrant des services néonataux de niveau III sont dans l'incapacité d'accepter la demande de transfert d'un bébé externe. Dans de tels cas, l'Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal dispose de l'autorité nécessaire afin de « forcer l'admission » du ou des patients en question dans le centre hospitalier où les taux d'occupation, tels qu'affichés sur le Site Néo de l'Agence, sont les plus bas :

« Mais, comme je dis souvent aux infirmières, on peut être obligés, à un moment donné, d'accepter un patient même si on n'a pas assez de personnel. L'Agence peut nous obliger. Si tout le monde est en manque de personnel, ça va être l'unité qui va être la moins occupée qui va devoir accepter le patient en question. Puis, c'est déjà arrivé qu'on ait dû accepter... Puis ce n'était pas l'idéal, là. On manquait vraiment de personnel... ».

(Gestionnaire, Site 2)

Ainsi, ce mécanisme de gestion dont dispose l'Agence comporte l'avantage de favoriser l'accessibilité aux services néonataux de niveau III pour le ou les patient(s) concernés par la demande de transfert en question. Par ailleurs, ce mécanisme tend aussi à favoriser le déploiement de notre chaîne des effets collatéraux, et ce pour deux raisons. En effet, il favorise, d'une part, la congestion des lits de niveau III au sein de l'unité néonatale devant accepter ce transfert. D'autre part, et nous y arrivons bientôt, ce mécanisme de gestion vient aussi influencer le travail des infirmières et le type de prise en charge qui sera offerte

aux patients / familles qui sont actuellement présents au sein de l'unité néonatale concernée.

Avant de conclure cette section, deux commentaires supplémentaires au sujet du fonctionnement des trois axes doivent être apportés. Premièrement, bien que nous venions de décrire le fonctionnement de ces trois axes de manière séparée, il est important de voir qu'ils sont en réalité tous trois superposés et interreliés. Ainsi, on comprend que les décisions prises en tout point du réseau des unités néonatales peuvent avoir des conséquences sur l'ensemble des autres composantes de ce réseau. Parallèlement, il importe de voir, en superposant les axes, que tout changement à la condition médicale des patients ou tout mouvement de patients le long des trois axes peut, en quelques heures, faire basculer le réseau d'un état de calme relatif à un état de congestion critique.

Deuxièmement, notons que les deux sites que nous avons visités dans le cadre de l'enquête de terrain sont dotés d'une structure organisationnelle de gestion par programmes-clientèles. Bien que le contenu des programmes varie quelque peu entre les sites, dans les deux cas l'unité des naissances (salle d'accouchement), l'unité de post-partum (mère-enfant) ainsi que l'unité de néonatalogie sont sous la supervision d'un même gestionnaire. De plus, dans les deux cas, ces gestionnaires, qui sont également des infirmières de profession, ont notamment pour mandat d'optimiser la coordination entre les trois services⁷⁸.

« La néonatalogie a des liens évidents avec l'unité des naissances. C'est de là que viennent au monde les enfants. Donc, c'est vraiment, vraiment, interrelié. Ça fait que moi, mon travail comme gestionnaire, c'est que j'ai un coup d'œil... je sais vraiment ce qui se passe au niveau des unités mères-enfants, au niveau de l'unité des naissances, puis au niveau de la néonatalogie. Celles-là en particulier, la néonatalogie et l'unité des naissances, elles sont vraiment interreliées. Alors, c'est important que moi, j'aie vraiment le coup d'œil des deux endroits pour être capable de favoriser des liens, les échanges entre les équipes soignantes et les équipes médicales⁷⁹.

⁷⁸ Sur ce point, précisons que les données de l'étude donnent à penser que ce rôle est plus saillant au Site 1 qu'au Site 2, et ce en raison du profil différent des clientèles prises en charge par chacun des deux sites.

⁷⁹ Précisons qu'au Site 2, l'infirmière-chef est responsable à la fois de l'unité néonatale et de la salle d'accouchement. Par conséquent, elle joue également un rôle important à cet égard.

Parce qu'à un moment donné, ils sont comme dans leur monde. Bien là, moi, je fais le lien entre les deux. Parce que l'obstétrique ne peut pas travailler en obstétrique puis se fermer les yeux sur ce qui se passe en néonatal. Puis, la néonatal ne peut pas, non plus, prendre des décisions sans consulter et sans voir les impacts sur l'obstétrique. Mais, si je ne le fais pas, je n'ai pas l'impression que les équipes vont avoir le leadership de le faire ».

(Gestionnaire, Site 1)

Ainsi, ces gestionnaires sont en quelque sorte des officiers de circulation ou des contrôleurs des lits et des flux de patients à l'intérieur des murs de leur propre centre hospitalier. Techniquement, on pourrait les qualifier de cadres intégrateurs des opérations cliniques qui se déroulent au niveau des dynamiques entre la salle d'accouchement, l'unité de post-partum et l'unité néonatale. Or, en raison du fait que deux des trois axes introduits dans la présente section vont au-delà des frontières de l'un ou de l'autre de ces centres hospitaliers (c.-à-d., l'axe Réseau / Unité néonatale et l'axe Réseau / Salle d'accouchement / Unité néonatale), les gestionnaires de programme des Sites 1 et 2 ne disposent, en réalité, que d'une portion des leviers qui leurs permettraient d'avoir un contrôle effectif sur la question de la gestion des lits et des flux de patients.

« C'est pour ça qu'on s'est tourné vers l'Agence et qu'on a dit : « Là, on est rendu, au Québec, où l'on souhaite avoir un centre de coordination ». Ça existe ailleurs, il y en a dans l'Ouest canadien, il y en a en Ontario et les travaux sont commencés ici. Ça fait un an, à peu près, qu'il y a des rencontres à l'Agence pour aller vers un centre de coordination québécois. Un endroit central où toutes nos données sont saisies et que quand un centre de niveau III ou un centre référent veut savoir où transférer un patient, plutôt que de faire une série d'appels, bien il passe par le centre de coordination et, de là, on lui dit où transférer le patient en question».

(Gestionnaire, Site 1)

Ainsi, comme le suggère le commentaire ci-dessus, on s'en remet donc à une instance administrative régionale, l'Agence, afin que cette dernière mette en place des mécanismes bureaucratiques (c.-à-d., un centre de coordination québécois) qui permettront aux gestionnaires d'accroître leur contrôle sur la gestion des lits et des flux de patients⁸⁰. Or, bien que des travaux soient actuellement en cours, un tel centre de coordination n'était pas encore en activités au moment de collecter les données de cette étude. Par conséquent, nous ne disposons pas des données qui nous permettraient de commenter davantage cette question. Revenons maintenant à la notion de « forcer le système ».

4.2.3.4 « Forcer le système »

À plusieurs reprises, au cours de ce chapitre, nous avons parlé de la notion de « forcer le système ». Or, jusqu'à présent, nous avons été relativement vagues sur les dynamiques qui lui sont associées. C'est l'objet de la présente section.

Premièrement, mentionnons que nous nous intéresserons aux situations où « forcer le système » correspond à la décision médicale d'admettre un ou plusieurs bébés sur une unité néonatale de soins intensifs (Niveau III), et ce alors que cette dernière ne dispose pas des ressources requises. Deuxièmement, précisons que pour des fins analytiques nous distinguerons deux situations de « forcer le système ». Dans la première situation, une unité néonatale de niveau III peut avoir les ressources matérielles permettant de recevoir le ou les patient(s) en question (c.-à-d., des incubateurs ou des moniteurs en nombre suffisant, etc.). Cependant, cette unité peut ne pas disposer des ressources professionnelles infirmières ou autres qui sont requises afin de prendre en charge ce ou ces patient(s) supplémentaire(s). Quant à la seconde situation, il s'agit des cas où l'unité néonatale de niveau III ne dispose ni des ressources humaines, ni des ressources matérielles requises afin de prendre en charge le ou les patient(s) en question. Nous aborderons chacune de ces deux situations successivement. Enfin, puisque les situations de « forcer le système » nous sont apparues plus saillantes au Site 1, nos propos seront davantage teintés de citations provenant des différents acteurs de ce site.

⁸⁰ Rappelons que les acteurs de cinq des sept unités néonatales de la province font partie d'un comité régional mis sur pied par l'Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal. Le mandat de ce comité est d'identifier des pistes de solutions aux différents enjeux entourant les services québécois de néonatalogie.

Ainsi, au sujet de la première situation, celle où l'unité néonatale de niveau III dispose des ressources matérielles requises mais est cependant en manque des ressources professionnelles, nous avons vu, en début de chapitre, que cette dernière pouvait s'y adapter en ayant recours aux heures supplémentaires. Nous avons alors mentionné que cette stratégie d'adaptation avait pour conséquence de favoriser une augmentation des coûts de gestion des ressources humaines et, dans certains cas, d'influencer la santé au travail du personnel. Par ailleurs, les données de l'étude font aussi état d'un second mécanisme d'adaptation. En effet, en plus de recourir aux heures supplémentaires, les unités néonatales de niveau III peuvent s'adapter aux situations de « forcer le système » en révisant l'utilisation et le déploiement du personnel infirmier.

« Ce qui va arriver, c'est que les personnes-ressources qui sont là, les assistantes et les chefs d'équipe, bien elles vont prendre des patients. Ça fait que là, on se retrouve avec plus aucun soutien clinique pour les infirmières. Parce que ces personnes-là doivent prendre la nouvelle admission, le nouveau patient... ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

Ainsi, par ce mécanisme d'adaptation, l'unité néonatale de niveau III réagit à une pénurie quantitative d'infirmières en créant ou en accentuant une problématique déjà existante de pénurie qualitative de personnel (c.-à-d., pénurie d'expertise). En effet, les fonctions d'assistantes infirmières-chefs ou celles de chefs d'équipe sont habituellement attribuées aux infirmières détenant une expertise reconnue au sein de l'unité néonatale⁸¹. Or, en demandant à ces personnes-ressources de prendre en charge des patients nouvellement admis, on réduit ainsi, dans une certaine mesure, leur capacité à aider ou à supporter les infirmières moins expérimentées. Les commentaires, ci-dessous, permettent d'apprécier quelques-unes des conséquences de ces pénuries quantitative et qualitative sur la santé au travail du personnel :

« Nous, on a beaucoup de jeunes infirmières. Ça fait que pour elles, c'est problématique. Le niveau de stress va augmenter. Plus tu es stressée, plus les risques que tu fasses une erreur sont grands.

⁸¹ Nous reviendrons sur les fonctions des assistantes infirmières-chefs et des infirmières chefs d'équipe plus loin dans ce chapitre.

Tu n'es pas sûre de trouver quelqu'un si tu as besoin d'aide. Tu es moins concentrée sur ce que tu fais parce que tu as comme un stress de plus à vivre... C'est difficile. Je te dirais que c'est surtout les filles, les infirmières de nuit, qui trouvent ça plus difficile... ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

« Les médecins ne comprennent pas ça non plus. Souvent, on leur dit : « Écoutez... Oui on a la place, mais on n'a pas le personnel... Mais, pour eux, vu qu'on a la place physique donc, on peut prendre le patient... Mais là, c'est qu'on n'a pas personne pour s'occuper de l'enfant, là. Puis de toujours... Bien, de toujours travailler dans ces conditions-là fait que le personnel ne reste pas. Surtout les plus jeunes. Les plus jeunes, elles sont... elles sont un peu écœurées, elles sont un peu... elles sont un peu désillusionnées. Ça fait qu'elles vont voir ailleurs. Elles vont voir sur d'autres départements, elles vont faire d'autres choses et... c'est ça qui fait qu'on a toujours un manque de personnel énorme. Bon, puis il y a aussi celles qui sont sur l'assurance salaire parce que bon... elles en ont jusque là, elles n'en peuvent plus... C'est de travailler énormément, je veux dire... on est toujours sollicité à faire du temps supplémentaire, on est toujours sollicité à... C'est... c'est hallucinant quoi... ».

(Infirmière, Site 1)

Ainsi, on comprend, sur la base de ces commentaires, que les stratégies d'adaptation développées par les unités néonatales (c.-à-d., revoir l'utilisation et le déploiement du personnel infirmier et demander des heures supplémentaires) sont, en réalité, des solutions incomplètes. En effet, bien qu'elles permettent d'assurer le fonctionnement du système à court terme (c.-à-d., accessibilité des services), elles ont aussi pour effet pervers d'accentuer les pénuries quantitative et qualitative d'infirmières (par ex. : départ en congé de maladie, démissions, etc.). On se retrouve donc devant un nouveau cercle vicieux où « forcer le système » contribue à institutionnaliser les conditions qui rendent nécessaire le fait de « forcer le système ».

Par ailleurs, un second motif permet de qualifier d'incomplètes les stratégies d'adaptation qui consistent à recourir aux heures supplémentaires ou à revoir l'utilisation et le déploiement du personnel infirmier. Il s'agit de leurs influences sur le travail des infirmières. En effet, ces stratégies permettent habituellement de générer suffisamment d'infirmières afin d'assurer aux patients une prestation de services sécuritaires ou qui ne compromet pas la vie (par ex. : activités de surveillance de l'état de santé des patients, activités technologiques du soin, activités de nutrition des bébés prématurés, etc.). Cependant, on constate que la quantité d'infirmières ainsi générée n'est pas suffisante afin de répondre à l'ensemble des besoins de soins infirmiers des patients et des familles. Dans l'optique de corriger ce déséquilibre entre l'offre et la demande, les infirmières se doivent alors de développer des stratégies d'adaptation qui leur permettent d'offrir, malgré une pénurie qualitative ou quantitative de personnel, l'ensemble des services infirmiers requis par les patients et les familles.

Fait intéressant, ces stratégies d'adaptation ont essentiellement émergé de l'observation empirique du travail des infirmières. En effet, lors des entrevues, très peu d'entre elles ont pu nous décrire les différents moyens par lesquels elles arrivent à pallier aux contingences organisationnelles venant freiner le déploiement de leurs activités professionnelles. Or, nos observations donnent à penser que de telles stratégies existent bel et bien et qu'elles sont en fait nombreuses et diversifiées. En effet, tant au Site 1 qu'au Site 2, dans les situations où la charge de travail s'accroît, on peut littéralement voir la cadence de travail sur l'unité néonatale s'accroître. Les infirmières deviennent alors centrées sur la tâche à accomplir, leur débit de parole et leurs mouvements s'accroissent, leurs phrases deviennent courtes et leurs réponses donnent peu de place à l'établissement d'une conversation. Dans de telles situations, il n'est pas rare d'entendre les infirmières affirmer des choses telles que : « J'ai la broue dans le toupet... », « Je cours comme une poule pas de tête... », etc. Dans ces situations, l'ajustement mutuel devient alors l'une des stratégies par lesquelles les infirmières parviennent à coordonner leurs efforts collectifs afin d'accomplir le travail devant être réalisé. De plus, on note que certaines infirmières pourront également décider de déléguer aux préposés aux bénéficiaires, aux réceptionnistes ou aux infirmières auxiliaires certaines de leurs activités professionnelles de nature cléricale ou encore routinière (par ex. : activités de réapprovisionnement et de rangement du matériel, activités de soutien logistique, activités reliées à l'hygiène ou à l'alimentation

des nouveau-nés, etc.)⁸². Cependant, dans bien des cas, ces différentes stratégies qui sont mises en place par les infirmières ne permettent pas de contrebalancer le déséquilibre entre l'offre et la demande de services infirmiers néonataux. Dans de tels cas, les infirmières se voient alors dans l'obligation de faire usage d'une ultime stratégie d'adaptation, celle de réaliser en priorité les activités infirmières permettant d'assurer la vie. Implicitement, cette ultime stratégie implique que les infirmières doivent rationner un certain nombre de leurs activités professionnelles qui, bien qu'importantes, ne sont pas pour autant essentielles afin d'assurer la survie immédiate du patient (par ex. : la planification de congé, l'enseignement, le soutien et l'accompagnement offerts aux parents et aux familles, etc.). Revenons maintenant à la deuxième situation de « forcer le système ».

Cette deuxième situation fait référence aux moments où l'unité néonatale de niveau III ne dispose ni des ressources matérielles, ni des ressources professionnelles qui sont requises afin de prendre en charge le patient de manière optimale. Dans ces circonstances, en plus de réagir en ayant recours aux stratégies d'adaptation décrites précédemment, l'unité néonatale de niveau III répond en précipitant des flux internes et externes de patients. Par flux internes de patients, nous faisons référence aux mouvements de patients, survenant à l'intérieur des murs d'un centre hospitalier donné, entre l'unité de soins intensifs néonataux (Niveau III), l'unité de soins intermédiaires (Niveau II), la pouponnière (Niveau I) ou d'autres unités de ce centre hospitalier. Par extension, la notion de flux externes de patients fait référence aux situations où l'on décide de précipiter le transfert de patients vers des centres de niveau I ou II ou vers d'autres centres hospitaliers du réseau. Les citations, ci-dessous, résument les différents cas de figure possibles :

« Moi, je me suis retrouvée plus d'une fois dans la situation où on a dû envoyer en catastrophe... on a dû envoyer d'urgence des nouveau-nés à terme aux soins intensifs pédiatriques parce qu'il fallait faire de la place pour pouvoir accueillir des 27 ou des 28 semaines, ici, à l'unité néonatale... Puis, tout ça parce qu'on était plein et que les patrons avaient décidé d'accepter le transfert des mères à la salle d'accouchement... ».

(Médecin fellow en néonatalogie, Site 1)

⁸² En effet, rappelons que les acteurs du Site 1 font usage d'infirmières auxiliaires sur leur unité néonatale de soins intermédiaires.

« Les infirmières, elles se disent : « Qu'est-ce qu'on va faire? Il n'y en a pas de place... on n'a pas les ressources... ». Donc, il faut essayer de dire : « Est-ce qu'il y a un patient qu'on peut envoyer à la pouponnière? Est-ce qu'il y a un patient qu'on peut envoyer sur les étages ? Est-ce qu'on peut organiser... ». De jour, c'est toujours faisable parce que, bon, la chef de service est là... Il y a toujours plus de monde qui gravite autour de l'unité durant le jour. Mais, quand on arrive de soir et de nuit, la problématique est beaucoup plus importante parce que les infirmières sont plus jeunes et qu'elles n'ont pas tout ce monde-là avec elles. Puis là, le médecin arrive pour leur dire : « Bon, j'ai accepté une 32 semaines, elle va accoucher cette nuit ». Là, les infirmières se retrouvent généralement toutes seules à se dire : « Qu'est-ce qu'on fait avec ça? On n'a pas de place, puis on n'a pas d'infirmière pour les recevoir. On fait quoi ? ». Ça fait que ça, ce bout-là, il est difficile ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

« On fait ce qu'on peut... On essaye de faire des transferts à la pouponnière, de faire des transferts dans les centres référents. On a malheureusement deux lits en « back up » qu'on peut utiliser aux soins intensifs. Je dis « malheureusement » parce qu'on n'a pas plus de personnel pour autant. Tu sais, heureusement pour les bébés, on est capable de les prendre, là, mais... Ça fait qu'il y a tout ça qu'on peut faire. Sinon, bien ça nous arrive de transférer des mères dans des centres référents, de transférer des bébés dans d'autres centres hospitaliers qui sont capables d'offrir la qualité de soins dont ils ont besoin ; puis ça, ça peut être du niveau II comme ça peut aussi être du niveau III ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Ainsi, en précipitant les flux de patients on cherche en quelque sorte à créer de la place supplémentaire au sein de l'unité néonatale de niveau III, et ce soit en mobilisant les patients à l'interne, entre les différentes unités de soins, soit vers l'externe, en devançant le transfert ou le congé du ou des patient(s) qui sont cliniquement les plus stables à ce moment précis.

Il est important de concevoir ce mode de fonctionnement réactionnaire comme un jeu de dominos ou comme une série de cascades. En effet, le patient pour qui on force une place aux soins intensifs amène le patient ainsi déplacé à se forcer une place aux soins intermédiaires et, par conséquent, force un patient des soins intermédiaires à se créer une place à la pouponnière ou quelque part ailleurs à l'intérieur du centre hospitalier ou dans le réseau. Bien que la décision de forcer le système revienne au néonatalogiste, la gestion des flux de patients qui en découle est sous la responsabilité de l'assistante-infirmière chef et du médecin néonatalogiste. Plus spécifiquement, ces derniers ont alors la responsabilité de « négocier » les places forcées auprès des autres médecins, infirmières ou centres hospitaliers impliqués dans ce processus. Il est toutefois de la responsabilité de l'assistante infirmière-chef de voir à la logistique du processus (par ex. : faire la réservation d'une ambulance, mobiliser les préposés aux bénéficiaires et le personnel d'entretien ménager, revoir la répartition des patients entre les infirmières, etc.).

« Forcer le système », alors que l'unité néonatale de niveau III ne dispose pas des ressources professionnelles et matérielles requises, comporte pour avantage de permettre une accessibilité aux soins intensifs néonataux au patient pour qui le système est ainsi forcé. Par contre, nous observons que cette décision comporte également un certain nombre d'effets pervers. Premièrement, lorsque « forcer le système » s'appuie sur des flux internes de patients, la logique consiste alors à prendre, parmi l'ensemble des patients de l'unité néonatale de soins intensifs, celui qui est le plus stable cliniquement à ce moment précis. Puis, on crée ensuite une place pour ce patient à l'unité néonatale de soins intermédiaires ou ailleurs à l'intérieur des murs de l'hôpital. Puisque le flux de patients en question survient en réaction au fait de « forcer le système », c'est-à-dire, à un moment où le patient peut ne pas être suffisamment stable cliniquement pour être transféré, tout changement dans la condition clinique de ce patient peut être associé à une « admission rebond » à l'unité néonatale de soins intensifs ; c'est-à-dire, à un retour à la case départ. C'est ce qu'expliquent les commentaires cités ci-dessous :

« On le fait souvent, par exemple, transférer un enfant très instable aux soins intermédiaires. Et puis tout d'un coup, dans la soirée, tu le remontes aux soins intensifs parce que ça ne va pas du tout. Ce n'était pas un patient qui était prêt à être transféré dans un autre endroit. C'est juste pour faire de la place pour pouvoir prendre un nouveau patient. Il y a trop de pressions pour accélérer les soins mais les patients ne sont pas prêts. Vous comprenez? C'est ça qui se passe. Ça se transpose dans ce qu'exprime très bien un patron d'ici : « La néonatal, c'est une business ». C'est une business la néonatal. Parce que les infirmières, elles, elles ne gagnent rien de ça, en fait. C'est elles qui souffrent, parce qu'elles voient... ».

(Médecin fellow en néonatalogie, Site 1)

« La seule chose que je vois, là, c'est qu'ils laissent partir les bébés un petit peu trop tôt de l'autre côté [Du côté de l'unité mère-enfant]. Puis, le bébé nous revient, il est en ictère. Alors, il faut qu'il soit hospitalisé de nouveau pour une photothérapie. On le prend ici... parce qu'il a eu son congé de l'autre bord. Ça ne devrait pas, dans le fond ».

(Gestionnaire, Site 2)

Deuxièmement, lorsque le fait de forcer le système s'appuie sur des flux externes de patients, une logique similaire prévaut. En effet, nous avons vu, ci-dessus, que la capacité des centres de niveau I ou II à offrir le niveau de soins qu'ils sont réputés être en mesure d'offrir peut être modulée en fonction des ressources médicales, professionnelles, infirmières et matérielles disponibles. Par extension, la disponibilité de ces mêmes ressources vient en quelque sorte influencer la capacité d'un centre de niveau I ou II à réagir aux fluctuations de l'état de santé pouvant survenir chez un patient ayant été transféré prématurément.

« Généralement, je pense qu'on a offert assez de soins pour que les patients soient corrects. Même quand on les transfère dans d'autres centres hospitaliers... C'est sûr que les centres hospitaliers

référents ont beaucoup moins de technologies, de ressources, de connaissances, de compétences pour les soins de néonatalogie. Ça fait que ça arrive, à l'occasion, qu'ils nous rappellent, deux jours après le transfert, puis qu'ils disent : « On vous le retourne, ça ne marche pas du tout. Il a recommencé à faire des bradycardies, il est ballonné... ». En tout cas, toutes sortes de symptômes qu'ils peuvent lui trouver, là...Puis là, il faut rapatrier le patient chez nous. Ça, nous les infirmières, ça nous fâche beaucoup. On se dit : « Ah ! On le savait. On l'a dit au médecin ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

Ainsi, le fait de forcer le transfert prématuré d'un patient vers un centre de niveau I ou II peut avoir, dans les cas où les fluctuations de l'état de santé de ce patient ne peuvent pas être assumées par le centre de niveau I ou II en question, l'effet pervers de forcer une « admission rebond » à l'unité néonatale de niveau III. Ces « admissions rebonds », qu'elles découlent du fait de forcer les flux internes ou externes de patients, permettent de décrire une sorte de cercle vicieux à l'intérieur duquel un patient déplacé peut, en raison de modifications à son état de santé, revenir « forcer sa place » au sein de l'unité néonatale de niveau III d'où il a été déplacé. De plus, ajoutons que le phénomène des « admissions rebonds » s'ajoute à la liste de facteurs de contingence susceptibles d'induire notre chaîne des effets collatéraux.

Nous ne disposons pas, au moment d'écrire ces lignes, de statistiques qui nous permettraient de décrire l'importance de ce mode de fonctionnement, et ce dans le processus plus large de la gestion des lits et des flux de patients. Or, tel que l'a mentionné le médecin fellow en néonatalogie cité ci-dessus, les acteurs consultés dans le cadre de cette étude tendent à dire que ce mode de fonctionnement est fréquent. De plus, il est important de rappeler qu'il ne correspond pas à un mode de fonctionnement généralisé mais qu'il est davantage contingent des acteurs en présence.

« Les infirmières sont inquiètes parce qu'à l'époque on respectait la paix du patient... Ça veut dire que les patients restaient dans le service le temps qu'ils devaient rester. Maintenant, le service de néonatalogie, ça dépend aussi des patrons, mais c'est un peu

comme à la guerre... Division. Tel patient va là-bas. Là, là, là, là. Et ça roule, roule, roule. Bien sûr, ça dépend des patrons. Mais il y a tout de même des patrons qui n'attendent même pas que l'enfant soit stabilisé... Hop! On transfert! Dans cette compétition d'avoir toujours plus, plus, plus de patients. Ça, c'est clair... On n'attend pas la stabilisation du patient puis le moment où il est vraiment prêt d'avoir son congé... C'est vraiment le roulement, roulement, roulement... ».

(Médecin fellow en néonatalogie, Site 1)

Avant de poursuivre, il est important de préciser que le fait de forcer le système ne semble pas influencer la santé des patients ou la sécurité des services qui leurs sont offerts. En fait, tout patient dont l'état de santé se détériore peut revenir forcer sa place, par le biais d'une « admission rebond », à l'unité néonatale de soins intensifs, et ce afin d'y recevoir les soins médicaux requis.

« Bien, je dirais que ça n'influence pas la santé de l'enfant parce qu'on le reprend aux soins intensifs puis, bon... C'est juste qu'on recule alors qu'avant, on ne reculait pas forcément. On attendait un 24 heures puis, pendant le 24 heures, si le patient était stable, si on voyait que c'était correct, que la respiration n'avait pas augmenté, que bon... On y allait, on le transférait aux soins intermédiaires. Là, des fois, je veux dire... ça fait trois heures qu'ils sont à l'air ambiant puis il faut les « shipper » aux soins intermédiaires parce qu'on attend d'autres patients, parce qu'on a accepté d'autres patients... Ce patient-là n'était peut-être pas tout à fait prêt à quitter les soins intensifs. Puis, des fois, bien en attendant un 24 heures, on s'apercevait qu'ils n'étaient effectivement pas prêts à quitter puis on les gardait ».

(Infirmière, Site 1)

Enfin, les données de l'étude suggèrent que les « admissions rebond » ont tout de même pour effet pervers d'enclencher notre chaîne des effets collatéraux. Plus spécifiquement, elles contribuent au phénomène de la congestion des lits et à l'accentuation de la pénurie

quantitative d'infirmières. Par conséquent, elles forcent le déploiement de stratégies d'adaptation telles que le recours aux heures supplémentaire, la révision de l'utilisation et du déploiement du personnel infirmier et le rationnement de certaines activités professionnelles infirmière. Ainsi, ces stratégies d'adaptation ont donc un effet double et opposé. D'une part, elles facilitent la prestation des activités professionnelles infirmières visant à assurer aux patients des soins sécuritaires et qui ne compromettent pas la vie. D'autre part, elles viennent compromettre le déploiement de certaines activités professionnelles infirmières qui, bien qu'importantes, ne sont pas forcément essentielles à la protection de la vie (par ex., les activités visant à assurer la continuité des services, l'enseignement, le soutien ou l'accompagnement des parents, etc.). Abordons maintenant les dynamiques entourant le processus de congé de patients.

4.2.4 Le processus de congé de patients

Dans la section précédente, nous nous sommes principalement attardés aux dynamiques qui viennent influencer l'admission de patients sur les unités néonatales de niveau III. Au cours de la présente section, nous regarderons plus en profondeur les différents facteurs de contingence qui contribuent à faciliter ou à entraver les congés de patients.

Avant de poursuivre, précisons que la question des congés de patients doit être examinée selon deux axes. Le premier de ces axes concerne les flux internes de patients survenant à l'intérieur des murs d'un centre hospitalier offrant des services néonataux de niveau III (par ex. : Passage de l'unité néonatale de niveau III aux soins intermédiaires de niveau II et à la pouponnière de niveau I). Quant au second axe, il concerne les flux externes de patients, c'est-à-dire, les transferts de patients vers les autres centres hospitaliers du réseau, qu'ils offrent des soins de niveau I, II ou III. En quelque sorte, ces deux axes correspondent aux flux normaux de patients lorsque le niveau de soins requis par ces derniers diminue.

Au sujet du premier axe, nous savons déjà que l'absence de pouponnière de niveau I, au Site 2, contribue au phénomène de congestion des lits au sein de l'unité néonatale de niveau III de ce centre, et ce en raison du fait que cette situation vient réduire les possibilités de flux internes de patients. À l'inverse, on pourrait s'attendre à ce que la présence d'une pouponnière de niveau I, au Site 1, ait l'effet opposé. Or, tel n'est pas le

cas. En effet, nos données font état de l'existence d'autres variables structurelles qui viennent influencer les possibilités de flux internes de patients au sein du Site 1 :

« Écoute, il y a des bébés qu'on envoie dans des hôpitaux en périphérie et qu'on n'envoie même pas dans notre pouponnière parce que les filles n'ont pas l'expertise requise pour en prendre soins. Il y a des bébés qu'on garde à l'unité néonatale parce qu'ils doivent faire leurs sept jours sans bradycardie ou apnée. Là, on commence à envoyer à la pouponnière des patients qui ont des moniteurs mais les filles n'ont pas cette expertise-là. Puis, il faut dire aussi que l'infirmière de la pouponnière, elle est toute seule. Elle travaille avec des puéricultrices et des auxiliaires. Il y a seulement une infirmière à la pouponnière. Alors, il faut qu'elle fasse tout le travail, les admissions, l'enseignement, puis tout ça. Ça fait que souvent, c'est les auxiliaires qui font de l'enseignement ou qui préparent les congés... mais je peux te dire que les oreilles me sont venues grosses de même à entendre ce qu'elles peuvent dire aux parents, des fois. Sans les dénigrer, elles ne sont pas formées pour ça ».

(Infirmière de transferts à rebours, Site 1)

« Il faut augmenter le niveau de soins offert à la pouponnière. Parce que la pouponnière devrait être capable de prendre une certaine partie de notre clientèle, qui est sous moniteur, qui est stable, puis qui est à long terme. Sauf qu'il faut rehausser le degré de compétence des auxiliaires et des infirmières là-bas. Il faut qu'elles soient capables de donner des gavages et de faire du monitoring. Ce n'est pas du gros monitoring mais l'oxymétrie, puis le moniteur d'apnée... Parce que présentement, on n'a pas ça et ça fait en sorte qu'on est obligé de garder des enfants à l'unité néonatale... Puis, il faut aussi que le personnel de la pouponnière soit capable de préparer le congé. Tu sais, d'évaluer les besoins des parents, là. D'arriver à leur demander c'est quoi vos besoins à vous ? C'est quoi les besoins d'enseignement... Il faut que se soit individualisé. Ce n'est pas juste des protocoles puis... ».

(Gestionnaire, Site 1)

Ainsi, une pénurie qualitative, associée notamment au manque d'expertise ou de qualifications du personnel infirmier de la pouponnière générale de niveau I, peut venir entraver ou, du moins, ralentir les flux internes de patients au sein du Site 1. Par ailleurs, la citation ci-dessus met également en évidence que cette pénurie qualitative vient aussi influencer le type de prise en charge offerte aux patients / familles (par ex. : planification de congé, enseignement). Nous reviendrons plus en détail sur la question des relations entre les qualifications du personnel infirmier et la prise en charge de la clientèle plus loin dans ce chapitre. Pour le moment, il importe de constater que le ralentissement des flux internes de patients, découlant soit d'une pénurie structurelle de lits de niveau I (Site 2), soit d'une pénurie qualitative de personnel infirmier (Site 1), s'ajoutent aux différents facteurs qui contribuent à la congestion des lits au sein des unités néonatales de niveau III, ainsi qu'à l'établissement de notre chaîne des effets collatéraux (Figure 4.4).

Quant au second axe, il touche aux flux externes de patients. À ce sujet, nos données indiquent que les acteurs des unités néonatales visitées dans le cadre de cette étude déploient beaucoup d'efforts afin de transférer vers les centres hospitaliers de niveau I ou II, dès que la condition médicale des patients le permet, les bébés externes ou les bébés nés de clientes externes :

« Je peux vous dire qu'on travaille très fort sur la gestion des lits. Parce qu'à l'Agence de Montréal, ils sont au courant, là, qu'on les vit les problèmes d'effectifs nous aussi. Donc, on fait une gestion de lits très, très serrée. On essaye, avec l'équipe médicale, de favoriser les transferts vers l'extérieur. Parce que nous, on est d'accord pour les prendre ces enfants-là mais, dès que leur niveau de soins diminue, bien là, on essaye de les retourner dans leurs milieux d'origine. Puis ça, on est assez actifs ».

(Gestionnaire, Site 1)

« Et, on s'aperçoit, depuis deux ans, que le visage de la néonate est après changer, puis que les médecins ont tendance à aller chercher des bébés d'une plus grande complexité. Donc, ceux qui sont de notre clientèle restent ici mais, ceux qui viennent d'ailleurs, on a tendance, je pense, à les retourner plus rapidement... ».

(Gestionnaire, Site 2)

Afin de supporter ces efforts, l'Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal a produit, au cours de l'année 2006, un document répertoriant le niveau maximal de soins pouvant être offert dans l'ensemble des centres hospitaliers prodiguant des services néonataux au Québec. Ce document, basé sur la typologie de la Société canadienne de pédiatrie, permet aux unités néonatales de niveau III de donner congé à leurs patients au moment précis où ces derniers atteignent le niveau de soins pouvant être offert par le centre de niveau I ou II en question :

« De toute façon, en plus de ça, à l'Agence justement, il y a eu un document de fait. Nous autres, on devait écrire c'est quoi... c'est quoi les services qu'on offre. Puis chaque centre... chaque autre centre hospitalier devait le remplir aussi, là... ».

(Gestionnaire, Site 2)

Parallèlement, l'Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal a également adopté, au cours de la dernière année, des « normes minimales requises afin de transférer de façon sécuritaire un nouveau-né vers un centre régional accoucheur » (Voir : Tableau 4.12). Ces normes viennent en quelque sorte compléter ou préciser, dans le contexte québécois, celles proposées par la Société canadienne de pédiatrie.

Tableau 4.12 : Normes minimales requises afin de transférer de façon sécuritaire un nouveau-né vers un centre régional accoucheur

Soins : <ul style="list-style-type: none"> • Moniteur cardiaque et d'apnée, oxymétrie ; • Administration d'oxygène et lunette nasale ; • Photothérapie ; • Gavage ; • Perfusion intraveineuse (initier et maintenir) ; • Administration de caféine PO ; • Formation en réanimation néonatale ; • Incubateur ou lit chauffant.
Ressources humaines : <ul style="list-style-type: none"> • Infirmière et inhalothérapeute pouvant donner les soins requis
Effectifs médicaux : <ul style="list-style-type: none"> • Pédiatre ou médecin de famille avec expertise en soins mère-enfant (si manque de disponibilité d'un pédiatre).
N.B. Il est attendu que lorsque les soins tertiaires pour le nouveau-né ne sont plus requis, le centre régional accoucheur, situé à une distance acceptable du domicile des parents, devra accepter le transfert du nouveau-né.
Source : Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal.

Or, malgré l'ensemble de ces efforts, on observe, en pratique, quelques ratés :

« Puis, c'est sûr qu'il y a des choses qui sont écrites là-dedans qui ne sont pas tellement le reflet de la réalité. Tu sais, c'est comme être capable de maintenir une veine ouverte pour donner un antibiotique, là. Bon, il y a des centres qui vont écrire « oui » dans le document de l'Agence. Par contre, c'est arrivé où on a dû transférer un patient puis qu'ils nous l'ont retourné parce qu'ils n'étaient pas capables de tenir la veine ouverte. Puis là, ça l'a été beaucoup, beaucoup de trouble parce qu'il a fallu aller rechercher le patient. Ça fait que les filles ont appris qu'à cette place-là, à l'avenir, on va transférer un patient seulement quand il va rester, je ne le sais pas, juste des gavages à faire. Ça fait que dans le fond... Il faut s'adapter à chacun des centres».

(Gestionnaire, Site 2)

« Je sais qu'il y a certains hôpitaux, mais les infirmières, les assistantes, puis les médecins le savent mieux que moi... À tel hôpital, ils ne peuvent pas... jusqu'où ils peuvent aller. Ça fait qu'ils décident de transférer le patient au moment où il est prêt pour cet hôpital-là. Ils... comment je pourrais te dire ça ? Peut-être que dans un autre centre régional, ils seraient capables de le prendre mais à tel hôpital, ce n'est pas le cas... ».

(Gestionnaire, Site 2)

Ces commentaires sont intéressants car ils nous permettent d'apporter deux éléments supplémentaires qui peuvent contribuer à accentuer le phénomène de congestion dans les unités néonatales de niveau III, ainsi qu'à induire notre chaîne des effets collatéraux. Premièrement, en soulignant le besoin de devoir adapter les transferts de patients à la réalité individuelle de chacun des centres hospitaliers, ces commentaires mettent en évidence ce que nous pourrions qualifier de « gestion passive des lits et des flux de patients ». Par cette notion de passivité, nous voulons simplement illustrer le fait que les unités néonatales de niveau III, du moins celles que nous avons visité dans le cadre de cette

étude, semblent n'avoir d'autre choix que d'attendre le moment précis où le patient devant être transféré vers un centre de niveau I ou II donné, atteigne le niveau de soins pouvant être effectivement offert, à ce moment précis, par le centre en question. En fait, malgré l'existence d'une classification formelle, celle réalisée par l'Agence de la Santé et des services sociaux de Montréal, nos données empiriques tendent à mettre en évidence l'existence d'une classification informelle, beaucoup plus complexe, qui tient compte du contexte ou de la réalité individuelle de chaque centre hospitalier en particulier.

Concrètement, sur la base des données recueillies, nous observons que les mêmes facteurs qui contribuent à l'établissement du système de déversoirs allant des centres de niveau I ou II vers les centres de niveau III agissent également, à l'autre extrémité du continuum de soins, dans les flux externes de patients allant des unités néonatales de niveau III vers les centres hospitaliers de niveau I et II. C'est ce que résumément les commentaires ci-dessous :

« Est-ce que c'est problématique ? Tu sais, ces discussions-là on été faites au niveau du Comité régional de néonatalogie, à l'Agence. Et, c'est beaucoup en lien avec la pénurie de personnel, le manque de compétence de la part du personnel, puis le manque d'équipements. Ça fait que ça, c'est comme des variables dont il faut tenir compte. Donc, si aujourd'hui on appelait à l'hôpital X (Niveau II) afin de transférer un patient, bien peut-être qu'aujourd'hui les gens de cet hôpital nous diraient : « Non. Ça va aller à demain ». Ça fait que je vous dirais que notre situation n'est pas celle du Site 1. Mais ça pourrait nous arriver, dans certaines circonstances... Mais je sais que les gens font comme des pressions pour que le bébé parte... Parce que nous, quand il faut libérer le lit, bien... Mais il y a des choses qui, à mon avis, deviennent presque normales. Des fois, t'es tellement habitué d'attendre... de te faire dire d'attendre... ».

(Gestionnaire, Site 2)

« Ça fait que oui. Des fois, on retarde un congé à cause de ça... Souvent, c'est retardé parce qu'ils vont nous dire qu'ils n'ont pas de personnel, eux autres aussi. Ça fait qu'on est un peu tous dans la même situation ».

(Gestionnaire, Site 2)

« Quand on pense que durant l'été l'hôpital P nous menace régulièrement de fermer sa maternité, de fermer sa pouponnière. Bien, ce n'est pas le Tiers-Monde, là. L'hôpital P, c'est juste de l'autre bord du pont, là... Ça veut dire... Autrement dit, pour nous, ce que ça veut dire, c'est que les bébés qui habitent dans cette région-là, on ne peut pas les retourner dans leur région ou ça nous prend des essais, de multiples essais... Puis les bébés, on les garde cinq ou sept jours de plus avant de finir par les retourner dans leur région. Donc, ça prend des lits encore plus longtemps ».

(Néonatalogiste, Site 1)

« Un hôpital secondaire, c'est n'importe quel hôpital où il y a un pédiatre. Mais, c'est comme à l'hôpital T, ils ont un pédiatre, mais il est là une fois par mois. Nous autres, si on envoie un bébé qui va passer deux semaines là-bas, si ça ne tombe pas sur la semaine où le pédiatre est là, bien les filles ne sont pas capables de s'occuper de ce bébé-là. Tu sais, le bébé part, il a un moniteur, il a de la caféine... ».

(Infirmière de transferts à rebours, Site 1)

Parallèlement, tout comme pour le Site 2, plusieurs centres de niveau I ou II ont opté pour la cohabitation continue des mères et des enfants (c.-à-d., *L'Initiative Hôpital Ami des Bébés*). Cette décision a notamment eu pour conséquence la fermeture ou la réduction de la taille des pouponnières de niveau I dans ces centres hospitaliers. Par conséquent, on est ainsi venu réduire, voire éliminer, la capacité de ces centres à accepter les demandes de transferts provenant des centres de niveau III.

Ainsi, une pénurie quantitative de personnel médical ou infirmier, une pénurie qualitative de personnel infirmier (par ex. : manque d'expertise, de formation) ou encore une pénurie de ressources matérielles peuvent venir contribuer à ralentir les flux externes de patients allant des centres de niveau III vers les centres de niveau I ou II. Parallèlement, les commentaires ci-dessus nous permettent de comprendre que toute fluctuation de la capacité d'offre de services au sein d'un centre de niveau I ou II peut être associée, tout comme pour les cas de « forcer le système », au phénomène des « admissions rebonds ». Ensemble, ces deux dynamiques contribuent à la problématique de congestion des lits au sein des unités néonatales de niveau III ainsi qu'à la mise en place de notre chaîne des effets collatéraux.

Par ailleurs, le degré de spécialisation des soins offerts au Site 1 vient, dans certains cas, s'ajouter à la liste des variables qui ralentissent les flux externes de patients allant de ce site vers les centres de niveau I ou II. En effet :

« Il y a l'ophtalmo. Ça, c'est surtout un irritant pour les médecins, là... Parce que les bébés qui sont suivis en ophtalmologie, à part à l'Hôpital H (RUIS 4), bien il n'y a pas d'ophtalmologiste pédiatrique dans les autres hôpitaux en périphérie. Donc, si les bébés sont suivis en ophtalmo pour une rétinopathie ou autre, bien c'est souvent des bébés qui restent ici pendant des semaines ».

(Infirmière de transferts à rebours, Site 1)

Au-delà de l'influence des différentes variables abordées jusqu'à présent, notons que les unités néonatales de niveau III dépendent du réseau ambulancier de l'Île de Montréal, de Québec ou de Sherbrooke afin de pouvoir réaliser leurs transferts (congés) de patients vers les centres de niveau I ou II. Or, cette relation de dépendance vient s'ajouter aux autres facteurs qui contribuent à ralentir les flux externes de patients. En effet :

« Ça peut aussi venir d'Urgences Santé, par exemple. Parce qu'à Urgences Santé, réaliser un transfert de bébé, ce n'est pas considéré comme urgent. Ça fait que des fois, ils vont les mettre en fin de journée. Puis, finalement, ils peuvent nous rappeler pour nous dire : « Bien là, on n'a pas le temps... ce n'est pas aujourd'hui, ça va aller à demain, là ».

(Gestionnaire, Site 2)

Parallèlement, il ne faut pas non plus négliger le fait qu'une hospitalisation sur une unité néonatale de niveau III entraîne la création d'une relation de confiance entre les parents et le personnel médical, infirmier et professionnel de cette unité. Or, l'existence de cette relation de confiance s'ajoute aussi à la liste de variables qui viennent complexifier, dans certains cas, les flux externes de patients des centres de niveau III vers les centres hospitaliers de niveau I ou II. En effet :

« Puis là, quand les bébés sont aux soins intermédiaires puis qu'on veut les transférer dans un autre hôpital, ça aussi c'est un choc. Il y a des parents, c'est ça qu'ils veulent : « Quand est-ce que vous allez le transférer ? Quand est-ce que vous allez... ? ». Puis d'autres, ils ne veulent pas. Ils veulent rester ici. Et maintenant, on n'a plus vraiment le droit de les forcer à partir.

(Infirmière de transferts à rebours, Site 1)

« Je sais qu'il y a des parents qui proviennent d'autres centres hospitaliers et qui veulent rester chez nous parce qu'ils ont créé leur lien de confiance avec nous. Ça fait qu'on ne peut pas les retourner dans leur centre s'ils ne veulent pas s'en aller... Dans le fond, on retourne juste les bébés dont les parents acceptent d'être transférés ailleurs... Alors ça, ça l'a comme conséquence qu'on doit garder les patients plus longtemps à l'unité ».

(Infirmière, Site 2)

En réponse aux différents facteurs que nous venons d'énoncer, et qui viennent notamment complexifier la gestion des lits et des flux externes de patients, les acteurs des Sites 1 et 2 ont développé le concept des « transferts à rebours ». Essentiellement, les « transferts à rebours », qui reposent sur une entente avec les parents, visent à retourner dans les centres hospitaliers où ils auraient dû naître, et ce dès que leur état de santé le permet, les bébés externes ou les bébés nés de clientes externes. Précisons qu'en raison du volume important de patients se qualifiant pour ce type de transfert, les acteurs du Site 1 ont décidé de créer un poste d'infirmière spécifiquement dédié à cette fonction. Quant au Site 2, les transferts à rebours y sont généralement assumés par l'infirmière responsable du

patient ou par une infirmière du quart de travail sortant (par ex. : une infirmière du quart de travail de nuit pourra être gardée en heures supplémentaires sur le quart de travail de jour afin de réaliser le transfert en question ou pour assurer les soins des patients alors que sa collègue de jour accompagnera le patient durant le transfert).

Concrètement, pour ce qui est du Site 1, les données de l'étude indiquent que la formalisation d'un poste d'infirmière aux transferts à rebours a permis, dans un premier temps, d'améliorer la continuité des soins et de faciliter la transition, pour la clientèle, entre le Site 1 et les centres de niveau I ou II :

« Habituellement, ça va assez bien. Il y a environ deux ans et demi, on a mis sur pied le projet pilote des transferts à rebours. Puis, depuis ce temps-là, je pense qu'on a augmenté beaucoup la satisfaction des centres référents. Parce qu'il y a un meilleur suivi qui se fait. L'infirmière qui s'en occupe donne des nouvelles, rappelle à l'hôpital après le transfert pour savoir si ça s'est bien déroulé. Elle s'informe aussi de comment est le bébé et elle rappelle également les parents pour faire un suivi. Donc, il y a une meilleure préparation des dossiers mais aussi une meilleure transition entre l'unité néonatale et le centre référent en question ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

« Pour réaliser les transferts à rebours et déterminer où les bébés peuvent être transférés, j'ai visité, il y a quelques années, tous les hôpitaux avec qui on fait affaire. J'ai rencontré les infirmières et les médecins. Donc, je connais bien les hôpitaux puis je sais, en fonction de l'état de santé du bébé, vers quel centre hospitalier on peut le diriger. Tu sais, je connais bien les hôpitaux. Je fais aussi le tour des patients qui sont sur notre unité à tous les jours, du lundi au vendredi. J'essaye aussi de voir les parents. Alors, je sais qui est prêt ou non pour partir. Des fois, les médecins m'arrivent puis me disent : « Bien là, on va envoyer lui, lui et lui ». Puis là, je leur réponds : « Bien non. Tu ne peux pas envoyer ce patient-là parce

qu'il a ça ou parce que ceci n'a pas encore été fait... ». Puis là, ils me disent : « Ah ! Je ne savais pas ». Bien c'est sûr. Les patrons changent à chaque semaine⁸³. Ça fait qu'ils n'ont pas toute l'histoire. Moi, je suis là tous les jours. Ça fait que je suis bien au courant de ce qui se passe dans le dossier. Tu sais, je suis comme le lien... ».

(Infirmière de transferts à rebours, Site 1)

Ainsi, l'infirmière aux transferts à rebours permet, dans une certaine mesure, d'atténuer les bris de continuité qui découlent du fait de forcer le système ou ceux associés aux flux normaux de patients. Parallèlement, de par ses fonctions, cette infirmière développe également une connaissance intime (spécialisation) de la structure et du mode de fonctionnement des autres centres hospitaliers du réseau. Cette connaissance lui permet notamment de déterminer le moment opportun afin de réaliser les transferts en question. De plus, la présence constante de cette infirmière, ainsi que les contacts quasi journaliers qu'elle établit avec les parents, permet de faire évoluer la relation de confiance qui s'est établie entre ces derniers et un centre hospitalier en particulier vers une relation de confiance envers un réseau plus large de centres hospitaliers. De ce fait, elle joue un rôle capital dans la gestion des lits et des flux de patients parce qu'elle contribue à influencer la décision parentale d'accepter ou non le transfert de leur(s) enfant(s) vers un centre hospitalier de niveau I ou II. De manière générale, cette infirmière peut être vue comme une autre stratégie d'adaptation, mise en place par les acteurs de l'unité néonatale du Site 1, afin de pallier aux dysfonctions du système.

« Puis là, on a de plus en plus de difficultés à envoyer les enfants vers les autres hôpitaux parce que les parents ne veulent pas : « Non ! J'aime mieux rester ici ». Bien là, ce n'est pas tout. Moi, je vais les talonner jusqu'à temps qu'ils cèdent. C'est ma mission ! ».

(Infirmière de transferts à rebours, Site 1)

⁸³ Au sujet du mode de prise en charge médicale observé au Site 1, mentionnons que les néonatalogistes y font des gardes de sept jours consécutifs. Au cours d'une même semaine, deux néonatalogistes sont responsables de la prise en charge médicale des patients. Ces médecins sont toutefois attirés à une portion spécifique de l'unité (par ex. : soins intensifs ou soins intermédiaires). Par conséquent, les flux internes de patients, ainsi que les changements fréquents de garde, font en sorte qu'il est difficile, pour les médecins, d'assurer un suivi étroit des patients.

Au moment de collecter les données de cette étude, l'infirmière aux transferts à rebours du Site 1 était en train de développer un autre aspect de son rôle dont le but sera de faciliter la gestion des lits et des flux de patients ou, en d'autres termes, d'atténuer le phénomène de congestion des lits. En effet, nous avons vu, ci-dessus, que la durée de séjour de certains patients de l'unité néonatale du Site 1 pouvait être prolongée par le seul fait que ces derniers requièrent des services médicaux spécialisés non offerts dans les centres hospitaliers régionaux (Niveau I ou II).

« Donc, ce que j'ai commencé à faire, c'est que les patients qui sont suivis aux deux semaines en ophtalmo, on les laisse partir vers les centres de niveau II. Puis, le jour de leur examen, je vais les chercher en ambulance et je les emmène ici. Puis, quand ils ont terminé, je vais les reconduire dans les centres de niveau II. Il y a des hôpitaux qui nous les emmènent, mais la majorité des centres ne le fait pas. Ça, c'est quelque chose que je veux travailler avec les hôpitaux pour que de plus en plus... Mais ils n'ont pas d'incubateurs de transport, ils ne peuvent pas voyager les bébés... Tu sais, ça, c'est des bébés qu'on gardait un minimum deux semaines de plus chez nous parce qu'ils étaient vus en ophtalmo puis qu'on ne voulait pas les transférer. Tandis que maintenant, je les transfère puis je vais les rechercher».

(Infirmière aux transferts à rebours, Site 1)

Au cours de la prochaine sous-section, nous nous attaquerons à la question du syndicalisme infirmier. Plus spécifiquement, nous décrirons en quoi l'application de certains principes syndicaux fondamentaux est reliée, à sa manière, à la mise en place de notre chaîne des effets collatéraux.

4.2.5 Le syndicalisme infirmier et les pénuries

Dans la présente sous-section, nous nous intéresserons au syndicalisme infirmier en examinant les modes d'application de deux principes syndicaux fondamentaux : le principe d'ancienneté et le principe d'égalité. Plus spécifiquement, nous verrons comment l'application des ces principes, dans le contexte particulier des unités néonatales de soins intensifs, contribue à induire notre chaîne des effets collatéraux (Voir : Figure 4.4). Enfin, nous verrons comment des modifications apportées aux règles bureaucratiques, dont l'objet est de corriger les diverses problématiques qui découlent de l'application des principes syndicaux d'ancienneté et d'égalité ou encore du mode de gestion des lits et des flux de patients, contribuent à accroître les coûts de gestion du personnel et, dans certains cas, à réduire leur satisfaction au travail.

4.2.5.1 Principe d'ancienneté, octroi de postes et d'autres privilèges : Une source de pénuries

L'octroi de postes aux membres du personnel infirmier d'une unité néonatale de soins intensifs, tout comme pour les autres unités de soins, est déterminé par l'application des dispositions locales de la convention collective, telles que négociées entre le centre hospitalier employeur et l'unité syndicale locale. Dans le cadre de la présente étude, le personnel infirmier du Site 1 et celui du Site 2 était représenté par deux unités syndicales distinctes⁸⁴. Le Tableau 4.13, ci-dessous, donne les règles d'octroi des postes qui étaient en vigueur au Site 1 et au Site 2 au moment de collecter les données de cette étude. Précisons que dans les deux cas, le second alinéa de ces règles fait notamment référence à l'octroi des postes d'infirmières cliniciennes⁸⁵. Dans ces cas, le processus de sélection et d'octroi des postes peut être balisé par des lettres d'ententes locales. À titre d'exemple, le Tableau 4.14, ci-dessous, décrit le processus de sélection et d'octroi des postes d'infirmières cliniciennes qui était en vigueur au Site 1. Quant au Site 2, les postes d'infirmières cliniciennes y sont accordés aux candidates les plus compétentes, et ce sur la base d'entrevues de sélection. Cette approche laisse ainsi, comme nous le verrons sous peu, une plus grande marge de manœuvre aux gestionnaires.

⁸⁴ Site 1 : Fédération de la Santé et des Services Sociaux (FSSS), une division de la Centrale des Syndicaux Nationaux (CSN) ; Site 2: Professionnel(le)s en soins de santé unis (PSSU), une division de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ).

⁸⁵ La notion d'infirmière clinicienne fait référence aux infirmières détentrices d'un diplôme universitaire de premier cycle (Baccalauréat).

Tableau 4.13 : Règle d'octroi des postes au personnel infirmier du Site 1 et du Site 2

RÈGLE D'OCTROI DES POSTES AU PERSONNEL INFIRMIER (SITE 1)¹
<p><i>«Un poste couvert par le titre d'emploi infirmière, infirmière auxiliaire ou inhalothérapeute est accordé et comblé par la personne salariée qui a le plus d'ancienneté parmi celles qui ont posé leur candidature, à la condition qu'elles puissent satisfaire aux exigences normales de la tâche.</i></p> <p><i>Tout poste couvert par un autre titre d'emploi que ceux mentionnés à l'alinéa précédent est accordé et comblé par la personne salariée ayant obtenu le meilleur résultat dans le cadre du processus de sélection en vigueur⁸⁶, parmi celles qui ont posé leur candidature et à la condition qu'elle puisse satisfaire aux exigences normales de la tâche».</i></p>
RÈGLE D'OCTROI DES POSTES AU PERSONNEL INFIRMIER (SITE 2)²
<p><i>« Le poste devra être accordé et sera comblé par la salariée qui a le plus d'ancienneté parmi celles qui ont posé leur candidature, à la condition qu'elle puisse satisfaire aux exigences normales de la tâche. Ces exigences doivent être pertinentes et en relation avec la nature des fonctions.</i></p> <p><i>Nonobstant l'alinéa précédent, les postes suivants seront octroyés à la candidate la plus compétente, si plusieurs candidates ont une compétence égale, le poste sera octroyé à celle qui a le plus d'ancienneté :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Infirmière clinicienne assistante infirmière-chef</i> • <i>Assistante-infirmière-chef</i> • <i>Infirmière clinicienne</i> • <i>Assistante-chef inhalothérapeute</i> • <i>Conseillère en soins infirmiers</i> • <i>Infirmière praticienne spécialisée</i> • <i>Infirmière première assistante en chirurgie</i> • <i>Coordonnatrice technique en inhalothérapie</i> • <i>Chargée de l'enseignement clinique en inhalothérapie ».</i>
<p>¹ Source : Dispositions locales de la convention collective entre le Site 1 et le Syndicat des professionnels en soins infirmiers et cardiorespiratoires du Site 1 (24 mai 2007 – 31 mars 2010), Article 107.15.</p> <p>² Source : Convention collective. Dispositions locales entre les Professionnel(le)s en soins de santé unis (PSSU – FIQ) et le Site 2, Article 13.05.</p>

⁸⁶ Voir Tableau 4.14.

Tableau 4.14 : Lettre d'entente concernant les postes d'infirmières cliniciennes (Site 1)

<p>Annexe 5</p> <p>Lettre d'entente concernant les postes d'infirmières cliniciennes</p> <p>CONSIDÉRANT les difficultés rencontrées pour combler certains postes d'infirmière clinicienne avec des candidatures d'infirmières cliniciennes ;</p> <p>CONSIDÉRANT l'intérêt démontré pour ces postes par d'autres personnes salariées infirmières qui ne sont pas infirmières cliniciennes ;</p> <p>CONSIDÉRANT la volonté de l'employeur de reconnaître l'expertise et les compétences des infirmières détenant un diplôme d'études collégiales (DEC) ;</p> <p>Les parties conviennent de ce qui suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tous les postes d'infirmières cliniciennes sont accessibles tant aux infirmières titulaires d'un baccalauréat reconnu qu'aux infirmières titulaires d'un DEC. L'évaluation des candidatures s'effectue en trois étapes, de la façon suivante : <p>ÉTAPE 1 – TEST ÉCRIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Le test écrit représente un maximum de vingt-cinq (25) points sur la note globale de cent (100). 3. Le test écrit est un test général, valable pour tous les postes d'infirmière clinicienne. Une fois le test réussi par la personne salariée, il est valide pour une durée de deux (2) ans. Le test doit être subi et réussi avant que la personne salariée ne pose sa candidature sur un poste d'infirmière clinicienne. 4. La personne salariée peut, à sa demande, passer le test écrit un maximum de deux (2) fois par année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre de la même année. L'employeur utilise dans un tel cas la note la plus élevée entre les deux (2) tests. 5. Le candidat doit obtenir la note de passage minimale de dix-sept (17) sur vingt-cinq (25) pour être admis à l'étape suivante. <p>ÉTAPE 2 – FORMATION ACADÉMIQUE, EXPÉRIENCE ET ÉVALUATION DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT</p> <p><i>Formation académique</i></p> <p>La formation académique de la personne salariée représente un maximum de quinze (15) points sur la note globale de cent (100).</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. La formation académique est évaluée de la façon suivante : <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) certificat reconnu équivaut à cinq (5) points ; • Deux (2) certificats reconnus équivalent à dix (10) points ; • Un baccalauréat en sciences infirmières ou un baccalauréat comportant trois (3) certificats admissibles (dont au moins deux (2) certificats reconnus en soins infirmiers) représente quinze (15) points. 7. Les certificats actuellement reconnus par l'employeur sont ceux énumérés au paragraphe 7.03 de l'annexe N de la convention collective nationale en vigueur. <p><i>Expérience de travail</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. L'expérience de travail de la personne salariée représente un maximum de quinze (15) points sur la note globale de (100). <p>Source : Dispositions locales de la convention collective entre le Site 1 et le Syndicat des professionnels en soins infirmiers et cardiorespiratoires du Site 1 (CSN) (24 mai 2007 – 31 mars 2010), Annexe 5.</p>

Tableau 4.14 : Lettre d'entente concernant les postes d'infirmières cliniciennes (Suite)

9. L'expérience de travail de la personne salariée est calculée de la façon suivante :
- Entre 0 et 2 ans d'expérience (heures travaillées en équivalent temps complet) : aucun point n'est attribué ;
 - De 2 ans et 1 jour à 5 ans d'expérience (heures travaillées en équivalent temps complet) : dix (10) points si l'expérience a été acquise dans le même service que le poste sur lequel elle a posé sa candidature ou six (6) points si l'expérience a été acquise à l'extérieur de ce service ;
 - Plus de 5 ans d'expérience (heures travaillées en équivalent temps complet) : quinze (15) points si l'expérience a été acquise dans le même service que le poste sur lequel elle a posé sa candidature ou neuf (9) points si l'expérience a été acquise à l'extérieur de ce service.

10. Si la personne salariée a acquis de l'expérience à la fois dans le service et à l'extérieur du service, l'employeur ne retient qu'un seul des deux pointages, soit celui le plus favorable à la personne salariée.

Pour que l'expérience de travail dans le service soit reconnue aux fins d'application de la présente, l'expérience doit avoir été acquise dans les dix (10) années précédant la date de fin de l'affichage, et la personne salariée doit avoir fourni une prestation de travail d'au moins dix (10) jours dans ce service dans les cinq années précédant la date de fin de l'affichage.

Évaluation du supérieur immédiat

11. L'évaluation du supérieur immédiat de la personne salariée représente un maximum de quinze (15) points sur la note globale de cent (100).
12. L'évaluation du supérieur immédiat de la personne salariée est faite par écrit, conformément à une grille d'évaluation standard déterminée par l'employeur, et est valide pour une période d'un (1) an. Toutefois, la personne salariée peut demander et obtenir de son supérieur immédiat une nouvelle évaluation après une période de six (6) mois.

ÉTAPE 3 – ENTREVUE DE SÉLECTION

13. L'entrevue de sélection représente un maximum de trente (30) points sur la note globale de cent (100).
14. Seuls les huit (8) candidats ayant eu le meilleur pointage pour les étapes 1 et 2 combinées sont convoqués par l'employeur et rencontrés en entrevue de sélection.
15. Le résultat de l'entrevue de sélection est valide pour une période d'un (1) an, pour tout poste identique, dans le même secteur. Toutefois, la personne salariée peut demander en lieu et place à être revue en entrevue de sélection, pour un poste identique pour lequel elle se qualifie en vertu du paragraphe 14.

Octroi du poste d'infirmière clinicienne

16. Le poste à combler est offert au candidat qui a obtenu le meilleur pointage global (étape 1, 2 et 3 combinées), à la condition toutefois que ce pointage soit de soixante-cinq pour cent (65%) ou plus. Si plus d'un candidat arrive ex aequo, l'employeur accorde le poste au candidat ayant le plus d'ancienneté.
17. Si la personne salariée qui obtient le poste ne détient pas un baccalauréat en sciences infirmières ou un baccalauréat comportant trois (3) certificats admissibles dont au moins deux (2) sont en soins infirmiers, celle-ci conserve alors le titre d'emploi d'infirmière (2471) et la rémunération s'y rattachant. L'ensemble des tâches et fonctions reliées à ce poste demeure toutefois les mêmes que pour l'infirmière clinicienne.
18. Nonobstant le paragraphe précédent, la période d'initiation et d'essai reliée à un tel poste, tel que prévu au paragraphe 107.24 de la convention collective locale en vigueur, est celle du titre d'emploi d'infirmière clinicienne.

Source : Dispositions locales de la convention collective entre le Site 1 et le Syndicat des professionnels en soins infirmiers et cardiopulmonaires du Site 1 (CSN) (24 mai 2007 – 31 mars 2010), Annexe 5.

Dans les pages qui suivent, nous nous intéresserons plus spécifiquement à l'application du principe d'ancienneté aux titres d'emplois d'infirmière⁸⁷ et d'infirmière clinicienne. En effet, bien que nos données indiquent que des dynamiques similaires à celles que nous allons décrire touchent également les inhalothérapeutes, l'objet de la présente étude nous amène à concentrer notre propos sur le personnel infirmier. Ainsi, l'octroi de postes aux infirmières et, dans une moindre mesure, aux infirmières cliniciennes, repose sur le principe d'ancienneté par lequel l'employée détenant le plus grand nombre d'années de service se voit octroyer le poste convoité. Parallèlement, l'application du principe d'ancienneté constitue l'un des principaux mécanismes par lequel les membres du personnel infirmier pourront accéder au système de privilèges et de récompenses de leur centre hospitalier :

« Bon, pour les gens, il y a aussi toute l'histoire... Bon, l'ancienneté, là. Tout ce que l'ancienneté amène dans la vie, là. Une stabilité, un poste de jour, le choix des vacances... Et ça, c'est comme ça depuis toujours ».

(Gestionnaire, Site 1)

Au plan individuel, ce couplage entre l'ancienneté et l'accès au système de privilèges et de récompenses comporte l'avantage de reconnaître et de récompenser la loyauté d'un individu envers son employeur. Au plan collectif, cependant, ce mode de fonctionnement tend à favoriser la création d'un gradient d'expertise où les infirmières ne détenant que quelques années d'expérience sont majoritairement concentrées sur le quart de travail de nuit, alors que les plus anciennes sont principalement regroupées sur le quart de travail de jour. Comme nous le verrons dans les pages qui suivent, ce mode de fonctionnement tend, en plus de favoriser la création d'une pénurie qualitative d'expertise, à accentuer périodiquement la pénurie quantitative d'infirmières, à influencer la qualité de la prise en charge offerte à la clientèle ainsi que la santé au travail des infirmières.

⁸⁷ L'unité néonatale du Site 1 emploie également des infirmières auxiliaires dans son unité de soins intermédiaires (Niveau II). Les dynamiques que nous décrivons dans les pages qui suivent s'appliquent également à cette catégorie de personnel. Toutefois, par souci de concision et de clarté, nous limiterons notre propos aux catégories d'emplois d'infirmière et d'infirmière clinicienne.

Ainsi, les données recueillies mettent en évidence que l'application du principe d'ancienneté contribue à la mise en place d'un gradient d'expertise qui comporte un certain nombre d'effets pervers. Avant de les décrire, précisons que les données de l'étude tendent à supporter l'idée selon laquelle ces effets se font ressentir de manière plus saillante au Site 1 qu'au Site 2. Deux motifs peuvent contribuer à expliquer cette distinction entre les deux sites. Parmi ceux-ci, nous avons déjà noté que le processus d'octroi des postes d'infirmières cliniciennes (c.-à-d., bachelières), tel qu'appliqué au Site 2⁸⁸, permet aux gestionnaires de ce site de bénéficier d'une plus grande marge de manœuvre par rapport à leurs collègues du Site 1. Ainsi :

« Tu sais, on est un hôpital universitaire affilié. Ce qui fait en sorte qu'on reçoit beaucoup de stagiaires. Et puis, ce que l'Université nous demande, c'est que ce soit des bachelières qui orientent des futures bachelières en sciences infirmières. Puis, il nous faut aussi avoir un certain pourcentage de bachelières dans l'unité. Puis ça, ça écœure pas mal les infirmières parce que tu as des petites jeunes qui arrivent avec un baccalauréat et qui obtiennent des postes de jour à temps complet... Puis moi, j'en veux des bachelières parce que justement, pour orienter, pour accompagner les stagiaires, pour faire des projets... Parce que ça, c'est un petit peu un défaut des non bachelières. Elles n'embarquent pas facilement dans les projets. Admettons qu'on veut changer le plan de soins, bien il y en a beaucoup qui vont me dire : « Ah ! Non. Moi, je n'ai pas de bac. Non. Ça ne m'intéresse pas. Je n'ai pas de bac ». Ça fait que regarde, ça nous en prend des bachelières, mais ça amène quand même un certain conflit avec les autres infirmières et ce n'est pas nécessairement facile. Puis, c'est sûr que les postes de bachelières, j'en veux de jour et de soir, parce que c'est là qu'elles viennent les étudiantes. Puis, c'est sûr qu'on en veut aussi de nuit parce qu'il faut orienter les nouvelles embauchées. Mais ça, de nuit, ça va bien. Présentement, c'est surtout de jour que c'est difficile parce que les bachelières se trouvent à passer par-dessus des filles qui

⁸⁸ Un second motif sera présenté et discuté plus loin dans ce chapitre.

n'ont pas de baccalauréat et qui sont plus anciennes. Tu sais, il y a des infirmières qui sont à .7 depuis longtemps et qui ne sont pas capables d'avoir un temps complet de jour parce qu'il n'y en a pas. Puis, dès qu'il y en a un qui se libère, je l'affiche bac. Mais, je n'ai pas le choix, j'ai besoin d'en avoir des bacs. Puis, nous autres ici, ça marche par entrevue, les postes de bachelières. Alors la fille peut avoir six mois d'ancienneté puis obtenir un poste bac de jour. Alors c'est sûr que ça crée de la frustration chez les autres infirmières. Tu sais, elles n'aiment pas ça puis elles me le disent. Ça les écœurent qu'une jeune ait un poste de jour...».

(Gestionnaire, Site 2)

Ainsi, que se soit en convertissant des postes d'infirmières en postes d'infirmières cliniciennes, ou par le processus d'octroi de postes aux infirmières cliniciennes, les gestionnaires du Site 2 peuvent, en quelque sorte, contourner l'application du principe d'ancienneté afin de permettre à des infirmières plus jeunes, détentrices d'un diplôme universitaire de premier cycle, d'accéder au privilège de détenir un poste de jour à temps complet. De plus, par de telles stratégies, ces gestionnaires peuvent également répondre à une norme institutionnelle provenant des universités ainsi que satisfaire aux besoins de son unité en ce qui a trait à la réalisation de divers projets cliniques. Outre ce processus d'octroi des postes, les gestionnaires du Site 2 font également usage d'un second mécanisme leur permettant de contourner l'application du principe syndical d'ancienneté. Il s'agit des de la création d'équipes volantes sectorielles⁸⁹.

⁸⁹ L'expression « équipe volante » sert à désigner un groupe de travailleurs détenant une connaissance approfondie de la plupart des postes-clés dans les différentes unités de production d'un centre hospitalier. Spécialement entraîné à cette fin, ce personnel est habituellement gardé en disponibilité pour faire face à certaines situations d'urgence ou pour combler les besoins particuliers en personnel au fur et à mesure qu'ils se présentent. Par extension, l'expression « équipe volante sectorielle » sert à désigner un groupe de travailleurs qui détient une connaissance approfondie de la plupart des postes-clés propres à un secteur particulier d'activités d'un centre hospitalier (par ex. : Un programme clientèle). Cette équipe permet ainsi de combler certains des besoins en personnel de ce secteur particulier d'activités, à mesure qu'ils se présentent, en facilitant la mobilité du personnel. En ce sens, l'existence d'équipes volantes générales et sectorielles peut être vue comme une autre des stratégies d'adaptation dont disposent les unités néonatales afin de faire face aux fluctuations de l'offre et de la demande de services.

« On a créé l'équipe volante sectorielle afin de mieux faire face à la pénurie d'infirmières. Et, ce qu'on remarque, c'est que les jeunes infirmières aiment mieux avoir ça, parce que c'est un poste stable... Elles aiment mieux avoir un poste qui se promène entre la néonatalogie, la salle d'accouchement puis le mère-enfant, que d'avoir un poste à l'équipe volante. Ça leur permet d'avoir leur propre poste puis des garanties ».

(Gestionnaire, Site 2)

En effet, nos données indiquent que les équipes volantes sectorielles sont particulièrement appréciées par les jeunes infirmières car ces dernières peuvent ainsi se voir octroyer un poste sur le quart de travail de jour ou de soir avec les différents privilèges qui l'accompagnent. De plus, du point de vue de ces infirmières, ces postes comportent également l'avantage, comparativement aux équipes volantes traditionnelles, de permettre le développement d'une expertise à l'intérieur d'un secteur particulier d'activités (par ex. : Programme Santé de la femme et de l'enfant) qui ne contient que quelques unités de production distinctes. Puisque les infirmières plus expérimentées manifestent peu d'attrait pour ces postes – elles préfèrent en fait demeurer à l'intérieur de l'unité de production où elles ont développé leur expertise (par ex. : Unité néonatale ou salle d'accouchement) – la création d'équipes volantes sectorielles permet ainsi de contourner, bien qu'indirectement, l'application du principe syndical d'ancienneté.

Cependant, bien que l'usage de ces divers mécanismes favorise l'atténuation du gradient d'expertise au Site 2, il s'agit toutefois de mécanismes incomplets, et ce parce que l'ensemble des postes d'infirmières ne peut être converti en postes d'infirmières cliniciennes (quotas à respecter) ou en postes d'équipes volantes sectorielles. Enfin, nous notons que le mécanisme de conversion de postes a aussi pour effet pervers de venir influencer la satisfaction au travail des infirmières plus expérimentées, et non détentrices d'un diplôme universitaire de premier cycle, pour lesquelles ce mécanisme constitue une violation du principe d'ancienneté. Avant de poursuivre, soulignons que la mise en place d'équipes volantes sectorielles ou générales peut aussi être vue comme une stratégie d'adaptation, mise en place par les centres hospitaliers dotés d'une unité néonatale de niveau III, afin de pallier aux fluctuations de l'offre et de la demande de service.

Cependant, malgré cet avantage apparent, très peu d'infirmières au sein des équipes volantes générales du Site 1 ou du Site 2, ne sont habilitées à venir travailler en néonatalogie. Par conséquent, l'utilité de cette stratégie d'adaptation, afin de prévenir le déploiement de la chaîne des effets collatéraux, est relativement marginale. Revenons aux effets pervers du gradient d'expertise.

Premièrement, mentionnons que l'existence d'un gradient d'expertise, en favorisant la concentration des jeunes infirmières sur le quart de travail de nuit, contribue à y accentuer ou à y créer une problématique de pénurie quantitative d'infirmières, et ce en favorisant la concentration des retraits préventifs ou autres congés parentaux sur ce quart de travail.

« L'autre problème, c'est qu'on a beaucoup, beaucoup de jeunes infirmières sur le quart de travail de nuit. Je dis jeune, tu sais, qui ont moins de deux ans d'expérience puis moins de 25 ans en âge, qui viennent travailler et qui s'en vont en retrait préventif pour maternité. Ce qui fait qu'on les a sur le plan de roulement, leur nom apparaît, mais elles ne sont pas sur le département. Elles sont chez elles, payées. Ça aussi, ça augmente beaucoup le manque de personnel sur l'unité ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

Deuxièmement, l'existence d'un gradient d'expertise tend à favoriser la création d'une pénurie qualitative d'expertise infirmière sur le quart de travail de nuit. Or, cette pénurie vient à son tour influencer, comme le suggère la citation ci-dessous, la santé au travail des infirmières. En effet :

« Ah ! Oui. C'est effrayant. Nous autres, en néonatalogie, on le vit de façon importante. De nuit, là, l'infirmière qui était la plus vieille quitte pour sa retraite. On a une assistante qui est partie en congé de maternité. Ça fait que la plus vieille qui reste a 14 ans, puis l'autre, après elle, je pense qu'elle a six ans. Ça fait que toutes les autres infirmières ont six ans et moins d'ancienneté et elles font fonctionner... elles travaillent sur une unité de soins intensifs ultra-spécialisée. Elles réussissent à la faire fonctionner, là, mais... Mais

c'est ça. C'est quelque chose qu'elles trouvent difficile à vivre. Il y a un niveau important de stress. Il y a des filles qui sont parties parce qu'elles n'étaient plus capables de fonctionner comme ça. Et, il y en a d'autres qui pensent à partir, elles ne savent pas si elles vont continuer parce que le niveau de stress est trop élevé ».

(Infirmière conseillère en soins infirmiers, Site 1)

Une part du stress vécu par les infirmières de nuit découle du fait que, tant au Site 1 qu'au Site 2, la nuit est la période de la journée où l'ensemble des ressources hospitalières sont le plus difficilement accessibles et le moins présentes physiquement. Par exemple, alors que les deux sites bénéficient, en journée, de la présence physique de néonatalogistes, de médecins spécialistes et d'une variété de professionnels de la santé. La nuit, l'ensemble de ces ressources sont disponibles sur appel seulement; la supervision médicale directe étant habituellement assurée par un médecin résident junior⁹⁰. Ainsi, le système demande à un personnel infirmier et médical peu expérimenté d'assumer seul, tout au long de la nuit, la surveillance de l'état de santé des patients et les soins requis par une clientèle critique. Or, comme le suggère la citation ci-dessus, le stress découlant de cette exigence amène plusieurs infirmières à opter pour des réactions de fuite, c'est-à-dire à quitter l'unité néonatale de soins intensifs pour un autre milieu de travail. Il va sans dire que de telles réactions viennent, à leur tour, accentuer ou créer un état de pénurie quantitative d'infirmières au sein de l'unité néonatale. Outre ces réactions de fuite, les données de l'étude mettent en évidence que les infirmières du Site 1 réagissent également au stress et à l'isolement du travail de nuit par le biais de réactions de lutte qui prennent la forme de débrayages illégaux. C'est ce que les acteurs de ce milieu appellent les « sit in ».

«Supposons qu'on décide de ne pas rentrer au travail parce qu'on juge que les conditions sont trop... ne sont pas sécuritaires pour les patients... Tu sais, parce qu'on trouve que les ratios n'ont pas de bon sens ou parce qu'on doit travailler avec plusieurs nouvelles infirmières qui ont peu d'expérience. Alors, faire un « sit in », c'est dire à l'équipe précédente, donc à l'équipe de soir : « On s'excuse

⁹⁰ Au Site 1, le médecin résident est présent sur l'unité alors qu'au Site 2, il est présent à l'intérieur des murs des l'hôpital.

mais ce n'est pas sécuritaire d'entrer au travail dans ces conditions-là, dans ce contexte-là. Nous restons assises jusqu'à ce que vous trouviez quelqu'un, que vous trouviez d'autres infirmières pour rentrer. Ça fait que souvent, là, une des personnes de soir va accepter de rester, sous pression ou par pitié, je ne sais pas, là ».

(Infirmière de nuit, Site 1)

« La logique des « sit in »... Bien, il y a deux messages que j'entends là-dedans. Parce que j'en ai eu quelques-uns depuis que je suis arrivée en fonction dans le programme et c'est pratiquement toujours en néonatalogie, et c'est pratiquement toujours de soir ou de nuit. Et, quant on creuse avec les infirmières le pourquoi de cette action-là, bien il y a deux réponses qu'on entend. Bon. Il y en a qui nous disent : « Écoutez. Nous là, ça ne nous tentait pas de rester assises ce soir. On s'en venait pour travailler. Par contre, quand on regardait les effectifs qu'on avait, quand on regardait la charge de travail, puis quand on est allé évaluer avec les assistantes du quart de travail qui était en cours ce qui c'était passé, ce qu'il y avait à la salle d'accouchement, ce qui s'en venait, puis tout ça... On réalisait que de rentrer avec l'équipe qui était planifiée pour le quart de travail – mettons la nuit – on mettait vraiment notre clientèle à risque. On sentait qu'on était vulnérable. On a de jeunes infirmières qui ne se sentent pas en confiance... On ne se sentait pas capable, comme équipe, de dire OK ! On fonce, puis on y va quand même ». Alors là, ils nous disent ça. Là, ils nous disent : « Ce n'est pas parce qu'on veut faire le trouble. Ce n'est pas parce que ça ne nous tente pas d'être payé. Ce n'est pas ça du tout. C'est parce qu'on a peur, puis qu'on veut conserver notre licence, puis qu'on ne veut pas faire des erreurs, puis qu'on ne veut pas... ». Puis, la nuit, il y a l'isolement aussi, tu sais. Puis ça, il ne faut pas le négliger. De jour, elles vont prendre le risque, elles vont prendre la chance parce que tu as des médecins sur

place, t'as la chef de service, t'as l'adjointe, t'as le gestionnaire qui est là, t'as la clinicienne, t'as la monitrice... De nuit, elles sont isolées. Donc, moi, je pense que ça joue aussi... L'autre réponse, l'autre commentaire qu'on entend aussi, quand on creuse avec les infirmières le pourquoi d'un « sit in »... Parce que nous, les gestionnaires, quand on prend le pouls de la situation, on se rend compte que finalement l'écart n'était pas si grand que ça puis qu'elles auraient peut-être pu rentrer, puis qu'il n'y avait pas tant de vulnérabilité que ça... Là, elles nous disent : « Bon. Bien écoutez. Nous autres, on se rend compte que quand on agit comme ça, on a beaucoup d'écoute. Il y a une mobilisation de toutes les directions, on a des mégas réunions, puis on est capables de vous exposer tout ce qui nous irrite depuis les derniers mois. Là, on leur a fait comprendre qu'on est accessible puis que si elles ont besoin d'avoir une rencontre, ce n'est pas nécessaire de faire un « sit in » ou de signer une pétition, qu'on est capable de s'asseoir avec elles puis de discuter. Parce qu'à un moment donné, ça devient comme un mécanisme. Ça, moi, je le perçois comme ça... ».

(Gestionnaire, Site 1)

Dans l'optique de réduire ces réactions de fuite et de lutte, associés à la pénurie qualitative de personnel, les acteurs du Site 1 ont opté, au cours de la dernière année, pour la création d'un poste d'infirmière « soutien clinique ». Il s'agit essentiellement d'une infirmière du quart de travail de nuit, plus expérimentée, qui n'a pas de charge de patients et dont le mandat est de soutenir et de superviser les infirmières novices :

« On a un soutien clinique de nuit. C'est la fille que je te disais qui a 14 ans d'ancienneté, là. Donc, elle, on l'a retiré de la liste des infirmières aux patients pour la mettre en soutien clinique afin d'aider les plus jeunes. Donc, elle doit faire des suivis, répondre aux questions... Elle va aider la fille qui a le patient le plus lourd, quant elle voit que cette infirmière-là n'a pas toutes les habiletés requises pour s'en occuper... Puis, déjà, on remarque que ça nous

a beaucoup aidés. Parce que dans la dernière année, la rétention des infirmières a été énorme. Elles sont toutes restées... mais c'est parce qu'elles savaient qu'il y avait quelqu'un. Même si [Nom de la personne en soutien clinique] n'est pas tout le temps là, puis même si elle ne peut pas répondre à tout le monde. Les filles sentaient qu'il y avait quelqu'un... Puis, pour elles, c'était déjà beaucoup. Mais il manque tellement de monde que souvent, elles l'enlèvent puis c'est elle qui devient l'assistante ou elle prend des patients. Ça fait qu'on a essayé de trouver des trucs mais par manque de personnel, on n'est pas capable de la garder ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

Parallèlement, puisque l'état de santé des patients ne s'adapte habituellement pas au niveau d'expertise pouvant être offert par les infirmières d'un quart de travail donné, on constate que le mode de fonctionnement actuel du système, en favorisant la concentration de l'expertise sur les quarts de travail de jour et de soir, vient influencer la qualité de la prise en charge qui est offerte aux patients durant la nuit. En effet :

« Les infirmières de nuit... Évidemment, moi, je suis aussi impliquée dans tout ce qui est erreur de médicament ou façons de diminuer les erreurs de médicaments. Ça fait que c'est sûr que oui, j'ai tendance à voir que les infirmières qui sont moins habituées, puis c'est souvent, je pense, sur les quarts de travail de soir puis de nuit, elles ont peut-être moins l'habitude de certains médicaments, et c'est vrai qu'on a l'impression qu'il y a un petit peu plus d'erreurs sur ces quarts de travail-là. Mais il n'y a pas, non plus, de pharmaciens qui sont sur place pour les conseiller au moment où elles doivent donner le médicament. Ça fait qu'elles ont moins de ressources, j'ai l'impression, de soir puis de nuit ».

(Pharmacien, Site 1)

« Ce n'est pas l'idéal... Bien le Dr X, à Vancouver, celui qui dirige le Canadian Neonatal Network, là. Il s'est amusé à faire des statistiques sur la mortalité selon les heures du jour. Tu sais, c'est clair qu'il y a plus de mortalité la nuit, puis qu'il y a plus de... Tu sais, ça, personne ne va le nier qu'il y a un problème la nuit. Il y a plus de problèmes la nuit, c'est sûr. Mais, je pense que l'administration de l'hôpital a dormi sur ses lauriers depuis très longtemps. Ils... Tout le monde le dit ça. Mais, de là à prendre des infirmières plus expérimentées puis à les faire travailler de nuit. Bien là, c'est sûr que ça va susciter la grogne parce qu'elles sont déjà... Je veux dire, c'est déjà invivable la situation comme elle est. Ça fait que si en plus on demande à ces infirmières-là de travailler la nuit, bien elles vont s'en aller».

(Néonatalogiste, Site 1)

Au sujet de la rotation des quarts de travail, ajoutons que l'ensemble des infirmières du quart de travail de jour, au Site 1, sont détentrices de postes de rotation jour et nuit. Or, malgré l'existence d'une pénurie d'expertise sur le quart de travail de nuit, ainsi que l'existence de données empiriques suggérant que ce manque d'expertise est associé à des taux accrus de mortalité néonatale, les gestionnaires du Site 1, n'appliquent pas ou très peu la rotation :

« Et de penser que tu as gagné cette ancienneté-là jour après jour, mois après mois, et qu'à un moment donné, là, on a un revirement de situation puis maintenant, même si tu as 20 ans d'ancienneté, on fait de la rotation plusieurs fois par année. C'est comme très, très, très gros. Alors, on n'applique pas la rotation ou très peu... Mais, je me dis qu'il va falloir en arriver là. Mais il y a des étapes préalables pour que les gens soient préparés et c'est toujours : « Bien pourquoi en néonatal puis pas ailleurs dans l'hôpital, là? Pourquoi que... »? Parce qu'on se dit que les infirmières ne sont pas folles. Elles vont se dire : « Écoute. Moi, si les conditions se détériorent ici parce que j'ai 20 ans d'ancienneté puis que là, on

m'impose de plus en plus de faire des nuits par rotation. Bien, je vais aller voir ailleurs ». Tu sais, sans aller dans d'autres centres hospitaliers, elles vont aller travailler dans d'autres unités de soins. Ça fait que c'est comme si on souhaite que le mouvement soit plus large... mais, c'est qui, qui va le commencer, là ? Il va falloir qu'il y ait quelqu'un qui le commence en quelque part. Puis, la rotation, bien il y en a dans l'hôpital dans les unités spécialisées, mais c'est quand même à la marge, puis c'est pour des courtes périodes de temps. Je pense qu'on a la culture, la mentalité de dire : « Bien. Il faut essayer de garder notre monde, il faut essayer que les filles soient heureuses au travail, il faut qu'elles sentent que leurs conditions s'améliorent... ». C'est vrai. Je pense que c'est correct, aussi, de penser ça. C'est très légitime. Mais, il y a un envers de médaille quand on fait ça. C'est qu'à un moment donné, quand on voit qu'il y a une souffrance qui s'organise à quelque part, puis qu'on veut préserver les filles de jour sur leurs postes de jour, bien là, ça ne fonctionne pas. Parce que c'est les gens de nuit qui deviennent plus en souffrance. Puis, plus qu'il y a de la souffrance, plus le climat se détériore, moins t'es capable de recruter... Bon, il y a comme un cercle vicieux là-dedans. Puis, c'est sûr que quand tu as 50 ans, là, t'adapter au « shift » de nuit, qui n'arrive pas souvent dans l'année, là, c'est difficile, là. Il faut être réaliste, là. Il ne faut pas non plus mettre les filles en situations de... pas d'échec mais de vulnérabilité pour les erreurs, là. Ce n'est pas évident pour une fille de 50 ans d'aller faire deux, trois nuits seulement. Vraiment pas ».

(Gestionnaire, Site 1)

Ainsi, comme l'explique ce gestionnaire, on se retrouve en présence d'une sorte de cercle vicieux. En effet, l'existence d'un gradient d'expertise tend à favoriser la création d'une pénurie qualitative d'expertise sur le quart de travail de nuit. Or, cette pénurie est associée à une augmentation du niveau de stress vécu par les infirmières de ce quart de travail, à des difficultés à y recruter et à y retenir le personnel, ainsi qu'à une prise en charge de moindre qualité (c.-à-d. taux de mortalité accrus; erreurs de médicaments). À l'inverse, les acteurs rencontrés dans le cadre de cette étude estiment que l'application de la rotation des quarts de travail serait perçue comme une violation du principe d'ancienneté. De plus, ils croient qu'elle pourrait influencer négativement la satisfaction au travail et la rétention des infirmières du quart de travail de jour, ou encore exposer ces dernières à un niveau de risque accru pour ce qui est des erreurs. Bref, on fait l'hypothèse que la rotation des quarts de travail aurait pour conséquence de déplacer la problématique que nous venons de décrire, et ce du quart de travail de nuit vers le quart de travail de jour. Précisons qu'aucune des données recueillies dans le cadre de cette étude ne nous permet d'infirmier ou de confirmer cette dernière hypothèse.

Troisièmement, les effets de l'application du principe d'ancienneté se manifestent également au niveau du choix des périodes de vacances. En effet, techniquement, un employeur peut déterminer ses quotas de vacances selon deux modalités, par quart de travail ou par 24 heures. Le choix de l'une ou l'autre de ces deux modalités est déterminé par le biais des ententes locales survenant entre l'employeur et l'accréditation syndicale. Sur ce point, les dynamiques observées au Site 1 et au Site 2 sont similaires. Dans les deux cas, les vacances y sont déterminées par 24 heures.

« Ce qui se vote, c'est le choix des vacances par huit heures ou par 24 heures. Parce que pour nous, ça nous pose un problème. Ça, on aimerait bien ça que ça change mais, comme employeur, on n'a pas le droit de regard là-dessus. Puis ça, ça doit être voté. À l'heure actuelle, nos vacances, ici, c'est signé par 24 heures. Ce qui fait que... et ça va avec l'ancienneté. Alors, on a des vagues... le mois de mai, juin, c'est des vacances de nuit. Après ça, on commence à avoir des vacances de soir. Là, on est en juillet. Jusqu'à la mi-août, c'est catastrophique de jour. Puis là, après ça, on va remonter vers le soir et la nuit. Si nos vacances étaient

choisies par quart de travail, on aurait, bien sûr, le même nombre d'infirmières qui partiraient, mais il y aurait comme une certaine répartition du malheur. Au lieu d'en avoir 12 de jour, bien ça serait quatre de jour, quatre de soir, puis quatre de nuit... Et ça, ça ferait en sorte qu'on ne serait pas tenté de faire de la rotation. Parce que l'équilibre, on l'aurait. Donc ça, c'est voté ».

(Gestionnaire, Site 1)

Il est à noter que la détermination des quotas de vacances par 24 heures permet notamment le respect absolu du principe d'ancienneté. En effet, cette modalité permet aux infirmières les plus expérimentées d'avoir accès aux périodes de vacances les plus prisées, celles du mois de juillet et d'août. Cependant, puisque l'existence d'un gradient d'expertise fait en sorte que ces infirmières tendent à être concentrées sur le quart de travail de jour, l'approche par 24 heures comporte comme inconvénient d'y favoriser, durant la période des vacances, la création d'importantes pénuries quantitatives d'infirmières. Par extension, l'approche par 24 heures tend également à favoriser la création de dynamiques similaires durant la période de vacances des infirmières de soir et celles des infirmières de nuit. De plus, puisque l'approche par 24 heures tend à favoriser le départ en bloc des infirmières les plus expérimentées sur un quart de travail donné, cette approche tend ainsi à favoriser la création d'une pénurie qualitative d'infirmières au sein des équipes (Pénurie d'expertise). Afin de faire face aux pénuries qualitative et quantitative d'infirmières qui découlent de ce mode de gestion des vacances estivales, les unités néonatales doivent notamment avoir recours aux stratégies d'adaptation énoncées précédemment (par ex. : faire appel à l'équipe volante, recourir aux heures supplémentaires, revoir l'utilisation et le déploiement du personnel infirmier, prioriser les activités professionnelles infirmières, etc.). Or, puisque l'efficacité de ces différentes stratégies n'est que partielle, elles ne permettent habituellement pas de rétablir un réel équilibre entre l'offre et la demande de services. Par conséquent, dans bien des cas, gestionnaires et médecins n'ont d'autre choix que de forcer le système ; une décision qui contribue à la mise en place de notre chaîne des effets collatéraux (c.-à-d., augmentation des coûts de gestion des ressources humaines, congestion des lits, création de pénuries de personnel, rationnement des activités professionnelles infirmières, etc.).

« Ah! Ça, c'est l'autre problème... La gestion de l'hôpital, en mettant... C'est tellement aberrant, là, d'avoir les plus vieilles le jour, puis les moins vieilles... Enfin, les milieux le soir, puis les jeunes, jeunes, jeunes la nuit. Ça fait que les vacances se prennent aussi par contingent. Donc... donc, ça fait ingérable. Ça veut dire qu'au mois de juin, au mois de juillet par exemple, les plus âgées, elles ont toutes décidé qu'elles prenaient leurs vacances au mois de juillet. Ça veut dire que le jour, il n'y a plus personne pour travailler. Il y en a tout plein le soir puis la nuit. Rendu au mois d'août, c'est le soir qu'il n'y a personne pour travailler, puis il y en a tout plein le jour puis la nuit. Puis après ça, au mois de septembre, il n'y en a plus la nuit. Ça fait qu'on passe, comme ça... Ça, c'est l'été qui s'étend sur je ne sais pas combien de mois. Puis après ça, c'est les vacances de Noël. Puis on... on a toujours une période de huit heures de travail complètement à découvert puis les deux autres périodes, où ça va. On ne peut pas gérer des lits comme ça. C'est... comment je vais faire moi? Mon patient, là, si je dis : « Oui » pour qu'il arrive, là. Il va être là. Il va être là, 24 heures sur 24. Il ne va pas se volatiliser parce qu'il y a un « shift » où il manque de monde ».

(Néonatalogiste, Site 1)

À l'inverse, la détermination des quotas de vacances par quart de travail aurait pour avantage de minimiser la création de pénuries quantitatives d'infirmières, et ce en favorisant la répartition des départs en vacances sur les trois quarts de travail. Parallèlement, cette approche aurait aussi pour avantage de minimiser la création de pénuries d'expertise en évitant les départs en bloc, sur un quart de travail donné, des infirmières les plus expérimentées. Par conséquent, l'approche par quart de travail pourrait contribuer à minimiser le recours aux différentes stratégies d'adaptation décrites précédemment (par ex. : recourir aux heures supplémentaires, revoir l'utilisation et le déploiement du personnel infirmier, rationner les activités professionnelles infirmières). Cependant, cette approche comporte l'inconvénient de violer le principe syndical d'ancienneté. En effet, en établissant les quotas de vacances sur les trois quarts de travail, on permet ainsi aux infirmières plus jeunes, celles des quarts de travail de soir ou de nuit,

d'avoir accès aux périodes de vacances les plus prisées. Par conséquent, tant au Site 1 qu'au Site 2, cette approche rencontre de vives résistances.

« Ici, les infirmières, les auxiliaires, puis les inhalos sont dans le même syndicat. Les inhalos ont leurs vacances par quarts de travail, mais pas les infirmières. Donc, ça faisait partie des discussions dans nos négociations locales... Et ça a déjà été accepté pour la catégorie 2, les préposés... Et on pensait que, étant donné que les inhalos sont par quart de travail, que les choses iraient dans ce sens-là assez facilement pour les infirmières. Mais ça n'a pas été le cas, pas du tout. Alors... parce que c'est sûr que pour nous, tu sais, quand on le fait par quart de travail, on détermine nos quotas, ça permet le maintien de l'expertise... Bon, tout ce qu'on sait et pour lequel le Comité de direction, la Direction des ressources humaines, les chefs de programmes entérinaient tout ça... Mais je pense qu'à un niveau plus macro dans le syndicat... probablement que là, bon, on a eu l'impression qu'il y a eu des consignes qui ont été données et ça n'a pas passé et ça a comme un peu rompu les négociations... ».

(Gestionnaire, Site 2)

Afin de sortir de cette impasse, les membres du Comité de direction du Site 2 ont pris en quelque sorte la décision de modifier les règles bureaucratiques établies, et ce afin de corriger les problématiques de pénuries qualitative et quantitative d'infirmières qui découlent du mode de gestion des vacances estivales. Par cette décision, on souhaitait aussi assurer, tout au long de la période des vacances, une prestation sécuritaire de services à la clientèle.

« Alors, il y a une décision qui a été prise, par le Comité de direction et les chefs de programmes, à l'effet de réduire le nombre de semaines de vacances consécutives. On s'est dit que si on accepte que les gens prennent trois semaines consécutives, on fait un premier tour puis, après ça, une personne peut prendre une quatrième semaine mais là, elle est isolée... Ça fait qu'en réduisant

le nombre de semaines, ça va créer des plages de libre, ça va permettre à des gens moins anciens de peut-être venir s'inscrire dans ces vacances-là... Donc, on n'a pas les vacances par quarts de travail mais on vient démontrer qu'il peut y avoir un intérêt pour les plus jeunes. Et là, la Direction générale a rédigé une très belle lettre⁹¹ qui vient montrer un peu la vision d'avenir. Tu sais, qui parle du contexte et qui explique bien le pourquoi, la sécurité des patients, la continuité des services, et ce dans la perspective qu'il y en ait pour tout le monde, là. Tu sais, on est autant préoccupé par les personnes qui ont donné plusieurs années, mais aussi par les jeunes que l'on intègre et pour lesquels on doit aussi s'assurer qu'ils ont du « coaching »...».

(Gestionnaire, Site 2)

« Là, cette année, ce qui est arrivé, c'est qu'ils ont voulu faire ça par quart de travail. Mais ils s'y sont pris assez tard. Jusqu'à la dernière minute, ils pensaient arriver à une entente avec le syndicat, mais ça n'a pas fonctionné. Et là, l'employeur... Nous autres, ici, on n'a jamais limité le nombre de semaines de vacances l'été. Et là, l'employeur a dit : « Maximum trois semaines consécutives ». En tout cas, c'est plate parce que présentement l'employeur, ici, décide d'être plus strict dans toutes les règles. On est plus strict dans les fériés, on est plus strict dans les horaires. Tout ça, à cause de la pénurie, naturellement. Mais les filles n'ont pas été habituées à cela. Ça fait que c'est très, très dur parce que là, on leur enlève des privilèges qui, pour eux autres, étaient acquis... puis elles ne se posaient même pas de question, c'était normal. Puis là, on... tu sais, elles retournent en arrière, pour eux autres. Alors... ça fait que ça, c'est sûr que c'est... c'est un élément très difficile ».

(Gestionnaire, Site 2)

⁹¹ Une copie de la lettre en question se retrouve au Tableau 4.15.

Tableau 4.15 : Lettre de la Direction générale à l'équipe syndicale du Site 2

<p>Direction générale</p> <p>Le 9 mars 2007</p> <p><u>PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE</u></p> <p>[Nom d'une personne] Et l'équipe syndicale PSSU Section Site 2</p> <p>Madame, Monsieur,</p> <p>J'accuse réception de votre lettre du 8 mars 2007 concernant le choix des congés annuels pour l'été 2007. Nous désirons dans un premier temps préciser qu'il s'agit d'une décision prise unanimement par les chefs clinico-administratifs des programmes, la directrice générale adjointe, la directrice des ressources humaines et l'adjoint à la direction des soins infirmiers – volet administration.</p> <p>Nous aimerions également ajouter que cette décision a été mûrement réfléchié puisqu'elle apportait un changement majeur aux pratiques habituelles. En effet, nous procéderons cette année à une fermeture de lits beaucoup plus importante que par les années antérieures, afin de ne pas répéter la même situation que l'été dernier et nous sommes fiers d'avoir réussi ce consensus. Nous considérons donc la décision comme responsable et, à titre de directrice générale, je la supporte totalement.</p> <p>Nous sommes tout à fait conscients du contexte difficile dans lequel travaillent vos membres, compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre. C'est précisément à cause de cette situation que la décision a été prise d'autoriser trois semaines de vacances consécutives durant la période de vacances pour vos membres travaillant dans les services où il n'y a pas de réduction des activités⁹². Cette décision nous permet de faire partir plus d'employés en même temps pendant les périodes convoitées et au moment où nous aurons la main-d'œuvre disponible pour les remplacer. Elle nous permet également de maintenir plus d'expertises en place pendant la période des vacances, essentielles à la dispensation de soins et de services de qualité et sécuritaires pour notre clientèle. Par ce même fait, elle offre un milieu de travail sécurisant pour les infirmières novices ou les infirmières en devenir afin qu'elles aient le goût de rester parmi nous.</p> <p>Les années qui viennent seront encore plus difficiles à traverser puisque la pénurie s'accroîtra. Il faut innover à plusieurs égards pour que tous les employés y trouvent leur compte et se sentent traités avec équité, les plus jeunes comme les plus expérimentés. Ces dernières ont toujours la possibilité de prendre de façon isolée une 4^e semaine de vacances dans la période estivale.</p> <p>Nous reconnaissons combien le travail des infirmières, des inhalothérapeutes et infirmières auxiliaires est précieux et il est vrai que certains d'entre eux sont obligés de faire du temps supplémentaire. Nous aimerions qu'il en soit autrement et c'est dans cet esprit que nos décisions actuelles et futures se prennent et se prendront.</p> <p>Comme la décision concernant les vacances est collective, vous comprendrez que nous vous invitons à référer vos membres à leurs chefs de service, s'ils désirent en discuter.</p> <p>Veuillez accepter nos salutations distinguées.</p> <p>[Nom d'une personne] Directrice générale Et l'équipe de direction</p>
--

⁹² Notons, au passage, que le service de néonatalogie est l'un des endroits où les réductions d'activités sont impossibles en raison de la nature de la clientèle.

Ce durcissement des règles bureaucratiques, tel qu'observé au Site 2, est le troisième et dernier motif qui contribue à expliquer pourquoi l'existence du gradient d'expertise nous y est apparu moins saillant qu'au Site 1. Par ailleurs, il importe de constater que ces modifications apportées aux règles bureaucratiques, bien que bénéfiques pour les infirmières les plus jeunes, ainsi que pour la qualité et la sécurité de la prise en charge offerte aux patients, sont aussi sources d'insatisfactions au travail pour les infirmières plus expérimentées pour qui les règles du jeu, et les bénéfices qui en découlent, ne peuvent plus être pris pour acquis. Par ailleurs, ajoutons que ces modifications pouvant être apportées aux règles bureaucratiques s'ajoutent au répertoire de stratégies d'adaptation dont disposent les unités néonatales afin de prévenir le déploiement de notre chaîne des effets collatéraux. D'autres exemples de ces modifications apportées aux règles bureaucratiques seront discutés dans la prochaine section.

4.2.5.2 Modification des règles bureaucratiques, principe d'égalité et reconnaissance de la spécialisation

Jusqu'à présent, nous avons mis en évidence que le mode de gestion des lits et des flux de patients néonataux contribue, entre autres, à la création ou à l'aggravation d'une pénurie d'infirmières. De plus, nous avons souligné, dans la section précédente, que l'application du principe syndical d'ancienneté contribue à l'établissement d'un gradient d'expertise dont l'existence est également associée à la création de pénuries qualitative et quantitative d'infirmières. Tout au long du présent texte, nous avons mis en évidence que les infirmières et les unités néonatales déploient un ensemble de mécanismes d'adaptation afin de pallier à ces problématiques de pénuries (par ex. : recourir aux équipes volantes, demander des heures supplémentaires, revoir l'utilisation et le déploiement du personnel, prioriser les activités professionnelles infirmières, forcer le système, ou encore modifier les règles bureaucratiques). Or, bien que ces stratégies comportent l'avantage d'assurer l'accessibilité et la sécurité des services offerts à la population, elles ont aussi une série d'effets pervers (par ex. : augmentation des coûts de gestion des ressources humaines, réduction de la santé au travail des infirmières, atteintes à certains aspects de la qualité des services infirmiers, etc.). Comme le soulignent les données que nous présenterons ci-dessous, ces dynamiques ne sont aucunement spécifiques au personnel infirmier ou aux unités néonatales visitées dans le cadre de cette étude. En fait, elles touchent plusieurs catégories de personnel œuvrant au sein des établissements de santé québécois.

Ainsi, dans l'optique de contrer les effets des pénuries quantitative et qualitative de personnel, tant sur l'accessibilité que sur la qualité des services, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Québec met en place, depuis l'été 2002, des mesures administratives particulières s'appliquant à l'ensemble du personnel clinique hospitalier. Par l'expression « personnel clinique », le MSSS fait référence aux infirmières, aux infirmières auxiliaires, aux préposés aux bénéficiaires et aux inhalothérapeutes qui œuvrent dans les établissements de santé québécois ; une catégorie légèrement plus large que celle de « personnel infirmier » que nous avons employée à quelques reprises tout au long du présent texte: Le Tableau 4.16, ci-dessous, reproduit la lettre du sous-ministre adjoint au Personnel réseau et ministériel qui a pour objet de définir les modalités d'application de ces mesures, et ce pour l'année financière 2007-2008. Quatre constats ressortent de cette lettre.

Premièrement, on remarque que ces mesures contribuent au respect du principe syndical d'égalité, et ce en ce sens que l'ensemble des individus appartenant à une même catégorie d'emploi ont droit à un traitement identique. Deuxièmement, il va sans dire que ces mesures constituent un coût de gestion supplémentaire pour les établissements de santé et, de manière plus générale, pour le système de santé québécois. Troisièmement, en ce qui concerne plus spécifiquement les unités néonatales, on constate que l'ensemble de ces mesures vise en quelque sorte à institutionnaliser le recours aux heures supplémentaires comme solution aux problématiques de pénuries quantitative et qualitative de personnel qui découlent, en partie, de l'application du principe syndical d'ancienneté, du mode de détermination des quotas de vacances estivales (c.-à-d. par 24 heures versus par quart de travail) ou encore du mode de gestion des lits et des flux de patients. Enfin, la majorité de ces mesures sont conditionnelles au respect de règles bureaucratiques qui visent à prévenir l'absentéisme au travail.

Quant aux impacts de ces mesures administratives particulières, précisons que les personnes consultées au Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) du Québec nous indiquent que l'enveloppe budgétaire qui leur est annuellement accordée est en décroissance depuis les dernières années. Toutefois, il nous a été impossible d'obtenir des données précises à ce sujet. Parallèlement, les données obtenues du MSSS indiquent qu'à ce jour, aucune évaluation quantitative de l'impact de ces mesures, tant sur l'accessibilité et la qualité des services que sur l'absentéisme du personnel, n'a encore été effectuée, et ce en raison notamment des difficultés méthodologiques à réaliser une telle évaluation et des lacunes quant au mode de transfert de données des établissements de santé vers le MSSS.

Tableau 4.16 : Mesures administratives particulières pour le personnel clinique

Expéditeur	Le sous-ministre adjoint au Personnel réseau et ministériel	2007-05-08
Destinataires	Les présidentes et présidents des conseils d'administration, les directrices et directeurs généraux des établissements de santé et de services sociaux et les présidentes-directrices et directeurs généraux des agences de la santé et des services sociaux.	
Sujet	Mesures administratives particulières applicables au personnel clinique pour la période 2007-2008 et modalités associées de financement et de suivi	
CETTE CIRCULAIRE REMPLACE CELLE DU 16 MAI 2006 (2006-021) MÊME CODIFICATION		
<u>OBJET</u>	<p>La présente circulaire a pour but de préciser, d'une part, les mesures administratives particulières auxquelles peuvent recourir, au choix, les établissements pour faciliter une disponibilité et une présence optimales du personnel clinique, et ce le soir, la nuit, et la fin de semaine, et d'autre part, les modalités associées de financement et de suivi.</p> <p>On entend ici par personnel clinique, les infirmières et les infirmiers, les infirmières auxiliaires et les infirmiers auxiliaires, les préposé(e)s aux bénéficiaires et les inhalothérapeutes.</p> <p>Pour appliquer lesdites mesures, les établissements doivent être préalablement et dûment autorisés à cet effet par leur agence.</p>	
<u>LES MESURES</u>	<p>Les mesures arrêtées sont les suivantes :</p> <p>➤ Prime pour un quart de travail supplémentaire (90\$ pour les infirmières et les infirmiers et les inhalothérapeutes, 70\$ pour les infirmières et infirmiers auxiliaires, 55\$ pour les préposés aux bénéficiaires) :</p> <p>Cet incitatif est accordé à l'employé(e) visé(e) qui accepte de faire un quart de travail en temps supplémentaire le soir ou la nuit ou encore la fin de semaine, proportionnellement au temps travaillé par quart, et ce entre un minimum de trois heures et un maximum de sept heures et quart, et pour au plus trois quarts par période de quatorze jours. Cet incitatif est conditionnel à ce que l'employé(e) visé(e) ne s'absente pas durant la période de paie (14 jours) où s'effectuent ce ou ces quart(s) de travail et la période de paie subséquente.</p> <p>➤ Prime de nuit payée en double :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prime de nuit à laquelle a droit un(e) employé(e) visé(e) travaillant de nuit à temps complet est doublée, et ce conditionnellement à ce qu'elle ou qu'il ne s'absente pas durant la période de paie (14 jours) où s'effectue le travail de nuit et la période de paie subséquente; • Pour la détentrice ou le détenteur de poste à temps complet ayant déjà opté pour la conversion de sa prime régulière de nuit sous forme de congé, le montant en sus est accordé sous forme monétaire pour les nuits travaillées ; • Pour la non-détentrice ou le non-détenteur de poste, qui travaille de nuit à temps complet et qui ne s'absente pas à l'intérieur de son horaire régulier, le tout est accordé sous forme monétaire et ne peut être converti en congé. 	
Source : Adapté de la circulaire 2007-014 du Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) du Québec au sujet des mesures administratives particulières applicables au personnel clinique pour la période 2007-2008.		

Tableau 4.16 : Mesures administratives particulières pour le personnel clinique (Suite)

<u>PORTÉE ET LIMITATIONS</u>	<p>Les mesures ne s'appliqueront qu'au personnel clinique qui a un lien d'emploi avec l'établissement le ou avant le 12 mai 2007. Les candidates et les candidats à l'exercice de la profession (CEPI) sont exclus ainsi que les externes.</p> <p>Pour l'exigence de présence au travail rattachée aux mesures, les motifs d'absence suivants pourront être considérés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Congés sociaux conventionnés • Congés fériés • Vacances prévues au calendrier • Congés parentaux • Accidents de travail • Libérations syndicales prévues aux conventions collectives concernées dans la mesure où les absences sont prévues à l'horaire.
<u>MODALITÉS DE FINANCEMENT ET DE SUIVI</u>	<p>Le ministère attribue à chaque agence une enveloppe budgétaire fermée. L'agence détermine pour chacun des établissements les mesures auxquelles il peut recourir et lui confirme le financement accordé, qui est final ; ce financement est strictement réservé aux mesures faisant l'objet de la présente.</p> <p>L'établissement devra soumettre à l'agence, au plus tard le 5 décembre, un bilan sommaire qui lui permettra alors de recevoir en tout ou en partie le financement préalablement autorisé. De même, un bilan final devra être produit pour le 23 mai 2008.</p> <p>La version électronique des canevas de bilan doit être obtenue auprès de votre agence.</p> <p>Lors de la production du bilan final, l'établissement devra aussi déposer à l'agence les mesures entreprises pour revoir l'organisation du travail et, pour les établissements identifiés comme problématiques, un plan d'action sur la gestion de la présence au travail.</p> <p>Si un établissement jugeait à propos une utilisation des mesures devant générer des coûts supérieurs au financement fixe déjà signifié par l'agence, et compte tenu qu'aucun financement supplémentaire ne sera autorisé, il devra préalablement obtenir l'autorisation de cette dernière et démontrer que les coûts excédentaires ne remettent pas en cause le respect de son équilibre budgétaire ou, le cas échéant, de sa cible déficitaire maximale pour l'exercice 2007-2008.</p>
<u>MODALITÉS COMPTABLES</u>	<p>Étant donné que ces mesures sont limitées dans le temps et qu'elles sont considérées comme non récurrentes, leurs coûts devront être présentés dans les charges non réparties au rapport financier annuel du 31 mars 2008. La présentation de ces charges devra être complétée par une liste du coût de chacune des mesures, selon la forme de la page 355 du rapport financier annuel (AS-471) du 31 mars 2007. Cette présentation permettra une meilleure comparabilité des charges des centres d'activités d'une année à l'autre, sans qu'il y ait incidence sur la mesure de performance de l'établissement. Elle permettra également d'isoler les charges de ces mesures et d'en établir les coûts totaux.</p>
<u>VÉRIFICATION</u>	<p>En plus des informations qui pourraient être requises par votre agence, le ministère, par le questionnaire du 31 mars 2008 à l'intention du vérificateur externe, s'assurera du respect des modalités d'application des mesures et de la conformité de la présentation de leurs coûts au rapport financier annuel au 31 mars 2008.</p>
<p>Le sous-ministre adjoint [NOM DE LA PERSONNE]</p>	
<p>Source : Adapté de la circulaire 2007-014 du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec au sujet des mesures administratives particulières applicables au personnel clinique pour la période 2007-2008.</p>	

La partie supérieure du Tableau 4.17, ci-dessous, donne la position officielle de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), l'un des principaux syndicats de professionnels de la santé au Québec, au sujet de ces mesures particulières⁹³. De manière générale, on y note que ce syndicat accueille d'une manière favorable ces mesures administratives particulières, entre autres parce qu'elles contribuent au respect du principe syndical d'égalité. Plus spécifiquement, ces mesures font en sorte que l'ensemble du personnel d'une catégorie d'emploi donnée (par ex. : infirmière) ont droit à un traitement identique, et ce peut importe que ce personnel œuvre sur des unités de soins spécialisées ou non ou encore dans des centres hospitaliers de petite ou de grande taille. Dans ce même communiqué de presse, daté du 14 mai 2002, la FIQ souligne que ces mesures administratives particulières seront toutefois insuffisantes afin de corriger de manière durable la problématique de pénurie de personnel dans les établissements de santé. En effet, elle souhaite que ces incitatifs soient accompagnés de mesures administratives visant la planification de la main-d'œuvre infirmière ainsi que l'amélioration de l'organisation du travail. Or, la reconduite de ces mesures administratives particulières, pour l'année financière 2007-2008, donne à penser que ce souhait syndical n'a été que partiellement entendu. Des entretiens téléphoniques avec les représentants de la FIQ, en date du 25 septembre et du 19 octobre 2007, confirment que le contenu du communiqué de presse présenté dans la partie supérieure du Tableau 4.17 est toujours d'actualité.

Parallèlement à cette première série de mesures, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec a mis en place, depuis l'été 2007, un second ensemble de mesures administratives particulières, s'ajoutant aux mesures que nous venons de décrire, et qui ne s'appliquent qu'aux infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs, les unités néonatales de soins intensifs et dans les services d'urgence. Le Tableau 4.18, ci-dessous, précise les modalités d'application de ce second ensemble de mesures.

⁹³ La FIQ est le syndicat qui représente le personnel clinique du Site 2. C'est aussi le principal syndicat infirmier dans la province.

Tableau 4.17 : Réactions syndicales aux mesures spéciales

MESURES DU MINISTRE LEGAULT POUR CONTRER LA PÉNURIE D'INFIRMIÈRES

LA FIIQ JUGE CES MESURES NÉCESSAIRES

Montréal, le 14 mai 2002 – En réaction aux mesures annoncées aujourd'hui par le ministre de la Santé et des services sociaux pour faire face à la pénurie d'été dans les établissements de santé du Québec, la présidente de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), Jennie Skene, a déclaré : « *Nous croyons que de telles mesures sont nécessaires pour atténuer les effets de la pénurie et faciliter la prise de vacances des infirmières* ».

La Fédération souscrit aux objectifs d'assurer une plus grande disponibilité du personnel infirmier tout en évitant l'épuisement des personnes. De plus, la FIIQ apprécie que de telles mesures s'appliquent aux infirmières de tous les centres hospitaliers du Québec évitant ainsi la surenchère entre les établissements et permettant le maintien des services à la population.

« *Nous évaluons toutefois que ces mesures temporaires ne peuvent corriger de façon durable la situation de pénurie vécue dans les établissements de santé. Ces mesures doivent s'accompagner d'engagements clairs de la part des établissements à réaliser les exercices de la planification de main-d'œuvre infirmière et à améliorer l'organisation du travail* », a ajouté la présidente, Jennie Skene. La FIIQ suivra de près l'application de ces mesures afin d'en évaluer l'efficacité.

PRIMES POUR LES INFIRMIÈRES TRAVAILLANT AUX SOINS INTENSIFS ET AUX URGENCES POUR LA FIQ, CELA SIGNIFIE UN PEU D'OXYGÈNE POUR L'ÉTÉ MAIS IL FAUDRA PLUS

Montréal, le 29 juin 2007 – La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ accueille favorablement l'annonce faite par le ministre de la Santé et des services sociaux concernant les primes additionnelles aux infirmières œuvrant dans les unités de soins intensifs et les urgences. « *C'est un pas dans la bonne direction, mais il ne faut pas oublier que ces mesures seront en vigueur seulement pour dix semaines. Ces primes constituent une reconnaissance pour ces infirmières travaillant dans des conditions extrêmement difficiles. Il faudra voir dans quelles mesures cette annonce aura un impact pour la période estivale puisque dans les faits ces primes ne donnent pas de bras supplémentaires à ces infirmières* », de dire Lina Bonamie, présidente de la FIQ.

DES MESURES INSUFFISANTES

Quoiqu'elle salue l'initiative du gouvernement, la Fédération y trouve des effets pervers. En effet, on crée des catégories différentes d'infirmières selon qu'elles travaillent dans un très gros établissement ou dans un autre plus petit. « *Le nombre d'infirmières travaillant dans une urgence, par exemple, est déterminé selon le nombre de lits qu'elle possède. Ainsi, quand normalement cinq infirmières devraient être à l'urgence et qu'elles sont seulement deux, est-ce moins pire que si elles devraient être quinze infirmières et qu'elles se retrouvent onze ?* », questionne madame Bonamie.

De plus, la Fédération déplore que le gouvernement n'ait pas octroyé ces primes à d'autres professionnels en soins travaillant dans ces unités. « *Il y a d'autres professionnelles qui sont également en situation de pénurie et qui travaillent également dans ces conditions difficiles. On les a complètement oubliées* », poursuit la présidente.

UN COMITÉ DE TRAVAIL À L'AUTOMNE

La Fédération participera à un comité de travail mis sur pied par le ministère de la Santé et qui débutera ses travaux à l'automne 2007. Ce comité aura comme mandat de travailler à des solutions et à des mesures structurantes ainsi qu'à l'élaboration d'un plan d'action visant à contrer la pénurie d'infirmières. « *Une mesure comme celle annoncée aujourd'hui peut sembler intéressante mais il ne faut pas oublier que ce que veulent les professionnelles en soins, ce sont des conditions acceptables. Et dans ces conditions, il n'y a pas simplement une question de salaire, il y a beaucoup plus* », souligne madame Bonamie. Pour la Fédération, deux mots sont essentiels dans la problématique de pénurie : attraction et rétention. « *Il faut être capable d'attirer des professionnelles dans notre réseau de la santé mais il faut également être en mesure de les retenir. Dans les conditions de travail actuelles, les nouvelles infirmières ne restent pas. Et le problème ne se limite pas aux soins intensifs et aux urgences, il est généralisé* », de conclure la présidente.

Tableau 4.18 : Mesures administratives pour les infirmières de soins intensifs et d'urgence.

Cabinet du Ministre

Communiqué**POUR DIFFUSION IMMÉDIATE****LE MINISTRE PHILIPPE COUILLARD ANNOCE DE NOUVEAUX BUDGETS DE 11,4 MILLIONS DE DOLLARS POUR SOUTENIR LES INFIRMIÈRES PRATIQUANT DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS ET LES URGENCES**

Québec, le 29 juin 2007 – « Nous reconnaissons que les infirmières qui pratiquent dans les unités de soins intensifs et les urgences évoluent dans un contexte où la pression est constante et où les responsabilités sont importantes. Afin de mieux les soutenir, le gouvernement du Québec annonce aujourd'hui deux mesures visant la stabilisation des équipes de soins critiques en période estivale et la mise en place, dès l'automne, d'une table de concertation qui réfléchira à l'organisation plus vaste du travail, à la valorisation de la profession infirmière et qui proposera des mesures structurantes et durables quant à l'attraction et la rétention du personnel. » C'est ce qu'a déclaré le ministre de la Santé et des Services sociaux responsable de la Capitale-Nationale, monsieur Philippe Couillard, à l'occasion d'un point de presse tenu à l'Hôpital Laval à Québec.

Le versement de primes spécifiques

La première mesure mise en place par le ministre est le versement de primes spécifiques aux infirmières travaillant cet été dans les unités de soins intensifs et les urgences. Un montant de 6,4 millions de dollars est alloué de façon ponctuelle afin d'augmenter les mises en disponibilité et ainsi diminuer l'absentéisme. Ces primes seront disponibles dès le 1^{er} juillet, et ce pour une période menant jusqu'au 13 octobre prochain. Elles seront versées directement et strictement aux infirmières en fonction des heures travaillées dans les unités visées. Au terme de la période d'allocation de cette nouvelle prime, une évaluation de ses impacts sera réalisée afin de déterminer si les objectifs ont été atteints.

Le ministre a expliqué que la prime sera de 10% dans les centres hospitaliers et les centres de santé et de services sociaux ayant une urgence de niveau tertiaire. Elle sera également de 10 % dans ceux où l'urgence est de niveau secondaire et qui présente un achalandage de plus de 50 000 visites par année, ainsi qu'un taux d'occupation significatif des lits de soins intensifs. Elle sera de 7% dans les établissements où le volume des visites à l'urgence est de plus de 30 000, ces établissements devant obligatoirement avoir une unité de soins intensifs. Parallèlement à cela, une enveloppe spéciale représentant 1% de la masse salariale des infirmières sera versée aux agences régionales à faible densité de population afin de subvenir aux besoins des infirmières des secteurs touchés.

L'achat de petits équipements

Par ailleurs, le ministre Couillard a également annoncé que le réseau hospitalier se voit confirmer un budget de 5 millions de dollars pour l'achat d'instruments et de petits appareils conçus pour supporter le travail des infirmières. « En débloquant des fonds pour l'acquisition de ce type d'équipement réservé au personnel infirmier, le gouvernement répond à une demande formulée par les infirmières et leurs représentants. En effet, les petits équipements qui seront achetés devront servir les équipes de soins critiques. Ils viendront faciliter le travail et améliorer le milieu de pratique des infirmières. Nous demandons aux établissements de procéder rapidement à l'évaluation des besoins et à l'achat des équipements », a ajouté monsieur Couillard.

La mise en place d'une table de concertation

Enfin, parallèlement à l'implantation de ces mesures, le ministre de la Santé et des Services sociaux a annoncé qu'il convie, dès septembre, les autorités du ministère, les agences de la santé et des services sociaux, les établissements, les représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et les partenaires syndicaux à travailler de concert afin de réfléchir à des mesures à plus long terme visant à répondre à la situation de pénurie de main-d'œuvre que connaît le réseau socio-sanitaire québécois.

« Les mesures annoncées aujourd'hui s'appliqueront pour la période estivale. Elles constituent la première étape d'un plan d'action à plus long terme dont le contenu sera élaboré avec la collaboration de nos différents partenaires, et ce dès l'automne. La pénurie à laquelle nous faisons face nous oblige à être imaginatifs et à penser à de nouvelles avenues. J'invite nos partenaires à nous soumettre des pistes de solution. Fidèles à l'engagement pris par le premier ministre et moi-même au cours de la campagne électorale, nous accorderons une priorité toute particulière au recrutement et à la rétention du personnel infirmier. Nous nous étions engagés à nous attaquer de façon plus intensive à la situation des effectifs infirmiers. Nous avons alors parlé de mentorat, de programmes d'intéressement, d'investissements favorisant la relève et la formation. Cette table de concertation doit nous permettre de discuter de l'organisation du travail, de la planification des effectifs et des mesures de valorisation et de rétention », a conclu monsieur Couillard.

Source : Adapté d'un communiqué de presse issu du Cabinet du ministre de la Santé et des services sociaux du Québec le 29 juin 2007.

Tableau 4.18 : Mesures administratives pour les infirmières de soins intensifs et d'urgence (Suite).

Modalité d'application de la mesure administrative portant sur une prime spécifique pour les infirmières travaillant dans les unités de soins intensifs et dans les services d'urgence.

Mesure

Les établissements visés sont les hôpitaux et les CSSS qui connaissent un fort volume d'activités aux soins intensifs et aux urgences.

Les objectifs de la mesure :

- ✓ Reconnaître l'expertise de pointe et la complexité des tâches pour les infirmières des soins intensifs et de l'urgence.
- ✓ Retenir, voir même attirer, la main-d'œuvre infirmière dans ces secteurs ;
- ✓ Stabiliser les équipes de soins pour la période estivale.

Prime de 10% sur les heures travaillées

- Tout établissement (CHU, CHA, Institut et CHSGS) avec un service d'urgence reconnu comme étant tertiaire, **OU**
- Tout établissement (CHU, CHA, Institut et CHSGS) avec un service d'urgence reconnu comme étant secondaire et ayant un volume d'activités annuel plus grand que 50 000 visites à l'urgence et plus de 8 000 jours-présence aux soins intensifs.

Prime de 7% sur les heures travaillées

- Tout établissement (CHSGS, CSSS) avec un service d'urgence reconnu comme étant primaire ou secondaire et ayant un volume d'activités annuel plus grand que 30 000 visites à l'urgence et une unité de soins intensifs.

Unités ou services visés par la mesure

- Urgence : centre d'activités 6240 à l'AS-471.
- Unités de soins intensifs : centre d'activités 6053 ou AS-471'
 - ✓ Soins intensifs médicaux ;
 - ✓ Soins intensifs chirurgicaux ;
 - ✓ Soins intensifs coronariens ;
 - ✓ Soins intensifs pédiatriques.
- Soins spécialisés aux nouveau-nés : centre d'activités 6200 à l'AS-471.

Infirmières visées par la mesure travaillant aux unités susmentionnées

- Infirmières diplômées détentrices ou non d'un poste dans ces services (TC, TPR ou TPO) ;
- Infirmières diplômées en période d'orientation dans ces secteurs ;
- Infirmières recrutées à l'étranger qui ont terminé leur stage d'intégration prescrit par l'OIIQ.

Il est à noter que les infirmières à l'emploi de l'établissement sont visées par la mesure spéciale. Les infirmières en provenance des agences privées sont exclues de la mesure.

Modalités d'application

La prime spécifique pour les infirmières des secteurs de soins intensifs et de l'urgence s'applique sur les montants de rémunération versés uniquement lorsque les heures ont été travaillées, y compris les heures supplémentaires à taux et demi le cas échéant). Elle s'applique également sur les montants versés de primes conventionnées suivantes :

- ✓ La prime de formation postsecondaire (1,5% à 6,0%) ;
- ✓ La prime de soir (4%) ;
- ✓ La prime de nuit (11%, 12% ou 14%) ;
- ✓ La prime de fin de semaine (4%)

Source : Adapté d'un communiqué de presse issu du Cabinet du ministre de la Santé et des services sociaux du Québec le 29 juin 2007.

Tableau 4.18 : Mesures administratives pour les infirmières de soins intensifs et d'urgence (Suite).

Reddition de comptes et évaluation de l'impact de la mesure

Afin de connaître l'impact de la prime administrative, les établissements devront soumettre à la fin de chaque période financière une série d'indicateurs dans un canevas préparé à cet effet par le MSSS. Les informations porteront sur les sommes dépensées ainsi que certains paramètres sur le personnel visé. Il serait souhaitable que les établissements fassent leur propre évaluation qualitative sur l'application de cette prime spécifique et qu'elle soit rapportée à leur agence régionale respective afin d'obtenir un portrait régional.

Modalités comptables

Étant donné que cette mesure est limitée dans le temps et qu'elle est considérée comme non récurrente, les coûts devront être présentés dans les charges non réparties au rapport financier annuel du 31 mars 2008. La présentation des charges devra être complétée dans la liste des coûts, selon la forme de la page 355 du rapport annuel. Cette présentation permettra d'isoler les charges de cette mesure et d'en établir les coûts totaux.

Source : Adapté d'un communiqué de presse issu du Cabinet du ministre de la Santé et des services sociaux du Québec le 29 juin 2007.

Par cette seconde série de mesures, le gouvernement québécois souhaite ainsi reconnaître l'expertise de pointe et la complexité des tâches que doivent accomplir les infirmières œuvrant dans les salles d'urgence et les unités de soins intensifs. Parallèlement, on souhaite que cette reconnaissance serve de catalyseur pour l'attraction et la rétention des infirmières à l'intérieur de ces unités spécialisées. Or, tel que l'indique la seconde portion du Tableau 4.17, cette mesure est accueillie de manière mitigée par les syndicats. En effet, bien qu'on applaudisse, d'une part, le fait que ces mesures administratives additionnelles viennent en quelque sorte reconnaître que les infirmières des salles d'urgence et des unités de soins intensifs travaillent dans des conditions extrêmement difficiles, et ce auprès de clientèles critiques, on déplore, d'autre part, le fait que ces mesures contribuent à créer des catégories différentes d'infirmières selon que ces dernières travaillent à l'urgence ou aux soins intensifs de centres hospitaliers à petits ou à grands volumes d'activités. En ce sens, ces mesures constituent ainsi une première violation au principe syndical d'égalité. Par ailleurs, en limitant le champ d'application des mesures particulières exclusivement aux infirmières, le gouvernement procède à une seconde violation du principe d'égalité en privant, en quelque sorte, les inhalothérapeutes, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires des bénéfices découlant de leur application. Enfin, suite à des entretiens téléphoniques, en date du 25 septembre et du 19 octobre 2007, avec les représentants de la Fédération Interprofessionnelle de la Santé (FIC), ces derniers craignent que ces mesures

contribuent à la création de corridors par lesquels l'attraction des infirmières, dans les unités de soins critiques, contribue à l'accentuation de la pénurie de personnel dans les unités non spécialisées (par ex. : médecine interne, chirurgie générale, etc.). Or, au moment d'écrire ces lignes, très peu de données étaient disponibles afin de nous permettre d'évaluer les impacts réels de ces mesures administratives additionnelles. On peut cependant affirmer qu'elles contribuent à accroître les coûts de gestion des ressources humaines. Parallèlement, elles ont aussi pour effet bénéfique d'être une forme de reconnaissance monétaire au degré de spécialisation requis pour œuvrer dans les unités de soins critiques, dont les unités néonatales de soins intensifs.

« Bien, en fait, mon opinion c'est que les infirmières, en néonatalogie, c'est des infirmières qui sont spécialisées en néonatalogie. Alors, elles devraient avoir une reconnaissance pour leur spécialisation. Autrefois, ça existait ça. Il y avait, à l'Ordre des infirmières ou quelque part dans le syndicat..., il y avait quelque chose, une prime en reconnaissance de certaines spécialisations. Puis je ne pense pas que c'est... je pense que ça a été aboli cette histoire-là. Mais, il me semble que... Tu sais, le fait qu'on ne peut pas, demain matin, mettre n'importe quelle infirmière dans notre unité, là. Ça prend une espèce de cours, là... puis du « coaching », puis... bien quelque chose pour être capable de venir ici. Ça veut dire... ça veut dire quelque chose ça. Si ce n'est pas n'importe qui, qui peut venir. Que ça prend tout un entraînement avant de venir ici. Bien, il devrait y avoir une prime à la spécialisation. Je trouve que monétairement, les infirmières ne sont pas assez reconnues pour le travail qu'elles font... ».

(Néonatalogiste, Site 1)

4.2.5.3 Forcer le système : Le cas des heures supplémentaires obligatoires

Ainsi, tel que souligné précédemment, ces différentes mesures administratives visent en quelque sorte à institutionnaliser le recours aux heures supplémentaires comme solution aux problématiques de pénuries quantitative et qualitative de personnel qui découlent, notamment, du mode de gestion des lits et des flux de patients, de l'application du principe syndical d'ancienneté ou encore du mode de détermination des quotas de vacances (c.-à-d. par 24 heures versus par quart de travail). Précisons que l'objectif principal de ces mesures administratives particulières est d'inciter les différents membres du personnel infirmier à accepter de réaliser volontairement des heures supplémentaires. Or, il est des situations où ces différents incitatifs, de même que le volontariat des infirmières, s'avèrent insuffisants afin de combler l'écart entre la demande et la capacité d'offre de soins et de services néonataux. Dans ces cas, certains gestionnaires pourront décider de combler cet écart en « forçant le système », c'est-à-dire en obligeant une ou plusieurs infirmières à faire des heures supplémentaires. Ne serait-ce que pour respecter les principes syndicaux d'égalité et d'ancienneté, on procède habituellement à tour de rôle, et ce par ordre inverse d'ancienneté afin d'identifier les infirmières qui seront obligées de rester.

« ... sauf que dans les derniers mois, ça a été beaucoup plus difficile parce qu'il y a eu du temps supplémentaire obligatoire qui revenait assez rapidement, à tour de rôle. Quand ils arrivent au temps supplémentaire obligatoire c'est qu'ils n'ont pas trouvé d'infirmière pour te remplacer. Donc, t'as pas le choix, il faut que tu restes, si c'est à ton tour. Parce que ça va de la plus jeune, en remontant vers la plus vieille. Sauf qu'à tous les mois, la liste retourne à zéro. Donc, ton tour peut venir au mois, si t'es dans les plus jeunes. Tu sais, c'est pour ça que c'est toujours les plus jeunes qui ont moins de 5 ans d'expérience qui sont obligées de faire du TS obligatoire. Ça fait que c'est sûr qu'on est tanné de rester mais, en même temps, on n'a comme pas le choix... La conscience professionnelle fait que je ne serais pas capable de partir en sachant que mes bébés ne sont pas... que je n'ai pas donné mon rapport à quelqu'un, là. Ça fait que des fois, ça devient difficile puis on se culpabilise. L'atmosphère devient tendue sur le

département. Il y a des quarts de travail où c'est plus difficile que d'autres d'assurer la couverture des patients. Alors, il y a de la tension continuellement entre les infirmières de ce quart de travail. Puis il y a des quarts de travail où ça se passe mieux... ».

(Infirmière de soir, Site 2)

Ainsi, bien que l'objectif visé par les heures supplémentaires obligatoires soit de rendre à la population des soins et des services accessibles, de qualité et sécuritaires, cette pratique comporte également un certain nombre d'effets pervers. C'est ce que nous décrivons ci-dessous.

Premièrement, au plan individuel, on note que l'infirmière à qui l'on demande de faire des heures supplémentaires obligatoires se retrouve devant un dilemme :

« Mais, tu sais, je trouve cela un peu contradictoire. Si, après mon quart de travail, je suis vraiment trop fatiguée et on me dit : « [NOM DE LA PERSONNE], il faut que tu restes, il manque de monde, on t'oblige... ». Mon code de déontologie⁹⁴ me dit que je ne peux pas laisser mon patient tout seul, je ne peux pas m'en aller et laisser un patient comme ça. Puis, l'autre aspect de mon code de déontologie me dit : « Si tu es fatiguée, puis si tu ne te sens pas apte à prendre soin d'un patient, va t'en ». Bien là, c'est un peu contradictoire, là. Mais on n'a pas le choix de s'y soumettre... Mais là, ce n'est pas sécuritaire pour les patients ».

(Infirmière, Site 1)

⁹⁴ Voir le Tableau 4.19 pour plus de précisions sur cette question.

Tableau 4.19 : Extraits de la Loi sur les normes du travail, du Code des professions et du Code de déontologie des infirmières

Loi sur les normes du travail (L.R.Q., Chapitre N-1.1, version du 1^{er} novembre 2007)
<p>Durée maximale de travail.</p> <p>59.0.1. Un salarié peut refuser de travailler:</p> <p>1° plus de quatre heures au-delà de ses heures habituelles quotidiennes de travail ou plus de 14 heures de travail par période de 24 heures, selon la période la plus courte, ou, pour un salarié dont les heures quotidiennes de travail sont variables ou effectuées de manière non continue, plus de 12 heures de travail par période de 24 heures;</p> <p>2° sous réserve de l'article 53, plus de 50 heures de travail par semaine ou, pour un salarié qui travaille dans un endroit isolé ou qui effectue des travaux sur le territoire de la région de la Baie James, plus de 60 heures de travail par semaine.</p> <p>Exceptions.</p> <p>Le présent article ne s'applique pas lorsqu'il y a danger pour la vie, la santé ou la sécurité des travailleurs ou de la population, en cas de risque de destruction ou de détérioration grave de biens meubles ou immeubles ou autre cas de force majeure, ou encore si ce refus va à l'encontre du code de déontologie professionnelle du salarié.</p> <p>2002, c. 80, a. 17.</p>
Code des professions (L.R.Q., Chapitre C-26, version du 1^{er} novembre 2007)
<p>État de santé motif d'abstention.</p> <p>54. Tout professionnel doit s'abstenir d'exercer sa profession ou de poser certains actes professionnels dans la mesure où son état de santé y fait obstacle.</p> <p>1973, c. 43, a. 52.</p>
Code de déontologie des infirmières (L.R.Q., c. I-8, r.4.1, version du 31 octobre 2007)
<p><i>État compromettant la qualité des soins et des services</i></p> <p>16. Outre ce qui est prévu à l'article 54 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26), l'infirmière ou l'infirmier doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services.</p> <p>L'infirmière ou l'infirmier est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services notamment s'il est sous l'influence de boissons alcooliques, de stupéfiants, d'hallucinogènes, de préparations narcotiques ou anesthésiques, ou de toute autre substance pouvant produire l'ivresse, l'affaiblissement ou la perturbation des facultés ou l'inconscience.</p> <p>D. 1513-2002, a. 16.</p>
<p><i>Processus thérapeutique</i></p> <p>42. L'infirmière ou l'infirmier doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des clients, notamment en avisant les instances appropriées.</p> <p>D. 1513-2002, a. 42.</p> <p>43. À moins d'avoir une raison grave, l'infirmière ou l'infirmier qui fournit des soins et traitements à un client ne peut l'abandonner.</p> <p>D. 1513-2002, a. 43.</p> <p>44. L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas faire preuve de négligence dans les soins et traitements prodigués au client ou au sujet de recherche. Notamment, l'infirmière ou l'infirmier doit :</p> <p>1° intervenir promptement auprès du client lorsque l'état de santé de ce dernier l'exige ;</p> <p>2° assurer la surveillance requise par l'état de santé du client ;</p> <p>3° prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et traitements.</p> <p>D. 1513-2002, a. 44; D. 579-2005, a. 10.</p>

Comme le soulignent la citation ci-dessus, de même que les données du Tableau 4.19, l'infirmière, qui au terme d'un quart de travail régulier se perçoit comme étant dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services, à le droit et le devoir de se retirer du travail ou de refuser de faire des heures supplémentaires⁹⁵. Cependant, avant de quitter son quart de travail, l'infirmière doit également être certaine que le suivi des soins requis par l'état de santé des patients dont elle a la charge sera assuré. Or, puisque le fait de forcer le système par le biais des heures supplémentaires obligatoires constitue une solution de dernier recours et, souvent, de dernière minute, peu d'alternatives s'offrent à l'infirmière ou à son supérieur immédiat afin de leur permettre d'assurer la continuité des soins et des services (Voir : Tableau 4.19, Code de déontologie des infirmières et infirmier, Article 44, 3°). L'infirmière devient ainsi, en quelque sorte, prisonnière d'un système qui, en raison de la pénurie quantitative de personnel, ne peut lui assurer une relève immédiate et où elle risque, par son état, de compromettre la qualité de la prise en charge offerte aux patients et aux familles.

Afin d'éviter que l'état de l'infirmière en question ne compromette effectivement la qualité des soins offerts à la population, les unités néonatales ont développé diverses stratégies d'adaptation. Par exemple, dans certains cas, la pression du moment fera en sorte qu'une infirmière plus ancienne acceptera de rester en heures supplémentaires à la place de sa collègue moins expérimentée. Il s'agit alors, pour cette infirmière volontaire, « d'heures supplémentaires obligatoires consenties ». Parallèlement, l'examen des modalités relatives à la prise des heures supplémentaires, au rappel au travail et à la mise en disponibilité permet également de dégager un certain nombre de distinctions supplémentaires entre le Site 1 et le Site 2 ainsi que d'apprécier leurs influences sur les besoins en heures supplémentaires obligatoires.

Plus spécifiquement, lors de la dernière ronde de négociations locales, les acteurs du Site 1 ont défini, à l'intérieur des ententes locales, deux dispositions de la convention collective dont l'objet est de favoriser une mise en disponibilité accrue du personnel, ainsi que de prévenir cette nécessité de recourir aux heures supplémentaires obligatoires. Le Tableau 4.20, ci-dessous, décrit ces deux dispositions que sont le temps supplémentaire planifié et les gardes. Précisons que les ententes locales du Site 2 ne prévoyaient pas, au moment d'écrire ces lignes, de dispositions similaires.

⁹⁵ Sur cette question, voir aussi : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec – OIIQ (2004). *Les heures supplémentaires : pour une prise de position éclairée*, Le Journal, Sep-Oct;2(1).

Tableau 4.20 : Heures supplémentaires, rappel au travail et mise en disponibilité (Site 1)

Article 110	
Modalités relatives à la prise des heures supplémentaires, au rappel au travail et à la disponibilité	
110.1	<p>Aux fins d'application du présent article, on entend par :</p> <p><i>Temps supplémentaire planifié</i> : Les besoins en temps supplémentaire prévus suite à la confection des horaires de travail, pour chaque période financière et par secteurs.</p> <p><i>Temps supplémentaire habituel</i> : Tout besoin en temps supplémentaire qui survient après le début de l'horaire de travail d'une période financière.</p>
110.2	<p>La personne salariée qui désire effectuer du temps supplémentaire habituel doit s'inscrire en remplissant le formulaire prévu à cet effet et le remettre au système de remplacement, ou à la centrale d'inhalothérapie dans le cas des inhalothérapeutes. Sa disponibilité entre en vigueur dès sa réception et elle s'insère à la fin du tour de rôle.</p>
110.3	<p>Toute disponibilité émise pour effectuer du travail en temps supplémentaire habituel est conservée et valide pour une période maximale de six (6) mois et doit être renouvelée le 1^{er} avril et le 1^{er} octobre de chaque année. Une personne salariée peut cependant émettre, modifier ou retirer sa disponibilité en tout temps.</p>
110.4	<p>Si du travail doit être exécuté en temps supplémentaire habituel, l'employeur doit l'offrir aux personnes salariées disponibles, à tour de rôle, de façon à le répartir entre les personnes salariées qui font normalement ce travail.</p> <p>Aux fins de répartition du temps supplémentaire habituel, chaque fois que la personne salariée refuse de faire du temps supplémentaire, ou que l'employeur est incapable de la rejoindre, elle est considérée avoir reçu son tour de rôle. Cependant, dans les cas imprévus ou dans les cas d'urgence, l'employeur l'offre de préférence aux personnes salariées sur place.</p> <p>Lorsqu'une personne salariée est absente pour maladie pendant son quart de travail régulier, elle ne peut être disponible pour exécuter du travail en temps supplémentaire habituel pour toute cette journée. Son tour de rôle n'est toutefois pas affecté.</p> <p>La personne salariée de garde ne peut être disponible pour exécuter du travail en temps supplémentaire pour ce même quart de travail. Son tour de rôle n'en est toutefois pas affecté.</p> <p><i>Personnel en disponibilité (Garde)</i></p>
110.5	<p>Lorsque les besoins d'un service ou d'un secteur exigent du personnel en disponibilité, les personnes salariées doivent s'y soumettre à tour de rôle à moins :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) qu'un nombre suffisant de salariées se porte volontaires ; b) qu'un nombre insuffisant de salariées se porte volontaires pour couvrir l'ensemble des besoins, auquel cas, les autres personnes salariées ne sont appelées qu'à compléter les besoins.
<p>Source : Dispositions locales de la convention collective entre le Site 1 et le Syndicat des professionnels en soins infirmiers et cardiorespiratoires du Site 1 (CSN) (24 mai 2007 – 31 mars 2010), Article 110.</p>	

Tableau 4.20 : Heures supplémentaires, rappel au travail et mise en disponibilité (Site 1) (Suite)

110.6	Lorsque les fonctions reliées à un poste font en sorte qu'il comporte une obligation d'être disponible pour effectuer la garde, ou lorsqu'une telle obligation est mentionnée lors de l'affichage du poste, la personne salariée titulaire ou affectée à ce poste doit être disponible pour effectuer de la garde.
110.7	Nonobstant les dispositions du paragraphe 19.07 de la convention collective nationale ⁹⁶ , une personne salariée peut demander que la période de garde qui lui est assignée en vertu du paragraphe précédent ne soit pas après sa journée régulière de travail et soit prévue à un autre moment dans son horaire de travail.
110.8	Aux fins d'application du paragraphe 110.5, les personnes salariées qui peuvent se porter volontaires ou être appelées à compléter les besoins sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Titulaires de postes (à l'exception des personnes salariées en retraite progressive et de celles âgées de cinquante-cinq (55) ans et plus, à moins que celles-ci n'aient exprimé elles-mêmes des disponibilités à cet effet). La personne salariée en retraite progressive ou celle âgée de cinquante-cinq (55) ans et plus, qui choisit de se soustraire à la garde prévue au paragraphe 110.5 b), ne peut émettre des disponibilités pour effectuer du temps supplémentaire ; • Personnes salariées de l'équipe de relève ou de l'équipe volante qui y sont affectées pour plus de vingt-huit (28) jours ; • Personnes salariées de l'équipe volante qui ont été appelées d'une manière fréquente à remplacer dans le service ou dans le secteur. Toutefois, celles-ci ne peuvent être appelées à compléter les besoins, si elles ne se sont pas portées volontaires ; • Candidates à l'exercice de la profession d'infirmière, si elles ont terminé leur période de probation et que le ratio d'infirmières et de CEPI le permette ; • Personnes salariées affectées à un remplacement de plus de vingt-huit (28) jours.
110.9	Lorsque des inhalothérapeutes sont appelés à être en disponibilité en vertu des paragraphes 110.5 à 110.8, la centrale d'inhalothérapie répartit de façon équitable les quarts de travail en disponibilité parmi les personnes salariées orientées dans le service concerné.
110.10	La disponibilité se fait à domicile. Toutefois, s'il est impossible à la personne salariée de se rendre à l'établissement dans un délai approximatif d'une demi-heure, celle-ci doit, à la demande de l'employeur, demeurer à l'établissement.
110.11	L'employeur convient de mettre gratuitement à la disposition de la personne salariée en disponibilité un téléavertisseur, un cellulaire ou tout autre moyen de communication adéquat, à condition que la personne salariée s'assure personnellement du bon fonctionnement de l'appareil partout où elle se trouve.
<i>Temps supplémentaire planifié</i>	
110.12	Lorsque la situation permet d'appréhender un bris de service, l'employeur peut choisir d'octroyer du temps supplémentaire planifié pour un ou des titres d'emploi selon les modalités prévues aux paragraphes suivants.
110.13	La personne salariée qui désire effectuer du temps supplémentaire planifié doit indiquer sa disponibilité au moins quinze (15) jours de calendrier avant le début de la période financière, selon la procédure en vigueur. Tout formulaire déposé après cette date sera traité pour la période financière suivante.
Source : Dispositions locales de la convention collective entre le Site 1 et le Syndicat des professionnels en soins infirmiers et cardiorespiratoires du Site 1 (CSN) (24 mai 2007 – 31 mars 2010), Article 110.	

⁹⁶ Selon l'article 19.07 de la convention collective nationale : « La personne salariée en disponibilité après sa journée régulière de travail reçoit pour chaque période de huit (8) heures une allocation équivalente à une (1) heure de salaire à taux simple.

Tableau 4.20 : Heures supplémentaires, rappel au travail et mise en disponibilité (Site 1) (Suite)

110.14	<p>Le formulaire de mise en disponibilité pour du temps supplémentaire planifié complété par la personne salariée doit entre autres indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un (1) seul secteur (ou service, s'il n'y a pas de secteur) pour effectuer du temps supplémentaire planifié ; • Le nombre de quarts de travail de temps supplémentaire planifié que la personne salariée souhaite effectuer par périodes financières ; • Les quarts de travail (jour, soir, nuit) pour lesquels elle est disponible pour effectuer du temps supplémentaire planifié.
110.15	<p>Le temps supplémentaire planifié est offert et attribué par l'employeur la semaine précédant le début de chaque période financière, selon la procédure suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) L'employeur dresse, par ordre d'ancienneté, une liste de toutes les personnes salariées disponibles et orientées pour du temps supplémentaire planifié, pour chaque secteur ; b) Lors de la mise en place de la procédure, l'employeur débute le tour de rôle par la personne la plus ancienne. Par la suite, l'employeur reprend le tour de rôle à chaque période financière là où il l'a terminé à la période précédente ; c) L'employeur détermine le nombre de quarts de travail en temps supplémentaire planifié auquel chaque personne salariée a droit. Pour se faire, il considère le nombre de quarts de travail disponibles et le nombre de personnes salariées inscrites à la liste de disponibilité pour le temps supplémentaire planifié dans ce secteur ; d) Le temps supplémentaire planifié est octroyé à tour de rôle ; e) La personne salariée est présumée avoir accepté le ou les quarts de travail qui lui sont octroyés, conformément à la disponibilité qu'elle a émis. Une fois inscrit sur l'horaire de travail, le temps supplémentaire planifié ne peut être modifié par la suite ; f) Une fois le tour de rôle complété, l'employeur peut, le cas échéant, effectuer un second tour de rôle pour offrir les quarts de travail non réclamés, selon les disponibilités émises.
110.16	<p>Le temps supplémentaire planifié est inscrit et identifié à l'horaire de travail affiché dans chaque service ou secteur avec la mention « TSP », suivie du quart de travail. Une fois inscrit à l'horaire de travail de la personne salariée concernée, le quart de travail en temps supplémentaire planifié ne peut être annulé ni par l'employeur, ni par la personne salariée.</p>
110.17	<p>Le temps supplémentaire planifié est accordé prioritairement aux personnes salariées qui sont disponibles pour effectuer des quarts de travail complets. Toutefois, s'il reste des quarts à combler, ceux-ci peuvent être offerts aux personnes salariées désirant faire des quarts incomplets, à la condition que ceux-ci soient d'un minimum de quatre heures.</p>
110.18	<p>Le temps supplémentaire planifié est offert avec la prime pour les mesures spéciales lorsqu'elles sont en vigueur dans les secteurs de soins.</p>
110.19	<p>Aucun échange d'horaire ne peut être effectué impliquant un quart de travail prévu en temps supplémentaire planifié.</p>
110.20	<p>L'application du tour de rôle pour le temps supplémentaire habituel, tel que prévu au paragraphe 110.3, n'est pas affecté par l'application de la procédure de temps supplémentaire planifié et demeure totalement indépendante de celle-ci.</p>
<p>Source : Dispositions locales de la convention collective entre le Site 1 et le Syndicat des professionnels en soins infirmiers et cardiorespiratoires du Site 1 (CSN) (24 mai 2007 – 31 mars 2010), Article 110.</p>	

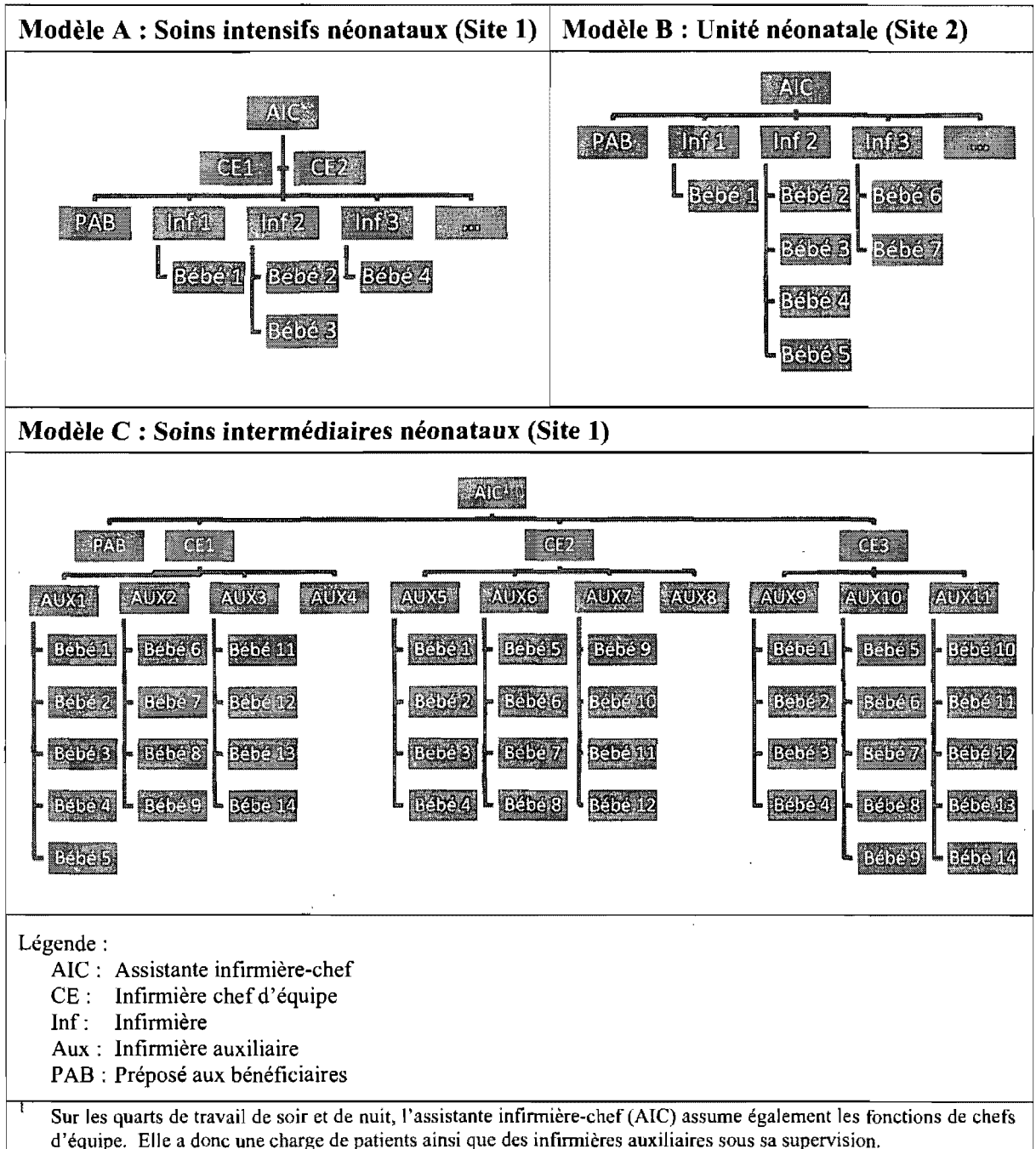
En somme, nous avons vu, au cours de la présente section, que le mode actuel d'application des principes syndicaux d'ancienneté et d'égalité contribue, tout comme le mode de gestion des lits et des flux de patients, à la création ou à l'aggravation de pénuries quantitative et qualitative d'infirmières, ainsi qu'au déploiement de notre chaîne des effets collatéraux. Parallèlement, nous avons souligné que l'usage de mesures administratives particulières, la précision de certaines dispositions des conventions collectives et le fait de « forcer le système », par le biais des heures supplémentaires obligatoires, s'ajoutent au répertoire de stratégies d'adaptation dont disposent les unités néonatales afin d'assurer le fonctionnement du système. Bien que l'impact de plusieurs de ces mesures demeure à être établi, nous pouvons affirmer, sur la base de données présentées, que certaines d'entre elles contribuent à accroître les coûts de gestion du système de santé ainsi qu'à réduire la satisfaction au travail du personnel. Dans la prochaine section, nous nous intéresserons aux modes d'organisation, à la composition et à l'utilisation du personnel infirmier. De plus, nous verrons également comment certaines des pratiques actuelles de gestion des ressources infirmières contribuent, à leur manière, à la création de pénuries qualitative et quantitative d'infirmières ainsi qu'au déploiement de notre chaîne des effets collatéraux.

4.2.6 Modèles d'organisation des services infirmiers

Dans la présente section, nous nous intéresserons aux modèles d'organisation des services infirmiers qui ont été observés sur les deux unités néonatales visitées dans le cadre de notre enquête de terrain. Plus spécifiquement, pour chacun de ces modèles, nous nous attarderons à la composition du personnel infirmier ainsi qu'au mode de distribution de soins. De plus, lorsque pertinent, nous établirons des parallèles avec les autres unités néonatales de soins intensifs de la province. Enfin, nous nous intéresserons également aux particularités architecturales des unités visitées. En effet, les données de l'étude mettent en évidence que la forme architecturale d'une unité de soins est l'un des facteurs de contingence pouvant induire le déploiement de notre chaîne des effets collatéraux.

La Figure 4.6, ci-dessous, permet d'illustrer les trois modèles d'organisation des services infirmiers qui ont été observés dans le cadre de la présente étude. Dans les pages qui suivent, nous traiterons, dans un premier temps, des similitudes et des différences entre le Modèle A, observé à l'unité néonatale de soins intensifs du Site 1, et le Modèle B, qui caractérise l'unité néonatale du Site 2. Enfin, dans un deuxième temps, nous nous attarderons aux particularités du Modèle C, qui représente le modèle d'organisation des services infirmiers en vigueur à l'unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1.

Figure 4.6 : Modèles d'organisation des services infirmiers observés aux Sites 1 et 2



4.2.6.1 Comparaison du Modèle A (Soins intensifs, Site 1) et du Modèle B (Site 2)

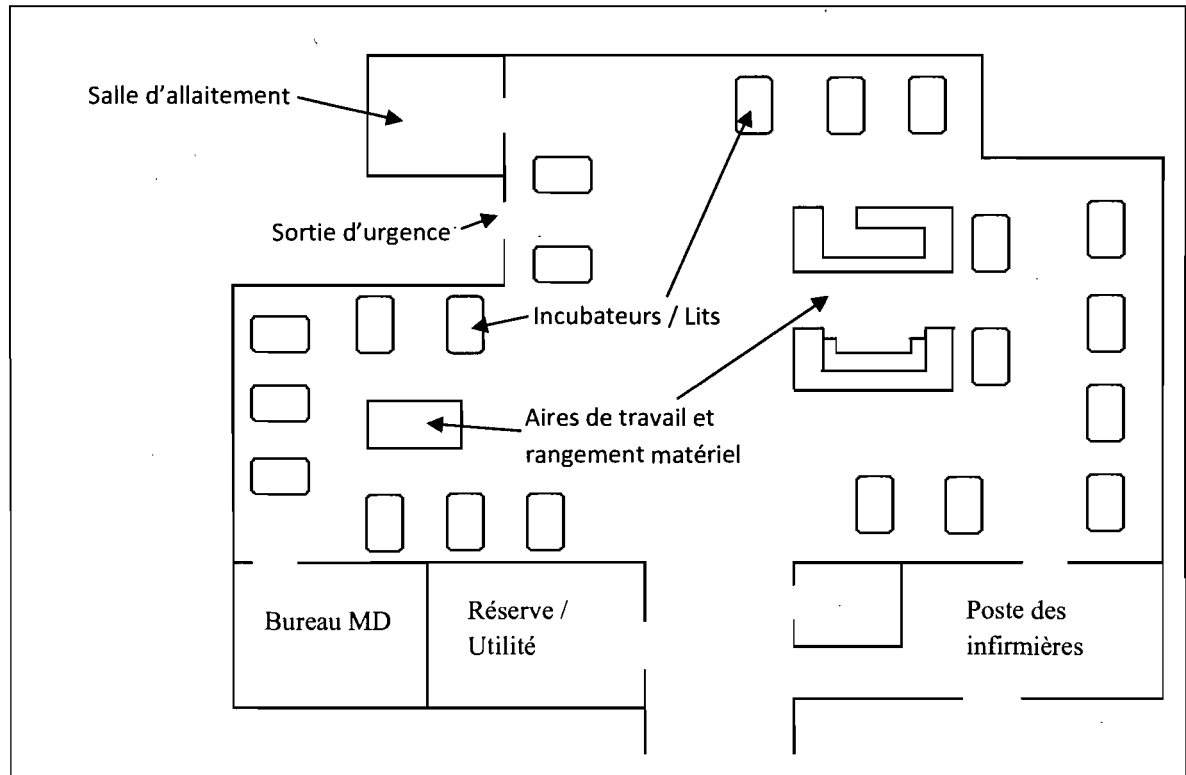
Au plan des similitudes, précisons que les Modèles A et B peuvent être qualifiés, à l'échelle québécoise, de « modèles-types », et ce parce qu'ils permettent de représenter le modèle d'organisation des services infirmiers qui est en application sur la plupart des unités néonatales de soins intensifs de la province. En effet, à l'exception de l'unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1 (Modèle C), l'ensemble des milieux visités lors de cette recherche (n = 8) font appel à un plan de main-d'œuvre composé exclusivement d'infirmières afin de prodiguer les soins directs aux patients. De plus, ces milieux utilisent un mode de distribution de soins qui s'apparente à ce que les acteurs du milieu appellent les « soins globaux » ; c'est-à-dire, un modèle où chaque infirmière est responsable, pour la durée entière de son quart de travail, de l'ensemble des soins infirmiers requis par un groupe donné de patients. Enfin, dans plusieurs de ces unités, des préposés aux bénéficiaires sont employés en support à l'équipe d'infirmières afin de réaliser des fonctions essentiellement cléricales⁹⁷ (Voir : Figure 4.6).

Par ailleurs, la comparaison des Modèles A et B, dans le contexte particulier des unités néonatales où ils ont été observés, permet de faire ressortir, à leur égard, un certain nombre de distinctions. La plus saillante de celles-ci concerne l'architecture des deux milieux. En effet, comme l'indique la Figure 4.7, l'unité néonatale du Site 2 est bâtie selon une architecture à « aire ouverte ». Plus spécifiquement, le personnel infirmier de ce site œuvre dans une grande salle plus ou moins rectangulaire dotée de deux îlots centraux servant à la fois d'aires de travail et de réserves de matériel. Quant aux patients, ils sont situés sur les pourtours de cette salle ; ceux requérant des soins intermédiaires (Niveau II) étant habituellement localisés dans les parties inférieures gauche et droite de la Figure 4.7. Par ailleurs, les patients nécessitant des soins intensifs (Niveau III) y sont généralement regroupés dans les parties supérieure ou inférieure droite. Fait intéressant, l'architecture à aire ouverte constitue la forme architecturale dominante parmi les différents milieux visités

⁹⁷ Le travail des préposés aux bénéficiaires comprend notamment les activités de réapprovisionnement et de rangement du matériel, les activités visant à assurer les déplacements de patients, au sein du centre hospitalier, entre l'unité néonatale et les différents laboratoires ou salles d'examen. Par ailleurs, ils assistent également les infirmières lors de la réalisation de certaines de leurs activités professionnelles (par. ex. : immobiliser un membre lors d'une ponction veineuse) et réalisent aussi certaines tâches d'entretien ménager (par ex. : disposer du matériel souillé et des déchets biomédicaux). Enfin, les préposés ont aussi un important rôle de « commissionnaire » ; agissant à titre d'intermédiaires entre l'infirmière et les différents services offerts au sein de l'unité néonatale et de l'hôpital (par ex. : apporter des requêtes au laboratoire central ou à la banque de sang, amener des pièces d'équipements requises au chevet des patients, etc.).

dans le cadre de cette étude. En effet, bien que leurs dimensions, leurs formes ainsi que la disposition des lieux et des patients diffèrent d'un endroit à l'autre, sept des huit unités néonatales de la province sont construites selon ce type d'architecture. Par conséquent, l'unité néonatale du Site 2, peut également être considérée, en raison de sa forme architecturale particulière, comme un cas-type à l'échelle du Québec.

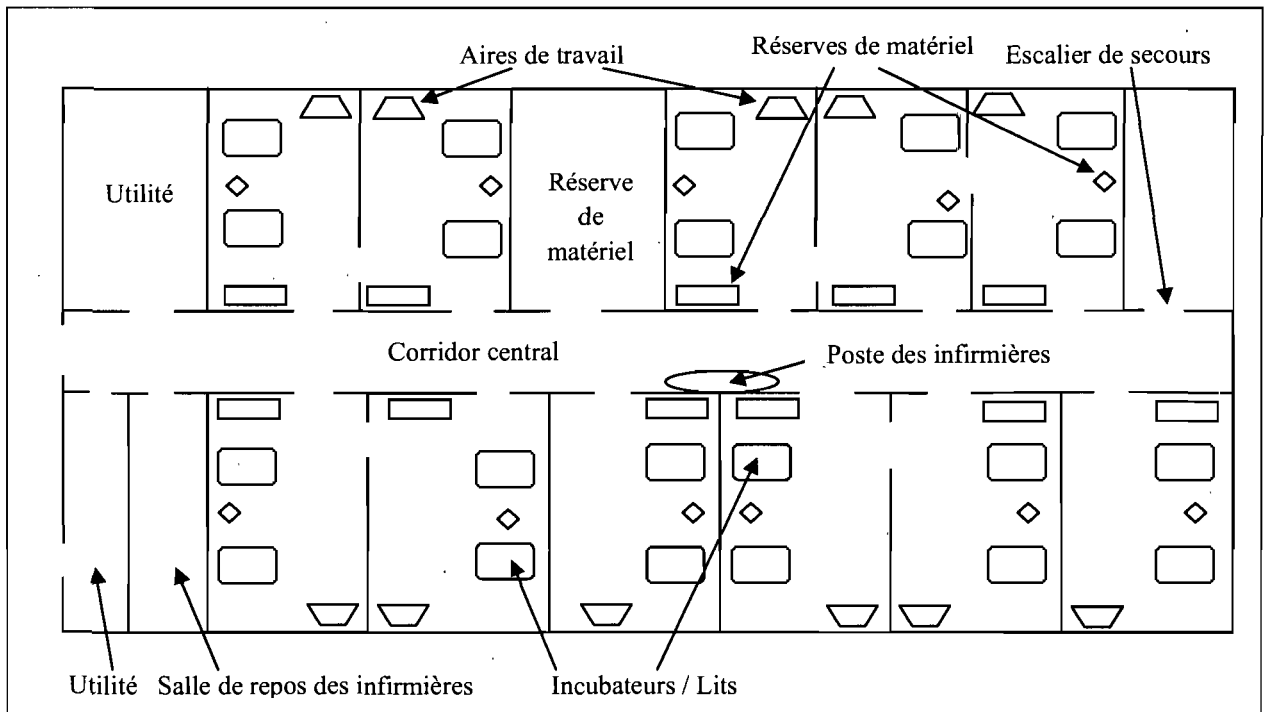
Figure 4.7 : Représentation schématique et approximative de l'unité néonatale du Site 2



Quant à l'unité néonatale de soins intensifs du Site 1, elle contraste, par rapport aux autres unités néonatales québécoises, par le fait qu'elle a été conçue selon une architecture à « aires fermées » (Voir : Figure 4.8). Plus spécifiquement, le personnel infirmier y est dispersé à l'intérieur de onze salles distinctes et adjacentes pouvant chacune contenir 2 patients. Ces salles sont situées de part et d'autre d'un corridor central et toutes sont dotées d'une porte permettant d'y accéder. De plus, de petits passages internes permettent de circuler entre deux salles adjacentes sans que le personnel n'ait à utiliser le corridor

central⁹⁸. On doit néanmoins emprunter ce corridor afin d'accéder à la paire suivante de salles adjacentes ou pour se rendre aux utilités ou aux réserves de matériel qui sont également situées dans des salles donnant accès à ce corridor⁹⁹.

Figure 4.8 : Représentation schématique et approximative de l'unité néonatale de soins intensifs du Site 1



⁹⁸ En raison du nombre impair de salles et de la configuration des lieux, deux d'entre elles ne communiquent avec aucune autre salle adjacente.

⁹⁹ Le poste des infirmières de l'unité néonatale de soins intensifs du Site 1 est localisé au milieu du corridor central. Il n'est constitué que d'une table et de deux chaises situées près d'un mur. On y retrouve néanmoins une armoire, contenant les différentes requêtes nécessaires à la prestation des soins et de services, ainsi qu'un ordinateur, une imprimante, un adressographe et quelques téléphones. Quant aux dossiers médicaux, ils sont décentralisés au chevet des patients. Comme nous le verrons sous peu, le caractère plutôt rudimentaire de ce poste d'infirmières s'explique par le fait que l'unité néonatale du Site 1 a été relocalisée dans ces locaux, pour une période de deux à trois ans, en raison d'un projet de construction.

De plus, ajoutons que l'unité néonatale de soins intensifs du Site 1 est actuellement localisée, pour les quelques années à venir, sur un site temporaire. En effet, des travaux de modernisation et de reconstruction de cette unité ont amené les acteurs du Site 1 à procéder à son déplacement, quelques mois avant le début de l'étude, d'une salle à « aire ouverte », vers les locaux que nous venons de décrire (Voir : Figure 4.8). Ce déménagement a notamment eu pour effet de permettre aux acteurs de ce milieu d'apprécier les avantages et les inconvénients des deux formes architecturales¹⁰⁰.

Avant de poursuivre, précisons qu'au plan de la composition du personnel infirmier, le Modèle A et le Modèle B sont relativement similaires. En effet, dans les deux cas on prévoit une assistante infirmière-chef (AIC) afin de superviser le travail effectué par un groupe d'infirmières ayant chacune la charge d'un nombre donné de patients¹⁰¹. Cependant, le Modèle A diffère du Modèle B par le fait qu'il prévoit également l'ajout de deux infirmières chefs d'équipe (CE) au sein du personnel infirmier de base (Voir : Figure 4.6). Les principales fonctions des infirmières chefs d'équipe, au sein de ce modèle, peuvent être résumées comme suit :

« Les infirmières chefs d'équipe aux soins intensifs, c'est habituellement des infirmières expérimentées qui n'ont pas de patients à leur charge. Elles sont là pour soutenir l'assistante dans ses fonctions. Elles vont offrir du soutien clinique ou de l'aide aux infirmières lors des admissions, des congés ou des transferts. Elles aident aussi dans les situations cliniques complexes ou dans celles où il faut plus que deux mains pour donner les soins. On va aussi les utiliser pour remplacer les infirmières dans les salles de soins lors des heures de repas ou pour les pauses. C'est elles qui vont aider et soutenir les infirmières moins expérimentées »

¹⁰⁰ Au plan méthodologique, ce cas fortuit est intéressant à un double point de vue. En effet, il nous permet de procéder, d'une part, à une série de comparaisons intersites; en comparant notamment l'architecture à aire ouverte du Site 2 avec celle à aires fermées du Site 1. D'autre part, il nous permet également de réaliser des comparaisons intrasites ; en examinant les données relatives à l'architecture du Site 1 avant et après le déménagement.

¹⁰¹ Un regard attentif à la Figure 4.6 permet de constater que les ratios infirmière-patients prévus à l'intérieur du Modèle A peuvent être légèrement inférieurs à ceux du Modèle B. Tel que souligné dans l'introduction de cette sous-section, cette distinction s'explique par le fait que ces modèles ont été observés sur des unités néonatales offrant des niveaux de soins différents (c.-à-d., Site 1 : Unité néonatale de soins intensifs (Niveau III) et Site 2 : Niveaux II et III). Ainsi, il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une des caractéristiques de ces modèles.

lorsqu'elles sont présentes sur le département. Puis c'est sûr que si on a besoin d'un lit puis qu'on n'a pas le personnel, bien c'est elles qu'on va couper en premier...».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Par ailleurs, bien que la fonction d'infirmière chef d'équipe ait, de manière plus ou moins formelle, toujours fait partie du personnel infirmier de l'unité néonatale du Site 1, le changement de forme architecturale a notamment eu pour effet d'accentuer la demande pour ces infirmières ; formalisant ainsi leur présence au sein de l'équipe. De plus, les données de l'étude mettent en évidence que le passage d'une architecture à « aire ouverte » vers une architecture à « aires fermées » a notamment eu pour conséquence d'influencer divers aspects du travail des infirmières (Distribution de soins) ; justifiant ainsi les fonctions attribuées aux infirmières chefs d'équipe. C'est notamment ce que nous décrivons au cours des prochaines pages. En effet :

« Quand on était sur l'autre unité de soins intensifs, c'était une grande salle. Puis ça, c'était beaucoup plus facile, pour nous autres, de se revirer de bord.... Tu sais, on était tout le monde ensemble. Alors c'était plus facile de s'organiser, de trouver une collègue puis de lui dire: « Prends mon autre patient quelques minutes le temps que je fasse telle, telle affaire... ». Mais là, en ce moment, on est dans des petites salles. Puis, il y a des salles qui sont communicantes puis d'autres qui ne le sont pas... Alors quand t'as deux bébés, bien t'es toute seule dans ta salle. Si l'état d'un de tes bébés se détériore, puis que t'es dans une salle non communicante où que ta collègue de la salle d'à côté ne peut pas venir t'aider, bien là, il faut que tu cries en espérant que quelqu'un t'entende dans le corridor. C'est pour ça que ça nous prend des chefs d'équipe. Parce que les filles, elles ne peuvent pas toujours quitter leurs salles pour venir t'aider, elles laisseraient leurs patients à découvert... Ça fait que c'est difficile de s'organiser quand on n'a pas de chef d'équipe... ça ne nous donne pas beaucoup de marge de manœuvre ».

(Infirmière, Site 1)

« Tu sais, dans une grande salle c'était facile d'assurer la couverture des heures de repas et des temps de pause parce que tout le monde était proche puis il n'y avait pas de murs pour nous séparer. Maintenant, si la collègue avec qui je suis jumelée part pour sa pause ou pour son dîner, puis qu'il n'y a pas de chef d'équipe pour la remplacer, bien il faut que je m'occupe de ses bébés aussi... Des fois, c'est lourd, là. Il faut que tu donnes des soins à tes bébés puis, en même temps, il faut que tu t'occupes de ceux de ta collègue dans la salle d'à-côté. S'il y a un bébé qui ne va pas bien, des fois, ça devient difficile. Pendant quand même une heure et demie de temps, t'es quasiment tout le temps toute seule avec quatre bébés, là. C'est quand même des soins intensifs, ce n'est pas... C'est sûr qu'il n'arrive pas toujours des catastrophes. Une chance. Mais ça peut arriver n'importe quand ».

(Infirmière, Site 1)

« Par contre, sur notre ancienne unité, c'était pratique parce qu'on était toutes là, toutes dans la même salle. Ça fait que si une infirmière avait un bébé qui n'allait pas bien, bien il y avait neuf autres infirmières, pas loin, pour venir lui donner un coup de main. Maintenant, c'est toutes des petites salles fermées qui donnent sur le même corridor, puis la distance, entre les salles, est beaucoup plus grande. Ça fait que quand on a besoin d'aide, ça peut être long. Ça peut être plus compliqué d'avoir de l'aide parce que la personne à qui on va demander de l'aide ne peut pas nécessairement quitter sa salle puis laisser ses bébés tout seuls, sans surveillance. Puis il y a des chefs d'équipe mais, bon, elles se promènent dans toutes les salles puis si elles sont occupées, bien là, on est pris toute seule... ».

(Infirmière, Site 1)

Outre les différents éléments que nous venons d'introduire, plusieurs autres aspects du travail de l'infirmière aux soins intensifs néonataux nécessitent l'apport d'une ou de plusieurs collègues. C'est notamment le cas de certaines mesures visant à prévenir les erreurs ou les incidents. Ici aussi, les modifications apportées à la forme architecturale de l'unité néonatale de soins intensifs du Site 1 ont eu une incidence sur le travail du des infirmières (Distribution de soins). En effet :

« C'était beaucoup plus facile de faire toutes les vérifications qu'on doit faire à deux infirmières... Parce qu'on doit faire une double vérification avant de donner du lait maternel. On fait aussi une double vérification avant d'administrer les médicaments, les produits sanguins et les hyperalimentations... Alors, c'est important de se voir, c'est important de pouvoir communiquer ensemble facilement. Donc, l'unité à aire ouverte, c'était facilitant à ce point de vue ».

(Infirmière, Site 1)

« Je pense que ça a changé beaucoup l'organisation du travail pour les infirmières qui sont un petit peu plus insatisfaites de devoir courir après... À l'époque, moi, je demandais aux infirmières de toujours double vérifier un médicament avec une collègue avant de l'administrer. Maintenant, c'est plus difficile à exiger pour tous les médicaments parce qu'elles n'ont pas une collègue qui est facilement accessible ».

(Pharmacienne, Site 1)

« Mais, je sais que les infirmières n'aiment pas être isolées. Elles ont besoin de communiquer ensemble, elles ont besoin de partager leurs impressions au sujet d'un patient, elles ont besoin de dire : « Qu'est-ce que tu penses de ce soluté ? ». Puis ça, ça fait partie de la qualité des soins. Je pense que si on ferme toutes les chambres, bien il faut avoir le double d'infirmières. Ce n'est pas compliqué. Ou bien il faut avoir la chef d'équipe qui est tout le temps au chevet

et qui se promène continuellement d'une salle à l'autre... Mais, il n'y en a pas tout le temps des chefs d'équipe... Elles sont tout le temps entrain de remplir des papiers puis d'appeler des filles pour qu'elles rentrent en supplémentaire...».

(Néonatalogiste, Site 1)

Ainsi, le passage d'une unité à « aire ouverte » vers une unité dotée d'une architecture à « aires fermées » a eu pour conséquence de venir influencer l'un des mécanismes dont disposent les infirmières afin de coordonner leurs efforts collectifs et de réaliser leur travail : l'ajustement mutuel. Dans ce contexte, la formalisation du rôle d'infirmière chef d'équipe peut être vue comme une stratégie d'adaptation, mise de l'avant par les acteurs du Site 1, afin de palier la contrainte organisationnelle imposée par le changement de forme architecturale. Par ailleurs, en plus de créer certaines difficultés au plan de l'ajustement mutuel, le fait de déménager dans une unité à aires fermées est également venu influencer un second mécanisme de coordination dont font usage les infirmières afin d'assurer une prise en charge de qualité à la clientèle : la supervision directe des infirmières novices ou des candidates à l'exercice de la profession (CEPI)¹⁰².

« Puis, il y a une autre chose aussi... L'un des avantages d'être dans une grande salle, c'est que c'est plus facile, pour les infirmières plus expérimentées, de voir si les infirmières novices fonctionnent bien ou de voir s'il y a quelque chose qui ne va pas avec leurs bébés. Mais là, maintenant, on est toutes dans des petites salles avec des murs, alors on ne peut pas les voir aussi facilement les nouvelles. Puis la novice, bien ça se peut qu'elle ne le remarque pas que son patient ne va pas bien. Tu sais, elle est nouvelle, elle n'a pas d'expérience, elle a peu de jugement clinique ou, du moins, elle commence à le développer. Alors, c'est pour ça, aussi, qu'on a besoin de chefs d'équipe... L'autre avantage d'être dans une grande salle c'est que quand il arrive quelque chose sur l'unité, bien tu le vois. Alors la CEPI qui est là, bien elle peut voir

¹⁰² On pourrait ajouter que cette supervision est en partie nécessaire afin d'assurer une standardisation des approches ou des procédés car la formation des infirmières, comme celle de plusieurs autres professionnels de la santé, repose aussi, en partie, sur le mimétisme.

tout ce qui se passe. Ça fait que ça l'aide. Elle voit bien plus de choses... Elle se dit : « Ah! OK. Dans telles, telles circonstances, il faut faire ça, ça... ». Tu sais, elle apprend bien plus vite que quand elle est toute seule dans une salle ».

(Infirmière, Site 1)

« Alors, la proximité qu'on avait sur notre ancienne unité était assez pratique pour les nouvelles infirmières. Parce qu'on avait l'expérience tout proche de nous. L'assistante était dans la même salle que nous. Donc, si on avait une question, la personne la plus expérimentée, en principe, c'est l'assistante. Donc, elle était capable de nous répondre puis de nous encadrer... ».

(Infirmière, Site 1)

Ici aussi, les données de l'étude suggèrent que la formalisation du rôle d'infirmière chef d'équipe a contribué à pallier les contraintes imposées par la nouvelle forme architecturale. Fait intéressant, soulignons que le fait de cloisonner les infirmières de l'unité néonatale de soins intensifs du Site 1, à l'intérieur de petites salles, a notamment eu pour effet d'éveiller, chez plusieurs d'entre elles, des sentiments d'isolement et d'insécurité qui viennent influencer la perception qu'elles ont de leurs capacités à assurer une surveillance et une prise en charge adéquate des patients placés sous leur responsabilité.

« Il y avait quelque chose d'agréable dans l'ancienne salle de soins intensifs où on avait l'impression... Les infirmières, je pense qu'elles avaient l'impression d'être toutes ensemble, donc, de pouvoir se surveiller¹⁰³ ... Eh ! C'est-à-dire, surveiller leurs patients... Je pense qu'elles étaient plusieurs infirmières à veiller sur un même patient du coin de l'œil alors que maintenant, souvent, ça repose sur une seule

¹⁰³ Ce lapsus est intéressant car il permet de faire référence à ce mécanisme de coordination dont font usage les infirmières afin d'assurer une prise en charge de qualité à la clientèle néonatale : la supervision. Or, cette supervision semble ici s'appliquer à l'ensemble des infirmières et non seulement aux novices. De notre point de vue, il s'agit d'une stratégie d'adaptation supplémentaire, mise de l'avant par les infirmières, afin d'assurer une prise en charge de qualité à la clientèle néonatale. Or, le changement de forme architecturale est précisément venu réduire la capacité des infirmières à y recourir; rendant ainsi nécessaire la formalisation du rôle d'infirmière chef d'équipe.

infirmière, ou deux, quand il y a deux infirmières par salle. Avant, on pouvait être entouré de 5 ou 6 infirmières. Ça fait que si un patient... le moindrement qu'il commençait à faire des pauses respiratoires, des bradycardies ou je ne sais pas quoi, il y avait quand même plusieurs autres infirmières qui veillaient sur ce patient-là. Donc, si l'infirmière en charge de ce patient était occupée à faire autre chose, bien elle savait qu'il y avait d'autres personnes qui veillaient... ».

(Pharmacienne, Site 1)

« Nous, ici, on a une limite... C'est vrai qu'on s'est amélioré sur plusieurs aspects depuis qu'on est sur notre nouvelle unité de soins intensifs. Par contre, ce n'est pas un département qui est visible. Quand tu es dans une chambre, tu te sens isolée. Et puis ça, ça génère beaucoup d'insécurité chez les infirmières, cet isolement-là... Tu sais : « Si mon bébé se détériore, puis que je suis toute seule, puis que je n'ai pas personne... ». Là, c'est la panique... ».

(Gestionnaire, Site 1)

« Quand les infirmières doivent surveiller les patients de la salle d'à côté, bien il y a un mur entre les deux. Juste avec une petite porte qu'il faut qu'elles... Bon, ça fait que ça, ça insécurise beaucoup les infirmières. Ne pas pouvoir voir les patients, bien qu'on a des moniteurs dans toutes les salles puis qu'elles sont capables de programmer leurs moniteurs afin de voir les paramètres des patients d'à côté... Ce n'est pas encore ancré dans leurs mœurs de pouvoir se fier vraiment à ça... Elles veulent avoir la sécurité de voir les patients. Ça fait que c'est sûr que d'avoir une structure avec deux patients par chambre, c'est un peu limitatif pour ça. Étant donné ce qu'on avait connu avant, si on pense à la grande salle de soins où on était tous ensemble. Ça donnait beaucoup plus de sécurité aux infirmières... ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Avant de poursuivre, il importe de préciser que cette perception ressentie par les infirmières ne semble pas avoir une influence réelle sur la santé des patients ou sur la sécurité des soins qui leur sont offerts. En effet :

« Mais je ne peux pas dire que ça donne de vrais problèmes pour les patients, là. Je n'ai pas vu de cas où il y avait un patient en problème, puis qu'on n'ait pas été avisé ».

(Néonatalogiste, Site 1)

« Nous, l'une des problématiques qu'on vit, c'est qu'on était habituées de travailler en grand groupe. Par exemple, aux soins intensifs, on était dans une grande salle, tout le monde ensemble. Alors, on voyait tout ce qui se passait. Et là, de se retrouver dans des salles de deux patients, ça a été la catastrophe pour les infirmières : « On ne voit plus rien, on n'entend plus rien... Il va arriver plein de catastrophes... Nos bébés n'iront pas bien... ». Puis là, ça fait quand même plusieurs mois qu'on est déménagé, et il n'est jamais arrivé de catastrophe. Les filles sont beaucoup plus vigilantes qu'elles le pensent ».

(Infirmière conseillère en soins, Site 1)

Enfin, les données de l'étude suggèrent que le passage d'une architecture à aire ouverte vers une architecture à aires fermées s'est avéré être peu bénéfique, pour les acteurs du Site 1, et ce tant au plan des coûts de gestion que de l'allocation des ressources infirmières. En effet, en plus d'augmenter, tel que nous venons de le décrire, la demande pour les infirmières chefs d'équipe, le changement de forme architecturale a aussi eu pour effet d'augmenter la demande d'infirmières et les coûts de gestion :

« Mais, l'organisation des soins intensifs, qui est pour une période temporaire de deux ans, ce n'est pas si gagnant que ça au niveau du budget ou de la réaffectation du personnel. Parce qu'à un moment donné, tu peux avoir dans une salle un patient lourd, un ratio un pour un, qui est jumelé avec un patient qui devient moins lourd, qui devient un ratio un pour deux. Là, t'as comme deux options. Si tu décides de ne pas déplacer ce patient-là, bien il faut que tu mettes deux

infirmières dans cette salle-là. Mais, dans le fond, l'infirmière que tu rajoutes, elle pourrait prendre un deuxième patient. Alors, si tu fais ça, ça te prend comme plus de monde pour arriver à combler tes besoins... Par contre, si tu décides de déménager le patient, bien là, c'est les parents qui doivent constamment changer de salles puis s'adapter à de nouveaux visages. Ça fait qu'avant, dans la grande salle, c'était plus facile de s'organiser pour avoir besoin de moins de monde, moins de ressources infirmières ».

(Gestionnaire, Site 1)

Ainsi, l'architecture à « aires fermées », telle que conçue à l'unité néonatale de soins intensifs du Site 1, a également eu pour effet pervers de réduire la marge de manœuvre dont disposent les gestionnaires afin de procéder à une répartition qui minimise les besoins en infirmières. Par ailleurs, bien que des stratégies soient disponibles afin de pallier cette perte de flexibilité, la citation ci-dessus nous rappelle qu'elles ont un prix : celui d'augmenter les coûts de gestion des ressources infirmières ou encore celui d'influencer la continuité de la prise en charge offerte à la clientèle.

Malgré les différentes limites que nous venons d'introduire, l'architecture à aires fermées présente également un certain nombre d'avantages par rapport à l'architecture à aire ouverte ; ceux-ci touchant principalement divers aspects de la prise en charge des clientèles. C'est ce que nous aborderons au cours des prochaines pages. En effet :

« Bien, le fait que l'unité soit à aire ouverte fait en sorte que tous les parents sont au courant de tout ce qui se passe. Puis des fois, veut, veut pas, on parle un peu fort, nous, les infirmières. Alors, les parents comprennent quand on parle des problématiques d'un autre bébé. Alors ça, c'est un petit peu un irritant... Du fait que l'unité est à aire ouverte, il n'y a pas vraiment de confidentialité pour les parents. Tu n'as pas non plus beaucoup d'intimité pour les mamans qui veulent allaiter¹⁰⁴. Ça, on repassera... ».

(Infirmière, Site 2)

¹⁰⁴ Bien que l'unité néonatale du Site 2 dispose d'une salle d'allaitement, l'état de santé de l'enfant ou la non disponibilité de cette salle peuvent amener les mères à devoir rester sur l'unité afin d'allaiter leur enfant.

« L'environnement... C'est sûr que ce n'est pas aidant. On est proche des autres parents. Souvent, j'ai besoin d'être au chevet du patient avec la nutritionniste. Là, il y a l'infirmière qui a besoin de donner ses médicaments à travers tout ça... Il y a le parent qui est là, avec le bébé qui pleure, qui ne pleure pas. Là, on est tous pris là-dedans. Puis là, il y a un autre parent, à côté, qui écoute à moitié ce que l'on dit. Ça fait que la confidentialité... Pas du tout, là. Puis, en même temps, on n'a pas le choix d'être là, de rester à côté du lit, parce que le bébé est souvent branché sous oxygène, puis tout ça. Ça fait qu'il faut être là pour montrer des choses aux parents... Donc, ce n'est pas facile... ».

(Ergothérapeute, Site 2)

« Puis, pour les parents... Ça, pour les parents, c'était aussi très difficile, là. Dès fois, il y avait une patiente qui allaitait son enfant juste à côté d'un autre enfant dont l'état de santé était précaire... C'était... Pour les parents, c'était très difficile. J'ai l'impression que c'est mieux pour ça maintenant ».

(Pharmacien, Site 1)

Parallèlement au fait d'assurer la confidentialité des informations cliniques et l'intimité des parents, mentionnons que l'un des standards de pratique, en néonatalogie, consiste à minimiser les sources de stimulations auxquelles est exposée la clientèle. En effet, les travaux de recherche dans ce domaine ont contribué à mettre en évidence que la stimulation excessive des nouveau-nés prématurés ou malades peut avoir des conséquences à court, moyen et long terme sur leur santé et leur développement¹⁰⁵. Dans l'optique de réduire ces sources de stimulations, ainsi que d'assurer une prise en charge de qualité à la clientèle, les acteurs de ce milieu adhèrent à un ensemble de normes professionnelles et institutionnelles qu'ils appellent « l'approche des soins du développement ». Plus spécifiquement, ces normes viennent notamment orienter la manière de distribuer les soins

¹⁰⁵ Pour plus d'informations sur cette question, le lecteur est invité à consulter : Martel, M.-J., & Millette, I. (2006). *Les soins du développement. Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré.* Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

à la clientèle néonatale (par ex. : minimiser les manipulations ou regrouper les interventions afin d'éviter de perturber le cycle de sommeil du nouveau-né ; minimiser l'intensité du bruit et de la lumière ; respecter un ensemble de principes quant à la manière de positionner le nouveau-né dans son incubateur, etc.). De plus, ces normes viennent également guider la conception du cadre physique d'une unité néonatale¹⁰⁶. Sur ce dernier point, les données de l'étude mettent en évidence comment la forme architecturale particulière du Site 1 et du Site 2 peut venir influencer la capacité des infirmières à se conformer aux standards des soins du développement. En effet :

« Il y avait 20 bébés dans cette grande salle-là. Et puis, au niveau des soins du développement, c'était épouvantable. Les bébés étaient hyper stimulés. Il y avait du bruit. Il y avait 10 à 12 infirmières en permanence dans cette grande salle-là qui parlent, qui rient, qui travaillent, qui... des fois, quand ça va mal, ... sont inquiètes. Ça parle fort. Le bruit des respirateurs, les moniteurs, les sonneries... Ça faisait un boucan incroyable. Ça sur-stimulait les bébés. Ça segmentait leurs cycles de sommeil... Ça fait qu'à ce niveau-là, on est beaucoup mieux maintenant parce que les petits sont beaucoup plus tranquilles, puis ça paraît. De nuit, surtout, on voit la différence, ils dorment plus profondément. Ils sont moins dérangés. Puis, en plus, on essaye de regrouper les soins le plus possible pour ne pas les déranger dans leur sommeil. On les réveille seulement aux trois heures ou quand on a besoins de faire des soins urgents. Ça fait que c'est sûr, les petites salles fermées, ça fait une grande différence. Il y a moins de bruit. Il y a juste une ou deux infirmières par salle. C'est beaucoup plus tranquille ».

(Infirmière, Site 1)

¹⁰⁶ Le rapport de la *Seventh Consensus Conference on Newborn Intensive Care Unit Design* (2007) énonce un ensemble de 27 recommandations touchant à la conception d'une unité néonatale. Ces recommandations établissent notamment des normes quant à : a) la configuration d'une l'unité néonatale ; b) sa localisation à l'intérieur du centre hospitalier ; c) l'espace minimal devant être accordé au patient et à son environnement ; d) le nombre et l'emplacement des prises électriques et des sorties pour les gaz médicaux et ; e) la confection des chambres à pression positive. De plus, ces normes traitent aussi de la confection d'installations pour l'accueil des familles et l'hygiène de base (lavage des mains, etc.) et d'aires de travail et de repos pour le personnel clinique et administratif. Enfin, des normes sont aussi spécifiées quant au type et à l'intensité de l'éclairage, la ventilation et la température ambiante, la couleur, la texture et les propriétés acoustiques des matériaux utilisés pour la confection des murs, des planchers et des plafonds.

« Pour ce qui est de limiter la surcharge sensorielle, je sais que les infirmières font très attention. Elles mettent des couvertures sur les incubateurs pour diminuer la luminosité, elles baissent l'éclairage de la salle... Je sais que la majorité essaye de regrouper les soins... Donc, ça, je pense que c'est quand même assez bien respecté. Par contre, pour ce qui est du bruit, ce n'est pas toujours respecté comme il devrait. Tu sais, les infirmières sont plusieurs dans la même salle et le ton monte facilement. Il y a les alarmes aussi. Elles ne les éteignent pas tout de suite, là, tu sais. Elles pourraient les éteindre plus rapidement, selon moi. Parce que ça, limiter le bruit, ce n'est peut-être pas toujours respecté. Il resterait le bruit à améliorer. Puis, dans le fond, on le sait depuis le début... Depuis qu'on travaille dans cet environnement-là. Ça a toujours été le bruit ».

(Gestionnaire, Site 2)

Ainsi, l'architecture à « aire ouverte », telle qu'observée à l'unité néonatale du Site 2 et à l'ancienne unité néonatale de soins intensifs du Site 1, contribue à créer un environnement propice à la stimulation excessive des nouveau-nés et où il est difficile, d'assurer la confidentialité des informations cliniques ou encore l'intimité des parents. Sur ce point, il importe de préciser qu'au-delà de la forme architecturale, l'exiguïté des locaux semble également jouer un rôle important. En effet, selon les normes de la *Seventh Consensus Conference on Newborn Intensive Care Unit Design (2007)* :

« Each infant space shall contain a minimum of 120 square feet (11.2 square meters) of clear floor space, excluding hand washing stations, columns, and aisles. There shall be an aisle adjacent to each infant space with a minimum width of 4 feet (1.2 meters) in multiple bed rooms. When single infant rooms or fixed cubicle partitions are utilized in the design, there shall be an adjacent aisle of not less than 8 feet (2.4 meters) in clear and unobstructed width to permit passage of equipment and personnel. Multiple bed rooms shall have a minimum of 8 feet (2.4 meters) between infant beds.

There shall be provision for visual privacy for each bed, and the design shall support speech privacy at a distance of 12 feet (3.6 meters)».

Or, tant à l'unité néonatale du Site 2 qu'à l'ancienne unité néonatale de soins intensifs du Site 1, ces normes physiques ne pouvaient être rencontrées en raison de l'espace physique et des locaux disponibles.

« Il y a des architectes qui sont venus à l'unité au sujet d'un éventuel projet de reconstruction. On souhaite en fait réaménager complètement le département... Tu sais, l'unité néonatale, la salle d'accouchement puis l'unité de postpartum. Puis là, ils nous ont vraiment dit qu'on n'avait pas l'espace réglementaire pour chaque incubateur. Ça devrait être beaucoup plus que ce qu'on a actuellement... ».

(Gestionnaire, Site 2)

« Il y a des avantages et des inconvénients d'être dans notre nouvelle unité... On est très bien installé, on a beaucoup plus d'espace. Parce que l'espace pour les bébés qu'on avait avant n'était pas réglementaire. Si je ne me trompe pas, c'est 100 ou 150 pieds carrés, sous toute réserve, là. Mais c'est quelque chose comme ça qu'on doit allouer au bébé et à son environnement. Et, dans notre ancienne unité, vu la disposition des lieux, on ne pouvait pas respecter ça ».

(Infirmière, Site 1)

Par ailleurs, bien que l'unité néonatale du Site 1 soit à « aires fermées », l'espace disponible au sein de ces locaux temporaires ne permet pas, non plus, de rencontrer ces standards. En effet, comme l'indique un gestionnaire de ce site :

« Les lieux physiques. Oui, on a plus d'espace qu'avant mais ce n'est pas encore aux normes. Mais, c'est une nette amélioration par rapport à ce qu'on avait en décembre dernier, là, avant qu'on déménage ».

(Gestionnaire, Site 1)

Ainsi, il est possible qu'une unité néonatale construite selon une architecture à aire ouverte et dotée de l'espace minimal requis puisse contribuer à procurer un environnement qui respecte les standards de l'approche des soins du développement. Cependant, un tel environnement n'a pas été observé dans la présente étude. Par ailleurs, outre la confidentialité et la réduction des stimulations sonores, les normes quant à l'espace minimal requis visent également un autre objectif, celui de favoriser la participation parentale aux soins de l'enfant.

« Mais c'est sûr que dans nos contraintes d'espace... Tu sais, les mères pourraient faire plein d'affaires, mais on est toujours tellement restreints dans l'espace que les mères ne se sentent pas très bienvenues pour venir... Parce que les mères, on pourrait leur dire : « Bien c'est vous qui donnez le boire, puis c'est vous qui donnez le bain, puis vous restez ici, puis... ». Mais on manque tellement d'espace que c'est toujours la question de manque d'espace, là, qui est mise de l'avant quand on parle de ça. Ou les mères pourraient prendre les bébés en kangourou pas mal plus souvent... Elles pourraient prendre un beaucoup plus grand rôle, les mères. Mais on a tellement de contraintes que ça rend les choses compliquées ».

(Néonatalogiste, Site 1)

En somme, cette section nous a permis de comparer deux des trois modèles d'organisation des services infirmiers observés dans le cadre de cette étude : les Modèles A et B. Essentiellement, quatre constats ressortent de leur comparaison. Premièrement, nous avons vu que la forme architecturale d'une unité néonatale peut exercer une influence sur certains des mécanismes dont font usage les infirmières afin de coordonner leur travail et d'assurer une prise en charge de qualité à la clientèle. Deuxièmement, la transformation de l'unité néonatale du Site 1 nous a permis de mettre en évidence que la modification de la composition du personnel infirmier, par l'ajout d'infirmières chefs d'équipe, peut être vue comme une stratégie d'adaptation permettant de pallier aux difficultés de coordination du travail qui découlent des caractéristiques architecturales particulières d'une unité néonatale. Troisièmement, cette transformation nous a également permis de souligner que la forme architecturale d'une unité néonatale peut, à elle seule, être source de pénurie

quantitative de personnel. Enfin, nous avons noté que les caractéristiques architecturales d'une unité néonatale (par ex. : espace disponible) exercent également une influence sur la capacité des infirmières à se conformer à un ensemble de normes professionnelles et, par conséquent, à offrir une prise en charge optimale à la clientèle néonatale (c.-à-d., confidentialité, intimité, participation parentale aux soins des nouveau-nés, soins développementaux, etc.). Revenons maintenant au Modèle C.

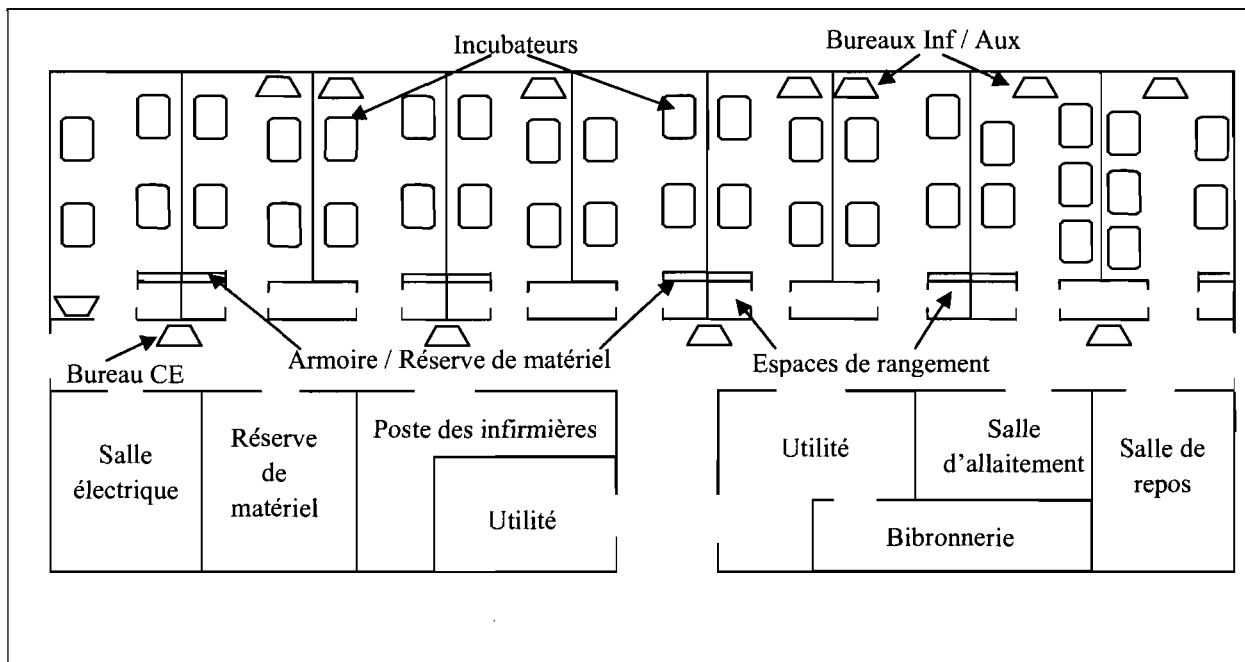
4.2.6.2 Modèle C : Unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1

La partie inférieure de la Figure 4.6, ci-dessus, illustre le modèle d'organisation des services infirmiers en vigueur à l'unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1 (Modèle C). Selon ce modèle, une assistante infirmière-chef (AIC) supervise le travail de trois infirmières chefs d'équipe (CE) qui sont elles-mêmes responsables de la supervision du travail effectué par trois à quatre infirmières auxiliaires (AUX) ainsi que des soins requis par un groupe de 12 à 15 patients. De plus, le modèle prévoit l'ajout, lorsque la disponibilité du personnel le permet, d'infirmières auxiliaires supplémentaires, qui n'ont aucune charge de patients, et dont la fonction est de venir prêter main forte aux autres membres de l'équipe. Il s'agit des auxiliaires « intersalles » (Voir : Figure 4.6, les auxiliaires 4 et 8). Avant de poursuivre, trois remarques s'imposent.

Premièrement, afin de bien comprendre la structure et le mode de fonctionnement de ce modèle d'organisation des services infirmiers, tel qu'observé dans le contexte particulier de l'unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1, il importe de donner quelques précisions de nature architecturale. À ce sujet, notons que cette unité est construite, tout comme l'unité néonatale de soins intensifs du Site 1, selon une architecture à « aires fermées » (Voir : Figure 4.9). Ainsi, les patients y sont regroupés à l'intérieur de neuf salles distinctes et adjacentes pouvant chacune contenir, en fonction de leur taille respective, de 4 à 5 patients. Ces salles sont toutes situées sur le même côté d'un corridor central et toutes sont dotées d'une porte permettant d'y accéder. De plus, de petits passages internes permettent de circuler entre deux salles adjacentes sans que le personnel n'ait à utiliser le corridor central¹⁰⁷. On doit néanmoins emprunter ce corridor afin d'accéder à la paire suivante de salles adjacentes, pour se rendre aux utilités, aux réserves de matériel ou encore pour accéder au poste des infirmières qui sont tous localisés sur l'autre côté du corridor central (Voir : Figure 4.9).

¹⁰⁷ En raison du nombre impair de salles, l'une d'elles ne communique avec aucune autre salle adjacente.

Figure 4.9 : Représentation approximative et schématique de l'unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1



Deuxièmement, étant donné que nous venons d'aborder en détails les principaux avantages et inconvénients des formes architecturales à aire ouverte et à aires fermées, nous nous limiterons à mentionner, par souci de concision, que l'unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1 présente des avantages et des inconvénients analogues à ceux de l'unité néonatale de soins intensifs du Site 1 (Architecture à aires fermées).

« Mais, aux soins intermédiaires, l'approche avec les parents est encore difficile parce que c'est 4 à 5 bébés dans une même salle. Puis, encore-là, on n'est pas du tout dans les normes de la néonatalogie en ce qui à trait aux espaces physiques minimaux ».

(Gestionnaire, Site 1)

Ainsi, tel que suggéré dans la citation ci-dessus, puisque le nombre de patients par salle y est plus élevé et puisque la superficie des espaces-patients y est également inférieure aux normes recommandées par la *Seventh Consensus Conference on Newborn Intensive Care Unit Design (2007)*, il peut notamment s'avérer difficile, au sein de cette unité, d'assurer la

confidentialité des informations cliniques ainsi que l'intimité des parents¹⁰⁸. De plus, le fait d'ajouter des infirmières auxiliaires « intersalles », lorsque la disponibilité du personnel le permet, permet au Modèle C de réduire un certain nombre des difficultés d'ajustement mutuel qui découlent du cloisonnement du personnel à l'intérieur de salles fermées. Toutefois, comme nous le verrons au cours des prochaines pages, ces difficultés demeurent en ce qui concerne les infirmières chefs d'équipe.

Troisièmement, bien que les appellations soient identiques, précisons que les fonctions des infirmières chefs d'équipe prévues au sein du Modèle C diffèrent substantiellement de celles décrites au Modèle A. En effet :

« La chef d'équipe, aux soins intermédiaires, c'est une infirmière qui est responsable des soins infirmiers à prodiguer à un groupe de 12 ou 15 patients. Notre structure fait en sorte qu'elle doit aussi superviser le travail de 3 ou 4 infirmières auxiliaires et prodiguer les différents soins qu'elles ne peuvent pas donner en raison de leur champ de compétence limité. Ça peut être des tâches très techniques, comme installer un soluté ou donner une injection. Mais, ça implique aussi de faire l'évaluation et le suivi de l'état de santé des bébés, de faire l'enseignement aux parents puis voir à la préparation du congé. Elle est aussi responsable de faire la révision des dossiers médicaux, relever les ordonnances puis de créer ou de mettre à jour les plans de soins infirmiers ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Outre ces quelques détails concernant la forme architecturale de l'unité et les spécificités du rôle des infirmières chefs d'équipe, la principale particularité du Modèle C concerne la présence d'infirmières auxiliaires au sein du personnel infirmier. Nous y accorderons donc le restant de cette sous-section. En effet :

« Des auxiliaires, on s'est longtemps questionné... Parce que des auxiliaires en néonatalogie, au Québec, on est le seul hôpital qui en a. Alors, on a pensé, il y a quelques années, de s'en aller vers

¹⁰⁸ D'autres aspects de la prise en charge offerte aux parents sont également influencés par la forme architecturale de l'unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1. Nous y reviendrons sous peu.

un plan de main-d'œuvre à 100% infirmier. Mais là, on a pris une autre tangente parce qu'on est tellement en manque de ressources infirmières que même si j'avais le budget et les accords de Pierre, Jean, Jacques... et que j'aurais tant de postes à afficher, je ne serais pas capable de les combler, là. Donc, on est plutôt rendu à regarder comment on peut donner les soins... qui sont les intervenants qui vont travailler à l'unité néonatale puis de quelles façons les collaborations doivent se faire. Donc, ce n'est pas demain matin qu'on va travailler avec un plan de main-d'œuvre avec 100% d'infirmières ».

(Gestionnaire, Site 1)

« Puis à un moment donné, il avait été question... Le but de la Direction, à un moment donné, c'était qu'il n'y ait plus d'auxiliaires en néonatalogie, que ça soit juste des infirmières, et qu'on fasse des soins globaux¹⁰⁹. Tu sais, qu'on s'occupe de tous les soins de nos patients. Maintenant, ce n'est pas possible. On ne réussit pas à avoir assez d'infirmières pour couvrir les besoins, là... Et là, ce qui arrive, aux soins intermédiaires, bien c'est des auxiliaires qui sont aux patients. Les seules infirmières qu'il y a aux soins intermédiaires, c'est les chefs d'équipe qui ont, habituellement, trois salles. Elles devraient en avoir deux, là... parce que l'entente... on s'était dit que si les chefs d'équipe ont deux salles, avec des auxiliaires, ça pourrait bien marcher. Mais, comme on n'a pas de personnel, la plupart du temps, il faut donner une troisième salle aux chefs d'équipe. Ça fait que la fille, elle a trois salles avec des auxiliaires. Alors, ça peut faire 12 ou 15 bébés, dépendamment de quelles salles elle a. Parce qu'il y a des salles où on peut mettre cinq bébés puis d'autres où on en met quatre ».

(Infirmière aux transferts à rebours, Site 1)

¹⁰⁹ C'est-à-dire que chaque infirmière a la responsabilité, pour la durée de son quart de travail, de l'ensemble des soins infirmiers devant être prodigués à un groupe donné de patients.

Ainsi, tel que le donnent à penser les citations ci-dessus, le Modèle C peut être vu comme une stratégie d'adaptation, mise de l'avant par les acteurs du Site 1, afin de pallier la pénurie quantitative d'infirmières. En théorie, le mécanisme d'action de cette stratégie repose essentiellement sur deux principes. Premièrement, modifier la composition du personnel infirmier, par l'ajout d'infirmières auxiliaires, afin d'augmenter les ratios infirmières patients et, ainsi, réduire la pénurie quantitative d'infirmières. À titre d'exemple, rappelons que pour une unité néonatale de soins intermédiaires (Niveau II), la Société canadienne de pédiatrie recommande un ratio allant de 3 à 4 bébés par infirmière, selon la nature des maladies et des situations (Voir : Tableau 4.3). Or, au sein du Modèle C, cette charge se voit quadruplée, s'établissant à 12 ou à 15 patients par infirmière, et ce en fonction des salles. Deuxièmement, déléguer aux infirmières auxiliaires un ensemble d'actes de soins afin de compenser, en partie, l'augmentation de la charge de travail qui découle de l'accroissement des ratios infirmières patients¹¹⁰. En pratique, bien que le Modèle C contribue effectivement à contrer une portion de la pénurie quantitative d'infirmières, on note toutefois que ce modèle, ainsi que le contexte à l'intérieur duquel il est déployé, peuvent contribuer à induire un certain nombre d'effets pervers. C'est ce que nous verrons dans les prochaines pages. En effet :

« Moi, je suis souvent chef d'équipe aux soins intermédiaires puis on a trois salles. Alors ça, c'est moins agréable parce que je ne peux pas être tout le temps dans mes salles, mais je fais le tour. Comme ça, j'essaye le plus possible de voir les signes avant-coureurs de tous les bébés. Mais, ça demeure difficile de bien surveiller les bébés qui commencent à moins bien aller. Quand tu as trois salles, tu ne peux pas tout voir, tu ne peux pas être partout. Ça fait que les auxiliaires, elles ont la responsabilité de faire la surveillance continue des patients. Puis, dès qu'elles s'aperçoivent de quelque chose, bien leur responsabilité, c'est d'en parler à leur chef d'équipe ».

(Infirmière, Site 1)

¹¹⁰ Ces actes sont notamment spécifiés dans la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.

« Tu sais, une chef d'équipe pour trois salles, c'est à peu près 12 à 15 bébés puis, là-dedans, il y a 4 ou 5 infirmières auxiliaires. C'est sûr que tous les soins ne sont pas supervisés par une infirmière. Puis ici, les auxiliaires font des choses qu'elles ne... Je trouve qu'elles évaluent beaucoup les bébés, puis elles ne sont pas supposées de le faire parce que ça dépasse leur champ de compétence... Elles sont supposées de contribuer à l'évaluation».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Ainsi, les données de l'étude suggèrent que l'architecture particulière de l'unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1, de même que les charges élevées de patients, posent, pour les infirmières chefs d'équipe, un certain nombre de difficultés, notamment en ce qui a trait à la supervision des soins prodigués par les infirmières auxiliaires et à la surveillance des patients. Outre cet aspect, le Modèle C, tel qu'appliqué à l'unité néonatale de soins intermédiaires du Site 1, exerce également une influence sur le type de prise en charge offerte aux patients et aux familles. En effet :

« Là où on coupe plus facilement dans le personnel, c'est au niveau des soins intermédiaires. Et, ce n'est peut-être pas là qu'on devrait couper. Parce que quand on coupe aux soins intermédiaires, le bébé, lui, il ne manquera pas de soins. On va mettre des auxiliaires puis les baignoires, les boires, les signes vitaux, la pesée..., ça va se faire. Mais, c'est l'intégration de la mère, l'enseignement... c'est là-dessus qu'on coupe. Puis, la planification du congé, peut-être qu'on l'escamote un peu puis que les familles partent sans avoir vraiment mis la main à la pâte pour le bain, puis pour ces affaires-là. Puis, tu sais, quand les infirmières nous disent que la qualité des soins s'est détériorée au cours des dernières années, bien c'est à ça qu'elles font référence. C'est que dans les dernières années, elles ont moins de contact, justement, avec les familles. Elles font moins d'enseignement, parce qu'elles vont se centrer sur d'autres tâches plus techniques ».

(Gestionnaire, Site 1)

« Pour ma part, c'est aux soins intermédiaires que c'est très lourd pour les filles. Là, les patients demandent beaucoup plus... Dans le fond, c'est eux autres qui ont besoin de plus d'heures-soins nursing. En termes d'intensité de soins aussi, tu sais, l'enseignement aux parents, préparer au congé, voir les compétences parentales, faire la liaison avec le CLSC, le psychologue, le travailleur social... Voir si tout est correct à la maison... C'est dans notre devoir, ça. Mais on ne le fait pas, parce qu'on n'a pas le temps ».

(Gestionnaire, Site 1)

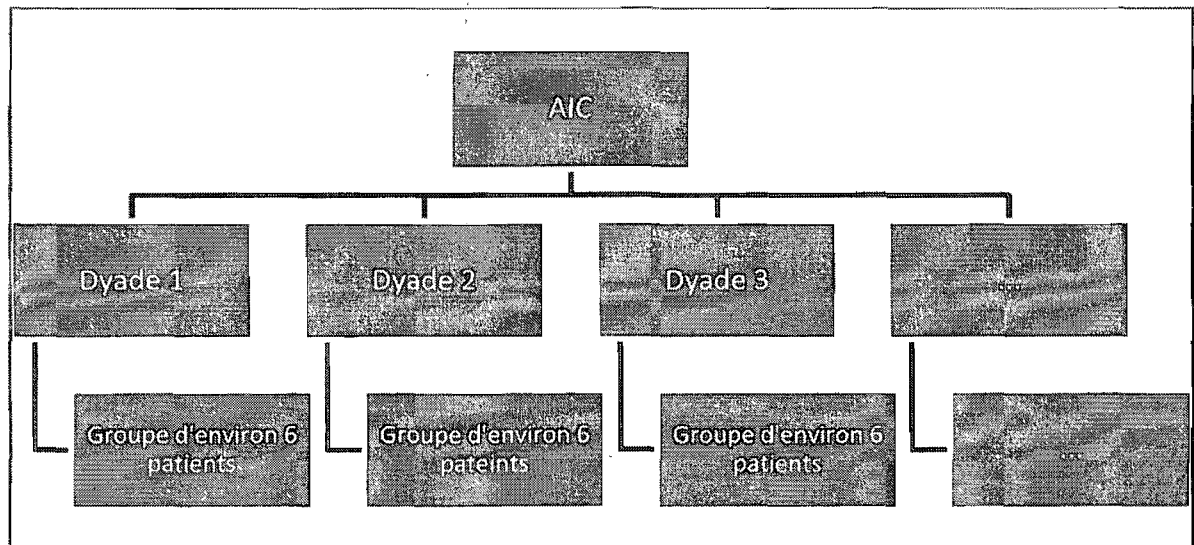
Ainsi, sur la base des données introduites, bien que le Modèle C puisse être considéré comme une stratégie d'adaptation visant à pallier la pénurie quantitative d'infirmières, cette stratégie est toutefois imparfaite. En effet, son déploiement contribue au rationnement de certaines activités professionnelles infirmières dont la supervision du travail des infirmières auxiliaires, l'enseignement aux parents, le suivi de clientèle et la planification des congés. Dans l'optique de corriger certaines de ces lacunes, les acteurs du Site 1 étaient à repenser, au moment de collecter les données de cette étude, ce modèle d'organisation des services infirmiers :

« Il y a un mode de travail à changer avec les infirmières. Éventuellement, on va s'en aller en travail en dyade, comme un peu partout dans l'hôpital. À l'unité néonatale, on ne l'a pas encore fait à cause de notre structure physique, qui ne nous le permet pas, puis de la pénurie. Dans le modèle de la dyade, l'infirmière et l'auxiliaire vont être beaucoup plus proches pour les mêmes patients... ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Ainsi, le travail en dyade fait partie des modèles d'organisation des services infirmiers actuellement étudiés par les acteurs de l'unité néonatale du Site 1. Bien que les travaux en soient encore au stade embryonnaire, mentionnons que le travail en dyade est actuellement en vigueur sur plusieurs des autres unités de soins du Site 1 (par ex. : médecine, chirurgie, etc.). Par conséquent, certains des acteurs rencontrés dans le cadre de l'étude ont pu nous fournir des renseignements sur la forme probable qu'il prendra dans le contexte particulier de la néonatalogie (Voir : Figure 4.10).

Figure 4.10 : Mode de travail en dyade infirmière-infirmière auxiliaire



Ainsi, comparativement au Modèle C, le Modèle de la dyade comporte l'avantage de réduire le ratio infirmière-patient. En effet, alors qu'au sein du Modèle C une infirmière chef d'équipe a actuellement la charge de 12 à 15 patients, cette charge serait réduite, dans le Modèle de la dyade, à environ 6 patients. De plus, puisque le travail en dyade repose sur le jumelage d'une infirmière avec une seule infirmière auxiliaire (Voir : Figure 4.10), le travail de supervision des soins prodigués par les infirmières auxiliaires y est également moindre. Toutefois, tel qu'indiqué dans la citation ci-dessus, le développement de ce modèle, au Site 1, a été freiné par la pénurie d'infirmières ainsi que les caractéristiques architecturales de l'unité néonatale de soins intermédiaires. Par conséquent, les données de l'étude ne nous permettent pas de commenter davantage ce modèle d'organisation des services infirmiers, et ce dans le contexte particulier de la néonatalogie.

Jusqu'à présent, nous avons traité de divers aspects de la structure et du mode de fonctionnement des trois modèles d'organisation des services infirmiers observés dans le cadre de cette étude. Toutefois, nous avons omis de parler d'un élément important : comment sont déterminés les ratios infirmière-patient. C'est ce que nous aborderons dans la prochaine section en traitant du travail de l'assistante infirmière-chef et des répartitions.

4.2.6.3 L'assistante infirmière-chef et les répartitions

La répartition est cette opération qui consiste à partager, au début d'un quart de travail donné, une charge quelconque de patients entre les différents membres du personnel infirmier présents pour ce quart de travail. La logistique de cette opération, qui incombe habituellement à l'assistante infirmière-chef, peut, à première vue, paraître assez simple. Par exemple, si 20 patients et 10 infirmières sont présents sur unité néonatale pour un quart de travail donné, une simple division nous indique que chaque infirmière devrait, en principe, s'occuper de 2 patients ; ne serait-ce que pour respecter le principe syndical d'égalité, tel que décrit précédemment. Or, un regard attentif suffit pour constater que tel n'est pas le cas. En effet, nous verrons que plusieurs paramètres doivent être pris en considération par l'assistante infirmière-chef au moment du travail de répartition. De plus, nous soulignerons que les décisions que prennent les assistantes infirmières-chefs – décisions qui peuvent être influencées par une série d'attributs propres à chacune d'entre elles – pourront aussi venir accentuer ou atténuer les effets des divers types de pénuries existantes ainsi que contribuer au déploiement de la chaîne des effets collatéraux (Voir : Figure 4.4).

Plus tôt dans ce chapitre, nous avons vu que les normes de la Société canadienne de pédiatrie indiquent qu'une infirmière de soins intensifs néonataux (Niveau III) peut prendre en charge de un à deux patients en fonction de l'état de santé ou des besoins de soins de ces derniers. Parallèlement, ces normes précisent qu'une infirmière aux soins intermédiaires (Niveau II) peut être appelée à prendre en charge jusqu'à quatre bébés selon la nature des maladies et des situations (Voir : Tableau 4.3). Le travail de l'assistante infirmière-chef consiste alors à opérationnaliser ces normes de manière à équilibrer, pour un quart de travail donné, l'offre et la demande pour les services infirmiers néonataux. Plus spécifiquement, la répartition doit permettre de répondre aux besoins de soins des patients et des familles tout en tenant compte de la capacité d'offre de services du personnel infirmier ; une tâche qui peut s'avérer, à plusieurs égards, fort complexe.

« Au niveau de l'assistante, bien c'est par sa présence et son expérience qu'elle est capable d'avoir une bonne gestion des patients puis du personnel qui est présent. Parce que si ça n'a pas d'allure comment la répartition a été faite, selon la qualité de

patients¹¹¹ ... Parce que si l'infirmière se ramasse avec deux bébés qui sont très malades... bien la qualité des soins qui va être offerte aux patients ne sera pas la même parce que l'infirmière n'aura pas le temps de pouvoir tout faire. Ça fait que je pense que c'est important qu'elle ait un bon œil clinique, l'assistante, pour pouvoir voir, justement, à tout ça... de connaître les patients pour avoir la meilleure répartition possible avec les infirmières...».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Premièrement, précisons qu'une part de la complexité du travail de répartition découle du fait qu'il s'agit essentiellement d'un processus subjectif reposant sur le degré d'expertise de l'assistante infirmière-chef à évaluer l'état de santé et les besoins de soins des patients et des familles.

« Non. C'est très, très subjectif. Parce que dans le fond, on a une équipe de base puis on se fie aussi sur les ratios qui sont connus, là, que dans les soins intensifs de néonatalogie, c'est deux patients pour une infirmière. On part avec ça. Et, selon l'évaluation, et c'est là que la subjectivité arrive, selon l'évaluation, selon la stabilité, selon...bon. Là, on va dire : « Non. Là, ça ne fonctionne pas. Là, il faut que je le mette en ratio un pour un ». Mais, je n'ai pas de... Je ne peux pas calculer, tu sais, si je prends l'exemple du PRN, là... On n'a pas ça. Puis ça, ça dérange. Ça, ça serait quelque chose qu'il serait vraiment intéressant d'avoir. Un outil qui a fait ses preuves, là. Parce que c'est très difficile et, encore là, dépendamment... Quand je dis que c'est subjectif, bien ça va dépendre de l'assistante qui fait l'analyse. Elle, elle va dire : « Hey ! Ça c'est un patient un pour un ». Alors que l'autre, elle va dire : « Bien non. Tu sais, regarde, telle affaire, telle affaire, on est capable de... ». Ça dépend beaucoup, beaucoup, beaucoup des assistantes aussi... ».

(Gestionnaire, Site 1)

¹¹¹ L'expression "qualité de patients" fait partie du jargon des unités néonatales visitées et sert à désigner l'intensité des besoins de soins requis par les patients.

« On est rendu là. Il faut regarder tout ça, là. Il faut regarder chaque protocole de soins, ce qui entoure le bébé, ce qui fait en sorte qu'il est en ratio un pour un, les heures-soins... Les heures-soins infirmiers, on n'a pas d'outils, ici en néonatalogie, qui nous traduisent les heures-soins infirmiers qui passent à la clientèle. Puis, tant qu'on n'aura pas ça, on ne pourra jamais..., tu sais, vraiment prouver ou arriver à améliorer notre productivité, à réorganiser les forces infirmières, à assurer des soins de qualité et sécuritaires... Tu sais, c'est ça qu'il faut faire puis, après ça, on va peut-être s'apercevoir qu'on en a bien gros des ressources, qu'on n'est pas si pire que ça, finalement. Tu sais, ça se peut qu'on arrive à cette équation-là, aussi ».

(Gestionnaire, Site 1)

Ainsi, la subjectivité du processus de répartition, de même que l'absence de mesures objectives d'intensité de soins, contribuent à créer une zone d'incertitude à l'intérieur de laquelle les gestionnaires deviennent en quelque sorte dépendants de l'expertise ou du degré d'habileté des assistantes infirmières-chefs quant à la détermination des besoins en personnel et à l'allocation des ressources infirmières¹¹². Par ailleurs, l'existence d'une telle zone d'incertitude ouvre la porte à la possibilité de surestimer ou d'une sous-estimer les besoins en personnel.

Sur ce dernier point, il est intéressant de distinguer, au plan analytique, deux formes de surestimation des besoins en personnel : la surestimation involontaire et la surestimation délibérée. Alors que la première forme est principalement associée au manque d'expertise de l'assistante infirmière-chef, la seconde réfère à un gonflement artificiel, de la part de ces dernières, des demandes de personnel dans le but de satisfaire des fins individuelles (par ex. : augmentation du revenu personnel par le biais du travail en heures supplémentaires) ou collectives (par ex. : réduction de la charge de travail globale). Bien qu'il soit difficile de le démontrer, l'existence d'une telle pratique nous a été soulignée, lors d'entrevues informelles, tant par des gestionnaires que par des infirmières. De plus, précisons que les données de l'étude donnent à penser que cette pratique n'est en rien systématique mais

¹¹² Bien que l'existence de cette zone d'incertitude puisse doter les assistantes infirmières-chefs d'un certain pouvoir par rapport aux gestionnaires, il est important de souligner que le niveau d'expertise et d'habileté du gestionnaire peut également faire office de contrepoids au pouvoir ainsi détenu par les assistantes.

qu'elle est davantage reliée à certains acteurs en particulier. Enfin, ajoutons qu'elle nous est apparue plus saillante au Site 1 qu'au Site 2; la grande taille de l'unité néonatale du Site 1 ressortant comme l'un des facteurs contribuant à rendre ce type de pratique plus probable. Ainsi, bien que plusieurs des données introduites jusqu'à présent peuvent donner l'impression de dépeindre les infirmières en tant que victimes du système, cette notion de surestimation délibérée de la demande est importante, et ce car elle nous permet de souligner que certaines d'entre elles arrivent, malgré tout, à jouer le système à leur avantage.

Quant à la sous-estimation des besoins en personnel, elle est associée, tout comme la surestimation involontaire, au degré d'expertise de l'assistante infirmière-chef. Or, alors que la surestimation peut comporter l'avantage d'alléger la charge de travail du personnel, la sous-estimation est toutefois plus lourde de conséquences. En effet, elle revient en quelque sorte à créer ou à accentuer une pénurie déjà existante d'infirmières ainsi qu'à augmenter les charges de travail. Or, une telle augmentation de la charge de travail force les infirmières à déployer certaines de leurs stratégies d'adaptation, dont le rationnement des activités professionnelles. Parallèlement, toute augmentation de la charge de travail et de la pénurie quantitative d'infirmières conduit, ultimement, au déploiement de notre chaîne des effets collatéraux. C'est l'objet du prochain commentaire :

« Bien, c'est sûr que la charge de travail est plus grande, là, étant donné qu'il y a moins de personnel pour faire le travail. Bon. La satisfaction professionnelle des infirmières va aussi être diminuée parce qu'elles sont obligées, par manque de personnel, d'aller aux soins essentiels. Donc, pour la survie du bébé, l'enfant à besoin de quoi? Et, les soins qui seront comme escamotés, bien c'est la relation d'aide avec les parents puis tout ça vu que c'est... Je ne pense pas que c'est moins important, mais je pense que les infirmières pensent d'abord à la survie immédiate de l'enfant. Tu sais, c'est comme un bébé qui est intubé, bien il va avoir besoin d'être nourri, il va avoir besoin d'un soluté qui fonctionne bien, il va avoir besoin d'être aspiré. Pour l'instant, on peut remettre à plus tard les besoins des parents. Je ne dis pas que c'est bien de le faire mais il faut prioriser les interventions, à un moment donné. Puis, je pense que les infirmières les priorisent bien leurs interventions. Mais, à cause de ça,

elles ne sont pas satisfaites du travail qu'elles font parce qu'elles savent qu'elles ne jouent pas leur plein rôle. Tu sais, les infirmières ne sont pas satisfaites, quant elles rentrent chez elles, de ne pas avoir pu parler aux parents, d'avoir laissé une mère pleurer parce qu'elles n'avaient pas le temps de s'en occuper, parce que son bébé avait besoin d'être aspiré ou... Ça fait que par manque de personnel, il y a une répercussion sur les soins directs aux patients ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Ainsi, la sous-estimation des besoins en personnel, tout comme la pénurie quantitative d'infirmières, peut conduire les infirmières à rationner certaines de leurs activités professionnelles. Cependant, bien que ce mécanisme d'adaptation comporte l'avantage d'assurer une prise en charge sécuritaire des patients, il a aussi pour effet pervers de faire en sorte que d'autres aspects de l'activité professionnelle de l'infirmière sont repoussés au second plan dont, l'accompagnement, le soutien ou l'enseignement qui est offert aux parents et aux familles. Enfin, ce mécanisme d'adaptation contribue également à l'insatisfaction des infirmières, pour qui le travail se réduit à l'exécution d'une série d'actes techniques. Revenons au travail de répartition de l'assistante.

En effet, outre son caractère essentiellement subjectif, le travail de répartition est également complexifié par le fait qu'il doit également tenir compte d'un ensemble de règles institutionnelles relatives à la prévention des infections. En effet :

« Bien, il va y avoir tous les bébés qui sont en technique d'isolement. Nous autres, on peut avoir un bébé qui est en technique dans une salle. Alors, il va être attribué à une seule infirmière. Puis, même si cette infirmière-là aurait pu prendre soins d'un deuxième patient, à cause du fait qu'elle est en technique d'isolement avec ses gants, son masque, puis tout ça... l'assistante ne lui donnera pas un deuxième patient. L'infirmière en question ne pourra pas prendre deux patients... Alors, à cause de ça, on va avoir besoin de d'une deuxième infirmière dans la salle en question ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Ainsi, toute augmentation du nombre de bébés placés en technique d'isolement peut venir augmenter, dans certains cas, les besoins en personnel infirmier d'une unité néonatale, et ce en raison de l'incapacité, pour les infirmières devant s'occuper de ces bébés, à prendre en charge plus d'un patient. Cependant, lorsque la situation s'y prête, c.-à-d., lorsqu'il y a un nombre suffisant de patients présentant des infections similaires, les assistantes infirmières-chef pourront y réagir en regroupant ces patients en un même endroit. C'est ce que les acteurs du milieu appellent « cohorter les patients ». Or, cette stratégie d'adaptation comporte un double avantage. D'une part, celui de réduire les risques de contamination et, d'autre part, celui de diminuer les besoins en personnel.

Outre l'influence de ces règles de prévention des infections, ajoutons que le processus de répartition est aussi rendu complexe par le fait que les décisions de l'assistante infirmière-chef doivent tenir compte de la capacité d'offre de service du personnel infirmier en place. Plus spécifiquement, précisons que les infirmières d'une unité néonatale, tout comme celles œuvrant sur d'autres unités de soins, présentent généralement des niveaux d'expertise et d'expérience très variés. En effet, certaines détiennent une longue expérience ainsi qu'une expertise en néonatalogie alors que d'autres peuvent avoir plusieurs années d'expérience auprès de clientèles variées sans pour autant détenir une expertise auprès de la clientèle néonatale. D'autres encore sont des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) ou des infirmières nouvellement diplômées qui ne détiennent que peu ou pas d'expérience¹¹³. Ainsi :

« Le rôle de l'assistante, bien c'est aussi de gérer les infirmières peu expérimentées ou les novices pour voir quels cas on peut leur donner. Parce qu'on a des CEPI au département, on a aussi des infirmières qui ont moins d'un mois d'expérience... Ça fait qu'on ne va pas leur donner le plus gros cas non plus... Il faut leur laisser le temps d'acquérir leurs connaissances puis de les intégrer. Ça fait qu'on ne s'attend pas à ce qu'une novice ait la même qualité de patients qu'une experte de cinq ans. Et, c'est la même chose pour les plus vieilles qui ne veulent pas

¹¹³ Ajoutons qu'au Québec, 42 Collèges d'enseignement généraux et professionnels (Cégeps) et huit universités, disséminés à travers la province, offrent une formation terminale donnant accès au titre d'infirmière par le biais de cinq programmes de formation de durées différentes. Par conséquent, les infirmières qui arrivent sur une unité néonatale s'y présentent aussi avec des profils de formation différents, ne serait-ce qu'au plan de la durée et des possibilités d'expositions à la clientèle néonatale.

nécessairement avoir les cas les plus actifs non plus. Parce que, des fois, ces cas-là demandent plus de stress, plus de..., plus d'énergie. Donc, il doit vraiment y avoir une adaptation qui est faite pour chaque infirmière afin de bien définir sa charge de travail en fonction de ses capacités».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Sur ce point, ajoutons que le travail des assistantes infirmières-chefs est balisé par un ensemble de normes institutionnelles qui viennent en quelque sorte préciser le type de patients que les candidates à l'exercice de la profession peuvent ou non prendre en charge :

« Pour les CEPI, bien l'Ordre des infirmières et des infirmiers a déterminé des normes générales qui viennent définir le type de patients qu'elles peuvent ou non prendre en charge. Puis, en plus de ça, on s'est penché, l'année passée, la conseillère en soins et moi, afin de définir des normes qui sont spécifiques à notre unité de néonatalogie, parce qu'il y a des types de patients qu'on ne veut pas que les CEPI prennent en charge ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Ces données sont intéressantes car elles contribuent à mettre en évidence l'existence d'une relation fonctionnelle entre la composition du personnel infirmier d'une unité néonatale, en termes de niveaux d'expertise et d'expérience, et les besoins quantitatifs de personnel de cette unité. Autrement dit, une augmentation de la pénurie qualitative d'expertise peut être associée à une augmentation de la pénurie quantitative de personnel en raison du fait qu'un nombre plus important d'infirmières est requis, et ce afin de réaliser une charge de travail donnée. Par ailleurs, cette nécessité de devoir adapter la répartition aux capacités individuelles de chaque infirmière vient notamment ajouter à la subjectivité du processus et contribuer à l'établissement de cette zone d'incertitude dont nous avons fait état précédemment. Par cette incertitude, on augmente ainsi les risques de sous-estimation ou de surestimation des besoins en personnel infirmier, de même que des différents effets pervers qui peuvent en découler. Par ailleurs, le travail de répartition est aussi intimement relié à la gestion des lits et des flux de patients ainsi qu'à l'accessibilité aux services :

« Ça génère beaucoup de tension entre les médecins et les infirmières parce qu'on dépend d'elles, on dépend de l'évaluation qu'elles font de la capacité de travail de leur équipe afin de doser les admissions que l'on fait ou pas. Parce qu'il y a toujours un problème de : « Qui va s'occuper du patient » ? Parce que pour nous, médecins, d'avoir 17 ou 21 patients, ça ne change pas grand, grand chose. On est capable... ».

(Néonatalogiste, Site 1)

Ainsi, en plus de permettre d'équilibrer, pour un quart de travail donné, l'offre et de la demande de services néonataux, le travail de répartition, tel qu'effectué par l'assistante infirmière-chef, doit aussi assurer le maintien des flux de patients sur ce quart de travail ; ne serait-ce que pour préserver la qualité des relations de travail entre infirmières et médecins.

Ainsi :

« Si, par exemple, l'infirmière prend un bébé puis, de l'autre côté, c'est une place d'admission. On ne sait pas ce qu'il va y avoir comme admission... Ça fait que si c'est une « petite admission », entre guillemets, tu sais, un bébé qui ne nécessite pas beaucoup de soins, bien elle va pouvoir le prendre. Mais, si le bébé qui arrive est déjà très malade, elle ne sera pas capable de prendre en charge ce bébé-là en plus de celui qu'elle a déjà. Ça fait que ça, ça doit aussi être pris en considération dans le travail de répartition des infirmières... de voir à ce que l'infirmière qui est aux admissions soit capable de prendre en charge une nouvelle admission ou bien de s'assurer qu'il y ait une chef d'équipe qui va pouvoir venir lui prêter main forte si jamais elle a une admission ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

Dans les situations où l'assistante infirmière-chef ne parvient pas à maintenir ces flux de patients ou à trouver un point d'équilibre entre l'offre et la demande de services, trois principaux mécanismes d'adaptation s'offrent à elle. Premièrement, elle peut recourir, tel que décrit précédemment, aux heures supplémentaires afin d'augmenter le nombre d'infirmières disponibles sur un quart de travail donné. Deuxièmement, l'assistante infirmière-chef peut également revoir l'utilisation et le déploiement du personnel infirmier en place (par ex. : en s'attribuant des patients ou en attribuant aux infirmières chefs d'équipe ou encore en augmentant la charge de patient des infirmières). Tel que décrit précédemment, ces deux premiers mécanismes d'adaptation comportent un ensemble d'effets pervers. En effet, le recours aux heures supplémentaires contribue notamment à accroître les coûts de gestion des ressources humaines. Par ailleurs, le fait de revoir l'utilisation et le déploiement du personnel infirmier vient réduire le niveau de supervision et de soutien accordé aux infirmières novices ou plus expérimentées. Enfin, il contribue également à augmenter la charge de travail des infirmières, le rationnement de leurs activités professionnelles ainsi que leurs niveaux d'insatisfaction ou de stress au travail.

Quant au troisième mécanisme, il peut prendre deux formes. Dans un premier cas, l'assistante infirmière-chef peut décider, avec l'accord du néonatalogiste de garde, d'équilibrer les charges de travail en induisant des flux internes ou externes de patients, c'est-à-dire en mobilisant les patients au sein de l'unité néonatale, de l'hôpital ou du réseau. Dans le second cas, elle peut maintenir les patients en place mais modifier l'assignation des infirmières.

« Donc, le rôle de l'assistante, dans la répartition des patients, c'est de voir à équilibrer les charges de travail et ça, bien ça peut amener de la mobilité de patients sur l'unité. Par exemple, si l'état de santé d'un patient change au cours d'une période de huit heures, bien on peut facilement placer ce patient dans une autre chambre afin de rééquilibrer la charge de travail de l'infirmière qui devait s'en occuper. Ça peut aussi amener des transferts vers les soins intermédiaires. Puis, ça pourrait aussi amener des demandes d'heures supplémentaire afin d'avoir plus d'infirmières si jamais on n'est pas capable de faire des mobilisations ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

« Le rôle de l'assistante, là... C'est elle qui fait du téléphone pour trouver du monde puis qui place les patients... C'est elle qui trouve du monde, qui fait les demandes de personnel au nursing, puis qui essaye de changer des patients de salle pour que cette salle-là soit moins lourde puis qu'on puisse mettre juste une fille dedans au lieu de deux, là. Tu sais, c'est ça qu'elle fait. Elle s'occupe de placer les patients et les infirmières aux soins intermédiaires et aux soins intensifs ».

(Infirmière aux transferts à rebours, Site 1)

Quelle que soit la forme employée, ce troisième mécanisme d'adaptation comporte le même effet au plan de la prise en charge ; celui de venir influencer la continuité des soins offerts aux patients et aux familles (Prise en charge).

« Bien, c'est parce que c'est une lacune qu'on a, ça. On n'a pas beaucoup de continuité de soins, ici. Ça varie beaucoup... C'est dans ce sens-là que je dis qu'au niveau du suivi... Je trouve que c'est une faiblesse qu'on a sur notre département... Les parents, s'ils sont présents, ils doivent régulièrement s'adapter à de nouveaux visages. Ce n'est pas l'idéal... ».

(Infirmière cadre-conseil, Site 1)

« Ça fait que ça, c'est une source de démotivation, aussi. Tu sais, parce qu'on change continuellement de patients. ».

(Infirmière, Site 2)

En somme, le rôle des assistantes infirmières-chefs est en quelque sorte comparable à celui d'un opérateur intégrateur dont le mandat est de protéger le centre opérationnel, c.-à-d., l'unité néonatale, de l'influence des pressions provenant de l'environnement interne (par ex. : pénurie quantitative et qualitative de personnel, fluctuations de l'état de santé des patients, flux internes de patients, infections nosocomiales, etc.) ou de l'environnement externe (par ex. : flux externes de patients par le biais d'admissions ou transferts en provenance d'autres centres hospitaliers). Cependant, on constate que l'habileté de

l'assistante infirmière-chef à s'acquitter de cette fonction est elle-même influencée par ces diverses pressions provenant des environnements interne et externe ainsi que par son niveau d'expertise et d'expérience. Dans la prochaine sous-section, nous nous attarderons à certaines des dynamiques interprofessionnelles, observées dans le cadre de la présente étude, afin de mettre en évidence comment un cas de luttes juridictionnelles peut contribuer à freiner le déploiement des activités professionnelles infirmières.

4.2.7 Dynamiques interprofessionnelles et luttes juridictionnelles

Les données obtenues du Site 2 sont intéressantes car elles nous permettent de mettre en évidence un autre des différents facteurs de contingence pouvant venir influencer le déploiement des activités professionnelles infirmières. Il s'agit des dynamiques interprofessionnelles. Plus spécifiquement, ces données nous offrent la possibilité de décrire un cas typique de luttes juridictionnelles par lequel un groupe de professionnels non médecins, les ergothérapeutes, sont venus s'approprier un mandat d'expert-conseil sur deux aspects du domaine de juridiction traditionnellement accordé aux infirmières.

En effet, environ un an et demi avant le début de la collecte de données, les acteurs du Site 2 ont procédé à l'embauche d'un ergothérapeute devant œuvrer à la fois à la clinique externe de suivi des grands prématurés ainsi qu'à l'unité néonatale. De manière générale, le mandat de cet ergothérapeute peut être résumé comme suit :

« Bien moi, j'ai été engagée, de prime abord, pour la clinique externe des prématurés. Là-bas, je fais un suivi, sur une base régulière, des enfants nés à moins de 29 semaines et à moins de 1 250g. Je les revois à des temps précis afin de faire une évaluation neuro-motrice. Donc, c'est ça, en gros, que je fais là-bas. Et, à l'unité néonatale en tant que tel, ce que je fais le plus, c'est des plans de positionnement. Alors, je vais faire des évaluations du positionnement, surtout quand ils sont plus jeunes et qu'on a des déformations crâniennes ou autres. Alors, je fais ça et je fais aussi tout le volet alimentation, c'est-à-dire les troubles de succion, les troubles à l'alimentation, et tout ça ».

(Ergothérapeute, Site 2)

Fait intéressant, deux des éléments du mandat de cet ergothérapeute, le positionnement des enfants prématurés et le volet alimentation, sont des aspects qui font partie du domaine de juridiction traditionnellement accordé aux infirmières de néonatalogie (Voir : Chapitre 2, les activités d'assistance à la vie dans le modèle théorique de Nadot (2002)). Or, cette proximité entre le mandat de l'ergothérapeute et le domaine de juridiction des infirmières a été à la source d'une lutte juridictionnelle qui s'est essentiellement jouée en trois actes.

Dans un premier temps, les plans d'interventions de l'ergothérapeute, en matière d'alimentation ou de positionnement, ont essentiellement été perçus, par certaines infirmières de l'unité néonatale du Site 2, comme des attaques juridictionnelles. Afin de pallier ces attaques, ces infirmières ont opté pour une double stratégie. Premièrement, certaines d'entre elles ont refusé de mettre en application ou de donner suite aux recommandations et aux plans d'interventions de l'ergothérapeute. Deuxièmement, d'autres infirmières ont plutôt préféré remettre en question, devant les parents des enfants prématurés, la légitimité des interventions proposées par ce professionnel non médecin. C'est l'objet des deux prochaines citations.

« On a eu beaucoup de difficultés à s'introduire dans le domaine de l'alimentation. Puis, c'est encore difficile aujourd'hui parce que c'est quelque chose qui fait habituellement partie du travail des infirmières. Alors, quand on arrive et qu'on donne des conseils, bien souvent ce n'est pas nécessairement appliqué par les infirmières. Il faut vraiment que je sois très présente dans ces moments-là. C'est la même chose pour le positionnement... Souvent, je vais demander des choses aux infirmières. Puis, quand je reviens sur l'unité, le commentaire que reçois des parents, c'est : « Bien quand je suis arrivée, hier soir, mon bébé n'était pas positionné comme tu me l'as enseigné... Je suis arrivée, ce matin, et mon bébé n'était pas bien positionné, il a fallu que je le repositionne... Il faut tout le temps que je parle aux infirmières pour le positionnement... ». Donc, c'est pour ça qu'on a implanté la petite feuille rose. En fait, c'est notre plan de positionnement qu'on accroche sur l'incubateur. Comme ça, les parents et les infirmières ne peuvent pas passer à côté. Mais, c'est sur qu'on

vient jouer dans les compétences du personnel et ça, ça vient confronter les infirmières dans leurs pratiques... Parce que les recherches font en sorte qu'il y a tout le temps des changements dans ce domaine-là. Alors, d'arriver avec de nouvelles façons de faire, quand ça fait 20 ans que les infirmières sont habituées de positionner les enfants d'une certaine façon, bien c'est difficile. On a du nouveau matériel aussi qui n'est pas toujours utilisé... ».

(Ergothérapeute, Site 2)

« Et, c'est aussi difficile pour ce qui est des troubles d'alimentation. Souvent, je vais venir à l'unité néonatale pour observer un bébé qui est en train de boire. Et, c'est surtout là que je vais avoir beaucoup de difficultés ou que j'ai des confrontations avec le personnel infirmier. C'est que je vais dire quelque chose à la maman, puis là, l'infirmière parle par-dessus moi et dit le contraire de ce que je viens de dire. Ça fait que là, la maman devient toute mêlée. Là, je dis quelque chose puis l'infirmière répond : « Bien non. Bien non. Je l'ai essayé de telle façon, ça l'a fonctionné hier. Pourquoi tu fais ça comme ça...? ». C'est de tout le temps remettre en question ce que je dis devant les parents. C'est ça qui est difficile à l'unité néonatale ».

(Ergothérapeute, Site 2)

Avant de poursuivre, précisons qu'une part des confrontations entre l'ergothérapeute et les infirmières découle du fait que ces deux groupes d'acteurs utilisent des modes de connaissance distincts afin de déterminer le plan d'interventions le plus approprié en matières de positionnement ou d'alimentation. En effet, l'activité professionnelle infirmière, en ces matières, repose essentiellement sur des connaissances tacites, rarement remises en question, qui sont transmises oralement ou acquises par mimétisme. Par ailleurs, comme le suggèrent les citations ci-dessus, les recommandations de l'ergothérapeute s'appuient quant à elles sur des données scientifiques qui ne sont pas forcément tout le temps en accord avec les pratiques infirmières; de telles divergences

donnent notamment lieu à des comportements de résistance de la part des infirmières. Or, cette résistance, offerte par les infirmières face aux attaques juridictionnelles de l'ergothérapeute, a donné lieu à une contre-attaque décisive de la part de ce professionnel non médecin. En effet, ce dernier s'est d'abord servi du jeu scientifique afin de démontrer, recherches à l'appui, que les pratiques actuelles de certaines infirmières, en matière d'alimentation ou de positionnement, compromettaient la qualité des services offerts à la clientèle ou, à tout le moins, n'étaient pas en conformité avec les standards scientifiques en vigueur.

« Par exemple, avant, on positionnait les bébés prématurés sur le ventre en leur mettant un piqué qui passait entre les jambes... ce qui est encore fait chez certaines infirmières. Nous, quand on a fait une note de recommandation et une capsule d'information sur le positionnement, ce qu'on disait, c'est d'éviter de passer le rouleau entre les jambes parce que ce que la littérature tend à démontrer, c'est que souvent, ça donne la position de grenouille. Donc, on va en abduction des hanches et ça, ça peut faire des déformations au niveau du tibia et tout ça. Et, ce n'est pas très bon pour les hanches chez des enfants qui, finalement, n'ont pas un très bon tonus au départ. Bon, quand les bébés sont plus vieux, ça va. Mais quand on a de très petits bébés, nous, ce qu'on recommande, c'est de poser les enfants sur le rouleau et de le cesser au niveau des hanches. Puis, on dit de ramener les hanches à 90 degrés et de les conserver dans cette position-là en plaçant quelque chose sur le côté ».

(Ergothérapeute, Site 2)

« Souvent, les infirmières donnent à boire aux bébés en les couchant sur leurs jambes pour les regarder. Alors, les bébés sont comme ça, les bras en croix, pas de tonus, pas ramenés sur eux-mêmes. Au début, j'ai eu beaucoup de misère. Je les reprenais beaucoup. Moi, quand je donne à boire aux bébés, je les prends dans mes bras comme un vrai bébé. Donc, ils sont serrés, serrés,

les petits bras ramenés... un peu pour les organiser... Dans le fond, ce que la littérature dit, c'est que les bébés prématurés, au niveau de l'irritabilité, au niveau sensoriel, ils sont très, très, très susceptibles à se désorganiser quand il y a beaucoup de stimulations, quand ils ne sont pas bien ramenés sur eux-mêmes. Donc, en les prenant serrés, serrés, ça les « ground », ça les ramène. Donc, moi, je fais ça souvent».

(Ergothérapeute, Site 2)

Par ce type de démonstrations scientifiques, l'ergothérapeute a ainsi pu gagner la confiance des médecins néonatalogistes, ainsi que la légitimité d'action nécessaire afin d'entraîner les infirmières dans une position de subordination cognitive mais non pratique. En effet :

« Bien ici, les médecins sont très, très en faveur des professionnels de la santé, et surtout le Dr X, qui est associé à la clinique de suivi des grands prématurés. Donc ça, ça facilite vraiment notre travail parce que lui, il y croit beaucoup en ce que l'on fait. Puis, dans son discours auprès des infirmières et des parents, bien ça paraît. C'est comme dans le cas de bébé X, au début, il disait à la mère, lors de la tournée médicale : « Bien, on va voir ce que [PRÉNOM DE L'ERGOTHÉRAPEUTE] en pense. C'est ma spécialiste des boires. Elle va évaluer votre bébé, puis on va se laisser X nombre de jours. Après, on prendra la décision ensemble ». Donc, juste de dire ça, ça l'aide. Ça donne déjà une avancée auprès du parent qui se dit : «OK. Oui. Je suis entre de bonnes mains... ». Puis, l'infirmière qui entend ça, elle se dit aussi : « Bien je n'ai pas le choix d'y aller, mon médecin y croit en ce qu'elle fait. Il s'attend à ce que ça fonctionne, alors il faut que j'y aille ». Donc, ça, ça facilite beaucoup, beaucoup, beaucoup les choses ».

(Ergothérapeute, Site 2)

Comme le suggère la citation ci-dessus, l'intervention des médecins néonatalogistes, auprès des parents et des infirmières de l'unité néonatale du Site 2, a eu un double effet. D'une part, conforter l'ergothérapeute dans son rôle d'expert en matière de positionnement ou d'alimentation. D'autre part, signifier aux infirmières cet état de fait ou, dit autrement, leur état de subordination à ce groupe d'experts. Toutefois, de notre point de vue, cette mise en subordination de nature cognitive, au sens d'Abbott (1988), peut être aussi qualifiée d'incomplète. En effet, la pénurie d'ergothérapeutes est venue en quelque sorte limiter la capacité de ce professionnel non médecin à pleinement occuper le domaine de juridiction qu'il tente pourtant de conquérir auprès des infirmières. Du fait de cette contrainte, l'ergothérapeute laisse ainsi aux infirmières une marge de manœuvre considérable quant à la définition ou à la modification des plans de positionnement ou d'alimentation des nouveau-nés. Or, bien qu'elle soit imparfaite, une telle mise en subordination constitue néanmoins une première brèche dans la pleine et entière autonomie des infirmières quant au déploiement de leurs activités professionnelles en matière d'alimentation ou de positionnement. Avant de poursuivre avec la présentation des résultats de la portion quantitative de l'étude, il nous apparaît important de marquer une pause et de brièvement résumer les principaux résultats que nous venons de présenter et qui ont émergé de la partie qualitative de l'étude. C'est ce que nous faisons dans la prochaine sous-section.

4.2.8 Synthèse des résultats de la portion qualitative de l'étude

La portion qualitative de l'étude visait à répondre à trois questions de recherche. D'abord, nous voulions procéder à l'identification des facteurs de nature organisationnelle qui exercent une influence sur le travail et la santé au travail des infirmières ou sur la qualité des services qu'elles perçoivent offrir à la clientèle néonatale. De plus, nous souhaitions décrire les processus par lesquels ces facteurs organisationnels exercent leurs influences. Enfin, nous désirions mettre en évidence les divers mécanismes qui sont mis en place afin d'assurer à la clientèle néonatale des services sécuritaires, accessibles et de qualité.

Guidé par ces questions de recherche, notre approche empirique a permis de mettre en évidence l'existence du système d'action complexe qui caractérise les services de soins néonataux québécois. Plus spécifiquement, nous avons d'abord vu que ce système est en fait constitué d'un ensemble de centres hospitaliers à même d'offrir des niveaux de soins

variés (Niveau Ia à IIIc). Par ailleurs, dans l'optique d'assurer une accessibilité aux services et une prise en charge sécuritaire, ces centres hospitaliers forment en fait un réseau dont chacune des composantes est mise en relation avec les autres par le biais d'un certain nombre de mécanismes de liaison (par ex. : équipes de transports spécialisés, services ambulanciers, système de gestion des demandes de transferts, normes de soins, etc.). Or, ce réseau nous est apparu soumis à un ensemble de forces de contingence, lesquelles peuvent être générées par les acteurs, les modalités de fonctionnement et les structures en place (par ex. : pénurie qualitative ou quantitative de personnel infirmier ou médical, pénurie de ressources matérielles, mode de gestion des lits et des flux de patients, principes syndicaux, etc.). De plus, nos données ont permis d'identifier quatre principales sources desquelles peuvent émaner ces forces de contingence : l'unité néonatale de niveau III, l'environnement intra-hospitalier à l'intérieur duquel cette unité est nichée, le réseau des centres hospitaliers offrant les divers niveaux de services néonataux et l'environnement social, qui est constitué de l'appareil étatique (MSSS, Agences régionales) et des autres organismes (Syndicats, Ordres professionnels, etc.). Enfin, en décrivant les flux de patients au sein du réseau québécois des unités néonatales (par ex : systèmes de déversoirs, axes d'admission à l'unité néonatale de niveau III, processus de congé de patients, etc.), nous avons observé que l'action des forces de contingence tend ultimement à converger vers les unités néonatales de niveau III où elles ont pour résultante d'y induire différents effets collatéraux dont la création ou l'accentuation des pénuries qualitative et quantitative d'infirmières ainsi que la réduction de l'accessibilité aux services néonataux.

En réponse à ces forces de contingence, nous avons noté que les acteurs du réseau déploient un ensemble de stratégies d'adaptation (par ex. : recourir aux heures supplémentaires obligatoires ou volontaires, « forcer le système », revoir la composition du personnel infirmier, etc.). Par leur action, ces stratégies d'adaptation visent en quelque sorte à contrebalancer les forces de contingence et, ainsi, à assurer l'équilibre du système (c.-à-d., maintenir l'accessibilité au système ou la capacité de ce dernier à fournir des services sécuritaires). Par ailleurs, puisque les diverses composantes de ce système sont constamment sous tension, c.-à-d., sous l'action simultanée de multiples forces de contingence et stratégies d'adaptation, nous qualifions l'état d'équilibre ainsi obtenu de dynamique.

De plus, l'examen des rapports dynamiques s'établissant entre les forces de contingence et les stratégies d'adaptation nous permet de faire ressortir un certain nombre de constats supplémentaires à l'égard de la structure et du mode de fonctionnement du réseau québécois des unités néonatales. En effet, cet examen met en évidence les relations d'interdépendance

s'établissant entre les différentes composantes de ce réseau de même que la fragilité, voire la vulnérabilité, de l'équilibre de ce système face aux décisions prises par des acteurs qui, de par leur position au sein de ce réseau, n'ont qu'une rationalité limitée quant à l'impact réel de leurs actions sur le fonctionnement global du système. En raison de cette rationalité limitée, les décisions prises par les acteurs de ce réseau ont une double conséquence sur le fonctionnement global du système d'action complexe qui caractérise les services de soins néonataux québécois. D'une part, on observe que les actions émergeant de ces décisions, notamment en ce qui a trait aux stratégies d'adaptation devant être mises de l'avant, ont une « efficacité limitée ». Par cette expression, nous voulons signaler que ces actions ne parviennent pas à atteindre les causes fondamentales des forces de contingence, dont l'essence réside dans la structure et le mode de fonctionnement d'ensemble du réseau des unités néonatales. D'autre part, et en raison de cette efficacité limitée, ces décisions ont également tendance à complexifier la structure et le mode de fonctionnement du système. En effet, des stratégies ou des mécanismes d'adaptation supplémentaires doivent constamment être mis en place afin de compenser les contingences résiduelles, c.-à-d., les aspects d'une contingence donnée qui n'ont pu être contrebalancés par une quelconque stratégie d'adaptation, ou encore pour contrer de nouvelles contingences pouvant être induites par les stratégies d'adaptation en question. Globalement, cette double conséquence suggère d'aborder la gouvernance du réseau des unités néonatales québécoises à partir d'une perspective systémique.

Enfin, à plusieurs reprises, tout au long du présent chapitre, nous avons suggéré que les contingences inhérentes au système des unités néonatales québécoises viennent influencer le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que la qualité des soins qu'elles offrent aux patients placés sous leur responsabilité. Plus spécifiquement, nous avons indiqué que de telles contingences peuvent amener les infirmières à rationner un certain nombre de leurs activités professionnelles, une stratégie d'adaptation qui contribue notamment à réduire leur satisfaction au travail de même que la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients. Par ailleurs, au Chapitre 2, nous avons présenté une perspective théorique proposant qu'il soit possible de minimiser les impacts négatifs de telles contingences en mettant en place des structures organisationnelles de type professionnel. Dans la prochaine section, nous présentons les résultats qui sont associés à la vérification des hypothèses de recherche découlant de cette proposition théorique et qui correspondent à la portion quantitative de l'étude.

4.3 Analyses quantitatives

La présente section comporte deux principales parties. La première décrit les résultats des analyses descriptives initiales alors que la seconde présente, quant à elle, les résultats de la vérification des cinq hypothèses de recherche. Rappelons que les analyses descriptives initiales visaient à : a) décrire les caractéristiques de l'échantillon de l'étude ; b) réaliser les analyses factorielles exploratoires et déterminer les propriétés métrologiques des instruments utilisés ; c) fournir des statistiques descriptives au sujet des variables prédictives et de résultats ; d) examiner les corrélations entre les différentes variables à l'étude et ; e) vérifier que nos données rencontrent les prémisses des tests statistiques proposés. Avant de poursuivre, précisons que pour l'ensemble des analyses statistiques une valeur $p \leq .05$ a été considérée comme significative.

4.3.1 Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques démographiques et professionnelles des 339 infirmières de notre échantillon sont décrites au Tableau 4.21. Parallèlement, les Tableaux 4.22 et 4.23 permettent d'apprécier les variations de ce profil général au sein de chacune des 9 unités néonatales ayant participé à l'étude.

Tableau 4.21 : Caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières de l'échantillon

Variables	(N _{Total} = 339)
Variables démographiques	
Âge (Moyenne des années ± écart-type)	39,4 ± 11,0
Féminin (%)	98,5
Race blanche (%)	92,6
Langue maternelle française (%)	83,5
Variables professionnelles	
Formation initiale au collégial (%)	82,0
Formation collégiale actuellement détenue (%)	64,0
Expérience comme infirmière (Moyenne des années ± écart-type)	16,8 ± 11,1
Expérience au CH employeur (Moyenne des années ± écart-type)	14,9 ± 10,8
Expérience en néonatalogie (Moyenne des années ± écart-type)	12,4 ± 9,7
Détenant un emploi permanent (%)	92,6
Employée à temps plein (%)	52,5

Tableau 4.22 : Caractéristiques démographiques des infirmières de l'échantillon groupées par centres hospitaliers

Centres hospitaliers	Variables démographiques (N = 339)				
	N	Age (Moyenne ± écart-type)	Féminin (%)	Blanche (%)	Francophone (%)
Hôpital A (RUIS 1) – Site 1	81	37,9 ± 10,6	100,0	100,0	100,0
Hôpital B (RUIS 1) – Site 2	30	41,5 ± 11,0	100,0	100,0	100,0
Hôpital C (RUIS 1)	21	40,8 ± 10,8	100,0	90,5	100,0
Hôpital D (RUIS 2)	31	38,4 ± 10,9	100,0	100,0	100,0
Hôpital E (RUIS 3)	69	38,5 ± 11,2	97,1	98,6	100,0
Hôpital F (RUIS 4)	16	37,4 ± 8,4	100,0	100,0	100,0
Hôpital G (RUIS 4)	36	41,7 ± 12,7	97,2	61,1	33,3
Hôpital H (RUIS 4)	32	43,5 ± 9,9	96,9	84,4	40,6
Hôpital I (RUIS 4)	23	37,4 ± 10,9	95,7	87,0	43,5
Total	339	39,4 ± 11,0	98,5	92,6	83,5

Tableau 4.23 : Caractéristiques professionnelles des infirmières de l'échantillon groupées par centres hospitaliers

Centres hospitaliers	Variables professionnelles (N = 339)						
	N	Formation initiale au collégial (%)	Formation collégiale act. détenue (%)	Expérience infirmière (Moy. ± ET)	Expérience en néonatalogie (Moy. ± ET)	Emploi permanent (%)	Emploi temps plein (%)
Hôpital A (RUIS 1) – Site 1	81	86,4	72,8	16,0 ± 11,0	13,0 ± 10,4	91,4	37,0
Hôpital B (RUIS 1) – Site 2	30	90,0	50,0	18,9 ± 11,4	13,4 ± 9,9	83,3	63,3
Hôpital C (RUIS 1)	21	76,2	66,7	16,4 ± 11,7	11,0 ± 9,9	100,0	71,4
Hôpital D (RUIS 2)	31	90,3	71,0	16,2 ± 11,0	10,2 ± 10,0	93,5	67,7
Hôpital E (RUIS 3)	69	79,7	65,2	15,7 ± 11,5	11,8 ± 9,7	92,8	59,4
Hôpital F (RUIS 4)	16	81,2	68,8	15,7 ± 8,7	9,4 ± 7,5	100,0	56,2
Hôpital G (RUIS 4)	36	83,3	50,0	18,0 ± 12,5	12,9 ± 8,8	91,7	50,0
Hôpital H (RUIS 4)	32	75,0	65,6	19,9 ± 10,0	14,5 ± 8,9	93,8	28,1
Hôpital I (RUIS 4)	23	65,2	52,2	15,6 ± 11,1	13,2 ± 10,2	95,7	69,6
Total	339	82,0	64,0	16,8 ± 11,1	12,4 ± 9,7	92,6	52,5

Ainsi, le Tableau 4.21 indique que l'infirmière typique, au sein de notre échantillon, est une femme de race blanche et francophone, âgée de 39,4 ans, qui a gradué d'un programme de formation collégiale et qui détient toujours une telle formation¹¹⁴. De plus, cette infirmière détient un poste permanent à temps complet et compte, en moyenne, 16,8 années d'expérience à titre d'infirmière et 12,4 années d'expérience en néonatalogie. Quant aux Tableaux 4.22 et 4.23, ils permettent de relever certaines variations de ce profil général entre les différents centres hospitaliers ayant participé à l'étude. En effet, on constate, tel qu'attendu, que les infirmières anglophones et non blanches sont principalement regroupées à l'intérieur des hôpitaux du RUIS de l'Université 4, et ce plus particulièrement à l'unité néonatale de l'Hôpital G où 67,7% des infirmières sont d'expression anglaise et 39,9% sont de race non blanche¹¹⁵. Par ailleurs, on note que les infirmières de l'Hôpital B (Site 2), ainsi que celles de 3 des 4 hôpitaux du RUIS 4 (c.-à-d., les hôpitaux G, H et I), apparaissent légèrement plus scolarisées que leurs collègues des autres unités néonatales. En effet, au sein de ces unités, on compte respectivement 50,0%, 50,0%, 35,4% et 48,8% d'infirmières détenant actuellement une formation universitaire de premier cycle ou supérieure. Par ailleurs, comme le suggèrent les données du Tableau 4.23, les infirmières des Hôpitaux B (Site 2), C, G et H sont aussi plus âgées et plus expérimentées que leurs collègues des autres unités néonatales. Enfin, on note également que la proportion d'infirmières détenant un poste à temps plein est plus faible à l'Hôpital H (28,1%) et à l'Hôpital A (Site 1) (37,0%) que dans les autres unités néonatales ayant participé à cette étude.

4.3.2 Analyses factorielles et propriétés métrologiques des instruments de mesures

Tel que spécifié au Chapitre 3, nous avons évalué la structure factorielle de nos mesures de l'environnement de pratique et de la dotation, du rationnement du travail infirmier, de la satisfaction au travail et de l'épuisement professionnel, et ce par le biais d'analyses factorielles exploratoires. De plus, la cohérence interne de chacune des échelles ayant émergé de ces analyses a été évaluée par le biais de l'alpha de Cronbach. Sur la base des recommandations de divers auteurs (par ex. : DeVillis, 2003 ; Streiner & Norman,

¹¹⁴ Soulignons que 5,9% des infirmières de notre échantillon détiennent un diplôme d'hôpital et que 4,2% de celles-ci détiennent toujours une telle formation. Par ailleurs, 1,3% des infirmières de notre échantillon détiennent actuellement une formation universitaire de deuxième cycle (Maîtrise).

¹¹⁵ Parmi les infirmières de race non blanche on compte 2,4% d'asiatiques, 1,2% de noires, 0,9% de philippines, 0,3% d'arabes et 0,3% d'indiennes.

2003), les scores alpha variant entre .70 et .79 ont été considérés comme acceptables, ceux variant entre .80 et .89 comme bons et, enfin, ceux étant supérieurs ou égaux à .90 comme excellents. Par ailleurs, les scores inférieurs à .70 ont été considérés comme non acceptables.

Variables prédictives – Environnement de pratique et dotation : L'analyse en composantes principales des 34 énoncés du *Revised Nursing Work Index* (2005) a révélé l'existence de trois composantes principales expliquant un total de 47,3% de la variance (Voir : Annexe M, Tableau M.1). En s'appuyant sur la signification des énoncés qu'elles contiennent, ces composantes principales, ou sous-échelles, ont été nommées : a) *Relations infirmières-management* (18 énoncés ; $\alpha = ,901$) ; 2) *Relations infirmières-médecins* (9 énoncés ; $\alpha = ,912$) et ; 3) *Dotation et ressources adéquates* (7 énoncés ; $\alpha = ,841$).

Variables de résultats – Épuisement professionnel : Pour ce qui est du *Maslach Burnout Inventory* (Maslach & Jackson, 1986), nous avons réalisé une analyse en composantes principales, forçant l'extraction de trois sous-échelles. Tel que le suggèrent les données du Tableau M.2 (Voir : Annexe M), cette analyse n'a permis que de reproduire partiellement la structure factorielle du MBI. De plus, bien que le score alpha de la sous-échelle *Épuisement émotionnel* ($\alpha = ,900$) soit excellent, en comparaison, ceux des sous-échelles *Dépersonnalisation* ($\alpha = ,624$) et *Accomplissement personnel* ($\alpha = ,687$) sont sous le seuil d'acceptabilité. Par conséquent, ces deux sous-échelles ont été retirées des analyses subséquentes. En effet, dans ces analyses, nous faisons exclusivement usage de la sous-échelle *Épuisement émotionnel*, la sous-échelle la plus fidèle et la plus abondamment utilisée des 3 sous-échelles du MBI (Aiken & Sloane, 1998 ; Duquette, Kérouac, Sandhu, & Beaudet, 1994 ; Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard, & Azoulay, 2007 ; Leiter & Harvie, 1996). Avant de poursuivre, précisons que l'analyse en composantes principales des 9 énoncés de cette sous-échelle a permis d'extraire une composante principale expliquant 56,2% de la variance des énoncés. De plus, tel que précisé ci-dessus, la cohérence interne de cette sous-échelle peut être qualifiée d'excellente ($\alpha = ,900$) (Voir : Annexe M, Tableau M.3).

Variables de résultats - Satisfaction au travail : Tel que le suggèrent les données du Tableau M.4 (Voir : Annexe M), l'analyse en composantes principales des 7 énoncés de la mesure de satisfaction au travail a permis de révéler l'existence d'une seule sous-échelle qui permet d'expliquer un total de 42,6% de la variance. De plus, cette sous-échelle, avec un score $\alpha = .762$, présente une cohérence interne acceptable.

Variables de résultats – Rationnement du travail infirmier : Enfin, l'analyse en composantes principales des 40 énoncés de la mesure du rationnement du travail infirmier a permis de révéler l'existence de 4 sous-échelles expliquant un total de 56,3% de la variance. Sur la base de la signification des énoncés qui les composent, ces sous-échelles ont été nommées : 1) Soins d'entretien de la vie et soins techniques (15 énoncés ; $\alpha = .931$) ; 2) Enseignement, soutien et soins de confort (12 énoncés ; $\alpha = .931$) ; 3) Surveillance de l'état de santé des patients (7 énoncés ; $\alpha = .831$) et ; 4) Coordination des soins et des congés (6 énoncés ; $\alpha = .811$). Par ailleurs, comme le suggèrent les scores alpha, ces quatre sous-échelles présentent des cohérences internes allant de bonnes à excellentes.

4.3.3 Statistiques descriptives relatives aux variables prédictives et de résultats

Le Tableau 4.24, ci-dessous, présente certaines statistiques descriptives relatives aux variables prédictives et de résultats qui ont été utilisées dans cette étude. Similairement, les Tableaux 4.25 et 4.26 donnent les moyennes et les écarts types relatifs à chacune de ces mesures lorsque les scores des infirmières sont regroupés par centres hospitaliers.

Sur la base des données du Tableau 4.24, on constate que les infirmières de notre échantillon sont en moyenne plutôt en désaccord pour affirmer que les relations infirmières-management, au sein de leur centre hospitalier, sont de nature professionnelle. Par ailleurs, ces infirmières sont plutôt en accord avec le fait que les relations infirmières-médecins et que la dotation et les ressources disponibles au sein de leur centre hospitalier sont caractéristiques d'un environnement de pratique de type professionnel. Parallèlement, les données du Tableau 4.24 nous fournissent d'importantes informations au sujet du rationnement du travail infirmier. En effet, on constate que les infirmières doivent rarement ou très rarement rationner leurs activités professionnelles. Cependant, lorsqu'elles doivent le faire, elles vont d'abord rationner les activités de coordination des soins et des congés ainsi que l'enseignement, le soutien et les soins de confort offerts aux patients et aux familles. Quant aux soins d'entretien de la vie et techniques et à la surveillance de l'état de santé des patients, il s'agit des deux catégories d'activités professionnelles que les infirmières réaliseront en priorité, et ce lorsqu'elles sont soumises à l'influence des divers facteurs de contingence décrit précédemment dans ce chapitre. Malgré le rationnement de certaines de leurs activités professionnelles, 80,8% des infirmières de notre échantillon

sont d'avis que la qualité des soins infirmiers qu'elles prodiguent aux patients peut être qualifiée de bonne ou d'excellent. Par ailleurs, notons que les infirmières de notre échantillon sont plutôt satisfaites de leur travail, et ce bien que 18,9% d'entre elles aient l'intention de quitter, d'ici 12 mois, l'unité néonatale où elles travaillent actuellement et que 12,7% d'entre elles aient l'intention de démissionner, d'ici 12 mois, de l'hôpital qui les emploient actuellement.

Tableau 4.24 : Statistiques descriptives relatives aux variables prédictives et de résultats

Variables	(N _{Total} = 339)
Variables prédictives¹	
Relations infirmières-management de type professionnel (Moyenne ± écart-type)	2,26 ± ,50
Relations infirmières-médecins de type professionnel (Moyenne ± écart-type)	2,62 ± ,56
Dotation en infirmières et ressources adéquates (Moyenne ± écart-type)	2,57 ± ,58
Variables de résultats	
Rationnement ² : Soins d'entretien de la vie et techniques (Moyenne ± écart-type)	1,37 ± ,41
Rationnement : Enseignement, soutien et soins de confort (Moyenne ± écart-type)	1,90 ± ,65
Rationnement : Surveillance de l'état de santé des patients (Moyenne ± écart-type)	1,62 ± ,51
Rationnement : Coordination des soins et des congés (Moyenne ± écart-type)	1,97 ± ,68
Satisfaction au travail ³ (Moyenne ± écart-type)	2,69 ± ,48
Épuisement émotionnel (Moyenne ± écart-type)	2,57 ± 1,20
Qualité des soins ⁴ (Moyenne ± écart-type)	3,03 ± ,70
Intention de quitter l'unité néonatale d'ici 12 mois (%)	18,9
Intention de démissionner de l'hôpital d'ici 12 mois (%)	12,7
Énoncé mesurant la qualité des soins perçue	
Excellente (%)	23,9
Bonne (%)	56,9
Mauvaise (%)	17,1
Convenable (%)	2,1
<p>1 Les trois variables prédictives ont été mesurées sur une échelle de type Likert à 4 niveaux où : 1 = Fortement en désaccord, 2 = Plutôt en désaccord, 3 = Plutôt en accord et 4 = Fortement en accord.</p> <p>2 Les quatre variables du rationnement du travail infirmier ont été mesurées sur une échelle de type Likert à quatre niveaux où : 1 = Très rarement, 2 = Rarement, 3 = Souvent et 4 = Très souvent.</p> <p>3 La satisfaction au travail a été mesurée sur une échelle de type Likert à quatre niveaux où : 1 = Très insatisfaite, 2 = Plutôt insatisfaite, 3 = Plutôt satisfaite et 4 = Très satisfaite.</p> <p>4 La qualité des soins a été mesurée sur une échelle de type Likert à 4 niveau où : 1 = Mauvaise, 2 = Convenable, 3 = Bonne et 4 = Excellente.</p>	

Tableau 4.25 : Statistiques descriptives pour les variables prédictives groupées par centres hospitaliers

Centres hospitaliers	Variables prédictives (N = 339)			
	N	Relations infirmières- management (Moyenne ± écart-type)	Relations infirmières- médecins (Moyenne ± écart-type)	Dotation en infirmières et ressources adéquates (Moyenne ± écart-type)
Hôpital A (RUIS 1) – Site 1	81	2,07 ± ,37	2,33 ± ,55	2,16 ± ,52
Hôpital B (RUIS 1) – Site 2	30	2,32 ± ,52	2,67 ± ,40	2,59 ± ,64
Hôpital C (RUIS 1)	21	2,01 ± ,47	2,64 ± ,44	2,75 ± ,58
Hôpital D (RUIS 2)	31	2,27 ± ,54	2,70 ± ,62	2,71 ± ,54
Hôpital E (RUIS 3)	69	2,52 ± ,42	2,62 ± ,52	2,76 ± ,50
Hôpital F (RUIS 4)	16	2,26 ± ,35	2,94 ± ,39	2,73 ± ,37
Hôpital G (RUIS 4)	36	1,97 ± ,53	2,77 ± ,63	2,70 ± ,54
Hôpital H (RUIS 4)	32	2,39 ± ,54	2,61 ± ,49	3,06 ± ,34
Hôpital I (RUIS 4)	23	2,62 ± ,44	2,91 ± ,53	2,73 ± ,46
Total	339	2,26 ± ,50	2,62 ± ,56	2,57 ± ,58

Tableau 4.26 : Statistiques descriptives pour les variables de résultats groupées par centres hospitaliers

Centres hospitaliers	Variables prédictives (N = 339)				
	N	Soins d'entretien de la vie et soins techniques (Moyenne ± ÉT)	Enseignement, soutien et soins de confort (Moyenne ± ÉT)	Surveillance de l'état de santé des patients (Moyenne ± ÉT)	Coordination des soins et des congés (Moyenne ± ÉT)
Hôpital A (RUIS 1) – Site 1	81	1,53 ± ,43	2,08 ± ,66	1,77 ± ,51	2,21 ± ,71
Hôpital B (RUIS 1) – Site 2	30	1,27 ± ,37	1,67 ± ,64	1,42 ± ,45	1,78 ± ,67
Hôpital C (RUIS 1)	21	1,16 ± ,23	1,50 ± ,49	1,15 ± ,30	1,43 ± ,57
Hôpital D (RUIS 2)	31	1,28 ± ,38	1,94 ± ,72	1,57 ± ,59	1,98 ± ,66
Hôpital E (RUIS 3)	69	1,37 ± ,46	2,01 ± ,68	1,64 ± ,53	1,85 ± ,62
Hôpital F (RUIS 4)	16	1,32 ± ,39	1,92 ± ,71	1,53 ± ,56	1,83 ± ,47
Hôpital G (RUIS 4)	36	1,43 ± ,36	1,92 ± ,54	1,71 ± ,48	2,46 ± ,57
Hôpital H (RUIS 4)	32	1,35 ± ,44	1,69 ± ,56	1,63 ± ,45	1,75 ± ,60
Hôpital I (RUIS 4)	23	1,23 ± ,27	1,87 ± ,56	1,66 ± ,37	1,93 ± ,63
Total	339	1,37 ± ,41	1,90 ± ,65	1,62 ± ,51	1,97 ± ,68

Tableau 4.26 : Statistiques descriptives pour les variables de résultats groupées par centres hospitaliers (Suite)

Centres hospitaliers	Variables prédictives (N = 339)					
	N	Satisfaction au travail (Moyenne ± ET)	Épuisement émotionnel (Moyenne ± ET)	Qualité des soins perçue (Moyenne ± ET)	Intention de quitter l'unité d'ici 12 mois (%)	Intention de quitter l'hôpital d'ici 12 mois (%)
Hôpital A (RUIS 1) – Site 1	81	2,50 ± ,41	2,98 ± 1,07	2,28 ± ,69	30,9	24,7
Hôpital B (RUIS 1) – Site 2	30	2,75 ± ,48	2,57 ± 1,26	3,13 ± ,57	3,3	0,0
Hôpital C (RUIS 1)	21	2,61 ± ,49	2,32 ± 1,12	2,76 ± ,62	23,8	14,3
Hôpital D (RUIS 2)	31	2,75 ± ,57	2,40 ± 1,36	3,10 ± ,70	29,0	16,1
Hôpital E (RUIS 3)	69	2,68 ± ,43	2,43 ± 1,11	3,30 ± ,58	11,6	7,2
Hôpital F (RUIS 4)	16	2,68 ± ,50	2,56 ± 1,09	3,12 ± ,72	12,5	12,5
Hôpital G (RUIS 4)	36	2,74 ± ,55	2,65 ± 1,50	2,89 ± ,85	19,4	11,1
Hôpital H (RUIS 4)	32	2,80 ± ,50	2,09 ± 1,14	3,34 ± ,55	6,2	6,2
Hôpital I (RUIS 4)	23	3,02 ± ,37	2,60 ± 0,93	3,00 ± ,74	21,7	8,7
Total	339	2,69 ± ,48	2,57 ± 1,20	3,03 ± ,70	18,9	12,7

Les données des Tableaux 4.25 et 4.26 permettent de faire ressortir un certain nombre de distinctions entre les différents hôpitaux ayant participé à l'étude. Parmi celles-ci, deux ont plus particulièrement retenu notre attention. Premièrement, à l'exception de la variable *Relations infirmières-management*, où elles se classent au 7^e rang, on note que les infirmières de l'unité néonatale de l'Hôpital A (Site 1) se classent systématiquement au 9^e et dernier rang, et ce en fonction de leurs scores moyens à l'ensemble des variables mesurées. Ainsi, les infirmières de cette unité néonatale sont plus susceptibles, par rapport à leurs collègues des autres unités néonatales québécoises, d'œuvrer dans un environnement de pratique de nature bureaucratique. Parallèlement, les taux de rationnement des activités professionnelles infirmières y sont plus élevés que partout ailleurs au Québec. De plus, les infirmières de cette unité néonatale sont plus susceptibles, que leurs collègues des autres unités néonatales, à percevoir la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients comme étant de moins bonne qualité. Par ailleurs, ces infirmières sont également plus susceptibles d'être insatisfaites au travail et de manifester de l'épuisement émotionnel. Enfin, cette unité néonatale contient la plus forte proportion d'infirmières ayant l'intention de quitter, au cours des 12 prochains mois, l'unité néonatale (30,9%) ou l'hôpital (24,7%) qui les emploient actuellement. Avant de poursuivre, rappelons que l'unité néonatale du Site 1 est située au sommet de la pyramide des niveaux de soins, et ce en raison du fait qu'elle offre des services néonataux de niveau IIIc. De par cette position, elle est soumise à l'action des deux systèmes de déversoirs que nous avons décrits précédemment.

Deuxièmement, on constate que les infirmières de l'unité néonatale de l'Hôpital H (RUIS 4) sont celles qui présentent les indicateurs de résultats les plus favorables (Voir : Tableau 4.26). En effet, ces infirmières se classent systématiquement au premier ou au second rang pour ce qui est des scores moyens de satisfaction au travail et de qualité des soins. De plus, elles ont également le plus faible taux moyen d'épuisement émotionnel. Parallèlement, cette unité néonatale se classe au second rang, et ce en raison du fait qu'elle détient la seconde plus faible proportion d'infirmières ayant l'intention de quitter, au cours des 12 prochains mois, l'unité néonatale (6,2%) ou le centre hospitalier (6,2%) qui les emploie actuellement. Notons également que l'environnement de pratique de cette unité y est parmi les plus professionnels, et ce plus particulièrement en ce qui a trait aux *Relations infirmières-management* et à la présence d'une *Dotation en infirmières et de ressources adéquates* (Voir : Tableau 4.25).

4.3.4 Matrices de corrélations entre les variables prédictives, de résultats, démographiques et professionnelles

Le Tableau 4.27, ci-dessous, donne la matrice de corrélations pour les variables prédictives et de résultats analysées dans la présente étude. On constate que 55 des 66 corrélations (83,3%) sont significatives à $p < .01$ et que 27 de celles-ci (40,9%) excèdent la valeur de $r \pm .30$ ¹¹⁶. Parmi ces dernières, deux retiennent particulièrement notre attention : la corrélation de .54 ($p < .01$) entre les variables indépendantes *Relations infirmières-management* et *Relations infirmières-médecins* et, la corrélation de .51 ($p < .01$) entre les variables indépendantes *Relations infirmières-management* et *Dotation en infirmières et ressources adéquates* (Voir : Tableau 4.27). Des corrélations de cette magnitude donnent à penser que les trois sous-échelles du *Revised Nursing Work Index* (2000) constituent, en réalité, un concept unique. En effet, la logique veut que les infirmières d'une unité néonatale donnée soient exposées aux effets d'un seul environnement de pratique. Toutefois, puisqu'il existe des arguments théoriques permettant de justifier la séparation conceptuelle de ces trois dimensions (Voir : Chapitre 2, la discussion sur la structure bureaucratique et la structure professionnelle), les analyses se sont poursuivies telles que prévues (c.-à-d., sans procéder au regroupement statistique des trois dimensions du *NWI-R* en une seule échelle de mesure). Toutefois, nous avons tenu compte du fort degré d'association entre les trois dimensions du *NWI-R* lors de l'analyse et de l'interprétation des résultats de l'étude.

Parallèlement, le Tableau 4.28 nous donne la matrice de corrélations pour les variables prédictives et les variables démographiques et professionnelles (variables de contrôle). Dans ce tableau, 48 des 91 corrélations sont au moins significatives à $p < .05$, et ce bien que seulement 14 d'entre elles (15,4%) soient supérieures ou égales à .30. Parmi ces dernières, nous notons que les corrélations entre la variable *Âge* et les trois variables nous donnant les différents niveaux d'expérience des infirmières sont particulièrement élevées ; les coefficients de corrélations variant de $r = .79$ à $r = .92$. Puisque ces quatre variables contiennent essentiellement la même information, bien que mesurée sous des formes légèrement différentes, nous avons donc décidé de ne retenir, pour les analyses décrites ci-dessous, que la variable *Années d'expérience à titre d'infirmière*. Cette décision s'explique par le fait que cette variable contient les deux autres formes

¹¹⁶ Pour Cohen, Cohen, Aiken & West (2003), des corrélations de .10, .30, et .50 représentent respectivement des effets de petite, moyenne et grande taille.

d'expérience et aussi parce qu'elle est fortement corrélée avec l'âge ($r = .92$). Parallèlement, nous notons, au Tableau 4.28, une corrélation de $r = .59$ ($p < .01$) entre la variable *Formation initiale* et la variable *Formation actuellement détenue*. Pour les fins des présentes analyses, nous avons donc décidé de ne retenir que la variable *Formation actuellement détenue*, et ce en raison du fait qu'elle contient l'ensemble des informations mesurées par l'autre variable de formation. Par ailleurs, notons que la décision d'éliminer la variable *Formation initiale* permet également d'éliminer la corrélation de $r = .36$ ($p < .01$) entre cette variable et la variable *Année d'expérience comme infirmière* (Voir : Tableau 4.28). Outre la corrélation de $r = .39$ ($p < .01$) entre la *Race* et la *Langue* du questionnaire, aucune des autres corrélations présentées au Tableau 4.28 n'excède la valeur de $\pm .30$.

Enfin, le Tableau 4.29, ci-dessous, donne la matrice de corrélations entre les variables démographiques et professionnelles (Variables de contrôle) et les variables de résultats. Comme l'indique la partie supérieure droite du Tableau 4.29, aucune des corrélations entre les variables démographiques et professionnelles et les variables de résultats n'excède la valeur de $\pm .30$, et ce bien que quatre de ces corrélations soient significatives à $p < .05$ et qu'une autre le soit à $p < .01$. Enfin, parmi les sept variables démographiques et professionnelles considérées au Tableau 4.29, cinq sont significativement reliées à au moins une des variables de résultats considérées dans cette étude alors que les variables *Genre* et *Poste permanent* versus poste temporaire ne le sont pas.

Tableau 4.27 : Matrices de corrélations pour les variables prédictives et de résultat

N = 339	Relations infirmières- management (1 = Professionnel)	Relations infirmières- médecins (1 = Prof.)	Dotation et ressources adéquates (1 = Prof.)	Soins d'entretien de la vie et soins techniques (1 = Rationnement)	Enseignement, soutien et soins de confort (1 = Rationnement)	Surveillance (1 = Rationnement)	Coordination des soins et des congés (1 = Rationnement)	Satisfaction au travail	Épuisement émotionnel	Intention de quitter l'unité de néonatalogie d'ici 12 mois (1 = Oui)	Intention de quitter l'hôpital d'ici 12 mois (1 = Oui)	Qualité des soins perçue
Relations infirmières- management	1,00	,54**	,51**	-,17**	-,25**	-,22**	-,28**	,61**	-,38**	-,19**	-,20**	,46**
Relations infirmières- médecins		1,00	,39**	-,24**	-,20**	-,26**	-,15**	,55**	-,35**	-,04	-,06	,37**
Dotation et ressources adéquates			1,00	-,29**	-,36**	-,33**	-,37**	,50**	-,57**	-,25**	-,21**	,42**
Soins d'entretien de la vie et soins techniques				1,00	,58**	,60**	,56**	-,20**	,20**	,00	-,01	-,20**
Enseignement, soutien et soins de confort					1,00	,64**	,65**	-,22**	,29**	,08	,04	-,25**
Surveillance						1,00	,54**	-,20**	,34**	,09	,01	-,25**
Coordination des soins et des congés							1,00	-,20**	,26**	,10	,06	-,21**
Satisfaction au travail								1,00	-,49**	-,29**	-,30**	,39**
Épuisement émotionnel									1,00	,17**	,11*	-,38**
Intention de quitter l'unité d'ici 12 mois										1,00	,72**	-,19**
Intention de quitter l'hôpital d'ici 12 mois											1,00	-,18**
Qualité des soins perçue												1,00

* Indique une corrélation significative à 0,05 ; ** Indique une corrélation significative à 0,01.

Tableau 4.28 : Matrices de corrélations pour les variables prédictives et les variables démographiques / professionnelles (témoins)

N = 339	Relations infirmières- management (1 = Prof.)	Relations infirmières- médecins (1 = Prof.)	Dotation et ressources adéquates (1 = Prof.)	Âge	Années d'expérience comme infirmière	Années d'expérience à l'hôpital employeur	Années d'expérience en néonatalogie	Formation initiale (0 = Bac ou plus)	Formation actuellement détenue (0 = Bac ou plus)	Temps plein / partiel (0 = Temps plein)	Permanent / temporaire (0 = Permanent)	Langue du questionnaire (0 = Français)	Genre (0 = Féminin)	Race (0 = Blanche)
Relations infirmières- management (1 = Prof.)	1,00	,54**	,51**	-,06	-,06	-,05	-,03	,14**	,07	-,07	,09	-,02	,04	,02
Relations infirmières- médecins (1 = Prof.)		1,00	,39**	-,13*	-,16**	-,15**	-,17**	,12*	,09	-,09	,15**	,12*	,11	,14*
Dotation et ressources adéquates (1 = Prof.)			1,00	-,19**	-,22**	-,23**	-,22**	,19**	,10	,04	,12*	,06	,01	,01
Âge				1,00	,92**	,82**	,79**	-,32**	-,23**	-,13*	-,19**	,12*	-,00	,09
Années d'expérience comme infirmière					1,00	,86**	,86**	-,36**	-,26**	-,12*	-,21**	,10	-,03	,04
Années d'expérience à l'hôpital employeur						1,00	,81**	-,33**	-,25**	-,16**	-,18**	,08	,03	,03
Années d'expérience en néonatalogie							1,00	-,25**	-,20**	-,09	-,23**	,11*	-,04	,04
Formation initiale (0 = Bac ou plus)								1,00	,59**	-,03	,04	-,00	,01	,16**
Formation actuellement détenue (0 = Bac ou plus)									1,00	-,09	,07	,05	-,04	,19**
Temps plein / partiel (0 = Temps plein)										1,00	,05	,07	,08	-,07
Permanent / temporaire (0 = Permanent)											1,00	,03	,15**	,09
Langue du questionnaire (0 = Français)												1,00	,14**	,39**
Genre (0 = Féminin)													1,00	,15**
Race (0 = Blanche)														1,00

* Indique une corrélation significative à 0,05 ; ** Indique une corrélation significative à 0,01.

Tableau 4.29 : Matrices de corrélations pour les variables démographiques et professionnelles (témoins) et les variables de résultats

N = 339	Années d'expérience comme infirmière	Formation actuellement détenue	Travail à temps plein versus temps partiel	Poste permanent versus poste temporaire	Langue du questionnaire	Genre	Race	Soins d'entretien de la vie et soins techniques	Enseignement, soutien et soins de confort	Surveillance	Coordination des soins et des congés	Satisfaction au travail	Épuisement émotionnel	Qualité des soins perçue
Années d'expérience comme infirmière	1,00	-,26**	-,12*	-,21**	,10	-,03	,04	,11*	,02	,08	,03	-,03	,09	,04
Formation actuellement détenue (1 = Bac.)		1,00	-,09	,07	,05	-,04	,19**	-,08	-,11*	-,05	-,08	,08	-,08	,05
Travail à temps plein / partiel (1 = temps plein)			1,00	,05	,07	,08	-,07	,06	,03	,05	,11*	-,10	-,05	-,04
Permanent / temporaire (0 = Permanent)				1,00	,03	,15**	,09	,03	-,03	-,02	-,08	,09	-,08	,07
Langue du questionnaire (1 = Français)					1,00	,14**	,39**	-,01	-,07	,06	,06	,17**	-,06	,04
Genre (1 = Féminin)						1,00	,15**	-,05	-,04	-,03	,01	,09	-,03	,10
Race (1 = Blanche)							1,00	,02	-,01	,02	,06	,13*	-,11	,07
Soins d'entretien de la vie et techniques (1 = Rat.)								1,00	,58**	,60**	,56**	-,20**	,20**	-,20**
Enseignement, soutien et soins de confort (1 = Rat.)									1,00	,64**	,65**	-,22**	,29**	-,25**
Surveillance (1 = Ration.)										1,00	,54**	-,20**	,34**	-,25**
Coordination des soins et des congés (1 = Ration.)											1,00	-,20**	,26**	-,21**
Satisfaction au travail												1,00	-,49**	,39**
Épuisement émotionnel													1,00	-,38**
Qualité des soins perçue														1,00

* Indique une corrélation significative à 0,05 ; ** Indique une corrélation significative à 0,01.

4.3.5 Vérfications relatives aux prémisses sous-jacentes aux analyses statistiques proposées

Normalité des distributions de fréquences : Tel que discuté au Chapitre 3, nous avons réalisé une série d'analyses afin de nous assurer que les distributions de nos variables satisfont aux différentes prémisses qui sont sous-jacentes aux analyses statistiques proposées. Ces analyses ont notamment révélé que les quatre variables relatives au rationnement du travail infirmier présentaient une légère asymétrie positive. Tel que suggéré par Tabachnick & Fidell (2007), nous avons transformé ces variables par le biais de racines carrées. Puis, nous avons conduit les analyses statistiques décrites ci-dessous en utilisant successivement les variables originales et les variables transformées. Puisque les résultats obtenus étaient en tous points identiques, nous présenterons les résultats des analyses qui ont été conduites avec les variables non transformées, et ce dans l'optique de faciliter l'interprétation des résultats.

Avant de poursuivre, précisons que nous ne disposons d'aucune donnée nous permettant de croire que les associations entre nos variables puissent être non linéaires. Par ailleurs, ajoutons que l'examen des matrices de corrélations nous a permis d'éliminer les variables susceptibles d'introduire de la multicollinéarité ou de la non singularité dans nos analyses.

4.3.6 Vérification des hypothèses de recherche

Suite à la conduite des pré-analyses décrites au Chapitre 3, chacune des hypothèses de recherche a été examinée de manière systématique. Pour ce faire, deux modèles de régressions multivariées ont été testés. Dans le premier modèle, l'ensemble des variables contribuant à prédire un indicateur de résultat donné a été entré en bloc dans l'analyse. Puis, dans le second modèle, les variables prédictives pertinentes ont été entrées en bloc, et ce tout en tenant compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières. Avant de poursuivre, rappelons que nos analyses de régressions multivariées ont été basées sur l'équation généralisée d'estimation, et ce afin de tenir compte du fait que les infirmières sont nichées à l'intérieur des unités néonatales où elles sont employées.

Hypothèses 1a et 1b : Le Tableau 4.30 présente les résultats relatifs à l'examen des hypothèses de recherche 1a et 1b. Plus spécifiquement, ces hypothèses prévoient qu'une dotation et un environnement de pratique de type professionnel sont associés à une amélioration de la santé au travail des infirmières (Hypothèse 1a) et de la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients (Hypothèse 1b). Sur la base des données du Tableau 4.30, on constate que ces deux hypothèses de recherche sont supportées empiriquement. En effet, au sujet de l'hypothèse 1a, on note que lorsque les *Relations infirmières-management* ($p < 0,05$), les *Relations infirmières-médecins* ($p < 0,05$) et la *Dotation en infirmières* ($p < 0,001$) sont de type professionnel, le niveau de satisfaction au travail des infirmières tend à augmenter de manière significative. Parallèlement, des *Relations infirmières-médecins* ($p < 0,05$) et une *Dotation en infirmière* ($p < 0,001$) de type professionnel sont associés de manière significative à une réduction de l'épuisement émotionnel des infirmières, et ce à la fois avant et après avoir tenu compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières. Enfin, bien que des *Relations infirmières-management* de type professionnel soient également associées à une réduction de l'épuisement émotionnel des infirmières, cette association n'est toutefois pas significative.

Quant à l'hypothèse 1b, on observe que lorsque les *Relations infirmières-management* ($p < 0,001$), les *Relations infirmières-médecins* ($p < 0,05$) et la *Dotation en infirmière* ($p < 0,05$) sont de type professionnel, la qualité des soins infirmiers offerts aux patients, telle que perçue par les infirmières, tend à augmenter de manière significative, et ce tant avant et après avoir tenu compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières.

Tableau 4.30 : Effets d'un environnement de pratique et d'une dotation de type professionnel sur la santé au travail des infirmières et la qualité des soins (Hypothèses 1a et 1b)¹

Variables de résultats	Modèle A (Non ajusté) ²			Modèle B (Ajusté) ³		
	Coefficients	ES	Valeur p	Coefficients	ES	Valeur p
Satisfaction au travail						
Relations infirmières-management	,180	,0716	,012	,177	,0645	,006
Relations infirmières-médecins	,205	,0632	,001	,195	,0573	,001
Dotation et ressources adéquates	,292	,0543	<,001	,280	,0532	<,001
Épuisement émotionnel						
Relations infirmières-management	-,063	,0597	,289	-,101	,0806	,208
Relations infirmières-médecins	-,262	,1161	,024	-,260	,1166	,026
Dotation et ressources adéquates	-,865	,1019	<,001	-,888	,0995	<,001
Qualité des soins						
Relations infirmières-management	,364	,0896	<,001	,337	,0964	<,001
Relations infirmières-médecins	,187	,0614	,002	,196	,0670	,003
Dotation et ressources adéquates	,252	,0756	,001	,304	,0854	<,001

1 Les coefficients de régression ont été dérivés par l'équation d'estimation générale (EEG) et tiennent compte du fait que les infirmières sont nichées à l'intérieur de centres hospitaliers.
2 Dans les deux modèles, l'ensemble des variables contribuant à prédire un indicateur de résultat donné a été entré en bloc dans l'analyse.
3 Ce modèle tient compte des caractéristiques démographiques et professionnelles suivantes : le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière, le plus haut niveau de formation actuellement détenu (DEC et DH versus BAC et supérieur), le travail à temps plein versus travail à temps partiel et permanent versus temporaire, la langue du questionnaire et le genre et l'origine ethnique de l'infirmière.

Hypothèse 2 : Le Tableau 4.30a présente les résultats relatifs à l'examen de l'hypothèse de recherche 2. Plus spécifiquement, rappelons que cette hypothèse de recherche prévoit qu'une dotation et un environnement de pratique de type professionnel sont associés à une réduction du rationnement des activités professionnelles infirmières. Sur la base des données du Tableau 4.30a, on constate que cette hypothèse de recherche est partiellement supportée. En effet, on y note qu'une *Dotation en infirmière* de type professionnel est associée de manière significative ($p < 0,001$) à une réduction du rationnement des *Soins d'entretien de la vie et des soins techniques*, de *l'Enseignement, du soutien et des soins de confort*, de la *Surveillance de l'état de santé des patients* et de la *Coordination des soins et des congés*, et ce à la fois avant et après avoir tenu compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières.

Parallèlement, les données du Tableau 4.30a permettent de constater que des *Relations infirmières-médecins* de type professionnel sont associées de manière significative ($p < 0,001$) à une réduction du rationnement des *Soins d'entretien de la vie et des soins techniques* et de la *Surveillance de l'état de santé des patients*, et ce à la fois avant et après avoir tenu compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières. Par ailleurs, on note que des *Relations infirmières-management* de type professionnel sont associées de manière significative à une réduction du rationnement de *l'Enseignement, du soutien et des soins de confort* et de la *Coordination des soins et des congés*, et ce seulement avant avoir tenu compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières. En effet, le fait de tenir compte de ces caractéristiques à pour effet de rendre ces associations non significatives, et ce bien qu'elles continuent à indiquer une réduction du rationnement de ces activités professionnelles infirmières. Enfin, on note que les *Relations infirmières-management* de type professionnel ne semblent pas avoir d'influence sur la réduction du rationnement des *Soins d'entretien de la vie et des soins techniques* et de la *Surveillance de l'état de santé des patients*. De manière similaire, les *Relations infirmières-médecins* de type professionnel ne semblent pas exercer d'influence sur la réduction du rationnement de *l'Enseignement, du soutien et des soins de confort* ou sur celle de la *Coordination des soins et des congés*.

Tableau 4.30a : Effets d'un environnement de pratique et d'une dotation de type professionnel sur le rationnement du travail infirmier (Hypothèses 2)¹

Variables de résultats	Modèle A (Non ajusté) ²			Modèle B (Ajusté) ³		
	Coefficients	ES	Valeur p	Coefficients	ES	Valeur p
Rationnement : Soins d'entretien de la vie et soins techniques						
Relations infirmières-management	,042	,0314	,179	,056	,0404	,165
Relations infirmières-médecins	-,123	,0169	<,001	-,133	,0135	<,001
Dotation et ressources adéquates	-,172	,0404	<,001	-,187	,0365	<,001
Rationnement : Enseignement, soutien et soins de confort						
Relations infirmières-management	-,193	,0950	,043	-,175	,1001	,081
Relations infirmières-médecins	,005	,0466	,920	-,004	,0503	,935
Dotation et ressources adéquates	-,333	,0793	<,001	-,355	,0855	<,001
Rationnement : Surveillance de l'état de santé des patients						
Relations infirmières-management	-,036	,0749	,630	-,026	,0729	,718
Relations infirmières-médecins	-,127	,0297	<,001	-,134	,0344	<,001
Dotation et ressources adéquates	-,226	,0582	<,001	-,237	,0506	<,001
Rationnement : Coordination des soins et des congés						
Relations infirmières-management	-,193	,0899	,032	-,166	,0981	,091
Relations infirmières-médecins	,043	,0475	,366	,044	,0462	,343
Dotation et ressources adéquates	-,320	,0504	<,001	-,354	,0645	<,001

1 Les coefficients de régression ont été dérivés par l'équation d'estimation générale (EEG) et tiennent compte du fait que les infirmières sont nichées à l'intérieur de centres hospitaliers.
2 Dans les deux modèles, l'ensemble des variables contribuant à prédire un indicateur de résultat donné a été entré en bloc dans l'analyse.
3 Ce modèle tient compte des caractéristiques démographiques et professionnelles suivantes : le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière, le plus haut niveau de formation actuellement détenu (DEC et DH versus BAC et supérieur), le travail à temps plein versus travail à temps partiel et permanent versus temporaire, la langue du questionnaire et le genre et l'origine ethnique de l'infirmière.

Hypothèses 3a et 3b : Le Tableau 4.31, ci-dessous, présente les résultats relatifs à l'examen des hypothèses de recherche 3a et 3b. Plus spécifiquement, rappelons que ces hypothèses prévoient qu'une augmentation du rationnement des activités professionnelles infirmières est associée à une réduction de la santé au travail des infirmières et de la qualité des soins qu'elles prodiguent aux patients. Sur la base des données du Tableau 4.31, on constate que l'hypothèse 3a n'est supportée que de manière très isolée alors que l'hypothèse 3b est supportée de manière partielle. Ainsi, au sujet de l'hypothèse 3a, on note qu'une augmentation du rationnement des activités de *Surveillance de l'état de santé des patients* est associée de manière significative à une réduction de la satisfaction au travail ($p < 0,05$) et à une augmentation de l'épuisement émotionnel des infirmières ($p < 0,001$), et ce à la fois avant et après avoir tenu compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières. Parallèlement, on observe qu'une augmentation du rationnement des activités *d'Enseignement, de soutien et de confort* est associée à une réduction de la satisfaction au travail des infirmières, et ce seulement avant d'avoir tenu compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières. En effet, le fait de tenir compte de ces caractéristiques a pour effet de rendre cette association non significative, et ce bien qu'elles continuent à indiquer une réduction de la satisfaction au travail des infirmières. Par ailleurs, malgré son influence sur la satisfaction au travail des infirmières, on note que le rationnement des activités *d'Enseignement, de soutien et des soins de confort* n'est pas relié de manière significative à l'épuisement émotionnel des infirmières. Enfin, on note que le rationnement des *Soins d'entretien de la vie et des soins techniques* ainsi que celui de la *Coordination des soins et des congés* ne sont pas reliés de manière significative à la santé au travail des infirmières.

Quant à l'hypothèse de recherche 3b, on note que le rationnement de la *Surveillance de l'état de santé des patients* ($p < 0,05$) et de *l'Enseignement, du soutien et des soins de confort* ($p < 0,001$) sont associés de manière significative à une réduction de la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients, telle que perçue par les infirmières, et ce à la fois avant et après avoir tenu compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières. Enfin, le rationnement des *Soins d'entretien de la vie et des soins techniques* ou celui de la *Coordination des soins et des congés* n'apparaît pas associé à la perception qu'ont les infirmières au sujet de la qualité des soins infirmiers offerts aux patients.

Tableau 4.31 : Effets du rationnement du travail infirmier sur la satisfaction au travail, l'épuisement émotionnel et la qualité des soins (Hypothèse 3a et 3b)¹

Variables de résultats	Modèle A (Non ajusté) ²			Modèle B (Ajusté) ³		
	Coefficients	ES	Valeur p	Coefficients	ES	Valeur p
Satisfaction au travail						
Soins entretien de la vie et technique	-,092	,0902	,306	-,085	,0970	,379
Enseignement, soutien et soins confort	-,077	,0354	,030	-,066	,0338	,051
Surveillance de l'état de santé des patients	-,160	,0507	,002	-,165	,0591	,005
Coordination des soins et des congés	,006	,0750	,932	,013	,0737	,858
Epuisement émotionnel						
Soins entretien de la vie et technique	-,230	,1816	,205	-,230	,1616	,154
Enseignement, soutien et soins confort	,203	,1492	,174	,185	,1600	,249
Surveillance de l'état de santé des patients	,641	,1549	<,001	,643	,1551	<,001
Coordination des soins et des congés	,127	,1225	,300	,145	,1202	,229
Qualité des soins						
Soins entretien de la vie et technique	-,011	,0774	,890	-,038	,0882	,664
Enseignement, soutien et soins confort	-,167	,0646	,010	-,159	,0709	,025
Surveillance de l'état de santé des patients	-,209	,0520	<,001	-,215	,0531	<,001
Coordination des soins et des congés	,018	,1090	,871	,030	,1091	,781

1 Les coefficients de régression ont été dérivés par l'équation d'estimation générale (EEG) et tiennent compte du fait que les infirmières sont nichées à l'intérieur de centres hospitaliers.
2 Dans les deux modèles, l'ensemble des variables contribuant à prédire un indicateur de résultat donné a été entré en bloc dans l'analyse.
3 Ce modèle tient compte des caractéristiques démographiques et professionnelles suivantes : le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière, le plus haut niveau de formation actuellement détenu (DEC et DH versus BAC et supérieur), le travail à temps plein versus travail à temps partiel et permanent versus temporaire, la langue du questionnaire et le genre et l'origine ethnique de l'infirmière.

Hypothèse 4 : Le Tableau 4.33, ci-dessous, présente les résultats relatifs à l'examen de l'hypothèse de recherche 4. Plus spécifiquement, rappelons que cette hypothèse de recherche prévoit qu'une amélioration de la santé au travail des infirmières est associée à une amélioration de la qualité des soins offerts aux patients. Sur la base des données du Tableau 4.33, on constate que cette hypothèse de recherche est entièrement supportée. En effet, on note qu'une augmentation de la *Satisfaction au travail* ($p < 0,001$) et une réduction de l'*Épuisement émotionnel* ($p < 0,05$) sont associés, de manière significative, à une augmentation de la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients, telle que perçue par les infirmières, et ce à la fois avant et après avoir tenu compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières.

Hypothèses 5a et 5b : Enfin, le Tableau 4.32, ci-dessous, présente les résultats relatifs à l'examen des hypothèses de recherche 5a et 5b. Rappelons que ces hypothèses visaient à déterminer si le rationnement des activités professionnelles infirmières joue un rôle médiateur dans les relations qu'ont la dotation et les caractéristiques de l'environnement de pratique avec la santé au travail des infirmières (Hypothèse 5a) et la qualité des soins offerts aux patients (Hypothèse 5b). Sur la base des données du Tableau 4.32, on constate que l'hypothèse de recherche 5a n'est supportée que de manière très isolée. En effet, on note que le rationnement des activités de *Surveillance de l'état de santé des patients* ($p < 0,001$) continue d'avoir un effet significatif et indépendant sur l'augmentation de l'épuisement émotionnel des infirmières, et ce après avoir tenu compte de l'effet de l'environnement de pratique et de la dotation ainsi que des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières. Or, outre cette relation, aucune des autres des associations vérifiées dans le cadre de l'examen de l'hypothèse 5a ne s'est avérée être statistiquement significative. Quant à l'hypothèse de recherche 5b, elle n'a pas été supportée empiriquement.

Tableau 4.32 : Effets d'un environnement de pratique et d'une dotation de type professionnel sur la santé au travail des infirmières et la qualité des soins : Le rôle médiateur du travail infirmier (Hypothèse 5a et 5b)¹

Variables de résultats	Modèle A (Non ajusté) ²			Modèle B (Ajusté) ³		
	Coefficients	ES	Valeur p	Coefficients	ES	Valeur p
Satisfaction au travail						
Relations infirmières-management	,190	,0786	,016	,192	,0666	,004
Relations infirmières-médecins	,184	,0650	,005	,169	,0549	,002
Dotation et ressources adéquates	,279	,0408	<,001	,271	,0376	<,001
Soins entretien de la vie et technique	-,111	,0667	,097	-,108	,0765	,157
Enseignement, soutien et soins confort	-,016	,0635	,801	,004	,0437	,927
Surveillance de l'état de santé des patients	-,060	,0727	,408	-,082	,0675	,223
Coordination des soins et des congés	,074	,0803	,354	,077	,0804	,341
Épuisement émotionnel						
Relations infirmières-management	-,093	,0995	,353	-,132	,1107	,232
Relations infirmières-médecins	-,217	,1054	,039	-,202	,1076	,060
Dotation et ressources adéquates	-,827	,1148	<,001	-,826	,1194	<,001
Soins entretien de la vie et technique	-,315	,1630	,053	-,275	,1536	,073
Enseignement, soutien et soins confort	,132	,1087	,223	,085	,1226	,487
Surveillance de l'état de santé des patients	,447	,1382	,001	,458	,1392	,001
Coordination des soins et des congés	-,067	,0981	,493	-,028	,1031	,789

¹ Les coefficients de régression ont été dérivés par l'équation d'estimation générale (EEG) et tiennent compte du fait que les infirmières sont nichées à l'intérieur de centres hospitaliers.

² Dans les deux modèles, l'ensemble des variables contribuant à prédire un indicateur de résultat donné a été entré en bloc dans l'analyse.

³ Ce modèle tient compte des caractéristiques démographiques et professionnelles suivantes : le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière, le plus haut niveau de formation actuellement détenu (DEC et DH versus BAC et supérieur), le travail à temps plein versus travail à temps partiel et permanent versus temporaire, la langue du questionnaire et le genre et l'origine ethnique de l'infirmière.

Tableau 4.32 : Effets d'un environnement de pratique et d'une dotation de type professionnel sur la santé au travail des infirmières et la qualité des soins : Le rôle médiateur du travail infirmier (Hypothèse 5a et 5b) (Suite)¹

Variables de résultats	Modèle A (Non ajusté) ²			Modèle B (Ajusté) ³		
	Coefficients	ES	Valeur p	Coefficients	ES	Valeur p
Qualité des soins						
Relations infirmières-management	,353	,1027	,001	,331	,1089	,002
Relations infirmières-médecins	,172	,0646	,008	,178	,0716	,013
Dotation et ressources adéquates	,211	,0696	,002	,266	,0804	,001
Soins entretien de la vie et technique	-,030	,0818	,712	-,057	,1001	,570
Enseignement, soutien et soins confort	-,080	,0550	,145	-,057	,0566	,316
Surveillance de l'état de santé des patients	-,092	,0608	,129	-,098	,0616	,110
Coordination des soins et des congés	,052	,0887	,561	,057	,0917	,535

1 Les coefficients de régression ont été dérivés par l'équation d'estimation générale (EEG) et tiennent compte du fait que les infirmières sont nichées à l'intérieur de centres hospitaliers.
2 Dans les deux modèles, l'ensemble des variables contribuant à prédire un indicateur de résultat donné a été entré en bloc dans l'analyse.
3 Ce modèle tient compte des caractéristiques démographiques et professionnelles suivantes : le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière, le plus haut niveau de formation actuellement détenu (DEC et DH versus BAC et supérieur), le travail à temps plein versus travail à temps partiel et permanent versus temporaire, la langue du questionnaire et le genre et l'origine ethnique de l'infirmière.

Tableau 4.33 : Effets de la satisfaction au travail et de l'épuisement émotionnel sur la qualité des soins (Hypothèse 4)¹

Variables de résultats	Modèle A (Non ajusté) ²			Modèle B (Ajusté) ³		
	Coefficients	ES	Valeur p	Coefficients	ES	Valeur p
Qualité des soins						
Satisfaction au travail	,381	,0984	<,001	,370	,0998	<,001
Épuisement émotionnel	-,128	,0494	,009	-,131	,0484	,007

1 Les coefficients de régression ont été dérivés par l'équation d'estimation générale (EEG) et tiennent compte du fait que les infirmières sont nichées à l'intérieur de centres hospitaliers.
2 Dans les deux modèles, l'ensemble des variables contribuant à prédire un indicateur de résultat donné a été entré en bloc dans l'analyse.
3 Ce modèle tient compte des caractéristiques démographiques et professionnelles suivantes : le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière, le plus haut niveau de formation actuellement détenu (DEC et DH versus BAC et supérieur), le travail à temps plein versus travail à temps partiel et permanent versus temporaire, la langue du questionnaire et le genre et l'origine ethnique de l'infirmière.

CHAPITRE 5

DISCUSSION ET CONCLUSION

La présente étude avait pour objectif général de décrire la structure et le mode de fonctionnement des unités néonatales québécoises, et ce afin de comprendre leurs influences sur le travail et la santé au travail des infirmières de ce milieu, ainsi que sur la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir à la clientèle. Afin de répondre à cet objectif, notre approche empirique a été guidée par un devis descriptif de type multi-méthode. Ce devis comprenait, d'une part, une analyse de cas multiples, avec niveau d'analyse unique, qui était basée sur des données provenant de méthodes d'investigation en recherche qualitative ainsi que de banques de données administratives publiques. D'autre part, ce devis faisait aussi appel à une analyse transversale de données quantitatives et prospectives qui provenaient d'un questionnaire d'enquête provincial. L'intérêt pour un devis de type multi-méthode tenait au fait que cette approche permet, d'un seul coup, de tirer profit de la complémentarité des méthodes de recherche qualitative et quantitative, et ce afin d'apporter un éclairage plus exhaustif, que ce qu'aurait permis chacune des méthodes prises individuellement, sur des problématiques de recherche complexes, dont celle abordée dans le cadre de la présente étude (Green & Caracelli, 1998 ; Polit & Hungler, 1999).

Ainsi, dans le cadre de la portion quantitative de l'étude (enquête provinciale), nous cherchions à déterminer si les propositions du courant théorique dominant, en administration des services infirmiers, trouvent application dans le contexte particulier des unités néonatales québécoises. À cet égard, cinq hypothèses de recherche ont été vérifiées. Plus spécifiquement, nous avons d'abord examiné si la mise en place d'une dotation et d'un environnement de pratique de type professionnel est associée à une augmentation de la santé au travail des infirmières (Hypothèse 1a) et de la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients (Hypothèse 1b). Puis, nous avons vérifié si le fait d'organiser les services infirmiers selon une approche de type professionnel contribue à réduire le rationnement des activités professionnelles infirmières (Hypothèse 2). Ensuite, nous avons examiné les effets du rationnement des activités professionnelles infirmières sur la santé au travail des infirmières (Hypothèse 3a) et sur la qualité des soins qu'elles perçoivent prodiguer aux patients (Hypothèse 3b). Parallèlement, l'examen des hypothèses 5a et 5b a été l'occasion de déterminer si les effets du rationnement des activités professionnelles infirmières, sur la

santé au travail des infirmières et la qualité des soins qu'elles perçoivent prodiguer aux patients sont, le cas échéant, indépendants de ceux exercés par la dotation et les caractéristiques de l'environnement de pratique. Enfin, nous avons également vérifié si l'augmentation de la santé au travail des infirmières correspond à une augmentation de la qualité des soins qu'elles perçoivent prodiguer aux patients (Hypothèse 4).

Pour ce qui est de l'analyse de cas multiples, nous cherchions essentiellement à répondre à trois questions de recherche qui sont complémentaires aux hypothèses énoncées ci-dessus. En effet, nous avons tout d'abord identifié les facteurs de nature organisationnelle qui exercent une influence sur le travail et la santé au travail des infirmières ou sur la qualité des services qu'elles perçoivent offrir à la clientèle néonatale. Dans un deuxième temps, nous avons décrit par quels processus ces facteurs organisationnels exercent leurs influences. Enfin, nous avons mis en évidence les divers mécanismes qui sont mis en place afin d'assurer à la clientèle néonatale des services sécuritaires, accessibles et de qualité. Tel que suggèrent les données introduites au Chapitre 4, afin de répondre adéquatement à ces questions de recherche, nous avons dû sortir du cadre strictement infirmier, et ce afin de les aborder dans une perspective plus systémique. Dans les pages qui suivent nous présentons notre interprétation des résultats de l'étude. À cette fin nous discutons, dans un premier temps, des résultats découlant de la vérification des hypothèses de recherche. Puis, nous traitons de ceux relatifs à notre enquête de terrain, tout en soulignant, au passage, les relations devant être effectuées entre ces deux aspects de notre étude.

5.1 Vérification des hypothèses de recherche

Tel qu'illustré tout au long du chapitre 4, la pénurie d'infirmières constitue l'un des principaux facteurs qui vient influencer le travail et la santé au travail des infirmières, de même que la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients. Or, dans le chapitre de recension des écrits, nous avons vu qu'il existe un courant théorique dominant, au sein de la littérature en administration des services infirmiers, selon lequel les hôpitaux qui utilisent une approche de type professionnel, afin d'organiser leurs services infirmiers, peuvent en quelque sorte se prémunir contre les « effets indésirables » qui découlent de la pénurie d'infirmières (par ex. : Aiken, Clarke, & Sloane, 2002 ; Duffy & Hoskins, 2003 ; Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998 ; Schubert, Glass, Clarke, et al., 2007). En effet, rappelons

que selon ce courant théorique, « l'effet protecteur » de l'approche de type professionnel peut s'expliquer par deux principaux mécanismes, desquels découlent les cinq hypothèses de recherche formulées ci-dessus. Premièrement, on soutient que l'approche de type professionnel a pour principale caractéristique de minimiser les forces de contingence qui s'opposent au travail des infirmières. De ce fait, elle offre à ces dernières la possibilité de mettre en application l'ensemble de leurs connaissances et de leurs habiletés d'une manière plus efficace que ce qui ne leur est permis sous des structures hiérarchiques traditionnelles (bureaucratiques). Or, c'est notamment par cette action, sur le travail des infirmières, que l'approche professionnelle contribue à augmenter la santé au travail de ces dernières ainsi que la qualité des soins qu'elles offrent aux patients. Deuxièmement, les écrits de ce courant théorique soutiennent que cet « effet protecteur » provient aussi du fait que les hôpitaux qui utilisent cette approche ont également plus de facilité à recruter et à retenir les infirmières que ceux optant pour la forme bureaucratique d'organisation, et ce en raison du fait qu'ils présentent des attributs organisationnels que les infirmières valorisent (par ex. : autonomie professionnelle, reconnaissance professionnelle, etc.). Par ce magnétisme, ces hôpitaux parviennent ainsi à se protéger à la fois de la pénurie d'infirmières et des effets indésirables pouvant en découler (par ex. : réduction de l'accessibilité aux services, qualité des soins réduite, etc.). Or, notre étude a permis de déterminer que plusieurs des hypothèses de recherche du courant théorique dominant en administration des services infirmiers trouvent effectivement application dans le contexte particulier des unités néonatales québécoises. C'est ce que nous discutons dans les pages qui suivent.

Toutefois, avant d'y arriver, il importe de rappeler qu'au moment de débiter cette étude, il n'existait aucun instrument en français permettant de mesurer, au sein des unités néonatales québécoises, les caractéristiques de la dotation en infirmières et de l'environnement de pratique. Par conséquent, nous avons dû, dans un premier temps, procéder à la traduction et à l'adaptation française du *Revised Nursing Work Index* d'Aiken & Patrician (2000). Puis, tel que décrit au Chapitre 4, l'examen de la structure factorielle de cet instrument a permis de révéler l'existence de trois sous-échelles distinctes : a) *Relations infirmières-management* (18 énoncés ; $\alpha = .901$) ; b) *Relations infirmières-médecins* (9 énoncés ; $\alpha = .912$) et ; c) *Dotation en infirmières et ressources adéquates* (7 énoncés ; $\alpha = .841$). Tel que le suggèrent les scores alphas, les sous-échelles de cet instrument présentent des cohérences internes allant de bonnes à excellentes. Par ailleurs, au plan

empirique, rappelons que les sous-échelles *Relations infirmières-management* et *Relation infirmières-médecins* ont permis de mesurer le concept d'environnement de pratique alors que la sous-échelle *Dotation et ressources adéquates*, comme son nom l'indique, a rendu possible la mesure du concept de dotation en infirmières. Ainsi, c'est par le biais de la traduction et de l'adaptation française de cet instrument que nous avons examiné les hypothèses de recherche 1a, 1b, 2, 5a et 5b. Revenons maintenant à la discussion des résultats de l'étude.

En effet, notre étude a tout d'abord permis de mettre en évidence que la mise en place d'une dotation en infirmières et d'un environnement de pratique de type professionnel, les deux caractéristiques de l'approche professionnelle d'après Aiken, Clarke, & Sloane (2002), est effectivement associée à une augmentation de la santé au travail des infirmières et de la qualité des soins qu'elles perçoivent prodiguer aux patients. Or, cette observation, qui permet de vérifier les hypothèses de recherche 1a et 1b, est en tout point conforme avec les résultats d'un nombre croissant d'études qui ont examiné ces mêmes hypothèses dans divers contextes de soins (par ex. : Aiken, Clarke, & Sloane, 2002 ; 2008 ; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002 ; Rafferty, Clarke, Coles, Ball, James, McKee & Aiken, 2007 ; Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty, & Nutbeam, 2006 ; McCusker, Dendukuri, Cardinal, Laplante, & Bambonye, 2004)¹¹⁷. Toutefois, sur la base des travaux empiriques passés en revue, il importe de souligner que nous n'avons la connaissance d'aucune autre étude ayant vérifié ces hypothèses de recherche dans le contexte spécifique des unités néonatales de soins intensifs.

Par ailleurs, notre étude a aussi permis d'examiner les effets de la dotation en infirmières et des caractéristiques de l'environnement de pratique sur un concept qui est récemment apparu au sein du courant théorique dominant en administration des services infirmiers. Il s'agit du rationnement des activités professionnelles infirmières (par ex. : Schubert, Glass, Clarke, Aiken, Schaffert-Witvliet, Sloane, De Geest, 2008 ; Schubert, Glass, Clarke, et al, 2007). Tel que le soulignent Schubert et al. (2007), ce concept peut être défini comme étant:

¹¹⁷ Précisons qu'il existe actuellement une controverse, dans la littérature en administration des services infirmiers, visant à déterminer si l'environnement de pratique exerce une influence significative sur la qualité des soins, lorsque celle-ci est mesurée par le biais d'indicateurs de résultats chez les patients, et ce après avoir tenu compte de l'influence de la dotation en infirmières (Voir : Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2008). Malgré cette controverse, les études recensées semblent toutefois indiquer que les caractéristiques de l'environnement de pratique exercent une influence significative sur la perception qu'ont les infirmières à l'égard de la qualité des soins prodigués aux patients.

« *The withholding or failure to carry out necessary nursing tasks due to inadequate time, staffing level, and/or skill mix, may be a directly observable consequence of low staffing levels and poor practice environments (p. 2)''.*

Or, il importe de rappeler qu'au moment de planifier cette recherche, il n'existait aucun instrument, au sein de la littérature scientifique en administration des services infirmiers, permettant de mesurer empiriquement ce nouveau concept théorique. Par conséquent, nous avons entrepris d'en développer un en suivant la méthode décrite dans le chapitre 3. À ce sujet, rappelons que les résultats de ce processus ont mis en évidence que ce nouvel instrument, qui contient 40 énoncés, mesure le rationnement de quatre grandes catégories d'activités infirmières : les *Soins d'entretien de la vie et les soins techniques* (15 énoncés ; Alpha = .931), *l'Enseignement, le soutien et les soins de confort* (12 énoncés ; Alpha = .931), la *Surveillance de l'état de santé des patients* (7 énoncés ; alpha = .831) et la *Coordination des soins et des congés* (6 énoncés ; Alpha = .811). Par ailleurs, de tels scores alphas suggèrent que chacune des sous-échelles de cet instrument présente une cohérence interne allant de bonne à excellente. C'est donc par le biais de ce nouvel instrument de mesure, qui représente plusieurs aspects importants de l'activité professionnelle infirmière en néonatalogie, sans pour autant en être exhaustif, que nous avons pu évaluer les hypothèses de recherche 2, 3a, 3b, 5a et 5b.

Ainsi, la vérification de l'hypothèse de recherche 2 nous a permis de constater que la mise en place d'une dotation en infirmières de type professionnel est associée, de manière significative, à une réduction du rationnement de chacune des quatre catégories d'activités professionnelles infirmières énumérées ci-dessus. De plus, nos résultats relatifs à cette hypothèse de recherche suggèrent que les caractéristiques de l'environnement de pratique (c.-à-d., les relations infirmières-médecins et les relations infirmières-management) n'exercent pas d'influence significative sur les décisions des infirmières quant au rationnement de leurs activités professionnelles, et ce au-delà du rôle joué par la dotation en infirmières. Sur la base de ces informations, il semble donc raisonnable de conclure que c'est essentiellement en réponse à la pénurie de main-d'œuvre ou dans les situations de déséquilibre entre l'offre et la demande de services infirmiers, que les infirmières œuvrant sur les unités néonatales de soins intensifs du Québec en viennent à rationner leurs activités professionnelles. Or, avant de poursuivre, deux précisions s'imposent.

Premièrement, soulignons que depuis le début de la présente étude une nouvelle mesure du rationnement des activités professionnelles infirmières, qui est quelque peu différente de la nôtre¹¹⁸, le *Basel Extent of Rationing of Nursing Care (BERNCA) Instrument* (Schubert, Glass, Clarke, Schaffert-Witvliet, & De Geest, 2007), a fait son apparition dans la littérature en administration des services infirmiers. Fait intéressant, les travaux préliminaires, qui ont contribué à établir la fidélité et la validité du *BERNCA*, suggèrent également que la pénurie d'infirmières (*Staffing and resources adequacy*) contribue à augmenter de manière significative le rationnement des activités professionnelles infirmières. Toutefois, à notre connaissance, les travaux de ce groupe de chercheurs n'impliquaient pas spécifiquement les infirmières œuvrant sur des unités néonatales de soins intensifs. Deuxièmement, malgré ce que peuvent laisser suggérer les résultats découlant de la vérification de l'hypothèse 2, il importe de préciser que les infirmières de notre échantillon sont rarement ou très rarement placées dans l'obligation de devoir rationner leurs activités professionnelles. Cependant, lorsque la pénurie de personnel fait en sorte que les infirmières doivent le faire, nos données statistiques suggèrent qu'elles vont alors réaliser en priorité les deux catégories d'activités professionnelles permettant d'assurer la survie immédiate des patients et des soins sécuritaires (c.-à-d., les *Soins d'entretien de la vie et techniques* et la *Surveillance de l'état de santé des patients*)¹¹⁹. Cependant, cette décision a un prix. Celui de priver les patients de certaines activités infirmières qui, bien qu'importantes, ne sont pas pour autant essentielles afin d'assurer la vie de manière immédiate (c.-à-d., la *Coordination des soins et des congés* et l'*Enseignement, le soutien et les soins de confort* offerts aux patients et aux familles). Puisque ces deux types d'activités professionnelles sont habituellement valorisées et considérées importantes par les infirmières, ce résultat pourrait exercer une influence sur la perception qu'ont ces dernières à l'égard de la qualité des soins qu'elles offrent aux patients ou encore sur leur santé au travail. C'est donc dans cette optique que nous avons vérifié les hypothèses de recherche 3a et 3b.

¹¹⁸ En effet, le *BERNCA* demande aux infirmières d'évaluer la fréquence à laquelle elles ont été incapables de réaliser 20 activités infirmières au cours des 7 derniers jours de travail, et ce en raison d'un manque de temps ou de ressources humaines (c.-à-d., pénurie qualitative ou quantitative d'infirmières). Pour chacun des 20 énoncés, qui constituent une seule sous-échelle, les infirmières doivent répondre sur une échelle de type Likert à quatre niveaux où 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = quelques fois et 3 = souvent.

¹¹⁹ Les *Soins d'entretien de la vie et les soins techniques* et les activités de *Surveillance de l'état de santé des patients* sont en fait les deux catégories d'activités professionnelles les moins fréquemment rationalisées par les infirmières de notre échantillon.

En effet, tel que décrit précédemment, ces hypothèses visaient à déterminer si le rationnement des activités professionnelles infirmières exerce une influence significative sur la santé au travail des infirmières de néonatalogie (Hypothèse 3a) ou sur la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients (Hypothèse 3b). Or, ces hypothèses de recherche n'ont été que partiellement supportées dans le cadre de la présente étude. En effet, nous avons souligné que le rationnement d'un type particulier d'activités infirmières, la *Surveillance de l'état de santé des patients*, est associé de manière significative à une réduction de la satisfaction au travail et de la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients, ainsi qu'à une augmentation de leur épuisement émotionnel. De plus, nous avons vu que le rationnement des activités *d'Enseignement, de soutien et de soins de confort* est associé de manière significative à une réduction de la qualité des soins que les infirmières perçoivent offrir aux patients. Enfin, nous avons aussi noté que le rationnement des activités *d'Enseignement, de soutien et de soins de confort* tend à être associé à une réduction de la satisfaction au travail des infirmières, et ce bien que cette association ne soit pas statistiquement significative lorsque l'on tient compte des caractéristiques démographiques et professionnelles des infirmières. Ces résultats, qui concordent avec ceux des études qualitatives recensées au Chapitre 2 (par ex. : Bowers, Luring, & Jacobson, 2001 ; Hendry & Walker, 2004 ; Waterworth, 2003 ; Williams, 2003), sont aussi intéressants parce qu'ils sont cohérents avec les observations découlant de notre analyse de cas multiples (Données qualitatives). En effet, nos données qualitatives ont aussi permis de mettre en évidence que prioriser est, pour les infirmières, une source importante d'insatisfaction au travail, et ce en raison du fait que cet acte vient limiter leur capacité d'offrir aux patients l'ensemble des soins infirmiers dont ils ont besoin. Puisque les patients sont ainsi privés de certains services que les infirmières considèrent importants, ces dernières ont par conséquent l'impression de leur prodiguer des soins de moindre qualité.

Or, outre ces associations spécifiques, nos résultats donnent à penser qu'il n'existe pas d'association significative entre le rationnement des activités professionnelles infirmières, la santé au travail des infirmières ou la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients. De notre point de vue, il est possible que ce résultat, qui est en contradiction avec les données qualitatives que nous venons de citer, s'explique par des arguments d'ordre méthodologique. En effet, rappelons que l'instrument utilisé afin de

mesurer le rationnement des activités professionnelles infirmières a été développé spécifiquement dans le cadre de la présente étude. Par ailleurs, tel que décrit au Chapitre 3, nous avons pris certaines précautions, lors de sa conception, afin de s'assurer qu'il représente adéquatement l'activité professionnelle infirmière en néonatalogie. Malgré tout, il demeure possible que des énoncés aient besoin d'être ajoutés ou modifiés, et ce afin de permettre à ce nouvel instrument de capturer avec plus de finesse les activités professionnelles dont l'omission contribue à accroître l'insatisfaction au travail des infirmières ou à entretenir la perception selon laquelle elles offrent des soins de moindre qualité aux patients. Dans cette même optique, il est aussi possible que les caractéristiques de cet instrument (par ex. : échelles de mesure, période de référence pour la mesure du rationnement, etc.) aient besoin d'être révisées ou raffinées. Enfin, rappelons que nos données suggèrent que le rationnement des activités professionnelles infirmières est un événement relativement rare au sein des unités néonatales québécoises. Par conséquent, il est possible que les scores de cette variable indépendante n'aient pas suffisamment de variabilité, et ce afin d'être associés de manière significative aux différentes variables de résultats de l'étude (par ex. : satisfaction au travail, qualité des soins perçue, etc.).

Enfin, par le biais des hypothèses de recherche 5a et 5b, nous souhaitons savoir si l'influence du rationnement des activités professionnelles infirmières, sur la santé au travail des infirmières ou sur la qualité des soins qu'elles perçoivent offrir aux patients est, le cas échéant, indépendante de celle exercée par la dotation en infirmières et les caractéristiques de l'environnement de pratique. Or, sauf une exception, cette hypothèse de recherche n'a pas été supportée empiriquement. En effet, la seule association statistiquement significative que nous ayons observée est à l'effet que le rationnement d'un type particulier d'activité professionnelles infirmières, les activités de *Surveillance de l'état de santé des patients*, est associé de manière significative à une augmentation de l'épuisement émotionnel des infirmières. De plus, notre étude met en évidence que cette influence demeure statistiquement significative, et ce après avoir tenu compte de l'influence de la dotation en infirmières, des caractéristiques de l'environnement de pratique et des attributs professionnels et démographiques des infirmières. Dit autrement, ce résultat suggère qu'au-delà du rôle joué par les caractéristiques de l'organisation des services infirmiers, l'épuisement émotionnel ressenti par les infirmières d'une unité néonatale de soins intensifs dépend aussi des perceptions qu'elles ont quant à leur capacité d'assurer une surveillance

adéquate de l'état de santé des patients. Une revue de la littérature nous a permis d'identifier deux études récentes portant sur les déterminants de l'épuisement émotionnel chez les travailleurs des unités de soins critiques, dont les infirmières (Embriaco, Papazian, Kentish-Barnes, Pochard, & Azoulay, 2007 ; Poncet, Toullic, Papazian, Kentish-Barnes, Timsit, Pochard, et al, 2007). Dans les deux cas, bien qu'on ne fasse pas explicitement allusion au concept de surveillance, on note que le fait, pour les infirmières, de devoir soigner des patients dont l'état de santé est critique contribue à prédire de manière significative leur niveau d'épuisement émotionnel, et ce au-delà du rôle joué par des caractéristiques organisationnelles telles que la charge de travail ou la nature des rapports infirmières-gestionnaires et des relations infirmières-médecins.

Or, à l'exception de la relation particulière que nous venons de décrire, nos données suggèrent que l'effet qu'exerce le rationnement des activités professionnelles infirmières en néonatalogie, sur la santé au travail des infirmières et la qualité des soins qu'elles perçoivent prodiguer aux patients, est principalement expliqué par l'influence de la dotation en infirmières et des caractéristiques de l'environnement de pratique. Dit autrement, la mise en place d'une dotation en infirmières et d'un environnement de pratique de type professionnel semblent être les conditions essentielles par lesquelles réduire le rationnement des activités professionnelles infirmières ainsi qu'améliorer la santé au travail des infirmières et la qualité des soins qu'elles perçoivent prodiguer aux patients.

En somme, les différentes observations que nous venons d'introduire et de discuter donnent à penser que c'est essentiellement en décidant d'organiser leurs services infirmiers selon une approche de type professionnel que les hôpitaux peuvent se prémunir contre les effets indésirables qui découlent de la pénurie d'infirmières. Or, ces observations, bien qu'elles soient conformes avec les idées maîtresses du courant théorique dominant en administration des services infirmiers, posent toutefois un certain nombre de difficultés d'ordre pratique. En effet, nous savons que la capacité des centres hospitaliers à mettre en place l'approche de type professionnel dépend essentiellement de leur habileté à recruter et à retenir des infirmières en nombre suffisant. Par ailleurs, nous savons également que le Québec, tout comme plusieurs autres sociétés occidentales, est actuellement aux prises avec une importante pénurie d'infirmières spécialisées en néonatalogie (OIIQ, 2007 ; MSSS, 2007). Ainsi, puisque le bassin d'infirmières à partir duquel un centre hospitalier donné peut recruter est limité, on peut se demander comment l'ensemble des unités néonatales de

soins intensifs de la province pourront parvenir à suivre les recommandations du courant théorique dominant en administration des services infirmiers, et ce afin de pallier aux effets indésirables découlant de la pénurie d'infirmières. En effet, en pratique, bien que certaines unités néonatales puissent effectivement y parvenir, la pénurie d'infirmières fera en sorte qu'elles n'y parviendront pas toutes. Or, de notre point de vue, cette difficulté à mettre en application les recommandations du courant théorique dominant en administration des services infirmiers peut s'expliquer en examinant les prémisses théoriques qui lui sont sous-jacentes. À ce sujet, on constate que cette littérature tend essentiellement à conceptualiser l'hôpital comme un système fermé, en interactions avec un environnement externe qui est relativement stable. De plus, ces modèles font implicitement l'hypothèse selon laquelle il est possible de recruter à volonté les infirmières au sein d'un tel environnement. Or, est-ce réellement le cas ?

5.2 Description d'un système complexe d'action

En effet, il est généralement reconnu que les hôpitaux, dans leurs structures et leurs modes de fonctionnement, s'apparentent à un système d'action complexe au sens de Crozier & Freidberg (1977). Par cette expression, ces auteurs font référence à *un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux* (p. 286). Or, dans le cas des hôpitaux, la complexité inhérente à un tel système d'action n'est par ailleurs pas très bien maîtrisée. C'est notamment afin de lever le voile sur cette complexité que nous avons entrepris l'analyse de cas multiples qui a été réalisée dans le cadre de la présente étude. Dans les pages qui suivent, nous résumons comment cette complexité nous est apparue (Voir : Figure 5.1).

Ainsi, nous avons d'abord vu que le système québécois de services néonataux est en fait constitué d'un ensemble de centres hospitaliers à même d'offrir des niveaux de soins variés (Niveau Ia à IIIc). Par ailleurs, dans l'optique d'assurer une accessibilité aux services et une prise en charge sécuritaire, ces centres hospitaliers forment en fait un réseau dont chacune des composantes est mise en relation avec les autres par le biais d'un certain nombre de mécanismes de liaison (par ex. : équipes de transports spécialisés, services ambulanciers, système de gestion des demandes de transferts, normes de soins, etc.). Or,

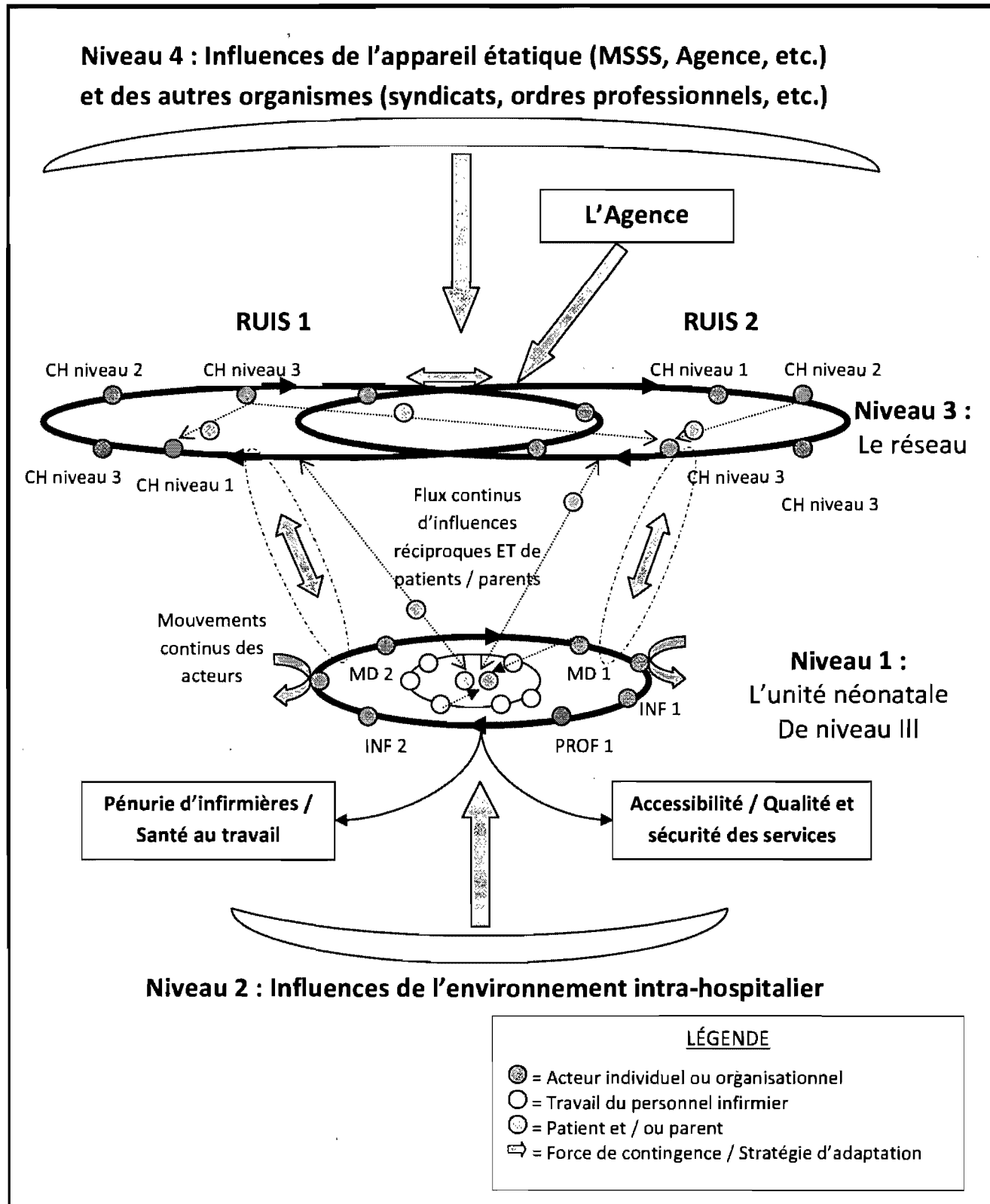
dans le cadre de la présente étude, nous avons abordé la complexité de ce réseau à partir d'une perspective particulière, celle des unités néonatales de soins intensifs (Niveau III). De ce point de vue, le réseau de services néonataux québécois nous est apparu soumis à un ensemble de forces de contingence, lesquelles peuvent être générées par les acteurs, les modalités de fonctionnement et les structures en place. De plus, les données de l'étude permettent de préciser que ces forces de contingence agissent à partir de quatre niveaux distincts d'influence : l'unité néonatale de niveau III elle-même, l'environnement intra-hospitalier à l'intérieur duquel cette unité est nichée, le réseau des centres hospitaliers offrant les divers niveaux de services néonataux et l'environnement social, qui est constitué de l'appareil étatique (MSSS, Agences régionales) et des autres organismes (Syndicats, Ordres professionnels, etc.).

De plus, nous avons souligné que les forces de contingence ont deux propriétés particulières. Premièrement, en décrivant le fonctionnement des systèmes de déversoirs et celui des trois axes par lesquels les patients sont admis sur une unité néonatale de soins intensifs, nous avons soutenu que l'action des forces de contingence tend ultimement à converger vers les unités néonatales situées au sommet de la pyramide des niveaux de soins : les unités néonatales de niveau III. Elles ont alors pour résultante d'y induire différents effets collatéraux dont la création ou l'accentuation des pénuries qualitative et quantitative d'infirmières ainsi que la réduction de l'accessibilité et de la sécurité des services néonataux. Deuxièmement, puisque ces forces de contingence influencent également les autres composantes du réseau (c.-à-d., environnement intra-hospitalier, centres de niveau I ou II), elles ont aussi pour résultante de freiner les flux externes de patients, soit ceux allant des centres de niveau III vers les centres de niveau I ou II. Par cette seconde propriété, les forces de contingence contribuent ainsi à accentuer ou à accélérer la création d'effets collatéraux au sein des unités néonatales de niveau III. Or, dans l'optique de freiner cette spirale amplificatrice, qui découle de cette double propriété inhérente aux forces de contingence, un ensemble de stratégies d'adaptation est déployé, et ce à chacun des quatre niveaux d'influence. Par leur action, ces stratégies d'adaptation visent à contrebalancer les forces de contingence et, ainsi, à assurer l'équilibre du système (c.-à-d., maintenir l'accessibilité au système ou la capacité du système à fournir des services sécuritaires). Par ailleurs, puisque les diverses composantes de ce système sont constamment sous tension, c.-à-d., sous l'action simultanée de multiples forces de contingence et stratégies d'adaptation, nous qualifions l'état d'équilibre ainsi obtenu de

dynamique. Or, lorsqu'on y regarde de plus près, on constate que ces stratégies d'adaptation sont également dotées, tout comme les forces de contingence, d'une seconde propriété.

En effet, outre ce bénéfice à court terme, par lequel elles assurent le fonctionnement du système, nos données suggèrent que les stratégies d'adaptation ont aussi pour effet pervers, à long terme, de venir accentuer les forces de contingence qu'elles visent pourtant à compenser. À titre d'exemple, bien que « forcer le système » ou recourir aux heures supplémentaires favorise, à court terme, l'accessibilité et la sécurité des services néonataux, ces mêmes stratégies, lorsqu'elles sont employées fréquemment, viennent augmenter les niveaux de stress et de fatigue ressentis par les infirmières. Ultimement, nos données donnent à penser que de tels états peuvent amener les infirmières à opter pour des réactions de fuite (par ex. : démission, maladie à long terme, etc.) ; des réactions qui viennent notamment accentuer les problématiques de pénurie, d'accessibilité et de qualité. On se retrouve donc devant une sorte de cercle vicieux où les stratégies qui permettent de corriger, à court terme, l'effet des forces de contingence contribuent également, à long terme, à en assurer la pérennité. Sous cet angle, les stratégies d'adaptation peuvent également être vues comme des forces de contingence œuvrant au sein du système. Avant de poursuivre, il importe de regarder comment les notions de forces de contingence et de stratégies d'adaptation ont été abordées au sein de la littérature en administration des services infirmiers. C'est ce que nous décrivons dans les pages qui suivent.

Figure 5.1 : Modèle synthèse sur les relations entre l'organisation des services néonataux, le travail, la santé au travail des infirmières et la qualité des soins qu'elles prodiguent aux patients.



Tel que l'ont révélé les études et travaux passés en revue au chapitre 2, les notions de forces de contingence et de stratégies d'adaptation sont omniprésentes au sein de la littérature scientifique en administration des services infirmiers. Toutefois, malgré l'importance qu'elles y bénéficient, nos observations permettent d'enrichir la compréhension de l'étendue de ces notions et de leurs effets, et ce à divers points de vue.

En effet, on constate que les modèles théoriques en administration des services infirmiers ont tendance à conceptualiser l'hôpital comme un ensemble indifférencié, c'est-à-dire, un tout où les parties et les rapports que ces parties entretiennent ne sont pas spécifiés. Cependant, une telle perspective ne permet pas de prendre en compte les rapports s'établissant nécessairement entre l'unité néonatale de soins intensifs et les autres unités de production constituant effectivement cet ensemble. En effet, avant d'être admise sur l'unité néonatale de soins intensifs d'un centre hospitalier donné, une portion des enfants prématurés ou malades recevra d'abord des soins à l'unité des naissances de ce centre hospitalier. Puis, suite à leur passage à l'unité néonatale de soins intensifs, certains de ces enfants seront orientés vers les autres unités de soins de ce centre hospitalier. Or, en différenciant l'unité néonatale de soins intensifs du contexte intra-hospitalier à l'intérieur duquel elle est nichée, nos données ont permis d'identifier et de décrire les forces de contingence qui émanent des relations fonctionnelles intervenant entre ces deux niveaux d'influence (par ex. : relations obstétricien-gynécologue / néonatalogiste, flux internes de patients allant de l'unité néonatale de niveau III vers la pouponnière de niveau I, etc.). Du coup, ces données ont aussi permis de mettre en évidence le rôle que ces forces de contingence jouent dans la genèse des effets collatéraux.

De plus, tel que nous le soulignons en début de section, les modèles théoriques en administration des services infirmiers tendent également à concevoir l'hôpital comme un système fermé. Or, une telle perspective permet difficilement de rendre compte des rapports qu'entretient l'unité néonatale de niveau III, de même que les autres unités de production de l'hôpital (par ex. : salle d'accouchement, pouponnières), avec l'environnement externe. Cependant, en rendant explicite l'influence du contexte extrahospitalier, nos données permettent d'identifier et de décrire les forces de contingences auxquelles l'unité néonatale de niveau III est soumise du fait de ses relations fonctionnelles avec les autres composantes du réseau québécois des unités néonatales (par ex. : systèmes de déversoirs, ralentissement des flux externes de patients, etc.). Par ailleurs, en différenciant l'environnement social du contexte extrahospitalier, nos données permettent également de faire émerger des forces

contextuelles, c.-à-d., un ensemble de forces de contingence inhérentes au contexte social et normatif à l'intérieur duquel l'ensemble du réseau québécois des unités néonatales est niché et qui viennent lui donner sa teinte particulière, et ce dans un espace-temps donné (par ex. : réglementation professionnelle, principaux syndicaux d'ancienneté et d'égalité, normes institutionnelles).

Parallèlement, en concevant l'hôpital comme un ensemble fermé et indifférencié, les travaux en administration des services infirmiers ont été amenés à s'intéresser aux stratégies d'adaptation déployées par les gestionnaires hospitaliers (par ex. : création d'environnements de pratique de type professionnel) ou à celles mises en place par les infirmières œuvrant au sein de ces organisations (Voir : Bowers, Luring, & Jacobson, 2001 ; Hendry & Walker, 2004 ; Waterworth, 2003 ; Williams, 1998). Or, en différenciant les quatre niveaux d'influence décrits précédemment (Voir : Figure 5.1), notre recherche permet de positionner la notion de stratégie d'adaptation dans un contexte organisationnel et systémique plus large. De ce fait, en plus de décrire les stratégies d'adaptation pouvant être déployées par les infirmières ou les gestionnaires au niveau de l'unité de soins et de l'hôpital, nous avons aussi pu mettre en évidence celles qui sont mises de l'avant au niveau du réseau (par ex. : flux verticaux de patients entre les unités néonatales de niveau III, rôle de l'Agence régionale dans le fait de « forcer le système, etc.) et de l'environnement social (par ex. : mesures administratives particulières, etc.).

Par ailleurs, il importe de rappeler que les modèles théoriques en administration des services infirmiers ont été développés dans une double optique. D'une part, celle de mettre en évidence, auprès des décideurs politiques, la contribution spécifique des infirmières au sein d'un système de santé donné. D'autre part, celle de décrire et de mettre en évidence l'impact des transformations récentes des systèmes de santé occidentaux sur le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que la qualité des services que ces dernières offrent aux patients (Aiken, Clarke, & Sloane, 2002 ; Cho, 2001 ; Duffy & Hoskins, 2003 ; Irvine, Sidani, & McGillis Hall, 1998 ; Mitchell, Ferketick, & Jennings, 1998). Pour ces raisons, ils ont été amenés à aborder la notion de forces de contingence dans une perspective particulière, celle de l'organisation des services infirmiers, et ce bien que ces contingences « infirmières » puissent avoir des racines systémiques (par ex. : finances publiques réduites,

pénurie de ressources humaines, etc.). Ainsi, sauf quelques exceptions¹²⁰, les modèles en administration des services infirmiers se sont principalement intéressés aux contingences découlant du mode d'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier (par ex. : modèle d'organisation de soins, composition du personnel infirmier, ratios personnel-patients, etc.) ou encore à celles relevant des caractéristiques professionnelles des infirmières (par ex. : niveaux minimum de formation et d'expérience, etc.). Or, cette perspective, bien qu'importante, ne permet pas de prendre en considération les contingences « non infirmières » auxquelles le réseau des unités néonatales québécoises est aussi soumis (par ex. : la pénurie qualitative et quantitative de médecins spécialisés dans les centres de niveau I ou II, les fermetures de lits ou manque d'équipement dans les centres de niveau I, II ou III, etc.). En effet, tel que nous l'avons souligné au Chapitre 4, ces forces « non infirmières », qui émanent de chacun des quatre niveaux d'influence de notre système d'action, sont susceptibles, tout comme les contingences relevant de l'organisation des services infirmiers, d'influencer l'accessibilité et la qualité des services de même que le travail et la santé au travail des infirmières.

Enfin, rappelons que les modèles théoriques en administration des services infirmiers ont été développés dans la tradition des recherches quantitatives afin de suggérer des hypothèses quant aux effets probables qu'exercent diverses forces de contingence ou stratégies d'adaptation sur le travail et la santé au travail des infirmières, ainsi que sur la qualité des soins qu'elles prodiguent aux patients. En raison de cette perspective particulière, ces modèles proposent essentiellement des descriptions statiques au sujet des relations factuelles (observables) entre ces divers concepts. Toutefois, malgré l'importance de ces relations pour l'administration des services infirmiers, ces modèles nous renseignent peu sur les dynamiques ou les processus qui permettent de les expliquer. Or, en abordant les notions de forces de contingence et de stratégies d'adaptation de manière dynamique, les données de notre enquête de terrain permettent d'enrichir les modèles théoriques en administration des

¹²⁰ L'affirmation qui suit doit en effet être nuancée par la présentation de quelques cas d'exception. En effet, la plupart des modèles parlent de la condition clinique des patients en termes de force de contingence s'exerçant sur le travail des infirmières. De plus, Aiken, Clarke, & Sloane (2002) indiquent également que les caractéristiques de l'organisation hospitalière et les qualifications du personnel médical exercent aussi une influence sur le travail des infirmières, leur santé au travail et la qualité des soins qu'elles prodiguent. Toutefois, ce modèle ne précise pas de quelle nature sont ces caractéristiques de l'organisation hospitalière qui exercent effectivement cette influence. De leur côté, Mitchell, Armstrong, Simpson, & Lentz (1989) proposent que les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital et de l'unité influencent les processus de travail au niveau de l'unité de soins. Toutefois, ici encore, ces caractéristiques organisationnelles ne sont que timidement explicitées.

services infirmiers, et ce en proposant une description des relations fonctionnelles s'établissant entre ces deux concepts. De plus, par cette description dynamique, nous avons pu faire émerger le système complexe d'action décrit à la Figure 5.1, ainsi qu'expliquer en quoi la stabilité inhérente à ce système permet d'assurer l'accessibilité et la sécurité des services néonataux offerts à la clientèle. Enfin, cette approche dynamique nous a aussi permis de mettre en évidence la double propriété des forces de contingence (spirale amplificatrice) ainsi que les effets pervers découlant de la mise en application des stratégies d'adaptation. Or, puisque les infirmières œuvrent au sein de ce système, il convient d'examiner plus en détail le type d'influences que les forces de contingence et les stratégies d'adaptation peuvent avoir sur la pratique professionnelle des infirmières, leur santé au travail et la qualité des soins qu'elles offrent aux patients. C'est l'objet de la prochaine section.

5.3 Équilibre dynamique et pratique professionnelle infirmière

Dans la section précédente, nous avons vu que les forces de contingence ont entre autres pour effet pervers de créer ou d'accentuer des pénuries qualitative et quantitative d'infirmières. Il en résulte alors un état de déséquilibre entre la demande et la capacité d'offre de services infirmiers qui rend nécessaire la mise en place de stratégies d'adaptation. On souhaite ainsi éviter que ces pénuries d'infirmières ne viennent compromettre l'accessibilité et la sécurité des services. Or, pour ce qui est des infirmières, ces stratégies d'adaptation sont imparfaites. En effet, bien qu'elles permettent, à court terme, de générer le nombre d'infirmières qui est minimalement requis afin d'assurer l'accessibilité et la sécurité des services, ce nombre n'est cependant pas suffisant afin de répondre à l'ensemble des besoins de soins infirmiers des patients et des familles. Par ailleurs, nous savons qu'à long terme, ces stratégies ont aussi pour effet pervers d'accentuer la pénurie d'infirmières, et ce en raison des réactions de fuite qu'elles peuvent susciter (par ex. : démissions, maladies à court et à long terme, etc.). Dans ce contexte, on note que les stratégies d'adaptation contribuent, globalement, au maintien ou au renforcement du déséquilibre entre l'offre et la demande pour les services infirmiers plutôt qu'à sa correction (leurs effets à court et à long terme sont donc synergiques).

En réponse à ce déséquilibre, nous avons vu que les infirmières mettent en place diverses stratégies d'adaptation, analogues à celles décrites dans la littérature en administration des services infirmiers, dont accélérer leur cadence de travail, réaliser plus d'une activité professionnelle à la fois, pratiquer l'évitement ou l'attention sélective, etc. (Voir : Chapitre 2, les études de Bowers, Luring, & Jacobson, 2001 ; Hendry & Walker, 2004 ; Waterworth, 2003 ; Williams, 1998). Cependant, nos données ont mis en évidence que ces stratégies d'adaptation deviennent très rapidement insuffisantes, et ce afin de rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande de services infirmiers. Dans ce contexte, les infirmières en viennent à poser un ultime acte professionnel : le rationnement de leurs activités professionnelles. Il s'agit en effet d'un acte professionnel, au sens d'Abbott (1988), car il requiert, de la part des infirmières, un jugement quant aux activités professionnelles devant être réalisées en priorité. Cependant, le fait de poser cet acte comporte un caractère paradoxal. En effet, malgré sa nature professionnelle, il contribue aussi à réduire le domaine de juridiction de l'infirmière.

Plus spécifiquement, lorsque les infirmières doivent rationner leurs activités professionnelles, nos données suggèrent qu'elles ont tendance à réaliser en priorité celles permettant d'assurer la survie et la sécurité des patients, dont la *Surveillance de l'état de santé des patients* et les *Soins d'entretien de la vie et les soins techniques*; ce qui, en soi, est fort souhaitable. Toutefois, cette décision professionnelle a aussi pour effet pervers de faire en sorte que les patients et les familles sont privés de certaines activités professionnelles qui, bien qu'importantes, ne sont pas pour autant essentielles afin d'assurer la survie immédiate des patients dont les activités *d'Enseignement, de soutien et les soins de confort* ou encore la *Planification des soins et des congés*. Par ailleurs, tel que décrit au chapitre de recension des écrits, nous savons, d'après les travaux de Nadot (2002), que le domaine de juridiction des infirmières est en fait un service rendu à trois ensembles culturels hétérogènes et distincts qu'il nomme les sous-cultures administrative (SC1), médicale et professionnelle (SC2) et patient / famille (SC3).

Or, il est possible d'effectuer un certain rapprochement conceptuel, bien qu'imparfait, entre les quatre catégories d'activités introduites au paragraphe précédent et les sous-cultures de Nadot (2002). En effet, les activités infirmières reliées à l'enseignement, au soutien des familles et aux soins de confort s'apparentent, pour l'essentiel, à cette contribution « indépendante » que font les infirmières à la sous-culture patient / famille.

Parallèlement, la *Coordination des soins et des congés* englobe plusieurs des aspects de la contribution infirmière à la sous-culture administrative de Nadot (2002). Du reste, il y a un rapprochement évident entre les activités de *Surveillance de l'état de santé des patients*, les *Soins d'entretien de la vie et les soins techniques* et la contribution infirmières à la sous-culture médicale. Ainsi, dans la mesure où les conditions qui induisent le rationnement des activités professionnelles infirmières tendent à s'institutionnaliser, il en résulte, pour les infirmières, une réduction de leur capacité à contribuer à deux des trois sous-ensembles culturels constituant leur domaine de juridiction : la sous-culture administrative (SC1) et la sous-culture patient / famille (SC3).

À ce sujet, nous savons déjà que le fait de rationner contribue à l'insatisfaction au travail des infirmières, et ce en raison du fait que cet acte vient limiter la capacité de ces dernières à prodiguer des soins qu'elles valorisent (par ex. : Enseignement, soutien, soins de confort, etc.). De plus, puisque le fait de rationner les soins fait en sorte que les patients ne reçoivent pas l'ensemble des services infirmiers dont ils ont besoin, les infirmières ont également l'impression de leur offrir des soins de moindre qualité, parce qu'incomplets. Or, le rationnement comporte également un troisième effet pervers. En effet, en venant limiter la capacité des infirmières des unités néonatales à occuper l'ensemble de leur domaine de juridiction, il expose aussi ces dernières à d'éventuelles attaques juridictionnelles de la part des autres professionnels de la santé avec lesquels elles sont en interactions (par ex. : les attaques juridictionnelles de l'ergothérapeute que nous avons décrit au Chapitre 4).

Fait intéressant, au plan théorique, ce dernier point nous apparaît à la fois distinct et complémentaire à la thèse proposée par Abbott (1988). En effet, pour ce dernier, il existe deux groupes de forces dont l'action est susceptible de venir modifier le domaine de juridiction d'un groupe professionnel donné : les forces externes au système des professions et les forces intra-professionnelles, c.-à-d., les forces propres à chacune des professions de ce système. Parmi les forces externes, Abbott (1988) identifie les transformations technologiques comme étant le principal vecteur susceptible de créer de nouveaux domaines de juridiction ou encore d'abolir des domaines de juridiction existants¹²¹. Par ailleurs, le système de connaissances (abstractions) d'une profession constitue, pour Abbott (1988), la

¹²¹ Il parle aussi de la création de nouvelles organisations ou de la disparition d'organisations existantes comme autre force externe au système des professions et dont l'action est susceptible de venir influencer un domaine de juridiction. Or, l'action de cette force nous est apparue marginale dans le contexte de la présente étude.

principale force intra-professionnelle. Or, cette force comporte deux propriétés. En effet, elle constitue, premièrement, le principal instrument par lequel un groupe professionnel donné peut tenter de s'approprier un domaine de juridiction nouvellement créé ou encore effectuer des attaques juridictionnelles, c.-à-d., tenter de conquérir divers aspects des domaines de juridiction des autres groupes professionnels œuvrant au sein du système. De plus, en fonction de son étendue, de son niveau d'abstraction ou de la qualité des inférences qu'il propose, le système de connaissances d'une profession peut contribuer à renforcer ou à affaiblir son domaine de juridiction et, de ce fait, le protéger contre ou encore le rendre vulnérable aux attaques juridictionnelles des autres groupes professionnels.

Or, notre étude permet d'identifier et de décrire une seconde force externe d'importance dont l'action est susceptible de venir influencer le domaine de juridiction des groupes professionnels œuvrant au sein du système de santé ou, à tout le moins, celui des infirmières des unités néonatales québécoises. Il s'agit de l'action simultanée des forces de contingence et des stratégies d'adaptation qui émanent des quatre niveaux d'influence constituant le système complexe d'action décrit à la Figure 5.1. L'identification de cette nouvelle force, qui s'ajoute à celles précédemment décrites par Abbott (1988), permet d'ajouter une dimension importante au modèle des professions proposé par ce chercheur. En effet, cette force permet de tenir compte des dynamiques organisationnelles qui émanent du contexte d'action à l'intérieur duquel le système des professions est situé et avec lequel il est en interactions.

Par ailleurs, l'ajout de cette force permet une double lecture de l'exemple de l'ergothérapeute rapporté au Chapitre 4. En effet, selon une première explication, qui s'appuie sur l'action de la principale force intra-professionnelle identifiée par Abbott (1988), c.-à-d., le système de connaissances d'une profession, on peut dire que c'est en raison de la supériorité du système d'inférences utilisé par l'ergothérapeute que ce dernier a réussi à s'approprier deux aspects du domaine de juridiction traditionnellement accordé aux infirmières de néonatalogie, l'alimentation et le positionnement. De plus, c'est aussi en raison de la force de son système de connaissances – ou, du moins des similitudes qu'il entretient avec celui des médecins, le groupe professionnel dominant –, que l'ergothérapeute est parvenu, avec l'appui des médecins, à entraîner les infirmières dans une position de subordination cognitive main non pratique. Parallèlement, on peut aussi ajouter que le niveau moyen de formation détenu par les infirmières de notre échantillon constitue une

force intra-professionnelle susceptible de venir affaiblir la mainmise qu'elles ont sur leur domaine de juridiction, et ce face aux attaques juridictionnelles de l'ergothérapeute. En effet, 64% des infirmières de notre échantillon sont actuellement détentrices d'une formation de niveau collégial, une formation qui ne prépare habituellement pas les infirmières à l'usage du jeu scientifique (par ex. : recherche, usage de données probantes afin de supporter sa pratique professionnelle, etc.). Par opposition, une formation universitaire de deuxième cycle est actuellement requise pour exercer la profession d'ergothérapeute au Québec (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2008). Or, cette première explication est toutefois incomplète. En effet, elle ne permet pas d'expliquer les raisons pour lesquelles les infirmières conservent, malgré cette mise en subordination cognitive, une marge de manœuvre considérable quant à la définition des plans de positionnement ou d'alimentation des nouveau-nés. À cet égard, la deuxième explication, qui s'appuie sur l'action de la force externe identifiée dans le cadre de la présente étude, permet d'apporter des informations complémentaires.

En effet, cette seconde explication nous permet d'ajouter qu'une contingence de nature organisationnelle, la pénurie d'ergothérapeutes, vient limiter la capacité de ce professionnel à pleinement occuper le domaine de juridiction qu'il tente pourtant de conquérir. Du fait de cette contrainte, l'ergothérapeute laisse ainsi aux infirmières une marge de manœuvre considérable quant à la définition ou à la modification des plans de positionnement ou d'alimentation des nouveau-nés. Par ailleurs, au-delà du rôle joué par le système d'inférences des infirmières, on peut aussi dire, sur la base de cette deuxième explication, que des contingences organisationnelles (par ex. : rationnement, pénurie, etc.) contribuent à empêcher les infirmières à occuper pleinement leur espace juridictionnel, ce qui contribue à favoriser les attaques juridictionnelles de l'ergothérapeute. Enfin, bien que la véritable explication se retrouve probablement à l'intersection de ces deux lectures de l'exemple de l'ergothérapeute, cet exemple nous permet néanmoins de mettre en évidence l'utilité de la force externe que nous avons identifiée dans le cadre de la présente étude, ainsi que sa complémentarité avec les autres forces décrites par Abbott (1988). Dans la prochaine section, nous traiterons des limites de la présente étude tout en soulevant quelques avenues pour des travaux de recherche ultérieurs.

5.4 Limites et recommandations

Plusieurs limites doivent être prises en considération dans l'interprétation des résultats de la présente étude. Par ailleurs, le fait de discuter de ces limites est aussi une occasion privilégiée afin de proposer quelques pistes pour les travaux de recherche ultérieurs. C'est ce que nous discutons dans les lignes qui suivent. Pour ce faire, nous traiterons, dans un premier temps, des limites relatives à notre enquête de terrain. Puis, nous aborderons celles qui sont pertinentes à la portion quantitative de l'étude.

Ainsi, pour ce qui est de l'enquête de terrain, rappelons que l'essentiel des données recueillies provient d'entrevues et d'observations réalisées auprès des acteurs de deux unités néonatales québécoises qui appartiennent à un même réseau universitaire intégré de santé (RUIS). Bien que nous ayons eu recours à certaines banques de données administratives gouvernementales, et ce afin de nous assurer de la validité et de la portée de nos observations, il demeure possible que les forces de contingence et les stratégies d'adaptation que nous avons discutées ne soient pas exhaustives de celles qui pourraient être observées dans les autres unités néonatales et RUIS québécois. Par ailleurs, il ne faut pas non plus minimiser le fait que toutes les unités néonatales québécoises forment un réseau et que tous les RUIS appartiennent à un même système de santé. Du fait de ces contingences, il est hautement probable que l'ensemble des unités néonatales et des RUIS soit soumis à des contraintes hautement similaires, auxquelles ils répondent par des stratégies d'adaptation comparables. Enfin, notre étude a emprunté une perspective particulière, celle des unités néonatales de niveau III. Conséquemment, il se peut que les résultats rapportés ne reflètent pas de manière exhaustive la réalité telle qu'elle peut être perçue par les acteurs des unités néonatales de niveau I ou II ou encore par ceux des agences régionales et des autres organismes. De notre point de vue, ces éléments suggèrent quelques avenues de recherche intéressantes qui pourraient contribuer à bonifier le modèle que nous proposons.

Par ailleurs, rappelons que la portion quantitative de l'étude reposait sur un devis transversal¹²². Or, ce devis ne permet pas d'inférer des relations de causalité entre les différentes variables mesurées. Il ne permet que de décrire des relations de type écologiques. Afin de surpasser cette limite, les travaux de recherche ultérieurs auront avantage, de notre point de vue, à faire usage de devis de recherche de type longitudinal. De plus, de par sa nature, le devis transversal permet de fournir le portrait d'une situation donnée, et ce à un

¹²² Il s'agit de la traduction proposée pour le concept « cross-sectional study ».

moment précis dans le temps. Conséquemment, il importe de souligner que le portrait, que nous a permis de dresser la portion quantitative de l'étude, nous apparaît lié aux conditions qui prévalaient au sein du réseau des unités néonatales québécoises, et ce au moment de collecter les données (par ex. : conventions collectives nationales, législations professionnelles, système de santé publique, etc.). Or, malgré ces conditions particulières, il importe de souligner que notre étude a tout même permis de vérifier plusieurs des hypothèses de recherche du courant théorique dominant en administration des services infirmiers; hypothèses qui ont été également supportées dans de nombreuses études internationales, conduites dans de multiples milieux de soins et dans des contextes culturels et sociaux variés (par ex. : Aiken, Clarke, & Sloane, 2002; Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty, & Nutbeam, 2007; McCusker, Dendukuri, Cardinal et al., 2004; Rafferty, Clarke, Coles, et al., 2007).

Parallèlement, l'ensemble des données de cette portion de l'étude nous a été auto-rapportée par une source unique : les infirmières. Tel que discuté au Chapitre 3, cette méthode de recherche, qui repose essentiellement sur une appréciation suggestive de la réalité, constitue néanmoins une approche fidèle et valide, et ce afin de collecter des données. Or, son usage, dans le cadre de la présente étude, nous expose tout de même à deux formes de biais. En effet, bien que nous ayons fait usage de questionnaires anonymes, une stratégie permettant de réduire les biais de réponse inhérents à cette approche, nous ne pouvons pas exclure que nos données aient pu être influencées par la désirabilité sociale, c.-à-d., cette tendance qu'ont certains individus à modifier leurs réponses afin qu'elles soient congruentes avec les mœurs d'un groupe social donné (Polit & Hungler, 1999; Streiner & Norman, 2003). De plus, puisque nos variables prédictives et de résultats proviennent d'une même source, il est probable, par exemple, que les infirmières insatisfaites de leurs conditions de travail aient davantage tendance à percevoir les soins offerts aux patients comme étant de moins bonne qualité et vice versa. C'est le biais de circularité. À notre avis, ces deux limites pourraient en partie être contournées, dans les travaux de recherche ultérieurs, notamment par l'usage d'indicateurs objectifs de résultats chez les patients (par ex. : mortalité, incidence de certaines complications, etc.). Enfin, rappelons que nous avons développé un nouvel instrument afin de mesurer le rationnement des activités professionnelles infirmières et que nous avons procédé à la traduction et à l'adaptation française du *Revised Nursing Work Index* (2000) dans l'optique de mesurer les

caractéristiques de l'environnement de pratique. Or, l'usage de ces nouveaux instruments, dont les propriétés métrologiques ne sont pas encore solidement établies, fait en sorte que les diverses associations rapportées doivent être interprétées avec prudence, et ce bien qu'elles permettent, dans une large mesure, de vérifier les hypothèses du courant théorique dominant en administration des services infirmiers. Afin d'accroître la validité de ces instruments et des résultats qu'ils produisent, d'autres études devront en faire usage auprès de populations similaires à celle étudiée dans le cadre de la présente étude.

Enfin, il importe de rappeler que la recherche en administration des services infirmiers est une discipline relativement jeune. De ce fait, nous avons été amenés à faire usage d'une approche exploratoire et descriptive ainsi qu'à tester de nombreuses hypothèses de recherche. Or, le fait de vérifier simultanément un grand nombre d'hypothèses contribue à augmenter les chances que certains des résultats ainsi obtenus soient en fait factices. Afin de nous prémunir contre ce risque, nous avons interprété les patterns généraux de résultats, sans accordé trop d'importance aux scores qui étaient statistiquement significatifs mais de manière isolée. De plus, les résultats obtenus étaient à la fois généralement hautement significatifs et cohérents avec les propositions théoriques des modèles en administration des services infirmiers. Dans la prochaine section, nous traiterons des implications de la présente étude, et ce tant pour le domaine de la pratique que celui de la recherche.

5.5 Implications pratiques pour la gestion et la recherche en administration des services infirmiers

Un certain nombre d'implications pratiques, tant pour la gestion que pour la recherche en administration des services infirmiers, découlent de la présente étude. C'est ce que nous abordons dans la présente section. Dans un premier temps, nous traitons des implications découlant de la portion quantitative de l'étude, puis nous discutons de celles émanant de l'enquête de terrain.

Pour ce qui est de la portion quantitative de l'étude, rappelons, dans un premier temps, que la vérification des hypothèses de recherche a rendu disponible deux sous-produits : la traduction et l'adaptation française du *Revised Nursing Work Index* (2000), de même que le développement d'un nouvel instrument permettant de décrire et de mesurer le rationnement des activités professionnelles infirmières. Or, pour les chercheurs de l'espace francophone, ces sous-produits de l'étude rendent possible la conduite de recherche permettant d'évaluer l'impact qu'ont la dotation en infirmières et les caractéristiques de l'environnement de

pratique sur la travail professionnel des infirmières, leur santé au travail ou la qualité des soins qu'elles offrent aux patients; un domaine de recherche qui, jusqu'à présent, avait été freiné par l'absence d'instruments de mesures valides et fidèles en français. Parallèlement, puisque notre étude nécessitait la traduction et l'adaptation anglaise de l'instrument sur le rationnement des activités professionnelles infirmières, cet outil peut aussi trouver application dans les travaux de recherche de chercheurs anglophones s'intéressant à la pratique professionnelle des infirmières de néonatalogie. Par ailleurs, puisque ces deux sous-produits de l'étude ont en quelque sorte été « développés » dans le contexte de la présente étude, il nous apparaît prudent de recommander des études supplémentaires, et ce afin de vérifier leur applicabilité et leurs propriétés métrologiques dans d'autres contextes cliniques ou culturels ainsi que dans d'autres systèmes de santé.

Pour ce qui est des questionnaires, ces instruments de mesure peuvent avoir une double utilité. En effet, ils peuvent d'abord servir au diagnostic organisationnel, c'est-à-dire, permettre d'identifier quels sont les aspects de l'environnement de pratique actuel de leur organisation qui sont les plus susceptibles de venir influencer la santé au travail des infirmières ou la qualité des soins qu'elles offrent aux patients. De manière plus spécifique, pour les directions de soins infirmiers, notre instrument sur le rationnement permet d'identifier les aspects de la pratique professionnelle des infirmières de néonatalogie qui sont les plus susceptibles d'être influencés par les caractéristiques organisationnelles d'un centre hospitalier donné. De plus, puisqu'il questionne les infirmières sur la fréquence de réalisation et sur l'importance qu'elles accordent à un ensemble d'activités professionnelles, cet instrument peut aussi servir à établir le profil de pratique des infirmières d'une unité néonatale et, de ce fait, être à la base de projets de réorganisations du travail ou de formation. Parallèlement, au-delà de leur utilité dans le diagnostic organisationnel, ces deux sous-produits de l'étude peuvent aussi servir d'outils d'appréciation du changement organisationnel et, de ce fait, guider la mise en place de politiques et de réorganisations qui favorisent le déploiement de l'ensemble des activités professionnelles infirmières. Par cette propriété, ils peuvent contribuer au maintien ou à l'amélioration de la santé au travail des infirmières ou de la qualité des soins offerts aux patients. Par ailleurs, puisque la traduction et l'adaptation française du *Nursing Work Index* (2000) permet d'identifier un ensemble de caractéristiques organisationnelles manipulables, il offre ainsi aux questionnaires la possibilité de comprendre les motifs des succès ou des échecs de changements organisationnels, et ce tout en fournissant un certain nombre de leviers d'actions.

Enfin, la vérification des hypothèses de recherche suggère, à la manière du courant théorique dominant en administration des services infirmiers, que les hôpitaux qui optent pour l'approche de type professionnel, afin d'organiser leurs services infirmiers, pourront se prémunir contre la pénurie d'infirmières et contre les effets indésirables qui lui sont associés. Or, à ce sujet, les données de notre enquête de terrain ont mis en évidence que la réalité est en fait légèrement plus complexe que ce que laisse présager ce courant théorique dominant. En effet, dans le contexte des unités néonatales québécoises, les bénéfices découlant de l'approche de type professionnel apparaissent contingents à une action sur les forces qui émanent de chacun des quatre niveaux d'influence constituant le système complexe d'action décrit à la Figure 5.1. De plus, nous avons vu que les stratégies d'adaptation, qui sont actuellement déployées au sein du réseau des unités néonatales québécoises, ont précisément l'effet opposé à ce qui est souhaité par la mise en place de l'approche de type professionnel, c.-à-d., elles contribuent au rationnement des activités professionnelles infirmières et elles favorisent une réduction de la santé au travail des infirmières et de la qualité des soins prodigués aux patients. De notre point de vue, cela implique, pour les gestionnaires infirmiers, des actions politiques visant à corriger ou à minimiser l'effet des forces de contingence œuvrant au sein du réseau des unités néonatales, et ce tant à l'intérieur de l'hôpital qu'au-delà de ses frontières. Or, à notre connaissance, il existe actuellement peu de données empiriques, à l'intérieur de la littérature en administration des services infirmiers, permettant de guider les gestionnaires infirmiers quant aux approches ou aux stratégies d'action politiques qui sont les plus appropriées en cette matière. Ici aussi, d'autres recherches seront nécessaires.

5.6 Conclusion et synthèse des contributions de l'étude

La présente étude avait pour objectif général de décrire la structure et le mode de fonctionnement des unités néonatales québécoises afin de comprendre leurs influences sur le travail et la santé au travail des infirmières ainsi que sur la qualité des soins qu'elles offrent à la clientèle de ce milieu. Afin d'atteindre cet objectif, nous avons répondu à trois questions de recherche et vérifié cinq hypothèses. Or, ceci nous permet d'apporter des contributions à la fois méthodologiques, empiriques et théoriques au domaine de l'administration des services infirmiers. C'est ce que nous décrivons dans les paragraphes qui suivent.

Au plan méthodologique, notre recherche nous a amené à traduire et à adapter en français le *Revised Nursing Work Index* d'Aiken & Patrician (2000). Rappelons que cet instrument, qui est l'un des principaux outils employés dans le domaine de l'administration des services infirmiers, permet de mesurer les caractéristiques de l'environnement de pratique des infirmières. Or, en plus de proposer une version française de cet instrument, nos travaux de recherche nous ont aussi permis d'amorcer l'évaluation des propriétés métrologiques de cette version de l'instrument. Par cette première contribution d'ordre méthodologique, nos travaux rendent disponibles, aux chercheurs et aux gestionnaires de l'espace francophone, un instrument de mesure hautement réputé dans la littérature anglo-saxonne. Parallèlement, notre étude permet d'apporter une seconde contribution d'ordre méthodologique. En effet, tel que nous le soulignons précédemment, le concept de rationnement des activités professionnelles infirmières a récemment fait son apparition dans la littérature théorique en administration des services infirmiers. Toutefois, jusqu'à tout récemment, aucun instrument de mesure n'était disponible, et ce afin de vérifier les hypothèses de recherche associées à ce concept. Or, en développant une version française et anglaise d'un instrument permettant de mesurer le rationnement des activités professionnelles infirmières, notre étude apporte une importante contribution méthodologique : celle d'ouvrir un nouveau champ de recherches basées sur ce concept.

Au plan théorique, notre étude permet également d'apporter un certain nombre de contributions scientifiques. Pour ce qui est de la portion quantitative de l'étude, nos travaux ont permis de vérifier, dans le contexte particulier des unités néonatales québécoises, plusieurs des hypothèses du courant théorique dominant en administration des services infirmiers. En effet, forts des deux contributions méthodologiques précédemment énoncées, nous avons pu mettre en évidence que la mise en place d'une dotation en infirmières et d'un environnement de pratique de type professionnel est associée à une augmentation de la santé au travail des infirmières de néonatalogie et de la qualité des soins qu'elles perçoivent prodiguer aux nouveau-nés. Par ailleurs, nous avons aussi observé que la mise en place d'une dotation en infirmières de type professionnel contribue à la réduction du rationnement des activités professionnelles infirmières en néonatalogie. Enfin, nos données procurent également un certain support à l'hypothèse selon laquelle l'influence de la dotation et de l'environnement de pratique, sur la santé au travail des infirmières et la qualité des soins qu'elles perçoivent prodiguer aux patients, peut s'expliquer par le biais du rationnement des

activités professionnelles infirmières. À notre connaissance, la présente étude est la première à avoir souligné l'existence de telles associations auprès des infirmières de néonatalogie du Québec. Par ailleurs, notre étude est l'une des premières à avoir vérifié les hypothèses du courant théorique dominant en administration des services infirmiers qui concernent le concept de rationnement des activités professionnelles infirmières. De ce fait, la présente recherche permet d'apporter une contribution significative à ce courant de littérature.

Pour ce qui est de l'enquête de terrain, précisons que cette portion de l'étude nous a d'abord permis d'apporter une contribution empirique importante : la description dynamique de la structure et du mode de fonctionnement du système complexe d'action décrit à la Figure 5.1 ; ce qui n'avait jamais été fait. Or, cette description empirique permet aussi de faire émerger un certain nombre de contributions théoriques. En effet, en identifiant les quatre niveaux d'influence de ce système d'action, notre étude a permis d'enrichir notre compréhension de l'étendue des forces de contingence et des stratégies d'adaptation ainsi que de leurs effets. Par ailleurs, en abordant les notions de forces de contingence et de stratégies d'adaptation de manière dynamique, notre étude a permis d'identifier des propriétés de ces forces qui étaient jusqu'alors méconnues. Nous avons en effet vu que les forces de contingence avaient pour effet d'induire, au sein des unités néonatales de niveau III, une spirale amplificatrice dont l'action est d'accentuer la création d'effets collatéraux (par ex. : pénurie, accessibilité, sécurité). Parallèlement, en examinant les effets à court et à long terme des stratégies d'adaptation, nous avons vu que ces dernières avaient la propriété d'induire des cercles vicieux par lesquels elles contribuent à accentuer les problématiques qu'elles visent pourtant à corriger. Enfin, l'examen des relations dynamiques entre les forces de contingence et les stratégies d'adaptation nous a permis de faire émerger une nouvelle force externe d'importance dont l'action est susceptible de venir influencer le domaine de juridiction des groupes professionnels. À notre connaissance, cet aspect n'a pas été exploré par Abbott (1988) ainsi que dans les travaux en organisation des services infirmiers. De ce fait, il s'agit, de notre point de vue, d'une importante contribution à la littérature en administration des services infirmiers.

En somme, il apparaît, sur la base des différents éléments introduits tout au long de la présente étude, qu'on ne peut comprendre ni étudier l'organisation des services infirmiers, au niveau de l'unité néonatale de niveau III, sans la mettre en contexte de manière dynamique dans une perspective systémique. Or, ce contexte ou cette perspective systémique, dont l'unité néonatale fait partie, comprend à la fois l'environnement intra-hospitalier, à l'intérieur duquel l'unité néonatale de niveau III est nichée, ainsi que le réseau plus large des centres hospitaliers offrant divers niveaux de services néonataux et avec lequel elle est en interactions fonctionnelles. De plus, cette constellation organisationnelle, formée par l'unité néonatale de niveau III, son contexte intra-hospitalier ainsi que le réseau des centres hospitaliers offrant des services néonataux, baigne dans un environnement social plus large dont la fonction est de venir en teinter la structure et le mode de fonctionnement global, et ce dans un espace-temps spécifique. Par ailleurs, ce système, qui est constamment sous tension en raison de l'action de forces de contingence et de stratégies d'adaptation, parvient à se maintenir dans un état d'équilibre dynamique nécessaire afin d'assurer l'accessibilité et la qualité des services. Or, les rapports de forces nécessaires au maintien de cet équilibre ont toutefois pour effet pervers de générer des cercles vicieux dont l'action contribue au rationnement des activités professionnelles infirmières, à leur insatisfaction au travail et à accentuer la perception selon laquelle elles prodiguent des soins de moins bonne qualité aux patients. Dans l'optique de corriger cette situation, au-delà de la mise en place d'une dotation et d'un environnement de pratique de type professionnel, nos données suggèrent une action sur les différentes forces de contingence qui émanent de chacun des quatre niveaux d'influence de notre système complexe d'action.

Nous avons débuté cette étude en posant comme postulat que les unités néonatales québécoises, dans leur structure et leur mode de fonctionnement, constituent un système complexe d'organisation. À ce sujet, nous espérons que les données introduites tout au long de cette recherche aient pu permettre de lever le voile sur cette complexité.

BIBLIOGRAPHIE

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay of the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Aiken, L.H. (2002). Superior outcomes for magnet hospital: The evidence base. In M.L. McClure & A.S. Hinshaw (Ed.). *Magnet hospitals revisited. Attraction and retention of professional nurses* (pp. 61-82). Washington, DC: American Academy of Nursing.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Cheung, R.B., Sloane, D.M., & Silber, J.H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality, *JAMA*, September 24; 290(12), 617-2.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., & Sloane, D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings, *International Journal for Quality in Health Care*, Feb; 14(1), 5-13.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Lake, E.T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes, *Journal of Nursing Administration*, May;38(5),223-29.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA*, October 23-30; 288(16), 1987-93.
- Aiken, L.H., Havens, D.S., & Sloane, D.M. (2000). The magnet nursing services recognition program: A comparison of two groups of magnet hospitals, *American Journal of Nursing*, Mar;100(3), 26-36.
- Aiken, L.H., & Patrician, P.A. (2000). Measuring the organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index, *Nursing Research*, May-Jun;49(3),146-53.
- Aiken, L.H., & Sloane, D.M. (1997a). Effects of specialization and client differentiation on the status of nurses: The case of AIDS, *Journal of Health and Social Behavior*, Sep;38(3), 208-22.
- Aiken, L.H., & Sloane, D.M. (1997b). Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among urban hospital nurses, *Work & Occupations*, Nov;24(4), 453-77.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Lake, E.T., Sochalski, J., & Weber, A.L. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care, *Medical Care*, Aug;37(8), 760-72.
- Aiken, L.H., Smith, H.L., & Lake, E.T. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care, *Medical Care*, Aug;32(8), 771-87.
- Aiken, L.H., Sochalski, J., & Lake, E.T. (1997). Studying outcomes of organizational change in health services, *Medical Care*, Nov, 35 (11 Suppl.), NS6-18.

- Alexander, G.R., & Slay, M. (2002). Prematurity at birth: Trends, racial disparities and epidemiology, *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 8(4), 215-20.
- Argyris, C. (1960). The impact of formal organization upon the individual. In Pugh, D.S. (Ed.). *Organization theory* (pp. 261-78). New York: Penguin.
- Attree, M. (1993). An analysis of the concept "quality" as it relates to contemporary nursing care, *International Journal of Nursing Studies*, Aug;30(4),355-69.
- Attree, M. (1996). Towards a conceptual model of "quality care", *International Journal of Nursing Studies*, Feb;33(1), 13-28.
- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures, *Spine*, Dec 15;25(24), 3186-91.
- Belsley, D.A., Kuh, E., & Welsch, R.E. (1980). Regression diagnostics: Identifying influential data and sources of collinearity. New York: John Wiley & Sons.
- Bennis, W.G. (1966). The coming death of bureaucracy, *Think Magazine*, November-December, 30-35.
- Bowers, B.J., Lauring, C., & Jacobson, N. (2001). How nurses manage time and work in long term care, *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 484-91.
- Boxwell, G. (2005). Neonatal intensive care nursing, New York: Routledge.
- Brislin, R.W. (1970). Back-translation for cross-cultural research, *Journal of Cross-cultural psychology*, 1(3), 187-216.
- Brislin, R.W. (1986). The wording and translation of research instruments. In W.L. Lonner & J.W. Berry (Eds.). *Field methods in cross-cultural research* (pp. 137-64). Newbury Park, CA: Sage.
- Brislin, R.W., Lonner, W.J., & Thorndike, R.M. (1973). Questionnaire wording and translation. In: *Cross-cultural research methods* (pp. 32-58). New York: Wiley.
- Bucher, R., & Stelling, J. (1969). Characteristics of professional organizations, *Journal of Health and Social Behaviour*, Mar;10(1), 3-15.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2001). The practice of nursing research. Conduct, critique, & utilization. 4th Edition. Philadelphia, PA: W.B. Saunders.
- Byrne, B.M. (2005). Factor analytic models : Viewing the structure of an assessment instrument from three perspectives, *Journal of Personality Assessment*, 85(1), 17-32.
- Cattell, R.B. (1966). The scree test for the number of factors, *Multivariate Behavioural Research*, 1, 245-76.

- Cho, S.H. (2001). Nurse staffing and adverse patient outcomes: A systems approach, *Nursing Outlook*, Mar-Apr;49(2),78-85.
- Choi, J., Bakken, S., Larson, E., Du, Y., & Stone, P.W. (2004). Perceived Nursing Work Environment of Critical Care Nurses, *Nursing Research*, Nov-Dec ;53(6), 370-8.
- Coburn, D. (1988). The development of Canadian nursing: Professionalization and proletarianization, *International Journal of Health Services*, 18(3), 437-56.
- Coburn, D. (1992). Freidson then and now: An 'internalist' critique of Freidson's past and present views of the medical profession, *International Journal of Health Services*, 22, 497-512.
- Coburn, D., Torrance, G.M., & Kaufert, J.M. (1983). Medical dominance in Canada in historical perspective: The rise and fall of medicine? *International Journal of Health Services*, 13(3), 407-31.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S.G., & Aiken, L.S. (2003). Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioural sciences (3rd Ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collière, M.F. (1996). Soigner... Le premier art de la vie. Paris : InterÉditions.
- Collière, M.F. (2001). Soigner... Le premier art de la vie (2^e ed.). Paris : Masson.
- Comrey, A.L, & Lee, H.B. (1992). A first course in factor analysis (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crozier, M. (1961). De la bureaucratie comme système d'organisation, *Archives Européennes de Sociologie*, 2, 18-50.
- Crozier, M. (1963). Le phénomène bureaucratique. Essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel. Paris : Éditions du Seuil.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). L'acteur et le système. Paris : Éditions du Seuil.
- Dallaire, C. (2002). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. In O. Goulet & C. Dallaire (Eds). Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives (pp. 77-95). Montréal: Gaétan Morin Éditeur.
- Denzin, N.K. (1989). The research act (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Dion, G., & Tessier, R. (1994). Validation de la Traduction de l'inventaire de l'épuisement professionnel de Maslach et Jackson, *Canadian Journal of Behavioral Science*, Apr; 26, 210-27.

- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Jul; 44(3 Suppl.), 166-206.
- Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its measurement (Volume 1). Ann Arbor, Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance, *Quality Review Bulletin*, Nov;18(11),356-60.
- Duffy, J.R., & Hoskins, L.M. (2003). The Quality-Caring Model. Blending dual paradigms, *Advances in Nursing Science*, 26(1), 77-88.
- Duquette, A., K erouac, S., Sandhu, B.K., & Beaudet, L. (1994). Factors related to nursing burnout: a review of empirical knowledge, *Issues in Mental Health Nursing*, Jul-Aug;15(4), 337-58.
- Embriaco, N., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Pochard, F., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome among critical healthcare workers, *Current Opinion in Critical Care*, Oct;13(5),482-8.
- Estabrooks, C.A., Tourangeau, A.E., Humphrey, C.K., Hesketh, K.L., Giovannetti, P., Thomson, D., Wong, J., Acorn, S., Clarke, H., & Shamian, J. (2002). Measuring the hospital practice environment: A Canadian context, *Research in Nursing and Health*, Aug;25(4),256-68. Erratum in: *Research in Nursing and Health*, 2002, Oct;25(5),420.
- Etzioni, A. (1969). The semi-professions and their organization: teachers, nurses and social workers. New York: Free Press.
- Fabrigar, L.R., Wegener, D.T., MacCallum, R.C., & Strahan, E.J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research, *Psychological Methods*, 4(3), 272-99.
- Flood, A.B., & Scott, W.R. (1987). Hospital structure and performance. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Floyd, F.J., & Widaman, K.F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments, *Psychological Assessment*, 7(3), 286-99.
- Ford, J.K., MacCallum, R.C., & Tait, M. (1986). The application of exploratory factor analysis in applied psychology – A critical review and analysis, *Personnel Psychology*, 39(2), 291-314.
- Fortin, M.F. (1996). Le processus de la recherche. De la conception   la réalisation. Montréal, QC : D carie  diteur.
- Freidson, E. (1970a). Profession of medicine: A sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead, & Company.

- Freidson, E. (1970b). *Professional dominance: The social structure of medical care*. Chicago, IL: Aldine Publishing Company.
- Freidson, E. (1986). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn. Theory, prophecy, and policy*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Geisinger, K.F. (1994). Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments, *Psychological Assessment*, 6, 304-12.
- Gerth, H.H., & Mills, C.W. (1958). *From Max Weber: Essays in sociology*. Oxford University Press.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, (1999). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gorsuch, R.L. (1988). Exploratory factor analysis. In J. Nesselroade, & R.B. Cattell (Eds.). *Handbook of multivariate experimental psychology* (pp. 231-58). New York: Plenum.
- Gorsuch, R.L. (1997). Exploratory factor analysis: Its role in item analysis, *Journal of Personnel Assessment*, 68(3), 532-60.
- Gouldner, A.W. (1954). *Patterns of industrial bureaucracy*. New York: Free Press.
- Green, J.C., & Caracelli, V.J. (1997). Advances in mixed method evaluation: The challenges and benefits of integrating diverse paradigms. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures : Literature review and proposed guidelines, *Journal of Clinical Epidemiology*, Dec;46(12), 1417-32.
- Gunnarsdóttir, S., Clarke, S.P., Rafferty, A.M., & Nutbeam, D. (2007). Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic nurses, *International Journal of Nursing Studies*, doi: 10:1016/j.ijnursestud.2006.11.007.
- Hafferty, F.W., Wolinsky, F.D. (1991). Conflicting characterizations of professional dominance, *Current Research on Occupations and Professions*, 6, 225-49.

- Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H.K.S., North, N., & Stone, P.W. (2006). Nurse turnover: a literature review, *International Journal of Nursing Studies*, Feb;43(2),237-63.
- Hendry, C., & Walker, A. (2004). Priority setting in clinical nursing practice: Literature review, *Journal of Advanced Nursing*, 47(4), 427-36.
- Horn, J.L. (1965). A rationale test for the number of factors in factor analysis, *Psychometrika*, 30, 179-85.
- Hutchinson, S.A., & Wilson, H.S. (2001). Grounded theory. The method. In P.L. Munhall (Ed.). *Nursing research. A qualitative perspective* (pp. 209-243). Third Edition. Sudbury, MA : Jones & Bartlett Publishers and National League for Nursing.
- ICIS – Institut Canadien d'Information sur la Santé (2004). Donner naissance au Canada. Un profil régional. Ottawa, ON : ICIS.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998a). Linking outcomes to nurses' role in health care, *Nursing Economics*, Mar-Apr;16(2), 58-64, 87.
- Joseph, K.S., Demissie, K., & Kramer, M.S. (2002). Obstetric intervention, stillbirth, and preterm birth, *Seminars in Perinatology*, Aug;26(4), 250-9.
- Kenner, C., & Lott, J.W. (2003). *Comprehensive neonatal nursing. A physiologic perspective*. St-Louis, MO: Saunders.
- Kitson, A. (1986). Indicators of quality in nursing care – An alternative approach, *Journal of Advanced Nursing*, 11, 133-44.
- Kramer, M., & Hafner, L.P. (1989). Shared values: The impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity, *Nursing Research*, May-Jun;38(3), 172-7.
- Lake, E.T. (1998). Advances in understanding and predicting nurse turnover, *Research in the Sociology of Health Care*, 15, 147-71.
- Lake, E.T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index, *Research in Nursing and Health*, Jun; 25(3),176-88.
- Lamothe, L. (1996). La structure professionnelle clinique de facto d'un hôpital de soins ultra-spécialisés. Thèse de doctorat. Montréal, Université McGill.
- Lamothe, L. (1999). La reconfiguration des hôpitaux : Un défi d'ordre professionnel, *Ruptures : Revue Transdisciplinaire en Santé*, 6(2),132-48.
- Laschinger, H.K.S., Shamian, J., & Thomson, D. (2001). Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care and work satisfaction, *Nursing Economics*, Sep-Oct;19(5), 209-19.

- Lee, S.K., McMillan, D.D., Ohlsson, A., Pendray, M., Synnes, A., Whyte, R., Chien, L.Y., Sale, J., & The Canadian NICU Network (2000). Variations in practice and outcomes in the Canadian NICU network: 1996-1997, *Pediatrics*, Nov;106(5),1070-9.
- Leiter, M.P., & Harvie, P. (1996). Burnout among mental health workers: a review and a research agenda, *International Journal of Social Psychiatry*, Summer;42(2),90-101.
- Leiter, M.P., Harvie, P., & Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout, *Social Science & Medicine*, Nov;47(10):1611-7.
- Likert, R. (1961). *New patterns of management*. New York: McGraw Hill.
- Lu, H., While, A.F., & Barriball, K.L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review, *International Journal of Nursing Studies*, Feb;42(2),211-27.
- Lynn, M.R. (1986). Determination and quantification of content validity, *Nursing Research*, 35, 382-5.
- MacCallum, R.C., Widaman, K.F., Zhang, S.B., & Hong, S.F. (1999). Sample size in factor analysis, *Psychological Methods*, 4(1), 84-99.
- Martel, M.J., & Milette, I. (2006). *Les soins du développement. Des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. In G.S. Sanders, & J. Suls (Eds.). *Social psychology of health and illness* (pp. 227-51). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory*, 3rd Edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (2000). *Nursing interventions classification (NIC)*. Second Edition. St-Louis, MO: Mosby.
- McClure, M.L., & Hinshaw, A.S. (2002). *Magnet hospitals revisited. Attraction and retention of professional nurses*. Washington, DC: American Academy of Nursing.
- McClure, M.L., Poulin, M.A., Sovie, M.D., & Wandelt, M.A. (1983). *Magnet hospitals – Attraction and retention of professional nurses*. Kansas City, MO: American Academy of Nurses.
- McCusker, J., Dendukuri, N., Cardinal, L., Laplante, J., & Bambonye, L. (2004). Nursing work environment and quality of care: Differences between units at the same hospital, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(6), 313-22.

Merton, R.K. (1936). The unanticipated consequences of purposive social action, *American Sociological Review*, 894-904.

Miles, M., & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Mintzberg, H. (1979). An emerging strategy of direct research, *Administrative Science Quarterly*, 24, 582-9.

Mintzberg, H. (1979). An emerging strategy of direct research, *Administrative Science Quarterly*, 24, 582-9.

Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Paris: Éditions d'Organisation.

Mintzberg, H. (1989). *Le management. Voyage au centre des organisations*. Paris : Éditions d'organisation.

Mitchell, P.H., Ferketish, S., Jennings, B.M. & American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care (1998). Quality health outcomes model, *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43-6.

Montanelli, R.G., Jr., & Humphreys, L.G. (1976). Latent roots of random data correlation matrices with squared multiple correlations on the diagonal: A Monte Carlo study, *Psychometrika*, 41, 341-8.

MSSS – Ministère de la santé et des services sociaux (2007). *Projection de la main-d'œuvre infirmière de 2006-2007 à 2021-2022*, Québec, MSSS, Direction générale du personnel réseau et ministériel, Direction de la planification et des soins infirmiers.

Nadot, M. (2002). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité disciplinaire, *Perspectives Soignantes*, Avril, 13; 29-86.

O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers*, 32, 396-402.

Ordre des ergothérapeute du Québec – OEQ. (2008). Site internet de l'OEQ. Retrouvé le 30 mai 2008 à : [http : www/oeq.org](http://www/oeq.org).

Office québécois de la langue française (2006). *Le grand dictionnaire terminologique*. Retrouvé le 23 janvier 2006 à : http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp

Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Second edition. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia, PA: Lippincott.

Poncet, M.C., Toullic, P., Papazian, L., Kentish-Barnes, N., Timsit, J.F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., & Azoulay, E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, Apr 1;175(7), 634-6.

Preacher & MacCallum (2003). Repairing Tom Swift's electric factor analytic machine, *Understanding Statistics*, 2(1), 13-43.

Rafferty, A.M., Clarke, S.P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M., Aiken, L.H. (2007). Outcomes of variation in nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records, *International Journal of Nursing Studies*, 44, 175-82.

Roberts, C.L., Algert, C.S., Morris, J.M., Henderson-Smart, D.J. (2002). Trends in twin births in New South Wales, Australia, 1990-1999, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, Sep;78(3), 213-9.

Rummel, R.J., (1970). Applied factor analysis. Evanston, IL : Northwestern University Press.

Santé Canada (2003). Rapport sur la santé périnatale au Canada. Ottawa, ON : Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, Système canadien de surveillance périnatale.

Schatzman, L., & Strauss, A. (1973). Field research: Strategies for a natural sociology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Schubert, M., Glass, T.R., Clarke, S.P., Aiken, L.H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D.M., & De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study, *International Journal for Quality in Health Care*, Advance Access published April 24, 2008.

Schubert, M., Glass, T.R., Clarke, S.P., Schaffert-Witvliet, B., De Geest, S. (2007). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument, *Nursing Research*, Nov-Dec; 56(6), 416-24.

Selznick P. (1949). TVA and the Grass Roots, Berkely: University of California Press.

Shamian, J., Kerr, M.S., Laschinger, H.K.S., & Thompson, D. (2002). A hospital level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute care hospitals, *Canadian Journal of Nursing Research*, Mar;33(4),35-50.

Sochalski, J. (2004). Is more better?: The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals, *Medical Care*, Feb; 42(2 Suppl): II67-73.

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

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

- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. California, CA: University of California.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Strauss, A., Schatzman, L., Ehrlich, D., Bucher, R., & Sabshin, M. (1963). The hospital and its negotiated order. In E. Freidson (Ed.). *The hospital in modern society* (pp. 147-69). New York: The Free Press of Glencoe.
- Streiner, D.L., & Norman, G.R. (2003). *Health measurement scales. A practical guide for their development and use*. Second edition. New York: Oxford University Press.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Tang, S.T., & Dixon, J. (2002). Instrument translation and evaluation of equivalence and psychometric properties: The Chinese Sense of Coherence Scale, *Journal of Nursing Measurement*, 10, 59-76.
- Tourangeau, A.E., Giovannetti, 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.
- Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction, *Medical Care*, Feb; 42(2 Suppl.), II57-66.
- Van Widenfelt, B.M., Treffers, P.D., de Beurs, E., Siebelink, B.M., & Koudijs, E. (2005). Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families, *Clinical Child and Family Psychology Review*, Jun;8(2), 135-47.
- Velicer, W.F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations, *Psychometrika*, 41, 321-7.
- Velicer, W. F., Eaton, C. A., and Fava, J. L. (2000). Construct explication through factor or component analysis: A review and evaluation of alternative procedures for determining the number of factors or components In R. D. Goffin and E. Helmes, eds., *Problems and solutions in human assessment*. Boston: Kluwer.
- Velicer, W.F., & Fava, J.L. (1998). Effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery, *Psychological Methods*, 3(2), 231-51.
- Verklan M.T., Walden, M. (2004). *Core Curriculum for Neonatal Intensive Care*. St-Louis, MO: Elsevier.
- Wanous, J.P., & Reichers, A.E. (1996). Estimating the reliability of a single-item measure, *Psychological Report*, 78, 631-4.

- Wanous, J.P., Reichers, A.E., & Hudy, M.J. (1997). Overall job satisfaction: How good are single-item measures, *Journal of Applied Psychology*, 82(2),247-52.
- Waterworth, S. (2003). Time management strategies in nursing practice, *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 432-40.
- Weber, M. (1971 ; 1922). *Économie et société*. Paris : Plon.
- Werner, O., & Campbell, D.T. (1970). Translating, working through interpreters, and the problem of decentring. In R. Naroll, & R. Cohen (Eds.). *A handbook of method in cultural anthropology* (pp. 398-420). New York: American Museum of Natural History.
- Williams, A.M. (1998). The delivery of quality nursing care: A grounded theory study of the nurse's perspective, *Journal of Advanced Nursing*, 27, 808-16.
- Wolinsky, F.D., (1988). The professional dominance perspective, revisited, *The Milbank Quarterly*, 66(2 Suppl.), 33-47.
- Yin, R.K. (2003). *Case study research. Design and methods*. Third edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Youngblut, J.M., & Casper, G.R. (1993). Focus on psychometrics. Single-item indicators in nursing research, *Research in Nursing & Health*, 16, 459-65.
- Yu, D.S.F., Lee, D.T.F. Woo, J. (2004). Issues and challenges of instrument translation, *Western Journal of Nursing Research*, Apr;26(3),307-20.
- Zimmerman, J.E., Shortell, S.M., Rousseau, D.M., Duffy, J., Gillies, R.R., Knaus, W.A., Devers, K., Wagner, D.P., & Draper, E.A. (1993). Improving intensive care : Observations based on organizational case studies in nine intensive care units : A prospective, multicenter study, *Critical Care Medicine*, Oct;21(10), 1443-51.
- Zwick, W.R., & Velicer, W.F. (1986). Comparison of five rules for determining the number of components to retain, *Psychological Bulletin*, 99(3), 432-42.

ANNEXE A : Principaux modèles théoriques en administration des services infirmiers

1. Modèle d'Aiken, Clarke & Sloane (2002)

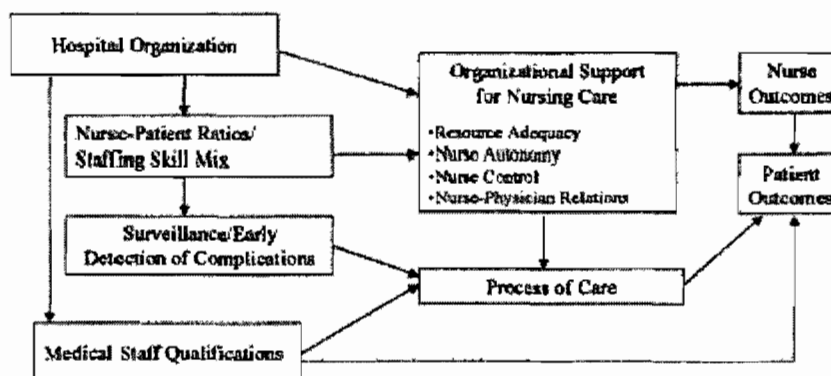


Figure 1. Hospital organization, nursing organization and patient outcomes.

2. Modèle de Cho (2001)

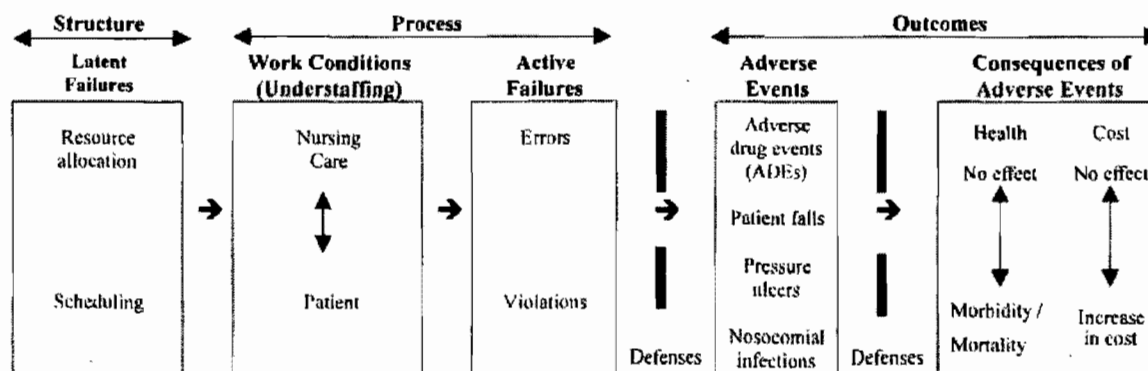
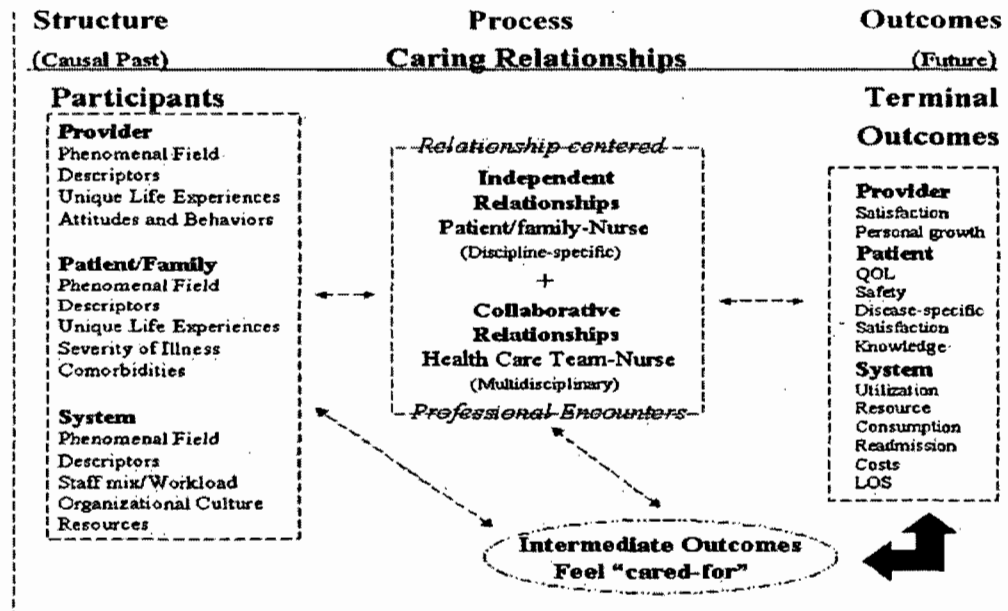


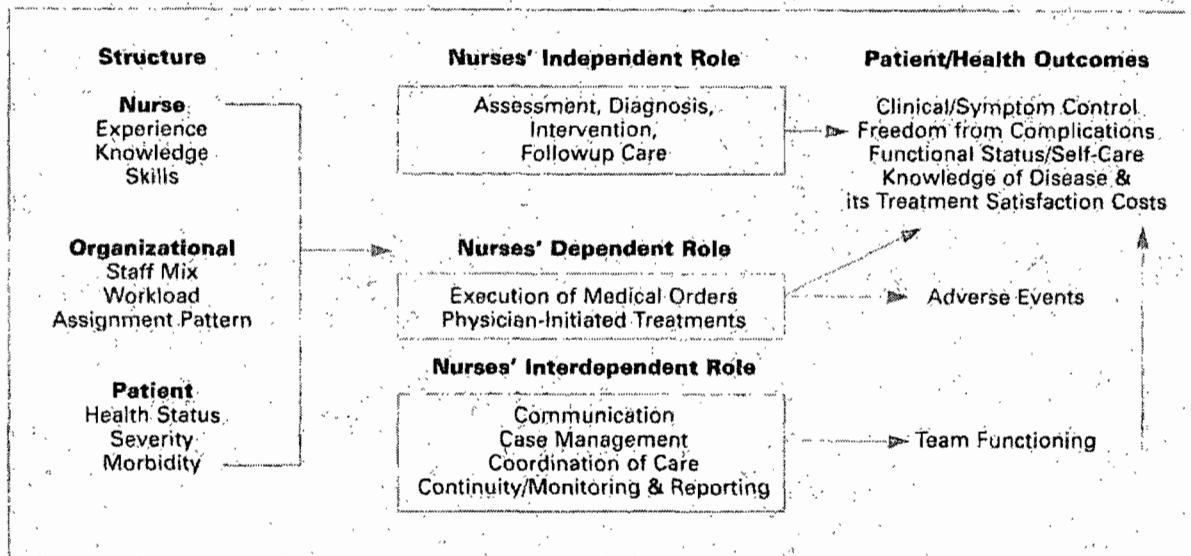
Figure 2. Nurse staffing and patient outcomes model (NSPOM).

3. Modèle de Duffy & Hoskins (2003)

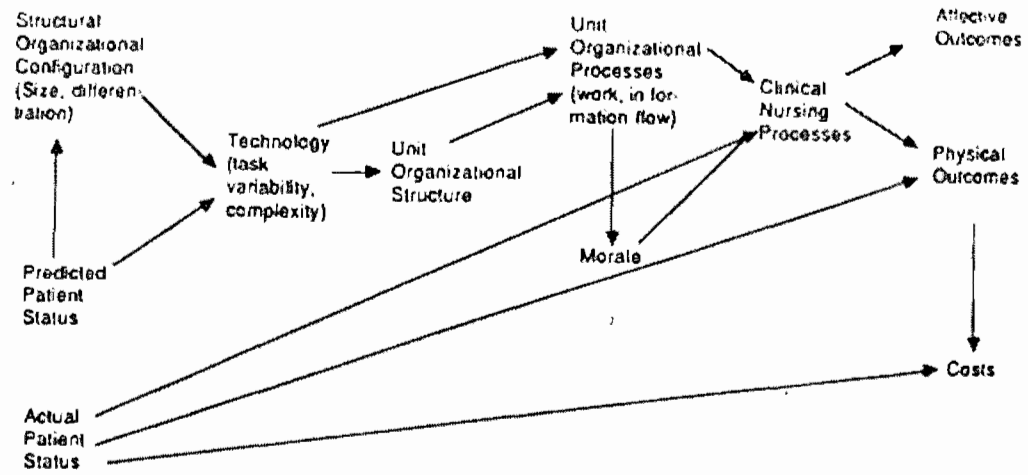


4. Modèle d'Irvine, Sidani & McGillis Hall (1998)

Figure 1.
The Nursing Role Effectiveness Model



5. Modèle de Mitchell, Armstrong, Simpson, & Lentz, M. (1989).



6. Mitchell, Ferketick, & Jennings (1998)

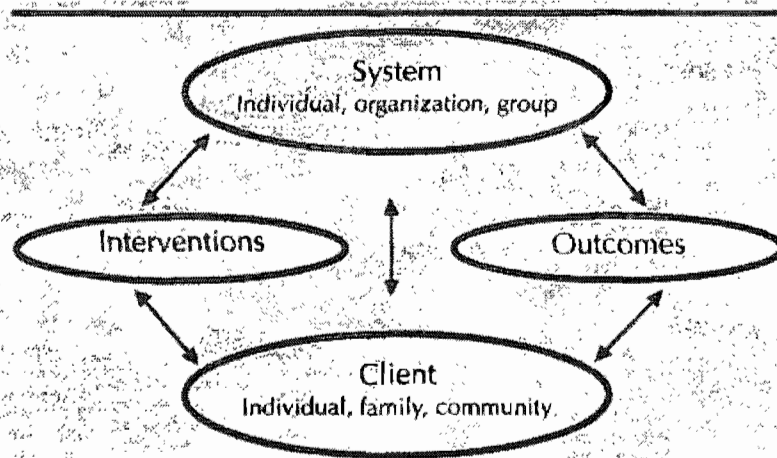


Figure 2: Quality health outcomes model. This model proposes two-direction relationships among components, with interventions always acting through characteristics of the system and of the client.

ANNEXE B : Hôpitaux magnétiques et unités spécialisées dans les soins aux patients sidatiques

1. Hôpitaux magnétiques

Au début des années 80, durant une importante pénurie d'infirmières, *l'American Academy of Nursing* a conduit une étude visant à identifier des hôpitaux, à travers l'ensemble des États-Unis, qui avaient de la facilité à recruter et à retenir les infirmières (McClure, Poulin, Sovie, & Wandelt, 1983). Cette étude a permis l'identification d'un groupe de 41 hôpitaux qui, en comparaison avec des hôpitaux compétiteurs situés dans leurs régions respectives, étaient caractérisés, pour ce qui est de leurs infirmières, par de faibles taux de roulement du personnel, un nombre minime de postes vacants ainsi que des taux élevés de satisfaction au travail. Ces hôpitaux ont par la suite été désignés de « magnétiques » en raison de leur facilité à recruter et à retenir les infirmières (McClure et al., 1983).

Les études subséquentes ont permis de mettre en évidence que ces hôpitaux partageaient un ensemble de caractéristiques organisationnelles communes, et ce notamment en ce qui avait trait à l'organisation de leurs services infirmiers. Ces caractéristiques étaient : a) l'inclusion de la Directrice des soins infirmiers dans les hautes instances décisionnelles de l'organisation; b) l'adoption d'une structure organisationnelle aplanie comprenant peu de personnel de supervision; c) un processus de prise de décision décentralisé vers les unités de soins qui offre ainsi aux infirmières une plus grande discrétion afin d'y organiser les soins et la composition du personnel infirmier d'une manière appropriée aux besoins des patients ; d) l'offre d'horaires de travail flexibles pour les infirmières et ; e) l'investissement, par la direction, dans la formation continue et le développement des infirmières (Kramer & Schmalenberg, 1988a ; 1988b ; 1991 ; Kramer, Schmalenberg, & Hafner, 1989 ; McClure et al., 1983). Pour plusieurs, ces différentes caractéristiques organisationnelles contribuent au développement d'environnements de pratique où les infirmières bénéficient d'une plus grande autonomie, d'un meilleur contrôle sur le milieu de pratique ainsi que de meilleures relations avec les médecins (Aiken, 2003 ; Aiken, Smith, & Lake, 1994 ; Aiken, Clarke, & Sloane, 2002 ; Kramer & Schmalenberg, 1988a ; b ; 1991 ; Kramer, 2003).

2. Unités spécialisées dans les soins aux patients sidatiques

L'émergence de l'épidémie de VIH/SIDA, au début des années 80, a créé une problématique inattendue pour plusieurs hôpitaux américains. En effet, ces derniers devaient accueillir et soigner un nombre croissant de jeunes adultes, provenant de groupes sociaux stigmatisés, nécessitant des soins aigus pour une maladie contagieuse, incurable et fatale (Aiken & Sloane, 1997a ;b). Principalement motivés par le désir d'isoler cette clientèle des autres patients hospitalisés et de la majorité des professionnels de la santé, plusieurs hôpitaux américains en sont venus à créer des unités spécialisées : les unités spécialisées dans les soins aux patients sidatiques (Aiken, 1997a ; b).

Parallèlement, puisque la médecine avait alors peu à offrir à ces patients en termes de traitements, et parce que l'on craignait d'avoir de la difficulté à y recruter suffisamment d'infirmières – en raison notamment de la pénurie d'infirmières et des craintes, chez la majorité des professionnels de la santé, à l'égard de la transmission du VIH – c'est principalement aux infirmières que l'on a cédé la responsabilité d'organiser les soins sur ces unités (Aiken, Sloane, & Lake, 1997). Ces unités en sont ainsi venues à posséder des caractéristiques organisationnelles offrant aux infirmières un environnement de pratique similaire à celui observé dans les hôpitaux magnétiques.

En somme, les hôpitaux magnétiques et les unités spécialisées dans les soins aux patients sidatiques représentent deux façons d'organiser les services infirmiers à l'intérieur des hôpitaux qui résultent en la création d'un environnement de pratique qui a été associé à de meilleurs indicateurs de résultats chez les patients et chez le personnel infirmier. Pour Aiken, Smith, & Lake (1994), les hôpitaux magnétiques y parviennent par le biais d'une culture organisationnelle qui reconnaît explicitement la contribution infirmière à l'accomplissement de la mission organisationnelle. Parallèlement, pour Aiken, Sochalski, & Lake (1999), les unités spécialisées dans les soins aux patients sidatiques y arrivent via la spécialisation et la légitimité acquise par les infirmières à soigner un groupe de patients présentant des caractéristiques cliniques similaires.

ANNEXE C : LETTRES D'AUTORISATION DES COMITÉS D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE

Le 14 juillet 2006

Monsieur Christian Rochefort

Outremont (Québec)

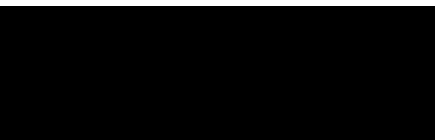
OBJET: *Certificat éthique pour l'étude: Organisation des services infirmiers, satisfaction au travail, épuisement professionnel et qualité des soins: Le cas de la néonatalogie.*

Monsieur,

C'est avec plaisir que nous vous faisons parvenir votre certificat éthique qui vous permet d'amorcer votre projet de recherche.

Vous devrez présenter une demande de réapprobation annuelle deux (2) mois avant la date d'échéance du certificat.

Nous vous prions de recevoir, monsieur, l'expression de nos meilleurs sentiments.



Jocelyne Tessier

Présidente

Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Pavillon Maisonneuve
5415, boul. de l'Assomption
Montréal QC H1T 2M4
Téléphone : (514) 252-3400

Pavillon Rosemont
5689, boul. Rosemont
Montréal QC H1T 2H1
Téléphone : (514) 252-3400

Pavillon Rachel-Tourigny
5305, boul. de l'Assomption
Montréal QC H1T 2M4
Téléphone : (514) 252-3400

**Pavillon pédiatrique
Thérèse-de-Yturralde**
6900, 42e Avenue
Montréal QC H1T 2T2
Téléphone : (514) 374-7940

**Centre d'accueil
Judith-Jasmin**
8850, rue Bisailon
Montréal QC H1K 4N2
Téléphone : (514) 354-5990

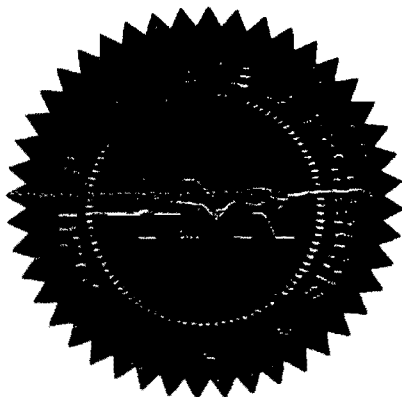
Certificat éthique

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a approuvé le projet de recherche intitulé:

Organisation des services infirmiers, satisfaction au travail, épuisement professionnel et qualité des soins: Le cas de la néonatalogie.

présenté par *Monsieur Christian Rochefort*. Cette étude est conforme aux normes éthiques actuelles.

Ce certificat est valide pour la période du *13 juillet 2006* au *13 juillet 2007*.



JT/dv



Jocelyne Tessier, MD
Présidente du Comité d'éthique de la recherche
Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Le 17 mai 2006

Mme Angèle Saint-Jacques
 Direction des soins infirmiers
 Étage 8e Bloc 9

OBJET: Titre du projet: Organisation des services infirmiers, satisfaction au travail, épuisement professionnel et qualité des soins: Le cas de la néonatalogie.

No. de protocole: 2317

Responsables du projet: Angèle Saint-Jacques M.Sc., Directrice des soins infirmiers. Investigateur principal: Christian Rochefort, inf. candidat au Ph.D. Collaborateurs: Lise Lamothe, Ph.D., dir. de recherche et Sean P. Clarke, Ph.D., co-dir. de recherche.



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
 universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
 de Montréal


Madame,

Votre projet cité en rubrique a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche en date d'aujourd'hui. Vous trouverez ci-joint la lettre d'approbation du Comité ainsi que vos formulaires d'information et de consentement estampillés dont nous vous prions de vous servir d'une copie pour distribution.

Tous les projets de recherche impliquant des sujets humains doivent être réexaminés annuellement et la durée de l'approbation de votre projet sera effective jusqu'au 17 mai 2007. Notez qu'il est de votre responsabilité de soumettre une demande au Comité pour que votre projet soit renouvelé avant la date d'expiration mentionnée. Il est également de votre responsabilité d'aviser le Comité dans les plus brefs délais de toute modification au projet ainsi que de tout effet secondaire survenu dans le cadre de la présente étude.

Votre projet a été envoyé au directeur du Centre pour approbation finale.

Nous vous souhaitons bonne chance dans la réalisation de votre projet et vous prions de recevoir nos meilleures salutations.


 Jean-Marie Therrien, Ph.D., éthicien
 Président du Comité d'éthique de la recherche,

JMT/ic
 c.c. M. Christian Rochefort

3175, Côte-Sainte-Catherine
 Montréal (Québec)
 H3T 1C5

LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE**Un comité de l'Hôpital Sainte-Justine formé des membres suivants:**

Jean-Marie Therrien, éthicien et président
 Anne-Claude Bernard-Bonnin, pédiatre
 Geneviève Cardinal, juriste
 Caroline Laverdière, hémato-oncologue
 Nathalie Bureau, infirmière de recherche
 Françoise Grambin, représentante du public
 Lyne Pedneault, pharmacienne
 Andrea Richter, scientifique
 Chantal Van de Voorde, représentante du public



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
 universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
 de Montréal

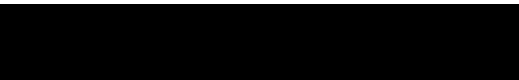
Les membres du comité d'éthique de la recherche ont étudié le projet de recherche clinique intitulé:

Organisation des services infirmiers, satisfaction au travail, épuisement professionnel et qualité des soins: Le cas de la néonatalogie.

No. de protocole: 2317

soumis par: *Angèle Saint-Jacques M.Sc., Directrice des soins infirmiers.*
Investigateur principal: Christian Rochefort, inf. candidat au Ph.D.
Collaborateurs: Lise Lamothe, Ph.D., dir. de recherche et Sean P. Clarke, Ph.D., co-dir. de recherche.

et l'ont trouvé conforme aux normes établies par le comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Sainte-Justine. Le projet est donc accepté par le Comité.



Jean-Marie Therrien, Ph.D., éthicien
 Président du Comité d'éthique de la recherche

Date d'approbation: 17 mai 2006

c.c. M. Christian Rochefort

Liste des documents approuvés par le CER



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

Titre du projet:

Organisation des services infirmiers, satisfaction au travail, épuisement professionnel et qualité des soins: Le cas de la néonatalogie.

No. de protocole: 2317

Responsables du projet: Angèle Saint-Jacques M.Sc., Directrice des soins infirmiers. Investigateur principal: Christian Rochefort, inf. candidat au Ph.D. Collaborateurs: Lise Lamothe, Ph.D., dir. de recherche et Sean P. Clarke, Ph.D., co-dir. de recherche.

- Brochure de l'investigateur datée
 - Protocole de recherche daté
 - Formulaire(s) de consentement daté(s)
 - Français
 - Anglais
 - Publicité en vue du recrutement
 - Lettre d'information aux participants
 - Questionnaires
 - C.D.
 - Autre
- Préciser : Formulaire d'information



 CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC
CHUL

305

Le 27 juin 2006

Monsieur Christian Rochefort
Faculté des Sciences infirmières
Université de Montréal

OBJET : Projet 98.05.06

Organisation des services infirmiers, satisfaction au travail, épuisement professionnel et qualité des soins : Le cas de la néonatalogie

Monsieur,

La présente est en réponse à la présentation du projet en titre lors de la réunion du Comité d'éthique de la recherche clinique du CHUL tenue le 17 mai 2006 et en suivi aux documents que vous avez fait parvenir au Comité aujourd'hui même par courriel.

Le Comité accepte le contenu éthique du projet et approuve les documents suivants :

- Le protocole tel que déposé;
- Le feuillet d'information daté du 27 juin 2006;
- La lettre adressée aux participantes et le questionnaire, tous deux datés du 27 juin 2006.

Cette approbation est valable pour une période de un an. Le projet sera donc renouvelable en juin 2007, si nécessaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la
recherche clinique du CHUL,


Pierre Diamond, M.D. Ph.D.

PD/LB/mp



Bureau d'éthique de la recherche
Office of Research Ethics

October 11, 2006

Dr. Judith Ritchie
MUHC –MGH
Room L10-146.1

Re: "Organization of Nursing Services, Job Satisfaction, Burnout, and Quality of Nursing Care:
The case of Neonatal Intensive Care Units (NICUs)"

Dear Dr. Ritchie :

The research proposal entitled above received Full Board review at the convened meeting of the SDR Committee on September 20, 2006 was found to be within ethical guidelines for conduct at the McGill University Health Centre, and was entered accordingly into the minutes of the Research Ethics Board (REB) meeting. At the MUHC, sponsored research activities that require US federal assurance are conducted under Federal Wide Assurance (FWA) 00000840.

We are pleased to inform you that final approval for the Research Protocol (September 1, 2006), the Informed Consent Document (October 6, 2006) and the Information Letter/Survey (October 6, 2006) were provided on October 6, 2006.

All research involving human subjects requires review at a recurring interval and the current study approval is in effect until September 19, 2007. It is the responsibility of the principal investigator to submit an Application for Continuing Review to the REB prior to the expiration of approval to comply with the regulation for continuing review of "at least once per year".

It is important to note that validation for the translated version of the consent document has been certified by an MUHC translator. As the translated text was potentially modified, the document must be reviewed by the study sponsor prior to its use. Any further modification to the REB approved and certified consent document must be identified by a revised date in the document footer, and re-submitted for review prior to its use.

The Research Ethics Boards (REBs) of the McGill University Health Centre are registered REBs working under the published guidelines of the Tri-Council Policy Statement, in compliance with the "Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique" (MSSS, 1998) and the Food and Drugs Act (7 June, 2001), acting in conformity with standards set forth in the (US) Code of Federal Regulations governing human subjects research, and functioning in a manner consistent with internationally accepted principles of good clinical practice.

.../2

We wish to advise you that this document completely satisfies the requirement for Research Ethics Board Attestation as stipulated by Health Canada.

The project was assigned MUHC Study Number SDR-06-007 that is required as MUHC reference when communicating about the research. Should any revision to the study, or other unanticipated development occur prior to the next required review, you must advise the REB without delay. Regulation does not permit initiation of a proposed study modification prior to REB approval for the amendment.

We trust this will meet with your complete satisfaction.



CPC

Cc: SDR-06-007

Le 8 décembre 2008

Mme Chantal Beauvais
Secrétaire du comité d'éthique de la recherche
CSSS de Gatineau
500, boul. de l'Hôpital
Gatineau (Québec)
J8V 2P5

Objet : Projet de recherche # 308 : Organisation des soins infirmiers, satisfaction au travail, épuisement professionnel et qualité des soins : le cas de la néonatalogie

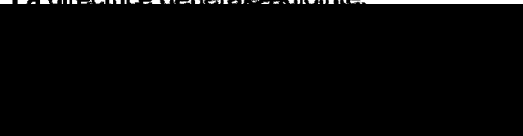
Madame,

La présente fait suite à l'analyse du projet cité en rubrique par le comité de direction à sa séance du 5 décembre dernier.

Considérant la recommandation positive du comité d'éthique de la recherche et après analyse des impacts financiers et opérationnels de ce projet, la direction du CSSS de Gatineau autorise ledit projet.

Espérant le tout à votre satisfaction, veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

La directrice générale-adjointe



DG/GL

c. c. M^{me} Chantal Bolslard, chef du programme FER
M. Bruno Cayer, directeur des ressources financières et informationnelles



HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF
SIR MORTIMER B. DAVIS
JEWISH GENERAL HOSPITAL
HÔPITAL D'ENSEIGNEMENT DE L'UNIVERSITÉ MCGILL
A MCGILL UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL



310

BUREAU D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
RESEARCH ETHICS OFFICE

FRANCA CANTINI, M.Sc.N.
CHIEF, RESEARCH ETHICS OFFICE
BUREAU/ROOM A-925
TEL: (514) 340-8222 #2445
FAX: (514) 340-7951
E-MAIL: [REDACTED]

CAROLYN ELLS, Ph.D.
CHAIR, RESEARCH ETHICS COMMITTEE
BUREAU/ROOM A-925
TEL: (514) 340-8222 #2445
FAX: (514) 340-7951
E-MAIL: [REDACTED]

November 8, 2006

Dr. Apostolos Papageorgiou
Neonatology Department
SMBD-Jewish General Hospital

SUBJECT: Protocol #06-066 entitled "Organization of Nursing Services, Job Satisfaction, Burnout and Quality of Nursing Care: the Case of Neonatal Intensive Care Units (NICU's)"

Dear Dr. Papageorgiou,

Thank you for responding to the Committee's concerns and for forwarding the following documents to the Research Ethics Office for review.

- English and French Protocols dated September 1st 2006
- English and French questionnaires dated November 2nd, 2006
- English and French Consent Forms dated November 2nd, 2006
- English and French recruitment letters dated November 2nd, 2006

The Research Ethics Committee of the SMBD-Jewish General Hospital (Federalwide Assurance Number: 0796) is designated by the province (MSSS) and follows the published guidelines of the Tri-Council Policy Statement, in compliance with the "Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique" (MSSS, 1998), and the membership requirements for Research Ethics Board defined in Part C Division 5 of the Food and Drugs Regulations; and acts in conformity with standards set forth in the United States Code of Federal Regulations governing human subjects research, and functions in a manner consistent with internationally accepted principles of good clinical practice.

We are pleased to inform you that the above-mentioned documents are granted final approval for a period of **one year**. For quality assurance purposes, you must use the approved REO stamped consent form when obtaining consent by making copies of the enclosed ones.

Approval Date: November 8, 2006
Expiration date of Approval: October 19, 2007

...2

service de tous.

3755, CH. DE LA CÔTE-SAINTE-CATHERINE RD., MONTRÉAL, QUÉBEC H3T 1E2

www.jgh.ca

Care For All.

Dr. Apostolos Papageorgiou

-2-

2006-11-08

Your "Continuing Review Application" must be received by the Research Ethics Office **one month** prior to the expiration date mentioned-above in order to ensure timely review. Otherwise, the study will be terminated. If any modification to the study occurs (amendment) over the next twelve months, or should this study be completed during this period, please submit appropriate documentation to the Research Ethics Office. Visit our website for information www.jgh.ca/research/rec and to access our downloadable forms, or contact us.

[REDACTED]

[REDACTED]

Carolyn Ells, PhD
Chair, Research Ethics Committee

CE/lm
06-066Finalapproval.doc

CENTRE DE RECHERCHE

Comités d'évaluation scientifique et d'éthique de la recherche
Équipe Saint-Luc du CHUM
Édifice Cooper
3981, boulevard St-Laurent – Mezz 2
Montréal (Québec) H2W 1Y5

Téléphone : 514 – 890-8000 – Poste 14528

Télécopieur : 514 – 412-7394

Courriel : 

Le 14 juin 2006

Docteur Serge Bélisle
Département d'obstétrique/ gynécologie

a/s Dr Christian Rochefort
Hôpital Sainte-Justine
3175 Ch. Côte-Ste-Catherine
Local 8953
Montréal, (Qc) H3T 1C5

Objet : SL 06:025 – Approbation accélérée FINALE CÉR
Titre : Organisation des services infirmiers, satisfaction au travail, épuisement professionnel et qualité des soins: le cas de la néonatalogie.
Protocole: N/A

Cher Docteur,

J'accuse réception de votre message électronique reçu en date du 12 juin 2006 et de la lettre de soutien (datée du 19 mai 2006) émanant de M^{me} Esther Leclerc, Directrice des soins infirmiers ainsi que du formulaire de consentement modifié (français, version du 12 juin 2006), concernant l'étude mentionnée ci-dessus.

Le tout est jugé satisfaisant. Je vous retourne sous pli une copie du formulaire portant l'estampille d'approbation du comité. Seul ce formulaire devra être utilisé pour signature par les sujets.

La présente constitue l'approbation finale du comité suite à une procédure d'évaluation accélérée. Elle est **valide pour un an à compter du 9 mai 2006**, date de l'approbation initiale. Je vous rappelle que toute modification au protocole et/ou au formulaire de consentement en cours d'étude, doit être soumise pour approbation du comité d'éthique.

CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

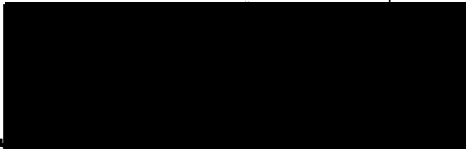
HÔTEL-DIEU (Siège social)
3840, rue Saint-Urbain
Montréal (Québec)
H2W 1T8

HÔPITAL NOTRE-DAME
1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec)
H2L 4M1

HÔPITAL SAINT-LUC
1058, rue Saint-Denis
Montréal (Québec)
H2X 3J4

Le comité suit les règles de constitution et de fonctionnement de l'Énoncé de Politique des trois Conseils et des Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Je vous prie d'accepter, Docteur, mes salutations distinguées.



André Lavoie, avocat
Vice-président
Comité d'éthique de la recherche
Équipe Saint-Luc du CHUM

AL/kb

P.j. : Formulaire de consentement approuvé et estampillé

Cc : Par télécopieur au Bureau des contrats, Centre de recherche, Pavillon Masson, Hôtel-Dieu du CHUM (514) 412-7134



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants



ANNEXE D : EXEMPLES DE FORMULAIRES D'INFORMATION
ET DE CONSENTEMENT

Formulaire d'information et de consentement

Personnel infirmier¹²³

1. Titre de l'étude :

Organisation des services infirmiers, satisfaction au travail, épuisement professionnel et qualité des soins : Le cas de la néonatalogie.

2. Nom des chercheurs :

- Chercheur principal : Monsieur Christian Rochefort, Ph.D. (Candidat)
Étudiant-chercheur, Université de Montréal
- Collaborateur interne : Madame Angèle Saint-Jacques, inf., M.Sc.
Directrice des soins infirmiers, CHU Sainte-Justine
- Collaborateurs externes : Madame Lise Lamothe, Ph.D.
Directrice de recherche, Université de Montréal
- Monsieur Sean P. Clarke, Ph.D.
Codirecteur de recherche, Université de Pennsylvanie

3. Source de financement

Pour ce projet de recherche, l'étudiant-chercheur a obtenu une bourse de formation doctorale du Centre de formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI). Le Centre FERASI est établi à l'Université de Montréal. Il est financé par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS).

4. Invitation à participer à un projet de recherche

Le département de néonatalogie du CHU Sainte-Justine participe à un protocole de recherche dont le but est de comprendre comment le travail du personnel infirmier et l'organisation des services infirmiers peuvent influencer la qualité des soins infirmiers offerts à sa clientèle. Ce protocole de recherche vise aussi à comprendre comment l'organisation des services infirmiers peut contribuer à la satisfaction au travail et à l'épuisement professionnel du personnel infirmier. Nous sollicitons aujourd'hui votre participation. Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressé à participer à cette étude.

¹²³ Le personnel infirmier comprend les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires.

5. Nature du projet de recherche

Les connaissances actuelles indiquent que l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier peut exercer une influence sur la satisfaction au travail des membres du personnel infirmier, leur épuisement professionnel et la qualité des soins qu'ils offrent aux patients. Or, ces relations n'ont jamais été examinées dans le contexte particulier des unités néonatales de soins intensifs (UNSI) au Québec. De plus, on sait peu de choses du travail du personnel infirmier sur ces unités. C'est à ces questions que s'intéresse la présente étude. Au total, 12 unités néonatales de soins intensifs, plus de 500 membres du personnel infirmier et plus d'une vingtaine de médecins, professionnels non médecins et parents participeront au projet.

6. Buts et objectifs de l'étude

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui vise à décrire les processus de travail du personnel infirmier sur des unités néonatales de soins intensifs afin de comprendre :

- a) les facteurs organisationnels qui les influencent et ;
- b) les effets de ces facteurs sur la qualité des soins offerts aux patients, la satisfaction au travail et l'épuisement professionnel du personnel infirmier.

7. Comment se déroulera le projet ?

Afin d'atteindre l'objectif de cette recherche, les stratégies suivantes de collecte de données seront employées (cocher la case appropriée selon le participant à l'étude) :

- Une entrevue d'une durée approximative d'une heure. Cette entrevue se déroulera dans une pièce mise à notre disposition par votre centre hospitalier. Elle sera réalisée par l'étudiant-chercheur et son contenu sera enregistré sur une bande magnétique (Audio). Elle surviendra, selon votre préférence, lors d'une de vos journées de travail ou de congé. Si votre préférence est pour une journée de travail, nous déterminerons, selon la disponibilité de personnel permettant de vous remplacer, si l'entrevue sera durant ou en dehors de vos heures de travail. L'entrevue portera sur l'organisation des services infirmiers et le travail du personnel infirmier sur votre unité de soins ainsi que leurs relations avec la qualité des soins offerts aux patients, la satisfaction au travail et l'épuisement professionnel. Voici l'horaire de cette entrevue :
Date : _____ Heure : _____ Pièce : _____
- L'observation des soins infirmiers prodigués aux patients placés sous votre responsabilité. Les observations seront réalisées durant vos quarts de travail habituels selon l'horaire qui a été déterminé avec vous et dont vous avez reçu copie. Cet horaire donne le moment et la durée des périodes d'observations. Elles seront réalisées par l'étudiant-chercheur. Durant les observations, il est possible que ce dernier vous pose des questions afin de préciser ses observations. Ces dernières ainsi que vos réponses aux questions de l'étudiant-chercheur pourront être notées de manière anonyme sur une grille d'observations.
- La consultation de vos notes d'évolution (notes au dossier). Cette consultation permettra de récolter des données au sujet des soins infirmiers documentés dans ces dossiers. Certaines informations démographiques au sujet des patients pourront également être récoltées (par ex. : âge de l'enfant, raison de l'admission sur l'unité, durée de séjour). Les consultations surviendront durant vos quarts de travail habituels. Elles seront réalisées par l'étudiant-chercheur. Des données anonymes pourront être notées sur une grille d'observations. Avant de consulter les dossiers en question, le consentement des parents / tuteurs sera obtenu.

8. Quelles sont les conditions pour pouvoir participer à l'étude ?

Pour pouvoir participer à cette étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes :

- a) Être une infirmière, une infirmière auxiliaire ou un préposé aux bénéficiaires travaillant à l'unité néonatale de soins intensifs ou à l'unité néonatale de soins intermédiaires **OU**;
- b) Être une infirmière, une infirmière auxiliaire ou un préposé aux bénéficiaires travaillant sur l'équipe volante ou pour le système de remplacement et dont l'assignation vous amène à travailler à l'unité néonatale de soins intensifs ou à l'unité néonatale de soins intermédiaires au moment de l'étude **ET**;
- c) Consentir à participer à la présente étude.

9. Quels sont les avantages et bénéfices ?

Par cette étude, nous cherchons à identifier des stratégies qui aideront les gestionnaires à mieux organiser les services infirmiers sur les unités néonatales de soins intensifs. Plus spécifiquement, ces stratégies devraient contribuer à accroître, d'une part, la qualité des soins infirmiers offerts aux patients et la satisfaction au travail du personnel infirmier. D'autre part, elles devraient aider à diminuer l'épuisement professionnel de ce dernier. Il est donc possible que vous, vos collègues du personnel infirmier et vos patients bénéficiez des retombées de cette étude. Enfin, les résultats de cette recherche contribueront également à faire avancer les connaissances dans le domaine de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier.

10. Quels sont les inconvénients et les risques ?

À notre connaissance, il n'existe aucun risque associé à la participation à cette étude. Veuillez toutefois prendre note que la participation à une entrevue peut générer, chez le participant, un certain niveau de fatigue. De plus, le fait d'être observé ou de répondre à des questions d'entrevue peut occasionner une certaine gêne ou un léger malaise qui découlent de la présence d'un intervieweur / observateur inconnu (l'étudiant-chercheur). Ce type d'inconfort disparaît généralement par lui-même, après quelques minutes.

11. Dans quels cas l'étude peut-elle être suspendue ?

À la demande du personnel médical, infirmier ou des parents / familles, l'étude pourra être arrêtée lors de situations d'extrême urgence ou lorsque l'intimité de la famille doit être préservée.

12. Comment la confidentialité est-elle assurée ?

Tous les renseignements obtenus sur vous dans le cadre de ce projet de recherche seront confidentiels, à moins d'une autorisation de votre part ou d'une exception de la loi. Plus spécifiquement, les données provenant des entrevues, de l'observation et de la consultation des notes d'évolution seront complètement rendues anonymes. Pour ce faire, un système de codes sera employé par l'étudiant-chercheur durant la transcription, l'analyse des données et la transmission des résultats de l'étude. Par exemple, INF1(HôpA) servira à désigner la première infirmière interviewée, observée ou dont les notes au dossier auront été consultées à l'hôpital A. Des codes similaires seront utilisés pour les autres membres du personnel infirmier.

Aux fins de vérifier la saine gestion de la recherche, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche ou des organismes qui financent la bourse de formation de l'étudiant-chercheur consulte les données de recherche.

L'ensemble des données recueillies durant cette étude seront utilisées uniquement à des fins de recherche (par ex. : production d'un rapport de recherche, publications et communications scientifiques) par l'étudiant-chercheur. Aucune information permettant de vous identifier ne sera recueillie ou utilisée. En tout temps, les données seront conservées dans un classeur sous clé situé à la pièce 8955 du CHU Sainte-Justine et/ou dans un ordinateur protégé par un code d'accès connu uniquement de l'étudiant-chercheur. Ces données seront conservées pendant une période de sept ans, après quoi elles seront entièrement détruites.

13. Responsabilité des chercheurs

En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle.

14. Y a-t-il une compensation prévue pour vos dépenses et inconvénients ?

Aucune compensation ou indemnité n'est offerte en guise de dédommagement pour les inconvénients, les déplacements, les dépenses encourues par le participant du fait de sa participation à l'étude.

15. Liberté de participation

Votre participation à cette étude est libre et volontaire. Par ailleurs, une non participation à l'étude sera pour vous sans conséquence et n'aura pas d'impact sur l'évaluation de votre travail. Vous pouvez vous retirer sans préjudice en tout temps et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, nous vous demandons d'aviser l'étudiant-chercheur (voir ses coordonnées ci-dessous). Les données vous concernant seront alors détruites. En tout temps, vous serez avisé de toute nouvelle information susceptible de vous faire reconsidérer votre participation à l'étude.

16. En cas de questions ou de difficultés, avec qui peut-on communiquer ?

Pour plus d'informations concernant cette recherche, vous pouvez contacter :

Monsieur Christian Rochefort
Étudiant-chercheur
CHU Sainte-Justine, Local 8955
3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal, Québec, H3T 1C5
(514) 270-9445
[REDACTED]

Madame Angèle Saint-Jacques
Directrice des soins infirmiers et des
services d'hébergement
CHU Sainte-Justine, Local 8953
3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal, Québec, H3T 1C5
(514) 345-4700

Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à cette étude ou pour toute plainte, vous pouvez communiquer, après en avoir discuté avec l'étudiant-chercheur, avec le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749.

17. Consentement

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après un délai de réflexion d'au moins 24 heures, j'accepte de participer à ce projet de recherche. Enfin, j'autorise également, le cas échéant, que l'entrevue soit enregistrée sur une bande audio.

Nom du participant (Lettres moulées)

Consentement du participant (Signature)

Date

18. Formule d'engagement de l'étudiant-chercheur

Le projet de recherche a été décrit au participant ainsi que les modalités de la participation. Un membre de l'équipe de recherche (l'étudiant-chercheur) a répondu aux questions et a expliqué que la participation au projet de recherche est libre et volontaire. L'équipe de recherche s'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

Nom de l'étudiant-chercheur (Lettres moulées)

Signature de l'étudiant-chercheur

Date



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université 
de Montréal

Formulaire d'information

1. Titre de l'étude :

Organisation des services infirmiers, satisfaction au travail, épuisement professionnel et qualité des soins : Le cas de la néonatalogie.

2. Nom des chercheurs :

- Chercheur principal : Monsieur Christian Rochefort, Ph.D. (Candidat)
Étudiant-chercheur, Université de Montréal
- Collaborateur interne : Madame Angèle Saint-Jacques, inf., M.Sc.
Directrice des soins infirmiers, CHU Sainte-Justine
- Collaborateurs externes : Madame Lise Lamothe, Ph.D.
Directrice de recherche, Université de Montréal
- Monsieur Sean P. Clarke, Ph.D.
Codirecteur de recherche, Université de Pennsylvanie

3. Source de financement

Pour ce projet de recherche, l'étudiant-chercheur a obtenu une bourse de formation doctorale du Centre de formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI). Le Centre FERASI est établi à l'Université de Montréal. Il est financé par le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS).

4. Invitation à participer à un projet de recherche

Le département de néonatalogie du CHU Sainte-Justine participe à un protocole de recherche dont le but est de comprendre comment le travail du personnel infirmier et l'organisation des services infirmiers peuvent influencer la qualité des soins infirmiers offerts à sa clientèle. Ce protocole de recherche vise aussi à comprendre comment l'organisation des services infirmiers peut contribuer à la satisfaction au travail et à l'épuisement professionnel du personnel infirmier. Nous sollicitons aujourd'hui votre participation. Nous vous invitons à lire ce formulaire d'information afin de décider si vous êtes intéressé à participer à cette étude.

5. Nature du projet de recherche

Les connaissances actuelles indiquent que l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier peut exercer une influence sur la satisfaction au travail des membres du personnel infirmier, leur épuisement professionnel et la qualité des soins qu'ils offrent aux patients. Or, ces relations n'ont jamais été examinées dans le contexte particulier des unités néonatales du Québec. De plus, on sait peu de choses du travail du personnel infirmier sur ces unités. C'est à ces questions que s'intéresse la présente étude. Au total, 12 unités néonatales, plus de 500 membres du personnel infirmier et plus d'une vingtaine de médecins, professionnels non médecins et parents de patients participeront au projet.

6. Buts et objectifs de l'étude

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche qui vise à décrire les processus de travail du personnel infirmier sur des unités néonatales afin de comprendre :

- a) les facteurs organisationnels qui les influencent et ;
- b) les effets de ces facteurs sur la qualité des soins offerts aux patients, la satisfaction au travail et l'épuisement professionnel du personnel infirmier.

7. Comment se déroulera le projet ?

Afin d'atteindre l'objectif de cette recherche, les stratégies suivantes de collecte de données seront employées:

- Un questionnaire anonyme. Ce questionnaire permet de récolter des informations sur les principales variables à l'étude soit : l'organisation des services infirmiers, les processus de soins infirmiers, la satisfaction au travail, l'épuisement professionnel et la qualité des soins infirmiers. Il vise aussi à récolter des informations démographiques sur les participants (par ex. : âge, genre, niveaux d'expérience et de formation). Il faut prévoir environ 30 et 45 minutes afin de compléter le questionnaire. Après avoir complété le questionnaire, nous vous demandons de :

- Le placer dans l'enveloppe anonyme accompagnant le questionnaire et le déposer dans la boîte située dans la salle à café du 4^e2 avant le :

8. Quelles sont les conditions pour pouvoir participer à l'étude ?

Pour pouvoir participer à cette étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes :

- a) Être une infirmière ou une infirmière auxiliaire travaillant à l'unité néonatale de soins intensifs ou à l'unité néonatale de soins intermédiaires **OU**;
- b) Être une infirmière ou une infirmière auxiliaire travaillant sur l'équipe volante ou pour le système de remplacement et dont l'assignation vous amène à travailler à l'unité néonatale de soins intensifs ou à l'unité néonatale de soins intermédiaires au moment de l'étude **ET**;
- c) Consentir à participer à la présente étude. Ce consentement est implicite. En acceptant de compléter et de retourner le questionnaire anonyme, vous consentez à participer à l'étude.

9. Quels sont les avantages et bénéfices ?

Par cette étude, nous cherchons à identifier des stratégies qui aideront les gestionnaires à mieux organiser les services infirmiers sur les unités néonatales. Plus spécifiquement, ces stratégies devraient contribuer à accroître, d'une part, la qualité des soins infirmiers offerts aux patients et la satisfaction au travail du personnel infirmier. D'autre part, elles devraient aider à diminuer l'épuisement professionnel de ce dernier. Il est donc possible que vous, vos collègues du personnel infirmier et vos patients bénéficiez des retombées de cette étude. Enfin, les résultats de cette recherche contribueront également à faire avancer les connaissances dans le domaine de l'organisation des services infirmiers en milieu hospitalier.

10. Quels sont les inconvénients et les risques ?

À notre connaissance, il n'existe aucun risque associé à la participation à cette étude. Veuillez toutefois prendre note que le fait de compléter un questionnaire peut générer, chez le participant, un certain niveau de fatigue. Afin de minimiser ce type d'inconfort, nous vous recommandons de compléter le questionnaire à votre rythme, dans le confort de votre domicile, et de nous le retourner tel qu'indiqué ci-dessus.

11. Comment la confidentialité est-elle assurée ?

La confidentialité des informations que vous fournirez en participant à cette étude sera en tout temps parfaitement assurée en raison du caractère anonyme du questionnaire. Veuillez prendre note que l'ensemble des données recueillies durant cette étude seront utilisées uniquement à des fins de recherche (par ex. : production d'un rapport de recherche, publications et communications scientifiques) par l'étudiant-chercheur. Aucune information permettant de vous identifier ne sera recueillie ou utilisée. En tout temps, les données seront conservées dans un classeur sous clé au local 8955 du CHU Sainte-Justine et / ou dans un ordinateur protégé par un code d'accès connu exclusivement de l'étudiant-chercheur. Ces données seront conservées pendant une période de sept ans, après quoi elles seront entièrement détruites.

Aux fins de vérifier la saine gestion de la recherche, il est possible qu'un délégué du comité d'éthique de la recherche ou des organismes qui financent la bourse de formation de l'étudiant-chercheur consulte les données de recherche.

12. Responsabilité des chercheurs

En participant à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs de leur responsabilité légale et professionnelle.

13. Y a-t-il une compensation prévue pour vos dépenses et inconvénients ?

Aucune compensation ou indemnité n'est offerte en guise de dédommagement pour les inconvénients, les déplacements, les dépenses encourues par le participant du fait de sa participation à l'étude.

14. Liberté de participation

Votre participation à cette étude est libre et volontaire. Enfin, une non participation à l'étude est pour vous sans conséquence et n'aura pas d'impact sur l'évaluation de votre travail.

15. En cas de questions ou de difficultés, avec qui peut-on communiquer ?

Pour plus d'informations concernant cette recherche, vous pouvez contacter :

Monsieur Christian Rochefort
Étudiant-chercheur
CHU Sainte-Justine, Local 8955
3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal, Québec, H3T 1C5
(514) 270-9445
[REDACTED]

Madame Angèle Saint-Jacques
Directrice des soins infirmiers et des
services d'hébergement
CHU Sainte-Justine
3175, Côte-Sainte-Catherine
Montréal, Québec, H3T 1C5
(514) 345-4700

Si vous avez des questions concernant vos droits en tant que participant à cette étude ou pour toute plainte, vous pouvez communiquer, après en avoir discuté avec l'étudiant-chercheur, avec le Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CHU Sainte-Justine au (514) 345-4749.

Nous vous rappelons qu'en acceptant de compléter et de retourner le questionnaire anonyme ci-joint, selon les modalités décrites ci-dessus, vous consentez à participer à l'étude.

ANNEXE E : LETTRE D'ENTENTE POUR L'UTILISATION DE LA VERSION
ANGLAISE DU MASLACH BURNOUT INVENTORY

**Christian Rochefort
Montreal University Canada
14-870 Wiseman Avenue
Outremont, P.Q. CANADA H2V 3L1**

**PERMISSION AGREEMENT FOR
MODIFICATION & REPRODUCTION**

Agreement Issued: **June 12, 2006**
Customer Number:
Product Code: **3463L L**
Permission Number: **16026**



In response to your request of May 8, 2005, upon concurrent receipt by CPP, Inc., of this signed Permission Agreement and payment of the Permission Fee, permission is hereby granted to you to modify and reproduce the **Maslach Burnout Inventory-HSS (MBI-HSS)** by incorporating the inventory into a larger survey for research use within your Research entitled, "*Organization of Nursing Services, Job Satisfaction, Burnout, And Quality of Care: The case of Neonatal Intensive Care Units*". Research will be conducted August 1, 2006 through December 1, 2006 and you may reproduce **50 copies** as modified only. This Permission Agreement shall automatically terminate December 1, 2006 or upon violation of this Agreement including, but not limited to, failure to pay the Permission Fee of \$WAIVED + \$WAIVED Processing Fee = Total Due \$WAIVED or by failure to sign and return this Agreement within 45 days from June 12, 2006.

The permission granted hereunder is limited to this one-time use only.

The permission granted hereunder is specifically limited as specified in this agreement.

The permission granted hereunder shall be for research use of printed material only.

The permission granted hereunder specifically excludes the right to reproduce modified materials in any publication, including dissertations or theses.

This Permission Agreement shall be subject to the following conditions:

- (a) Any material reproduced must be used in accordance with the guidelines of the American Psychological Association.
- (b) Any material reproduced must contain the following credit lines:

"Modified and reproduced by special permission of the Publisher, CPP, Inc., Mountain View, CA 94043 from **Maslach Burnout Inventory-HSS** by Christina Maslach and Susan E. Jackson. Copyright 1986 by CPP, Inc. All rights reserved. Further reproduction is prohibited without the Publisher's written consent."

- (c) None of the materials may be sold or used for purposes other than those mentioned above, including, but not limited to, any commercial or for-profit use. Commercial and/or for profit use of the copyright-protected materials and/or any derivative work of the modified materials is specifically excluded from the permission granted herein.
- (d) **One copy of any material reproduced will be sent to the Publisher immediately after its completion to indicate that the appropriate credit line has been used. This Agreement shall be rescinded if one copy of the material is not received within forty-five days of reproduction/publication by a CPP representative.**
- (e) CPP subscribes to the general principles of test use as set forth in the *Standards for Educational and Psychological Testing* by the American Psychological Association. The customer's/user's attention is drawn to the following statements:

"The test user, in selecting or interpreting a test, should know the purposes of the testing and the probable consequences. The user should know the procedures necessary to facilitate effectiveness and to reduce bias in test use. Although the test developer and publisher should provide information on the strengths and weaknesses of the test, the ultimate responsibility for appropriate test use lies with the test user. The user should become knowledgeable about the test and its appropriate use and also communicate this information, as appropriate, to others.



6.1 Test users should evaluate the available written documentation on the validity and reliability of tests for the specific use intended.

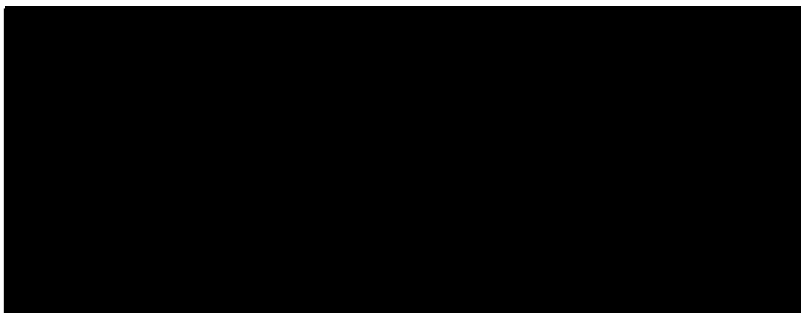
6.3 When a test is to be used for a purpose for which it has not been validated, or for which there is no supported claim for validity, the user is responsible for providing evidence of validity.

6.5 Test users should be alert to probable unintended consequences of test use and should attempt to avoid actions that have unintended negative consequences."

CPP shall not be responsible for the use or misuse of the materials or services licensed under this permission agreement. The customer/user assumes all responsibility for use or misuse of the same. Unless expressly agreed to in writing by CPP, all materials and services are licensed without warranty, express or implied, including the implied warranties of merchantability and fitness for a particular purpose. Refund of fees at CPP's sole option is the sole and exclusive remedy and is in lieu of actual, consequential, or incidental damages for use or misuse of CPP materials and services and in no event shall CPP liability exceed the contract fees of license of said materials and services. Unless otherwise expressed this agreement is for modification and reproduction of said items only. To request permission for inclusion of Sample Items from the material, please contact CPP's Licensing Department.

- (f) **Christian Rochefort**, agrees that the (MBI-HSS) as modified under this Agreement is a derivative work of the (MBI-HSS) and hereby automatically assigns all right, title, and interest in any such derivative work created under this Permission Agreement in perpetuity to CPP, or as directed by CPP, immediately upon completion and without further consideration.

CPP, INC.



By _____
Christian Rochefort
 Date May 17 2006

ANNEXE F : Grille d'observations

	DESCRIPTION DE LA SITUATION OBSERVÉE (QUI est impliqué ? – QUE se passe-t-il ?			COMMENTAIRES / RÉFLEXIONS / REMARQUES
<u>SITUATION 1</u> Date : _____ Heure : _____ Lieu : _____				
<u>SITUATION 2</u> Date : _____ Heure : _____ Lieu : _____				

ANNEXE G : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ / SEMI-STRUCTURED INTERVIEW GUIDE

Personnel infirmier / Nursing staff¹²⁴

Nom de l'hôpital / Hospital name: _____
Personne interviewée / Person interviewed: _____
Occupation / Position : _____
Numéro de téléphone / Phone number : _____
Quart de travail (Si pertinent) / Shift (If relevant) : _____
Date de l'entrevue / Interview date : _____

INTRODUCTION :

FRANCAIS :

Merci de prendre quelques instants pour participer à cette recherche. L'entrevue durera entre une heure et une heure trente minutes. Tel que je vous l'indiquais avant de débiter, notre discussion sera enregistrée sur une bande magnétique et son contenu sera analysé et utilisé uniquement pour les fins de la présente étude. Dans le rapport de recherche ou dans les publications qui en découleront, toute information vous concernant sera anonymisée. Nous débuterons par un bref questionnaire démographique portant sur votre expérience et votre formation. Puis, nous enchaînerons avec l'entrevue.

ENGLISH:

Thanks for taking the time to participate in this study. It should take between an hour and an hour and a half to complete the interview. As discussed, the interview will be tape recorded and its content will be used only for the purpose of the study. In the final research report or in any publications that will follow, no identifying data will be used. We will begin with a short demographic survey about your experience and training. Then, the interview will follow.

QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE / DEMOGRAPHIC SURVEY :

- Depuis combien de temps êtes-vous (infirmière, auxiliaire, préposé) / How long have you been a (nurse, nursing assistant, orderly / BA)? _____ (années / years)
- Depuis combien de temps travaillez-vous à cet hôpital / How long have you been working at this hospital ? _____ (années / years)
- Depuis combien de temps travaillez-vous sur cette unité / How long have you been working on this unit ? _____ (années / years)
- Quel est le diplôme scolaire le plus élevé que vous détenez actuellement / What is the highest degree that you currently hold ? _____ (DES, DEP, DEC, B.Sc., M.Sc., Autres).
- Quel âge avez-vous / How old are you? _____ (années / years).

¹²⁴ Le personnel infirmier fait référence aux infirmières, aux infirmières auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires.

ENTREVUE / INTERVIEW : [(F) = Français ; (E) = English]

1. (F) Pouvez-vous me décrire vos principales fonctions ou responsabilités sur votre unité en tant que _____ (infirmière, auxiliaire, préposé) ? En quoi consiste votre travail exactement ?
- (E) Could you describe me your main functions or responsibilities as a _____ (nurse, nursing assistant, orderly / BA) on this unit? What does your work consist of exactly?
- _____
- _____
2. (F) Selon vous, quelles sont les principales fonctions ou responsabilités **des autres membres** du personnel infirmier ?
- (E) According to you, what are the main functions or responsibilities **of the other members** of the nursing staff?
- 2.1 Celles de l'infirmière / Those of the nurse (Si pertinent selon la personne interviewée) :
- _____
- _____
- 2.2 Celles de l'auxiliaire / Those of the nursing assistant (Si pertinent selon la personne interviewée) :
- _____
- _____
- 2.3 Celles du préposé aux bénéficiaires / Those of the orderly or BA (Si pertinent selon la personne...) :
- _____
- _____
3. (F) Quelles sont les principales différences entre les fonctions et responsabilités que vous venez d'énumérer et ce que l'on peut normalement observer sur l'unité ? Comment s'expliquent ces différences ? Quel est leur impact au quotidien ?
- (E) What are the major differences between the functions and responsibilities you just enumerated and what we can normally observe on the unit? How do you explain these differences? How can they influence on the daily work?
- _____
- _____
4. (F) À votre connaissance, est-ce que les fonctions et responsabilités du personnel infirmier sur votre unité ressemblent à ce que l'on peut observer dans les autres unités de néonatalogie ? Quelles sont les principales différences ou les particularités de votre unité ?

- (E) As far as you know, are the functions and responsibilities of the nursing staff on your unit similar to those we can observe on other neonatal units? What are the major differences or the particularities of your unit?

5. (F) Pouvez-vous m'expliquer en quoi les fonctions et responsabilités du personnel infirmier peuvent contribuer à la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?

- (E) Can you explain me how the functions and responsibilities of the nursing staff can contribute to the quality of care offered to patients and families?

- 5.1 Pour ce qui est des fonctions et des responsabilités de l'infirmière ? / Regarding the functions and responsibilities of the nurse ?

- 5.2 En ce qui concerne les fonctions et les responsabilités de l'auxiliaire ? / Concerning the functions and the responsibilities of the nursing assistant ?

- 5.3 Quant aux fonctions et aux responsabilités du préposé aux bénéficiaires ? / As for the functions and responsibilities of the orderly / BA ?

6. (F) Par cette étude, je cherche à savoir comment l'organisation des services infirmiers dans les unités néonatales influence le travail du personnel infirmier, leur satisfaction au travail, leur épuisement professionnel ainsi que la qualité des soins qui sont offerts aux patient et aux familles.

- (E) With this study, we are seeking to understand how the organization of nursing services on neonatal units can influence on the work of the nursing staff, their job satisfaction and job-related burnout as well as the quality of care offered to patients and families.

- 6.1 (F) Pouvez-vous m'identifier des facteurs, reliés à l'organisation des services infirmiers, qui facilitent ou qui entravent votre travail sur cette unité ?

- (E) Can you identify factors that are related to the organization of nursing services on your unit and that can facilitate or impede your work?

PROBES : (À utiliser si aucune réponse ne vient de manière spontanée)

- 6.1.1 Vos collègues de travail (leur expérience, leur formation, leur expertise) / Your work colleagues (their experience, education or expertise) ;
- 6.1.2 Le type, le nombre ou la condition des patients dont vous avez la charge / The type, the number or the condition of the patients under your care ;
- 6.1.3 Votre charge de travail / Your workload ;
- 6.1.4 Les familles des patients, leurs caractéristiques, leur participation aux soins / What about the families, their characteristics and participation in care activities ;
- 6.1.5 Le nombre d'infirmières dans l'équipe / The number of nurses on staff ;
- 6.1.6 Le nombre d'auxiliaires dans l'équipe / The number of nursing assistants on staff ;
- 6.1.7 Le nombre de préposés aux bénéficiaires dans l'équipe / The number of orderlies/BAs on staff ;
- 6.1.8 Le nombre de réceptionnistes, de commis sur l'unité ; The number of receptionists and unit agents / secretaries on the unit ;
- 6.1.9 Le personnel de l'équipe volante / Staff from the float team ;
- 6.1.10 Les heures supplémentaires (volontaires et obligatoires) ; Overtime hours ;
- 6.1.11 L'équipement mis à votre disposition / The equipment at your disposal ;
- 6.1.12 La configuration physique de l'unité ou l'architecture des lieux / The architecture or the configuration of the unit.

- 6.2 (F) Pouvez-vous m'expliquer comment s'exercent leurs influences ?
 (E) Can you explain me what are their influences?

- 6.3 (F) En quoi ces facteurs peuvent-ils influencer la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?
 (E) How these factors can influence on the quality of patient and family care?

- 6.4 (F) En quoi ces facteurs peuvent-ils vous influencer (par ex.: fatigue, stress, manque de motivation, insatisfaction)?
 (E) How can these factors influence on you (e.g. fatigue, stress, lack of motivation, dissatisfaction)?

7. (F) Quelle est votre opinion sur l'usage des protocoles de soins ou des ordonnances standardisées sur votre unité ?
(E) What is your opinion on the use of nursing protocols or standing orders on your unit?

- 7.1 (F) Quelle sont leurs influences sur votre travail quotidien ?
(E) What are their influences on your daily work?

- 7.2 (F) Sur la qualité des soins infirmiers offerts aux patients et aux familles ?
(E) On the quality of care offered to the patients and families?

- 7.3 (F) Quelle est votre opinion sur l'autonomie professionnelle des infirmières de votre unité ?
(E) What is your opinion on the professional autonomy of the nurses on your unit?

- 7.4 (F) C'est quoi, pour vous, l'autonomie professionnelle ? Comment vous définissez ça ?
(E) What does professional autonomy mean for you? How would you define it?

8. (F) Que pensez-vous du programme d'orientation sur votre unité ?
(E) What is your opinion about the orientation program on your unit?

- 8.1 (F) Comment ce programme peut-il influencer la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?
(E) How does this program influence on the quality of care offered to patients and families?

- 8.2 (F) Est-ce qu'il y a un programme de formation continue sur cette unité ? Qu'en pensez-vous ?
Croyez-vous que cela a une influence sur la qualité des soins infirmiers ?

(E) Is there a continuing education program on your unit? What is your opinion about it? Do you think it influence on the quality of nursing care?

9. (F) Quelle est votre opinion au sujet de **la communication et de la coordination des soins** sur votre unité ?

(E) What is your opinion about the **communication and care coordination** on your unit?

9.1. (F) Selon vous, en quoi la situation décrite influence-t-elle :

(E) According to you, how this situation can influence on:

9.1.1 (F) Votre travail comme _____ (infirmière, auxiliaire, préposé) sur votre unité ?

(E) Your work on the unit as a _____ (nurse, nursing assistant, orderly / BA)?

9.1.2 (F) La qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?

(E) The quality of care offered to the patients and the families?

9.1.3 (F) Comment cette situation peut-elle vous influencer (par ex. : fatigue, stress, insatisfaction)?

(E) How this situation can influence on you (e.g. fatigue, stress, dissatisfaction)?

9.2. (F) De quoi parlez-vous au juste lorsque vous communiquez avec les médecins ou les professionnels non médecins durant les quarts de travail ?

(E) During your work shifts, for what reasons do you usually communicate with physicians and / or non physician health professionals?

9.3. (F) Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation que vous venez de décrire ?

(E) According to you, how the situation you just described might be improved?

10. (F) Maintenant, j'aimerais mieux comprendre comment le travail est coordonné entre votre unité et **les autres unités de l'hôpital** (par ex. : salle d'accouchement, pouponnières, salle d'opération, unités de pédiatrie).

(E) Now, I would like to better understand how work is coordinated between your unit and the **other units in the hospital** (e.g. case room / labor and delivery room, nurseries, operating room, paediatrics units).

10.1 (F) Que pensez-vous de la façon dont le travail est coordonné avec ces unités ?

(E) What is your opinion on how work is coordinated with these units?

10.2 (F) Selon vous, en quoi cette situation peut influencer la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?

(E) According to you, how this situation can influence on the quality of care offered to patients and families?

10.3 (F) Comment cette situation peut-elle vous influencer (par ex. : fatigue, stress, insatisfaction)?

(E) How this situation can influence on you (e.g. fatigue, stress, dissatisfaction)?

10.4 (F) À votre avis, qu'est-ce qui pourrait-être fait pour améliorer la situation ?

(E) In your opinion, how this situation could be improved?

11. (F) J'ai observé que des bébés étaient souvent transférés d'une unité de néonatalogie et / ou d'un hôpital à un autre.

(E) I noticed that infants were frequently transferred from one neonatal unit or hospital to the other.

11.1 (F) Que pensez-vous de la coordination des soins entre votre unité et les autres hôpitaux ou unités de néonatalogie de la région ?

- (E) What is your opinion on how care is coordinated between your unit and the other neonatal units or hospitals in the region?

- 11.2 (F) Selon vous, en quoi la situation décrite peut influencer la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?

- (E) According to you, how the situation you just described can influence on the quality of care offered to patients and families?

- 11.3 (F) Comment cette situation peut-elle vous influencer (par ex. : fatigue, stress, insatisfaction) ?

- (E) How this situation can influence on you (e.g. fatigue, stress, dissatisfaction)?

- 11.4 (F) À votre avis, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation ?

- (E) According to you, how this situation could be improved?

12. (F) Maintenant, j'aimerais que nous parlions de la **qualité des soins infirmiers** sur votre unité :

- (E) Now, I would like that we talk about the **quality of nursing care** on your unit:

- 12.1 (F) C'est quoi, pour vous, des soins infirmiers de qualité ? Comment vous définissez ou décrivez la qualité ?

- (E) According to you, what is high quality nursing care? How do you define or describe quality?

- 12.2 (F) Quelle est votre opinion sur la qualité des soins infirmiers offerts aux patients et aux familles de votre unité ?

- (E) What is your opinion on the quality of nursing care offered to patients and families on your unit?

QUESTIONS RELIÉES À DES PROCESSUS SPÉCIFIQUES / QUESTIONS RELATED TO SPECIFIC PROCESSES

13. (F) J'aimerais vous poser quelques questions sur ce qui se passe **lorsqu'un nouveau patient est admis** sur l'unité.

(E) I would like to ask you a few questions about what happens **when a new patient is admitted** on the unit.

13.1 (F) D'où proviennent habituellement les patients admis sur cette unité ?

(E) From where do the patients admitted on this unit usually come from?

13.2 (F) Quelle est la procédure habituelle lorsqu'un nouveau patient est admis sur l'unité ? Qui est habituellement impliqué ? Qui fait quoi ?

(E) What are the usual procedures when a new patient is admitted on the unit? Who is usually involved? Who does what?

13.3 (F) En quoi l'organisation des services infirmiers sur votre unité peut faciliter ou entraver la procédure d'admission d'un nouveau patient ?

(E) How the organization of nursing services on your unit can facilitate or impede the usual procedures for admitting a new patient?

13.3.1 (F) Comment ces éléments influencent-ils votre travail ?

(E) How these elements can influence on your work?

13.3.2 (F) En quoi influencent-ils la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?

(E) How can they influence on the quality of care offered to patients and families?

13.3.3 (F) En quoi vous influencent-ils (par ex. : fatigue, stress, insatisfaction, etc.) ?

(E) How can they influence on you (e.g. fatigue, stress, dissatisfaction, etc.)?

13.4 (F) Selon vous, en quoi la procédure actuelle d'admission de nouveaux patients pourrait-elle être améliorée ?

(E) According to you, how the actual procedures for admitting new patients might be improved?

14. (F) Maintenant, j'aimerais savoir ce qui se passe quand un patient **est transféré** de cette unité vers d'autres unités de l'hôpital ou vers d'autres centres hospitaliers.

(E) Now, I would like to know what happens when a patient is transferred from your unit to another neonatal unit or hospital.

14.1 (F) Quelle est la procédure habituelle lors du transfert d'un patient ? Qui est habituellement impliqué ? Qui fait quoi ?

(E) What are the usual procedures when a patient is transferred? Who is usually involved? Who does what?

(F) En quoi l'organisation des services infirmiers sur cette unité peut faciliter ou entraver la procédure de transfert du patient ?

(E) How the organization of nursing services on your unit can facilitate or impede the usual procedures for transferring a patient?

14.1.1 (F) Quelle est l'influence de ces éléments sur votre travail ?

(E) How these elements can influence on your work?

14.1.2 (F) En quoi influencent-ils la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?

(E) How can they influence on the quality of care offered to patients and families?

- 14.1.3 (F) En quoi vous influencent-ils (par ex. : fatigue, stress, motivation, etc.) ?
 (E) How can they influence on you (e.g. fatigue, stress, lack of motivation, dissatisfaction)?

- 14.2 (F) Comment la procédure actuelle de transfert d'un patient pourrait-elle être améliorée ?
 (E) How the actual procedures for transferring patients could be improved?

15. (F) Maintenant, j'aimerais que nous parlions de la façon dont **les tournées** sont faites sur votre unité.
 (E) Now, I would like to ask you a few questions about how patient rounds are conducted on your unit.

- 15.1 (F) Quand les tournées se font-elles ? _____. Combien de fois par jour ? _____
 (E) When are they conducted? _____. How many times a day? _____

- 15.2 (F) Qui participe aux tournées ?
 (E) Who participates in patient rounds?

- 15.3 (F) Qu'est-ce qui est normalement discuté lors des tournées ?
 (E) What is typically discussed during patient rounds?

- 15.4 (F) Comment pouvez-vous décrire la participation du personnel infirmier aux tournées ? Quelles sont leurs contributions?
 (E) How can you describe nursing staff's participation in patient rounds? What are their contributions?

- 15.5 (F) Avez-vous des suggestions quant à la façon dont les tournées pourraient être améliorées ?
 (E) Any suggestions on how patient rounds might be improved?

16. (F) Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions au sujet de la façon dont se déroule le **rapport inter-service**.

(E) Now, I would like to ask you a few questions about shift reports.

16.1 (F) À quel moment a lieu le rapport ? _____. Durée approximative ? _____

(E) When do they typically occur? _____. How long do they last? _____

16.2 (F) Où se fait le rapport inter-service ? _____

(E) Where do they typically occur? _____

16.3 (F) Qui est habituellement présent ? Comment ça se passe ?

(E) Who is usually present? How do things happen?

16.4 (F) Quels types d'informations sont normalement échangées lors du rapport inter-service ?

(E) What kinds of issues are usually discussed during shift reports?

16.5 (F) En quoi la façon dont se déroule le rapport inter-service pourrait-elle être améliorée ?

(E) In your opinion, how the process of shift report might be improved?

17. (F) Lors de **situations critiques ou d'urgence** (par ex. : l'état de santé d'un patient se dégrade, un arrêt cardio-respiratoire):

(E) In critical care situations (e.g. a patient's conditions deteriorates, a cardiac arrest):

17.1 (F) Dans de telles situations, comment voyez-vous le rôle de l'infirmière, de l'auxiliaire et du préposé aux bénéficiaires ?

(E) In such situations, how do you see the role of the nurse, the nursing assistant and the orderly or BA?

17.2 (F) Lors de telles situations, en quoi l'organisation des services infirmiers sur votre unité peut faciliter ou entraver les opérations ?

(E) In such situations, how the organization of nursing services on your unit can facilitate or impede operations or processes?

- 17.2.1 (F) Comment ces éléments influencent-ils votre travail ?
 (E) How these elements can influence on your work?

- 17.2.2 (F) En quoi influencent-ils la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?
 (E) How can they influence on the quality of care offered to patients and families?

- 17.2.3 (F) En quoi vous influencent-ils (par ex. : fatigue, stress, manque de motivation, insatisfaction) ?
 (E) How can they influence on you (e.g. fatigue, stress, lack of motivation, dissatisfaction)?

- 17.3 (F) En quoi la situation actuelle pourrait-elle être améliorée ?
 (E) In your opinion, how the situation we just discussed might be improved?

18. (F) Ma connaissance du fonctionnement des unités néonatales m'indique qu'il est inévitable qu'un certain nombre **d'erreurs, d'incidents ou d'accidents** surviennent de temps à autre.
 (E) From what I know about the workings of neonatal units, it is inevitable that a certain number of **errors, incidents or accidents**, occur from time to time.

- 18.1 (F) Pouvez-vous me décrire quelques-uns de ces incidents ou accidents qui sont reliés, selon vous, à l'organisation des services infirmiers sur cette unité ?
 (E) What are some of the incidents or accidents that have occurred in your unit in the past months and that are related, in your opinion, to the organization of nursing services?

- 18.2 (F) En quoi la situation décrite pourrait-elle être améliorée ?
 (E) How the situation you just described might be improved?

**ANNEXE H : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ / SEMI STRUCTURED INTERVIEW
GUIDE**

Médecins et professionnels non médecins / Physicians and non physician health professionals¹²⁵

Nom de l'hôpital / Hospital name : _____

Personne interviewée / Person interviewed : _____

Occupation / Position : _____

Coordonnées / Phone number : _____

Quart de travail (Si pertinent) / Shift (If relevant) : _____

Date de l'entrevue / Interview date : _____

INTRODUCTION :

FRANCAIS :

Merci de prendre quelques instants pour participer à cette recherche. L'entrevue durera entre une heure et une heure trente minutes. Tel que je vous l'indiquais avant de débiter, notre discussion sera enregistrée sur une bande magnétique et son contenu sera analysé et utilisé uniquement pour les fins de la présente étude. Dans le rapport de recherche ou dans les publications qui en découleront, toute information vous concernant sera anonymisée. Nous débuterons par un bref questionnaire démographique portant sur votre expérience et votre formation. Puis, nous enchaînerons avec l'entrevue.

ENGLISH:

Thanks for taking the time to participate in this study. It should take between an hour and an hour and a half to complete the interview. As discussed, the interview will be tape recorded and its content will be used only for the purpose of the study. In the final research report or in any publications that will follow, no identifying data will be used. We will begin with a short demographic survey about your experience and training. Then, the interview will follow.

QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE / DEMOGRAPHIC SURVEY:

- Depuis combien de temps êtes-vous (médecin, professionnel non médecin)? / How long have you been a (physician, non physician health professional)? _____ (années / years)
- Depuis combien de temps travaillez-vous à cet hôpital ? / How long have you been working at this hospital ? _____ (années / years).
- Combien d'années d'expérience avez-vous aux soins intensifs néonataux ? / How many years of experience do you have working in NICUs _____ (années / years)
- Quel est le diplôme scolaire le plus élevé que vous détenez actuellement ? / What is the highest degree that you currently hold? _____ (BAC, M.D., M.Sc., Ph.D., autres).
- Quel âge avez-vous? / How old are you? _____ (années / years).

¹²⁵ Les professionnels non médecins font référence aux pharmaciens, inhalothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.

ENTREVUE / INTERVIEW : (F) = Français ; (E) = English |

1. (F) Pouvez-vous me décrire vos principales fonctions ou responsabilités sur cette unité en tant que _____ (médecin, professionnel non médecin)? En quoi consiste votre travail ?
- (E) Could you describe me your main functions or responsibilities on the unit as a _____ (physician, non physician health professional)? What does your work consist of exactly?
- _____
- _____
2. (F) Selon vous, quelles sont les principales fonctions ou responsabilités des différents membres du personnel infirmier sur cette unité ?
- (E) According to you, what are the main functions or responsibilities of the different members of the nursing staff on this unit?
- 2.1 Celles de l'infirmière / Those of the nurse :
- _____
- _____
- 2.2 Celles de l'auxiliaire / Those of the nursing assistant:
- _____
- _____
- 2.3 Celles du préposé aux bénéficiaires / Those of the orderly or BA :
- _____
- _____
3. (F) Quelles sont les principales différences entre les fonctions et responsabilités que vous venez d'énumérer et ce que l'on peut normalement observer sur l'unité ? Comment s'expliquent ces différences ? Quel est leur impact au quotidien ?
- (E) What are the major differences between the functions and responsibilities you just enumerated and what we can normally observe on the unit? How do you explain these differences? How can they influence on the daily work?
- _____
- _____
4. (F) À votre connaissance, est-ce que les fonctions et responsabilités du personnel infirmier sur cette unité ressemblent à ce que l'on peut observer dans les autres unités de néonatalogie ? Quelles sont les principales différences ou les particularités de votre unité ?

- (E) As far as you know, are the functions and responsibilities of the nursing staff on your unit similar to those we can observe on other neonatal units? What are the major differences or the particularities of your unit?

5. (F) Pouvez-vous m'expliquer en quoi les fonctions ou responsabilités du personnel infirmier peuvent contribuer à votre travail sur cette unité en tant que _____ (médecin, professionnel) ?

- (E) Can you explain me how the functions and responsibilities of the nursing staff can contribute to your work on this unit as a _____ (physician, non physician health professional)?

- 5.1 Pour ce qui est des fonctions et des responsabilités de l'infirmière ? / Regarding the functions and responsibilities of the nurse ?

- 5.2 En ce qui concerne les fonctions et les responsabilités de l'auxiliaire ? / Concerning the functions and the responsibilities of the nursing assistant ?

- 5.3 Quant aux fonctions et aux responsabilités du préposé aux bénéficiaires ? / As for the functions and responsibilities of the orderly / BA?

6. (F) Maintenant, si je vous posais la même question mais en ce qui concerne leur contribution à la qualité des soins qui sont offerts aux patients et aux familles, que me répondriez-vous ?

- (E) Now, if ask you the same question but as regards their contribution to the quality of care offered to patients and families, what would you say?

- 6.1 Pour ce qui est des fonctions et des responsabilités de l'infirmière ? / Regarding the functions and responsibilities of the nurse ?

- 6.2 En ce qui concerne les fonctions et les responsabilités de l'auxiliaire ? / Concerning the functions and responsibilities of the nursing assistant ?

- 6.3 Quant aux fonctions et aux responsabilités du préposé aux bénéficiaires ? / As for the functions and responsibilities of the orderly / BA ?
-
-

7. (F) Par cette étude, je cherche à savoir si la façon dont les services infirmiers sont organisés dans les unités néonatales peut influencer le travail des différents professionnels œuvrant sur ces unités et la qualité des soins offerts aux patients et aux familles.
- (E) With this study, we are seeking to understand how the organization of nursing services on neonatal units can influence the work of the different health professional working on these units as well as the quality of care offered to patients and families.
- 7.1 (F) Pouvez-vous m'identifier des facteurs, reliés à l'organisation des services infirmiers, qui facilitent ou qui entravent votre travail sur cette unité ?
- (E) Can you identify factors that are related to the organization of nursing services on your unit and that can facilitate or impede your work?
-
-

PROBES : (À utiliser si aucune réponse ne vient de manière spontanée)

- 7.1.1 Les infirmières (leur expérience, leur formation, leur expertise) / The nurses (their experience, education or expertise) ;
- 7.1.2 Le type, le nombre ou la condition des patients dont elles ont la charge / The type, the number or the condition of the patients they care for ;
- 7.1.3 La charge de travail des infirmières / Nurses' workload ;
- 7.1.4 Le nombre d'infirmières dans l'équipe / The number of nurses on staff ;
- 7.1.5 Le nombre d'infirmières auxiliaires dans l'équipe / The number of nursing assistants on staff ;
- 7.1.6 Le nombre de préposés aux bénéficiaires dans l'équipe / The number of orderlies/BAs on staff ;
- 7.1.7 Le nombre de réceptionnistes, de commis sur l'unité / The number of receptionists and unit agents / secretaries on the unit ;
- 7.1.8 L'équipement mis à votre disposition / The equipment at your disposal ;
- 7.1.9 La configuration physique de l'unité ou l'architecture des lieux / The architecture or the configuration of the unit.

7.2 (F) Pouvez-vous m'expliquer comment s'exercent leurs influences ?

(E) Can you explain me what are their influences?

7.3 (F) En quoi ces facteurs peuvent-ils influencer la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?

(F) How these factors can influence on the quality of patient and family care?

7.4 (F) En quoi ces facteurs peuvent-ils vous influencer (par ex. : fatigue, stress, manque de motivation, insatisfaction)?

(E) How can these factors influence on you (e.g. fatigue, stress, lack of motivation, dissatisfaction)?

8. (F) Quelle est votre opinion sur l'usage des protocoles de soins ou des ordonnances standardisées sur votre unité ?

(E) What is your opinion on the use of nursing protocols or standing orders on your unit?

8.1 (F) Est-ce qu'ils ont une influence sur votre travail quotidien ?

(E) Do they have an influence on your daily work?

8.2 (F) Sur la qualité des soins infirmiers offerts aux patients et aux familles ?

(E) On the quality of care offered to the patients and families?

8.3 (F) Quelle est votre opinion sur l'autonomie professionnelle des infirmières de cette unité ?

(E) What is your opinion on the professional autonomy of the nurses on your unit?

- 8.4 (F) C'est quoi, pour vous, l'autonomie professionnelle ? Comment vous définissez ça ?
(E) What does professional autonomy mean for you? How would you define it?

9. (F) Quelle est votre opinion au sujet **la communication et de la coordination des soins** sur votre unité ?
(E) What is your opinion about the **communication and care coordination** on your unit?

- 9.1. (F) Selon vous, en quoi la situation décrite influence-t-elle :

(E) According to you, how this situation can influence on:

- 9.1.1 (F) Votre travail comme _____ (médecin ou professionnel non médecin) sur cette unité ?

(E) Your work on the unit as a _____ (physician, non physician professional)?

- 9.1.2 (F) La qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?

(E) The quality of care offered to the patients and the families?

- 9.1.3 (F) Comment cette situation peut-elle vous influencer (par ex. : fatigue, stress, insatisfaction) ?

(E) How this situation can influence on you (e.g. fatigue, stress, dissatisfaction)?

- 9.2. (F) De quoi parlez-vous au juste lorsque vous communiquez avec le personnel infirmier durant les quarts de travail ?

(E) During your work shifts, for what reasons do you usually communicate with the nursing staff?

- 9.3. (F) Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation que vous venez de décrire ?
- (E) According to you, how the situation you just described could be improved?

10. (F) Maintenant, j'aimerais mieux comprendre comment le travail est coordonné entre votre unité et **les autres unités de l'hôpital** (par ex. : salle d'accouchement, pouponnières, salle d'opération, unités de pédiatrie).
- (E) Now, I would like to better understand how work is coordinated between your unit and the **other units in the hospital** (e.g. case room / labor and delivery room, nurseries, operating room, pediatrics units).

- 10.1 (F) Que pensez-vous de la façon dont le travail est coordonné avec ces unités ?
- (E) What is your opinion on how work is coordinated with these units?

- 10.2 (F) Selon vous, en quoi cette situation peut influencer la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?
- (E) According to you, how this situation can influence on the quality of care offered to patients and families?

- 10.3 (F) Comment cette situation peut-elle vous influencer (par ex. : fatigue, stress, insatisfaction)?
- (E) How this situation can influence on you (e.g. fatigue, stress, dissatisfaction)?

- 10.4 (F) À votre avis, qu'est-ce qui pourrait-être fait pour améliorer la situation ?
- (E) In your opinion, how this situation could be improved?

- 11 (F) J'ai observé que des bébés étaient souvent transférés d'une unité de néonatalogie et / ou d'un hôpital à un autre.
- (E) I noticed that infants were frequently transferred from one neonatal unit or hospital to the other.

- 11.1 (F) Que pensez-vous de la coordination des soins entre votre unité et les autres hôpitaux ou unités de néonatalogie de la région ?
 (E) What is your opinion on how care is coordinated between your unit and the other neonatal units or hospitals in the region?

- 11.2 (F) Selon vous, en quoi la situation décrite peut influencer la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?
 (E) According to you, how the situation you just described can influence on the quality of care offered to patients and families?

- 11.3 (F) Comment cette situation peut-elle vous influencer (par ex. : fatigue, stress, insatisfaction) ?
 (E) How this situation can influence on you (e.g. fatigue, stress, dissatisfaction)?

- 11.4 (F) À votre avis, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation ?
 (E) According to you, how this situation could be improved?

- 12 (F) Maintenant, j'aimerais que nous parlions de la **qualité des soins infirmiers** sur votre unité :
 (E) Now, I would like that we talk about the **quality of nursing care** on your unit:

- 12.1 (F) C'est quoi, pour vous, des soins infirmiers de qualité ? Comment vous définissez ou décrivez la qualité ?
 (E) According to you, what is high quality nursing care? How do you define or describe quality?

- 12.2 (F) Quelle est votre opinion sur la qualité des soins infirmiers offerts aux patients et aux familles de votre unité ?
 (E) What is your opinion on the quality of nursing care offered to patients and families on your unit?

QUESTIONS RELIÉES À DES PROCESSUS SPÉCIFIQUES / QUESTIONS RELATED TO SPECIFIC PROCESSES

13. (F) J'aimerais vous poser quelques questions sur ce qui se passe **lorsqu'un nouveau patient est admis** sur l'unité.

(E) I would like to ask you a few questions about what happens **when a new patient is admitted** on the unit.

13.1 (F) D'où proviennent habituellement les patients admis sur cette unité ?

(E) From where do the patients admitted on this unit usually come from?

13.2 (F) Quelle est la procédure habituelle lorsqu'un nouveau patient est admis sur l'unité ? Qui est habituellement impliqué ? Qui fait quoi ?

(E) What are the usual procedures when a new patient is admitted on the unit? Who is usually involved? Who does what?

13.3 (F) En quoi l'organisation des services infirmiers sur cette unité peut faciliter ou entraver la procédure d'admission d'un nouveau patient ?

(E) How the organization of nursing services on your unit can facilitate or impede the usual procedures for admitting a new patient?

13.3.1 (F) Comment ces éléments influencent-ils votre travail ?

(E) How these elements can influence your work?

13.3.2 (F) En quoi influencent-ils la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?

(E) How can they influence on the quality of care offered to patients and families?

- 13.3.3 (F) En quoi vous influencent-ils (par ex. : fatigue, stress, insatisfaction, etc.) ?
 (E) How can they influence on you (e.g. fatigue, stress, dissatisfaction, etc.)?

- 13.4 (F) Selon vous, en quoi la procédure actuelle d'admission de nouveaux patients pourrait-elle être améliorée ?
 (E) According to you, how the actual procedures for admitting new patients might be improved?

14. (F) Maintenant, j'aimerais savoir ce qui se passe quand un patient **est transféré** de cette unité vers d'autres unités de l'hôpital ou vers d'autres centres hospitaliers.
 (E) Now, I would like to know what happens when a patient is transferred from your unit to another neonatal unit or hospital.

- 14.1 (F) Quelle est la procédure habituelle lors du transfert d'un patient ? Qui est habituellement impliqué ? Qui fait quoi ?
 (E) What are the procedures when a patient is transferred? Who is involved? Who does what?

- 14.2 (F) En quoi l'organisation des services infirmiers sur cette unité peut faciliter ou entraver la procédure de transfert du patient ?
 (E) How the organization of nursing services on your unit can facilitate or impede the usual procedures for transferring a patient?

- 14.2.1 (F) Quelle est l'influence de ces éléments sur votre travail ?
 (E) How these elements can influence on your work?

- 14.2.2 (F) En quoi influencent-ils la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?
 (E) How can they influence on the quality of care offered to patients and families?

- 14.2.3 (F) En quoi vous influencent-ils (par ex. : fatigue, stress, motivation, etc.) ?
 (E) How can they influence on you (e.g. fatigue, stress, lack of motivation, dissatisfaction)?

- 14.3 (F) Comment la procédure actuelle de transfert d'un patient pourrait-elle être améliorée ?
 (E) How the actual procedures for transferring patients could be improved?

15. (F) Maintenant, j'aimerais que nous parlions de la façon dont **les tournées** sont faites sur votre unité.
 (E) Now, I would like to ask you a few questions about how patient rounds are conducted on your unit.

- 15.1 (F) Quand les tournées se font-elles ? _____ Combien de fois par jour ? _____
 (E) When are they conducted? _____. How many times a day? _____

- 15.2 (F) Qui participe aux tournées ?

- (E) Who participates in patient rounds?

- 15.3 (F) Qu'est-ce qui est normalement discuté lors des tournées ?
 (E) What is typically discussed during patient rounds?

- 15.4 (F) Comment pouvez-vous décrire la participation du personnel infirmier aux tournées ?
 Quelles sont leurs contributions ?

- (E) How can you describe nursing staff's participation in patient rounds? What are their contributions?

- 15.5 (F) Avez-vous des suggestions quant à la façon dont les tournées pourraient être améliorées ?
 (E) Any suggestions on how patient rounds might be improved?

16. (F) Lors de **situations critiques ou d'urgence** (par ex. : l'état de santé d'un patient se dégrade, un arrêt cardio-respiratoire) :

(E) In critical care situations (e.g. a patient's condition deteriorates, a cardiac arrest):

16.1 (F) Dans de telles situations, comment voyez-vous le rôle de l'infirmière, de l'auxiliaire et du préposé aux bénéficiaires ?

(E) In such situations, how do you see the role of the nurse, the nursing assistant and the orderly or BA?

16.2 (F) Lors de telles situations, en quoi l'organisation des services infirmiers sur votre unité peut faciliter ou entraver les opérations ?

(E) In such situations, how the organization of nursing services on your unit can facilitate or impede operations or processes?

16.2.1 (F) Comment ces éléments influencent-ils votre travail ?

(E) How these elements can influence on your work?

16.2.2 (F) En quoi influencent-ils la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?

(E) How can they influence on the quality of care offered to patients and families?

16.2.3 (F) En quoi vous influencent-ils (par ex. : fatigue, stress, manque de motivation, insatisfaction) ?

(E) How can they influence on you (e.g. fatigue, stress, lack of motivation, dissatisfaction)?

16.3 (F) En quoi la situation actuelle pourrait-elle être améliorée ?

(E) In your opinion, how the situation we just discussed might be improved?

17. (F) Ma connaissance du fonctionnement des unités néonatales m'indique qu'il est inévitable qu'un certain nombre **d'erreurs, d'incidents ou d'accidents** surviennent de temps à autre.
- (E) From what I know about the workings of neonatal units, it is inevitable that a certain number of **errors, incidents or accidents**, occur from time to time.
- 17.1 (F) Pouvez-vous me décrire quelques-uns de ces incidents ou accidents qui sont reliés, selon vous, à l'organisation des services infirmiers sur cette unité ?
- (E) What are some of the incidents or accidents that have occurred in your unit in the past months and that are related, in your opinion, to the organization of nursing services?
-
-
- 17.2 (F) En quoi la situation décrite pourrait-elle être améliorée ?
- (E) How the situation you just described might be improved?
-
-
18. (F) Si vous étiez en charge de cette unité, quelles seraient vos actions les plus pressantes en lien avec l'organisation des services infirmiers ?
- (E) If you were in charge of this unit, what would be your most urgent or pressing actions regarding the organization of nursing services?
-
-
19. (F) Au-delà des différents points que nous venons de discuter, y a-t-il des choses que vous aimeriez ajouter sur les thèmes abordés dans cette entrevue ?
- (E) Beyond what we have discussed, do you have other comments or suggestions about the different topics we covered in this interview?
-
-

Je vous remercie beaucoup d'avoir participé à cette étude ! Vos commentaires et réflexions sont très précieux !

Thanks for participating in this study! Your comments and thoughts are very important!

Notes sur le déroulement de l'entrevue

- 1 Comment s'est déroulée l'entrevue ? Quelque chose d'étonnant, de surprenant ?

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ / SEMI-STRUCTURED INTERVIEW**GUIDE**

Gestionnaires / Managers

Nom de l'hôpital / Hospital name : _____

Personne interviewée / Person interviewed : _____

Occupation / Position : _____

Numéro de téléphone / Phone number : _____

Quart de travail (Si pertinent) / Shift (If relevant): _____

Date de l'entrevue / Interview date : _____

INTRODUCTION :**FRANCAIS**

Merci de prendre quelques instants pour participer à cette recherche. L'entrevue durera entre une heure et une heure trente minutes. Pour certaines questions, il est possible que vous ayez besoin de référer à vos rapports administratifs ou à différentes données statistiques découlant du fonctionnement de l'unité. Tel que je vous l'indiquais avant de débiter, notre discussion sera enregistrée sur une bande magnétique et son contenu sera analysé et utilisé uniquement pour les fins de la présente étude. Dans le rapport de recherche ou dans les publications qui en découleront, toute information vous concernant sera anonymisée. Nous débuterons par un bref questionnaire démographique portant sur votre expérience et votre formation. Puis, nous enchaînerons avec l'entrevue.

ENGLISH

Thanks for taking the time to participate in this study. It should take between an hour and an hour and a half to complete the interview. For some questions, it is possible that you will need to consult your administrative reports or statistics. As discussed, the interview will be tape recorded and its content will be used only for the purpose of the study. In the final research report or in any publications that will follow, no identifying data will be used. We will begin with a short demographic survey about your experience and training. Then, the interview will follow.

QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE / DEMOGRAPHIC SURVEY :

- Depuis combien de temps êtes-vous (infirmière, médecin)? / How long have you been a (RN, MD)? _____ (années / years)
- Depuis combien de temps travaillez-vous à cet hôpital ? / How long have you been associated with this hospital ? _____ (années / years)
- Depuis combien de temps travaillez-vous sur cette unité ? / How long have you been working on this unit ? _____ (années / years)
- Quel âge avez-vous? / How old are you? _____ (années / years).
- Quel est le diplôme scolaire le plus élevé que vous détenez actuellement ? _____ (DEC, B.Sc., M.Sc., M.D., autres).

Structure et fonctionnement général de l'unité / Unit general structure and operations

1. (F) Depuis combien d'années cette unité existe-t-elle ? _____ (années).
 (E) How many years ago was this unit built? _____ (years).
2. (F) A-t-elle été rénovée, remodelée ou transformée depuis son ouverture ? _____ Quand ? _____
 (E) Was the unit renovated, remodelled or transformed since it opened? _____ When? _____
 (F) Quels motifs ont contribué à ces rénovations ou transformations ?
 (E) For what reasons the unit was renovated or transformed?

3. (F) Avez-vous une unité de soins néonataux intermédiaires ? _____ (oui / non).
 (E) Does your unit have an intermediate neonatal unit? _____ (yes / no).
4. (F) Quelle est la **superficie totale** de l'unité en mètres carrés ? _____ m². Quelle est la superficie de l'unité néonatale de soins intensifs ? _____ m². Quelle est la superficie de l'unité néonatale de soins intermédiaires ? _____ m².
 (E) What is the **total size** of the unit in square meters? _____ m². What is the size of the neonatal intensive care unit? _____ m². What is the size of the intermediate neonatal unit? _____ m².
5. (F) De quels types de lits votre unité dispose-t-elle et en quel nombre ?
 (E) What is the type and number of beds your unit is composed of?

	Soins intensifs / Intensive care	Soins intermédiaires / Intermediate care
TYPE	Nombre / Number	Nombre / Number
Médical / Medical		
Chirurgical / Surgical		
Spécialités / Specialty :		

6. (F) Sur la base des réponses aux questions 4 et 5, déterminer les ratios suivants :
 (E) Based on responses to questions 4 and 5, determine the following ratios:
 Nombre de lits totaux : Superficie totale : _____ lits / m² (Beds / m²)
 Nombre de lits de soins intensifs : Superficie des soins intensifs : _____ lits / m² (Beds / m²)
 Nombre de lits de soins intermédiaires : Superficie des soins inter. : _____ lits / m² (Beds / m²)
7. (F) Avez-vous des lits dédiés spécifiquement aux patients nécessitant une isolation _____ (oui / non) ? Si oui, combien de lits de soins intensifs ? _____. Combien de lits de soins intermédiaires ? _____.

- (E) Do you have beds specifically dedicated to patients needing isolation _____ (yes / no)?
If yes, how many intensive care beds? _____. How many intermediate care beds? _____
8. (F) Qu'est-ce qui distingue un patient de soins intensifs d'un patient de soins intermédiaires sur cette unité ? Quelles sont les principales distinctions entre les soins et les services offerts ?
(E) What are the major differences between an intensive care patient and an intermediate care patient on your unit? What are the major differences between the care and the services offered?

9. (F) Quel est le **taux moyen d'occupation** de l'unité pour les trois dernières années / mois ?
(E) What is the **unit average occupancy rate** for the past three years / months?
2003 : _____ % Mois / Month 3 _____ %
2004 : _____ % Mois / Month 2 _____ %
2005 : _____ % Mois / Month 1 _____ %
10. (F) Quelles sont les principales **spécialités médicales** qui offrent des soins et des services à la clientèle néonatalogique sur cette unité ? Quelles sont les **particularités de cette unité** ?
(E) What are the major medical specialties offering care and services to neonatal patients on this unit? What are **the particularities of this unit**?

11. (F) Quel type de **couverture médicale** est offerte sur cette unité durant les quarts de travail de soir, de nuit et de fin de semaine ? (par ex. : présence continue d'un intensiviste sur l'unité, des résidents sont présents le soir et la nuit et l'intensiviste est de garde à la maison, etc.).
(E) What type of **medical coverage** is offered on this unit during the evening, night and weekend shifts? (e.g. a physician is always available in the NICU, medical residents are present in the NICU while the neonatologist is on call at home, etc.).

12. (F) D'où proviennent les patients admis sur cette unité ? Dans quelles proportions ?
(E) From where do the patients admitted on this unit usually come from? In what proportions?

13. (F) Quels sont les **critères d'admission** sur cette unité ? (Est-ce qu'il y a des critères d'exclusion ?).
Particularités de cette unité ?

(E) What are the **criteria**s to be admitted on this unit? Any exclusion criterion?

14. (F) Quels sont les **critères de congé** ?

(E) What are the **discharge criteria**s?

15. (F) Est-ce que votre unité dispose de **particularités technologiques** non offertes dans les autres unités néonatales de soins intensifs de la région ? Quelles sont ces particularités ?

(E) Does your unit have any **technological particularities** not offered in the other NICUs in the region? What are these particularities?

Structure et fonctionnement des services infirmiers / Nursing services structure and operations

16. (F) Quel est le **ratio infirmière-patient moyen** et **la variation** de ce ratio pour les quarts de travail suivants ?

(E) What is the average **nurse-to-patient ratio** and **the range** of this ratio for the following shifts?

	Soins intensifs / Intensive care		Soins intermédiaires / Intermediate care	
	Jours de semaine / Week days	Fins de semaine / Weekends	Jours de semaine / Week days	Fins de semaine / Weekends
Ratio				
Jour / Day				
Soir / Evening				
Nuit / Night				

17. (F) Selon quels critères le ratio infirmière-patient **aux soins intensifs** est-il déterminé ?

(E) According to what criteria are determined the nurse to patient ratios in the **intensive care unit**?

18. (F) Selon quels critères le ratio infirmière-patient aux **soins intermédiaires** est-il déterminé ?
 (E) According to what criteria are determined the nurse to patient ratios in the **intermediate care unit**?

19. (F) Quelle est **la composition de base du personnel infirmier (équipe de base)** sur votre unité ?
 Pour chacune des catégories de personnel suivantes, indiquez si vous en faites ou non usage et, dans l'affirmative, le nombre constituant votre équipe de base pour chaque quart de travail.
 (E) How is normally composed the nursing staff on your unit. For each work shift, indicate whether and how many of the following kinds of nursing personnel staff your NICU.

	<u>OUI / NON</u>	Si oui, combien ? / If yes, how many ?		
	<u>YES - NO</u>	<u>J / D</u>	<u>S / E</u>	<u>N / N</u>
AIC – Infirmière en charge / AHN - Charge nurse	_____	_____	_____	_____
Chef d'équipe / Team leader	_____	_____	_____	_____
Infirmières cliniciennes spécialisées / CNS	_____	_____	_____	_____
Infirmières / Nurses	_____	_____	_____	_____
Infirmières auxiliaires / Nursing assistants :	_____	_____	_____	_____
Préposés aux bénéficiaires / Orderlies, BAs :	_____	_____	_____	_____
Secrétaires, commis / Secretaries, unit agents	_____	_____	_____	_____

20. (F) Quel pourcentage de votre personnel travaille sur des quarts de travail de :
 (E) What percentage of your staff works the following shifts:

	Infirmières / Nurses (%)	Auxiliaires / Assistants (%)	Préposés / Orderlies (%)
Huit heures? / Eight hours?	_____	_____	_____
Douze heures? / Twelve hours?	_____	_____	_____
Rotation ? / Rotation ?	_____	_____	_____
Autres ? Spécifiez : _____	_____	_____	_____

21. (F) Est-ce que votre unité est considérée en **pénurie de personnel infirmier** ? _____ (oui / non) ?
 Si oui, de quel(s) type(s) de personnel manquez-vous ? En quel nombre ?
 (E) Is your unit experiencing a shortage of nursing staff? _____ (yes / no) ? If yes, what type(s) of nursing staff do you need? How many vacant positions do you have?

Infirmières / Nurses _____, Combien / How many : J/D : ___, S/E : ___, N : ___
 Auxiliaires / Nursing assistants _____, Combien / How many : J/D : ___, S/E : ___, N : ___
 Préposés / Orderlies or BAs _____, Combien / How many : J/D : ___. S/E : ___, N : ___

22. (F) En moyenne, combien de temps faut-il pour combler un poste pour les catégories suivantes de personnel?

(E) In average, how long does it takes to fill a position for the following categories of staff?

Assistante infirmière-chef / Assistant head nurse : Temps moyen / Average time : _____
Infirmières / Nurses : Temps moyen / Average time : _____
Auxiliaires / Nursing assistants : Temps moyen / Average time : _____
Préposés / Orderlies, BAs : Temps moyen / Average time : _____

23. (F) Est-ce que votre unité fait appel aux **infirmières ou aux auxiliaires de l'équipe volante** pour combler les besoins ponctuels en personnel ? _____ (oui / non). Si oui, veuillez indiquer ci-dessous le nombre mensuel moyen de demandes par quart de travail et le pourcentage de ces demandes qui ont effectivement été comblées au cours des 12 derniers mois ?

(E) Does your unit use **nurses or nursing assistants from the float team** to fill in for sick / absent staff nurses or nursing assistants? _____ (yes / no). If yes, please indicate the average number of requests and the percentage of those requests that were filled in, over the last 12 months, by nurses or nursing assistants of the float team.

	Semaine / Week days				Fins de semaine / Weekends			
	Infirmières / Nurses		Aux. / Nurs. Assist.		Infirmières / Nurses		Aux. / Nurs. Assist.	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
J / D								
S / E								
N								

24. (F) Est-ce que votre unité fait appel aux **infirmières ou aux auxiliaires d'agences privées** pour combler les besoins ponctuels en personnel ? _____ (oui / non). Si oui, veuillez indiquer ci-dessous le nombre mensuel moyen de demandes par quart de travail et le pourcentage de ces demandes qui ont effectivement été comblées au cours des 12 derniers mois ?

(E) Does your unit use **agency nurses or nursing assistants** to fill in for sick / absent staff nurses or nursing assistants? _____ (yes / no). If yes, please indicate the average number of requests and the percentage of those requests that were filled in, over the last 12 months, by nurses or nursing assistants of the float team.

	Semaine / Week days				Fins de semaine / Weekends			
	Infirmières / Nurses		Aux. / Nurs. Assist.		Infirmières / Nurses		Aux. / Nurs. Assist.	
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
J / D								
S / E								
N								

25. (F) Est-ce que votre unité a recours aux **heures supplémentaires (volontaires ou obligatoires)** afin de combler les besoins ponctuels en personnel ? _____ (oui / non). Si oui, au cours des 12 derniers mois, quel pourcentage des heures travaillées l'on été en heures supplémentaire ?
- (E) Does your unit use **overtime hours (voluntary or mandatory)** to fill in for sick / absent staff? _____ (yes / no). If yes, over the past 12 months, what is the percentage of worked hours that were worked in overtime on your unit.

	Semaine / Weekdays		Fin de semaine / Weekends	
	Infirmière / Nurses (%)	Auxiliaire / Nursing assistants (%)	Infirmière / Nurses (%)	Auxiliaire / Nursing assistants (%)
J / D				
S / E				
N				

26. (F) Est-ce que les personnes qui sont désignées comme assistantes infirmières-chefs ou comme infirmières en charge sont toujours les mêmes à exercer ces fonctions ?
- (E) Is the person designated as the charge nurse or the assistant nurse manager / assistant head nurse of a shift consistently the same person?

	JOURS DE SEMAINE WEEK DAYS (OUI - YES / NON - NO)	FINS DE SEMAINE WEEKENDS (OUI - YES / NON - NO)
JOUR / DAY	_____	_____
SOIR / EVENING	_____	_____
NUIT / NIGHT	_____	_____

- (F) Est-ce que les personnes qui sont désignées comme assistantes infirmières-chefs ou comme infirmières en charge ont normalement des patients à leur charge ? (Oui / Non).
- (E) Does the charge nurse or the assistant head nurse / assistant nurse manager of a shift routinely have a patient assignment (Yes / No).

	JOURS DE SEMAINE	FINS DE SEMAINE
	WEEK DAYS	WEEK ENDS
JOUR / DAY	_____	_____
SOIR / EVENING	_____	_____
NUIT / NIGHT	_____	_____

27. (F) Quel est **le mode de distribution de soins** utilisé sur cette unité (Tel que décrit par l'infirmière-chef ou l'assistante infirmière-chef) ?
- (E) What is the **care delivery model** on your unit? (As specified by the head nurse / nurse manager or the assistant head nurse / assistant nurse manager) ?
- Fonctionnel / Functional : _____
- Par équipe / Team nursing : _____
- Soins primaires / Globaux / Intégraux / Primary nursing : _____
- Gestion de cas / Case management : _____
- Autres (Spécifier) / Other (please specify) : _____
28. (F) Sur la base des observations sur le terrain et des entrevues, est-ce que le **mode de distribution de soins observé** correspond au **mode de distribution de soins décrit par l'infirmière-chef ou l'assistante infirmière-chef** ? Quels sont les écarts observés ?
- (E) Based on field work (observations, interviews), does the care delivery model observed corresponds to the care delivery model specified by the nurse manager / assistant nurse manager? What are the main differences?
- _____
- _____
29. (F) Est-ce que l'unité ou la Direction des soins infirmiers adhère à une **philosophie ou à une conception des soins infirmiers** en particulier (par ex. : Modèle McGill, le « caring », Henderson)?
- (E) Does your nursing unit or the Nursing department adhere to a particular philosophy of nursing care or a specific nursing model (e.g. McGill model of nursing, Caring philosophy, Henderson, etc.)?
- 29.1 (F) Si oui, laquelle ? _____
- (E) If yes, which one? _____

- 29.2 (F) Quelles sont les attentes particulières de l’infirmière-chef et / ou de la Direction des soins infirmiers en lien avec cette philosophie / conception des soins ?
- (E) What are the expectations of the nurse manager and / or the Nursing department about this philosophy or model of nursing care?

- 29.3 (F) Sur la base des observations sur le terrain et des entrevues, est-ce que la **philosophie / conception des soins observée** correspond **à la philosophie / conception des soins spécifiée** ? Quels sont les écarts observés ?

- (E) Based on field work (observations, interviews), does the observed nursing philosophy / model of nursing care corresponds to the specified philosophy / model? What are the major differences?

30. (F) Quelle est la politique de l’unité par rapport à la continuité des soins à l’intérieur de l’unité ?
- (E) What is the unit policy about the continuity of care on the unit?

31. (F) Au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous embauché d’infirmières, d’auxiliaires et de préposés? Combien ont quitté l’unité ? Quel est le taux de roulement du personnel au cours de cette période ?

- (E) Over the last 12 months, how many nurses, nursing assistants and orderlies / BAs were hired? How many left the unit? What is the staff turnover rate for that period?

Nb embauché / Nb hired Nb quitté / Nb left % roulement / turnover

AIC / AHN – Charge nurse :	_____	_____	_____
Cadre-conseil / CNS :	_____	_____	_____
Infirmières / Nurses :	_____	_____	_____
Auxiliaires / Nursing assistants :	_____	_____	_____
Préposés / Orderlies - BAs :	_____	_____	_____

32. (F) Quels sont les **critères pour être embauché** sur cette unité pour :
- (E) What are the requirements to be hired to work on this unit for:
1. Les infirmières / The nurses :

 2. Les infirmières auxiliaires / The nursing assistants :

 3. Les préposés aux bénéficiaires / The orderlies - BAs:

33. (F) Au cours des douze derniers mois, avez-vous été en mesure de satisfaire à l'ensemble de vos critères de sélection lors de l'embauche de nouveau personnel ?
- (E) Over the last 12 months, were you able to meet these criterions when you hired new staff?
- Pour les infirmières / For the nurses : _____ (oui / non)
- Pour les infirmières auxiliaires / For the nursing assistants : _____ (oui / non)
- Pour les préposés aux bénéficiaires / For the orderlies, BAs : _____ (oui / non)
- (F) Si non, quels critères ont dû être modifiés ?
- (E) If no, which criterions were modified?
-
-
34. (F) Est-ce qu'il y a un **programme formel d'orientation** sur cette unité pour les infirmières _____ (oui / non), les infirmières auxiliaires _____ (oui / non) et les préposés aux bénéficiaires _____ (oui / non) ?
- (E) Is there a **formal orientation program** for the nurses _____ (yes / no), the nursing assistants _____ (yes / no) and the orderlies / BAs _____ (yes / no)?
35. (F) Pouvez-vous me décrire brièvement le contenu, la durée et les exigences de réussite du **programme d'orientation** des nouvelles recrues sur cette unité ?
- (E) Can you briefly describe the content, length and requirements of the orientation programs on your unit?
- 36.1 Celui des infirmières / The one for the nurses :

Cours théorique en classe / Class room instruction : _____ (Durée / Duration)
 Préceptorat clinique / Clinical preceptor : _____ (Durée en semaines / Duration in weeks)
 Pré-test écrit / Written pre-test: _____ (oui - yes / non - no), Standard: _____ (note / mark)
 Post-test écrit / Written post-test: _____ , Standard: _____ (note / mark, %)
 Certification : _____ (par ex. : pour des techniques ou procédés de soins / e.g. patient care techniques)

36.2 Celui des auxiliaires / The one for the nursing assistants :

Cours théorique en classe / Class room instruction : _____ (Durée / Duration)
 Préceptorat clinique / Clinical preceptor : _____ (Durée en semaines / Duration in weeks)
 Pré-test écrit / Written pre-test: _____ (oui - yes / non - no), Standard: _____ (note / mark)
 Post-test écrit / Written post-test: _____ , Standard: _____ (note / mark, %)
 Certification : _____ (par ex. : pour des techniques ou procédés de soins / e.g. patient care techniques)

36.3 Celui des préposés / The one for the orderlies and BAs :

Cours théorique en classe / Class room instruction : _____ (Durée / Duration)
 Préceptorat clinique / Clinical preceptor : _____ (Durée en semaines / Duration in weeks)
 Pré-test écrit / Written pre-test: _____ (oui - yes / non - no), Standard: _____ (note / mark)
 Post-test écrit / Written post-test: _____ , Standard: _____ (note / mark, %)
 Certification : _____ (par ex. : pour des techniques ou procédés de soins / e.g. patient care techniques)

36. (F) Que se passe-t-il lorsqu'un des membres du personnel infirmier ne rencontre pas les critères d'évaluation après leur orientation ?

(E) What happens when a member of the nursing staff does not meet the requirements of the orientation program?

37. (F) Est-ce que de la formation continue est offerte sur votre unité pour le personnel infirmier ? _____ (oui / non). Si oui, à quelle fréquence ? _____ (fois / mois). Pouvez-vous me décrire sommairement le contenu de votre programme de formation continue ?

- (E) Is there continuing education activities for the nursing staff on your unit? _____ (yes / no). If yes, indicate the frequency of their occurrence _____ (times / month). Can you briefly describe their content?

38. (F) Est-ce que la performance du personnel infirmier sur cette unité est évaluée de façon périodique?
 (E) Are the members of the nursing staff on your unit routinely evaluated in terms of their performance?

Les infirmières / The nurses : _____ (oui - yes / non - no)

Les infirmières auxiliaires / The nursing assistants : _____ (oui - yes / non - no)

Les préposés aux bénéficiaires / The orderlies or BAs : _____ (oui - yes / non - no)

39. (F) Si oui, **quand et comment** se déroulent ces évaluations (par ex. : la fréquence, le type d'évaluation (clinique, écrite, verbale), les critères d'évaluation, la personne responsable de faire ces évaluations) pour :

- (E) If yes, how and when these evaluations occur (e.g. frequency, type of evaluation, requirements, who does the evaluation) for:

Les infirmières / The nurses :

Les auxiliaires / The nursing assistants :

Les préposés / The orderlies and BAs :

40. (F) Que se passe-t-il si l'un des membres du personnel infirmier ne rencontre pas ces critères ?

- (E) What happens when a member of the nursing staff does not meet these requirements?

POLITIQUES ET PROCÉDÉS DE L'UNITÉ / UNIT POLICIES AND PROCEDURES

41. (F) Que se passe-t-il lorsque la demande pour les soins intensifs **excède le nombre de lits disponibles** sur l'unité ?
- (E) What happens when the demand for neonatal intensive care beds **exceeds the number of beds available** on the unit?
-
-
42. (F) Lorsque qu'elle **excède le nombre d'infirmières disponibles** sur l'unité ?
- (E) When it **exceeds the number of nurses that are available** on the unit?
-
-
43. (F) Quelles sont les heures de visites sur l'unité ? _____ Quelle est la politique de l'unité par rapport au nombre de visiteurs admis au chevet du patient ?
- (E) What are the visiting hours on the unit? _____ What is the unit policy regarding the number of visitors admitted at bedside?
-
-
- (F) Est-ce qu'il y a d'autres commentaires que vous souhaiteriez formuler quant à l'organisation des services infirmiers sur cette unité ou les différents thèmes que nous avons abordés dans cette entrevue?
- (E) Are there any other comments you would like to formulate regarding the organization of nursing services on your unit or the topics we just discussed?
-
-

Merci d'avoir pris quelques instants pour participer à cette étude. Vos commentaires sont très précieux!

Thanks for taking the time to participate in this study! Your comments are very important!

Notes sur le déroulement de l'entrevue

- 2 Comment s'est déroulée l'entrevue ? Quelque chose d'étonnant, de surprenant ?

ANNEXE J : GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-STRUCTURÉ / SEMI-STRUCTURED INTERVIEW**GUIDE**

Parents des patients de l'UNSI / Parents of NICU patients

Nom de l'hôpital / Hospital name : _____

Personne interviewée / Person interviewed : _____

Numéro de téléphone / Phone number : _____

Date de l'entrevue / Interview date : _____

INTRODUCTION :**FRANCAIS :**

Merci de prendre quelques instants pour participer à cette recherche. L'entrevue durera entre 30 et 45 minutes. Tel que je vous l'indiquais avant de débiter, notre discussion sera enregistrée sur une bande magnétique et son contenu sera analysé et utilisé uniquement pour les fins de la présente étude. Dans le rapport de recherche ou dans les publications qui en découleront, toute information vous concernant sera anonymisée. Nous débiterons par un bref questionnaire démographique. Puis, nous enchaînerons avec l'entrevue. **(Remettre le formulaire de consentement au participant une journée avant la date de l'entrevue. Lui demander de le lire et de le signer. Lui remettre une copie du formulaire signé).**

ENGLISH:

Thanks for taking the time to participate in this study. It should take between 30 to 45 minutes to complete the interview. As discussed, the interview will be tape recorded and its content will be used only for the purpose of the study. In the final research report or in any publications that will follow, no identifying data will be used. We will begin with a short demographic survey. Then, the interview will follow **(Give a copy of the consent form to the study participant one day before the interview. Ask the participant to read and sign the consent form. Give a signed copy of the consent form to the participant).**

QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE / DEMOGRAPHIC SURVEY :

- Quel est le genre de la personne interviewée ? / What is the gender of the interviewed person ? _____ (F / M).
- Quel âge avez-vous ? / How old are you? _____ (années / years)
- Quelle est la race de la personne interviewée ? / What is the race of the interviewed person ? _____.
- Quel est le diplôme scolaire le plus élevé que vous détenez actuellement ? / What is the highest degree that you currently hold ? _____ (DES, DEP, DEC, B.Sc., M.Sc., Autres).

ENTREVUE / INTERVIEW :

1. (F) Selon vous, quelles sont les fonctions ou responsabilités des différents membres du personnel infirmier sur cette unité ?

(E) According to you, what are the functions or the responsibilities of the different members of the nursing staff on this unit?

1.1 Celles de l'infirmière / Those of the nurse :

1.2 Celles de l'auxiliaire / Those of the nursing assistant:

1.3 Celles du préposé aux bénéficiaires / Those of the orderlies, BAs :

2. (F) Quelles sont les principales différences entre les fonctions et responsabilités que vous venez d'énumérer et ce que l'on peut observer sur l'unité ? Comment expliquez-vous ces différences ? Ont-elles une influence sur les soins offerts aux patients et aux familles ?

(E) What are the major differences between what you just enumerated and what we can observe of the unit? How do you explain these differences? Do they have an influence on the care that are offered to patients and families?

3. (F) Pouvez-vous m'expliquer en quoi les fonctions ou responsabilités du personnel infirmier peuvent contribuer à la qualité des soins infirmiers offerts aux patients et aux familles ?

4. (E) Can you explain me how the functions or responsibilities of the nursing staff can contribute to the quality of nursing care offered to patients and families?

4.1 (F) Pour ce qui est des fonctions et des responsabilités de l'infirmière ?

(E) As for the functions and responsibilities of the nurse?

4.2 (F) En ce qui concerne les fonctions et des responsabilités de l'auxiliaire ?

(E) Regarding the functions and responsibilities of the nursing assistant?

- 4.3 (F) Quant aux fonctions et aux responsabilités du préposé aux bénéficiaires ?
 (E) Regarding the functions and responsibilities of the orderly or BA?

5. (F) Par cette étude, je cherche à savoir si la façon dont les services infirmiers sont organisés dans les unités néonatales de soins intensifs influence la qualité des soins infirmiers qui sont offerts aux patients et aux familles.
 (E) With this study, we are seeking to understand how the organization of nursing services on neonatal units can influence the quality of care offered to patients and families.
- 5.1 (F) Avez-vous identifié des facteurs, qui peuvent être reliés à la façon dont les services infirmiers sont organisés sur cette unité et qui peuvent, selon vous, influencer la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?
 (E) Did you identify any factors, that may be related to how the nursing services are organized of the unit and that can influence, according to you, the quality of care offered to patients and families?

PROBES : (À utiliser si aucune réponse ne vient de manière spontanée)

- 5.1.1 Les infirmières (leur nombre, leur expérience, leur expertise) / The nurses (their number, experience, expertise) ;
 5.1.2 L'architecture ou la configuration des lieux / The architecture or the configuration of the unit;
- 5.2 (F) Pouvez-vous m'expliquer comment s'exerce leur influence ?
 (E) Can you explain me what are their influences?

6. (F) Quelle est votre opinion au sujet de **la communication et de la coordination des soins** sur cette unité ?
 (E) What is your opinion about the **communication and care coordination** on this unit?

6.1. (F) Selon vous, en quoi la situation décrite influence-t-elle la qualité des soins offerts aux patients et aux familles ?

(E) How this situation can influence the quality of care offered to patients and families?

6.2. (F) Quand vous communiquez avec le personnel infirmier, de quoi parlez-vous au juste ?

(E) For what reasons do you usually communicate with the nursing staff?

6.3. (F) Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation que vous venez de décrire ?

(E) According to you, what could be done to improve the situation you just described?

7. (F) Maintenant, j'aimerais mieux comprendre comment le travail est coordonné entre cette unité et **les autres unités de l'hôpital** (par ex. : salle d'accouchement, pouponnières, salle d'opération, unités de pédiatrie). (Si pertinent selon la personne interviewée et l'unité étudiée).

(E) Now, I would like to better understand how work is coordinated between this unit and the **other units in the hospital** (e.g. case room / labor and delivery room, nurseries, operating room, pediatrics units). (Ask only if relevant according to the interviewed person and the unit studied).

7.1 (F) Que pensez-vous de la façon dont le travail est coordonné avec ces unités?

(E) What is your opinion on how work is coordinated with these units?

7.2 (F) Selon vous, en quoi cette situation peut influencer la qualité des soins infirmiers offerts aux patients et aux familles ?

(E) According to you, how this situation can influence the quality of nursing care offered to patients and families?

7.3 (F) Qu'est-ce qui pourrait-être fait pour améliorer la situation ?

(E) How this situation might be improved?

- 8 (F) J'ai observé que des bébés étaient souvent transférés entre les différentes unités de néonatalogie ou les différents hôpitaux.
- (E) I noticed that infants were frequently transferred from one neonatal unit or hospital to the other.
- 8.1 (F) Que pensez-vous de la coordination de soins entre cette unité et les autres hôpitaux ou unités de néonatalogie de la région ? **(Si pertinent selon le patient)**
- (E) What is your opinion on how care is coordinated between this unit and the other neonatal units or hospitals in the region? **(If relevant according to the interviewed person)**
-
-
- 8.2 (F) Selon vous, en quoi la situation décrite peut influencer la qualité des soins infirmiers qui sont offerts aux patients et aux familles ?
- (E) According to you, how the situation you just described might influence the quality of nursing care offered to patients and families?
-
-
- 8.3 (F) Qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer la situation ?
- (E) How this situation might be improved?
-
-
- 9 (F) Maintenant, j'aimerais que nous parlions de la **qualité des soins infirmiers** sur cette unité :
- (E) Now, I would like that we talk about the **quality of nursing care** on this unit:
- 9.1 (F) Selon vous, c'est quoi des soins infirmiers de qualité ? Comment vous définissez ou décrivez la qualité ?
- (E) According to you, what is high quality nursing care? How do you define or describe quality?
-
-
- 9.2 (F) Quelle est votre opinion sur la qualité des soins infirmiers offerts aux patients et aux familles de cette unité ?
- (E) What is your opinion on the quality of nursing care offered to patients and families on this unit?
-
-

Je vous remercie beaucoup d'avoir participé à cette étude, vos commentaires sont très précieux !

Thanks for participating in this study! Your comments and thoughts are very important!

Annexe K : Organisation des services infirmiers, satisfaction au travail, épuisement professionnel et qualité des soins : Le cas de la néonatalogie.

Chère infirmière de néonatalogie,

Nous avons besoin de votre aide ! Nous menons présentement une recherche afin de mieux comprendre comment l'organisation des services infirmiers influence la qualité des soins offerts aux patients des unités de néonatalogie du Québec. Nous cherchons aussi à comprendre l'influence de l'organisation des services infirmiers sur la satisfaction au travail et l'épuisement professionnel des infirmières de ces unités. En tant qu'infirmière de néonatalogie, votre opinion sur la question est d'une grande importance ! C'est pour cette raison que nous vous demandons de prendre quelques minutes afin de compléter le questionnaire ci-joint.

Ce questionnaire comprend 10 pages. Il faut prévoir entre 30 et 45 minutes pour le compléter. Lorsque vous aurez terminé, nous vous demandons de l'insérer dans l'enveloppe jointe avec cette lettre et de le déposer dans la boîte située à la réception de l'unité (Pièce C-920) avant **17h00 vendredi le 1^{er} décembre**. Veuillez noter que votre participation à cette étude est **volontaire et anonyme**. De plus, l'ensemble des informations que vous fournirez en remplissant ce questionnaire demeureront en tout temps **strictement confidentielles** en raison du caractère anonyme du questionnaire. Les résultats de cette recherche vont aider à proposer des stratégies efficaces permettant d'améliorer la qualité des soins infirmiers offerts à la clientèle néonatalogique du Québec. Ils vont aussi permettre de mieux comprendre les facteurs qui influencent la satisfaction au travail et l'épuisement professionnel des infirmières œuvrant auprès de cette clientèle. Vous bénéficierez donc directement des résultats de cette recherche.

Avant de compléter le questionnaire, nous vous demandons de prendre connaissance du feuillet d'information joint à la présente lettre. Ce feuillet d'information donne plus de renseignements au sujet de l'étude que nous menons. Si vous avez des questions ou si vous désirez formuler des commentaires au sujet de cette étude, vous pouvez contacter M. Christian Rochefort au numéro de téléphone ou à l'adresse électronique figurant au bas de la présente lettre.

Merci à l'avance de participer à cette étude ! Vous aidez ainsi à construire le futur des services infirmiers en néonatalogie !

Sincèrement,




(Candidat au doctorat)

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

(514) 270-9445 (Entre 9h00 et 19h00)



p.j.

SECTION A : Cette section contient des questions sur les caractéristiques de votre emploi. Veuillez noircir la case qui s'applique le mieux à votre situation ou, lorsqu'indiqué, veuillez remplir les espaces.

1. Avez-vous présentement un emploi sur une unité néonatale de soins intensifs ou sur une unité néonatale de soins intermédiaires au Québec ?
 - Oui
 - Non
2. Votre emploi actuel est-il à temps plein ou à temps partiel ?
 - Temps plein
 - Temps partiel
3. Votre emploi actuel est-il...
 - Permanent
 - Temporaire
 - Autre, spécifiez : _____
4. **Lequel** parmi les suivants décrit le mieux votre titre d'emploi actuel ? (En indiquer un seul).
 - Infirmière
 - Infirmière clinicienne (ou infirmière bachelière)
 - Assistante infirmière-chef
 - Cadre-conseil en sciences infirmières (ou infirmière clinicienne spécialisée)
 - Infirmière monitrice
 - Infirmière praticienne (Si vous êtes une infirmière praticienne, veuillez vous rendre à la Section H, page 11).
 - Infirmière-chef (Si vous êtes infirmière-chef, veuillez vous rendre à la Section H, page 11).
 - Autre, spécifiez : _____
5. Quel est votre degré de satisfaction par rapport aux aspects suivants de votre emploi actuel ?

	Très satisfaite	Plutôt satisfaite	Plutôt insatisfaite	Très insatisfaite
1. Votre emploi actuel de manière générale.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Les conditions de travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. L'horaire de travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Les possibilités d'avancement, de carrière.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. L'autonomie professionnelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. La reconnaissance professionnelle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Êtes-vous satisfaite d'exercer la profession d'infirmière ?
 - Très satisfaite
 - Plutôt satisfaite
 - Plutôt insatisfaite
 - Très insatisfaite
7. Au cours des douze prochains mois, est-ce que vous prévoyez quitter...
 1. L'hôpital qui vous emploie actuellement ? Oui Non
 2. L'unité de néonatalogie sur laquelle vous travaillez actuellement? Oui Non

SECTION B : En pensant au dernier mois, indiquez à quelle fréquence les caractéristiques suivantes permettent de décrire la dotation en personnel infirmier sur votre unité de soins. Si les énoncés 6, 8 ou 10 ne s'appliquent pas à votre unité, veuillez inscrire « X » sur la ligne prévue à cet effet.

Veuillez répondre en fonction de l'échelle ci-dessous.								
1	2	3	4					
Très rarement	Rarement	Souvent	Très souvent					
			1	2	3	4		
1.	Le nombre de patients assignés à chaque infirmière est adéquat.				<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	La charge de travail des infirmières est raisonnable étant donné l'état de santé et les besoins des patients.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Plusieurs infirmières sur l'unité n'ont seulement que quelques années d'expérience en néonatalogie.				<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Il y a beaucoup d'infirmières avec peu d'expérience en soins infirmiers sur l'unité.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Le nombre d'infirmières dans l'équipe est adéquat pour assurer les soins aux patients.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Le nombre d'infirmières auxiliaires dans l'équipe est adéquat pour assurer les soins aux patients. (Ne s'applique pas à mon unité de soins : _____).				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Le nombre de préposés aux bénéficiaires dans l'équipe est adéquat étant donné les besoins sur l'unité.				<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Le nombre d'infirmières par rapport au nombre d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires sur l'unité permet d'assurer des soins de qualité aux patients. (Ne s'applique pas à mon unité de soins : _____).				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Nous utilisons des infirmières de l'équipe volante pour remplacer les infirmières de l'unité.				<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Nous utilisons des infirmières d'agences privées pour remplacer les infirmières de l'unité. (Ne s'applique pas à mon unité de soins : _____).				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Les infirmières sont obligées par leur employeur à faire des heures supplémentaires afin de remplacer les infirmières de l'unité.				<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
12.	Les infirmières font des heures supplémentaires de leur plein gré afin de remplacer les infirmières de l'unité.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Les besoins en personnel sont comblés de sorte que le manque de personnel n'influence pas les soins aux patients.				<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
14.	Un nombre suffisant de réceptionnistes et de commis permet de libérer les infirmières de tâches administratives.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SECTION C : Les caractéristiques suivantes sont-elles présentes dans votre milieu de travail actuel ? Noircissez la case qui correspond le mieux à votre opinion.

Veuillez répondre en fonction de l'échelle ci-dessous.								
1	2	3	4					
Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Fortement en accord					
			1	2	3	4		
1.	Des services de soutien appropriés me permettent de passer du temps avec mes patients.				<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
2.	Les médecins et les infirmières ont de bonnes relations de travail.				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Un bon programme d'orientation pour les infirmières nouvellement embauchées.				<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

	1	2	3	4
	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Fortement en accord
				1 2 3 4
34. Le personnel infirmier prend part à la sélection du nouvel équipement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Une infirmière-chef qui soutient le personnel infirmier dans ses prises de décisions, même si le conflit est avec un médecin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Une direction qui écoute et répond aux préoccupations des employés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Un programme d'amélioration continue de la qualité est en activité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Les infirmières sont impliquées dans la régie interne de l'hôpital (par ex. : comités sur les politiques et procédés de soins).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Collaboration entre les infirmières et les médecins.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Un programme de préceptorat pour les infirmières nouvellement recrutées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Les soins infirmiers sont basés sur un modèle infirmier plutôt que sur un modèle médical.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Les infirmières ont la possibilité d'être membres des comités de soins infirmiers et de l'hôpital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Les contributions que font les infirmières aux soins des patients sont publiquement reconnues.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. L'infirmière-chef consulte le personnel au sujet des problématiques et des activités quotidiennes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Les médecins tiennent les infirmières en haute estime.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Un milieu de travail qui est agréable, attrayant et confortable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. La possibilité de travailler sur une unité de soins hautement spécialisée.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Des plans de soins écrits et mis à jour pour tous les patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. La répartition des patients favorise la continuité des soins (par ex. : la même infirmière s'occupe des mêmes patients d'une journée à l'autre).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Les infirmières n'ont pas à aller travailler ailleurs que sur l'unité de soins où elles sont normalement affectées.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Les infirmières prennent part activement à la préparation de leurs propres horaires de travail (par ex. : les jours qu'elles souhaitent travailler, les jours de congé, etc.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Chaque unité de soins détermine ses propres politiques et procédés de soins.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Travailler avec des infirmières d'expérience qui connaissent le fonctionnement de l'hôpital.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Je suis capable de prendre au moins 30 minutes de pause durant ma journée de travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. La plupart du temps, j'ai l'impression que ma charge de travail est raisonnable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Ma charge de travail actuelle va m'amener à chercher un nouvel emploi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Ma charge de travail m'occasionne de rater d'importants changements dans la condition des patients.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Les infirmières et les aides de service ont de bonnes relations de travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Les infirmières et les infirmières auxiliaires ont de bonnes relations de travail. (Ne s'applique pas à mon unité de soins.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Source: Revised Nursing Work Index de Aiken & Patrician (2000). Traduit et adapté par Christian Rochefort (2005) avec permission des auteurs.

SECTION D : Cette section contient des énoncés sur vos sentiments à l'égard de votre emploi. Noircissez la case qui indique le mieux la fréquence d'apparition de ces sentiments en vous.

Veuillez répondre en fonction de l'échelle ci-dessous.							
0	1	2	3	4	5	6	
Jamais	Quelques fois par année ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour	
							0 1 2 3 4 5 6
1.	Je me sens émotionnellement vidée par mon travail.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Je me sens épuisée à la fin de ma journée de travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Je me sens fatiguée quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée de travail.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Je peux facilement comprendre ce que mes patients ou les parents ressentent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	J'ai l'impression que je traite quelques patients comme s'ils étaient des objets impersonnels.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Travailler avec les gens tous les jours est vraiment un effort pour moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Je me sens vidée par mon travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Je sens que j'influence positivement la vie des autres personnes par mon travail.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Je suis devenue plus insensible envers les gens depuis que je fais ce travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	J'ai peur que ce travail m'éloigne de mes émotions.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Je me sens très énergique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Je me sens frustrée par mon travail.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Je sens que je travaille trop fort.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Je ne m'inquiète pas vraiment de ce qui arrive à certains patients.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Travailler en contact direct avec les gens met beaucoup trop de tension sur moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Je peux facilement créer une atmosphère relaxante avec mes patients et les parents.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	J'ai accompli plusieurs choses qui en valaient la peine dans mon travail.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Je me sens vivifiée après avoir travaillé intensivement avec mes patients.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Je me sens comme si j'étais au bout de mon rouleau.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Dans mon travail, je fais face aux problèmes émotionnels très calmement.	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Je sens que des parents me blâment pour certains de leurs problèmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Source : *Maslach Burnout Inventory* de Maslach & Jackson (1986), traduction de Dion, G., & Tessier, R. (1994).

SECTION E: Cette section contient des questions portant sur la qualité des soins infirmiers offerts sur votre unité. Veuillez noircir la case qui correspond le mieux à votre opinion.

1. En général, comment décririez-vous la qualité des soins infirmiers dispensés aux patients sur votre unité de soins ?
 Excellente Bonne Convenable Mauvaise
2. De manière générale, au cours de la dernière année, diriez-vous que la qualité des soins infirmiers sur votre unité a :
 Augmentée Diminuée Est demeurée la même
3. Comment décririez-vous la qualité des soins infirmiers offerts aux patients de votre unité **lors de votre dernier quart de travail complet** ?
 Excellente Bonne Convenable Mauvaise
4. Êtes-vous confiante que les parents de vos patients sont capables de prendre en charge les soins de leur(s) enfant(s) lorsqu'ils reçoivent leur congé de votre unité de soins ?
 Très confiante Confiante Peu confiante Pas du tout confiante

SECTION F: Cette section renferme des questions concernant votre plus récent quart de travail complet. Veuillez noircir la case qui s'applique le mieux à votre situation ou, lorsqu'indiqué, veuillez remplir les espaces.

1. Pour ce dernier quart de travail complet, avez-vous travaillé...
 De jour De soir De nuit Autre, spécifiez : _____
2. Quelle était la durée de votre dernier quart de travail complet?
 Huit heures Douze heures Autre, spécifiez : _____
3. Combien de patients, en moyenne, y avait-il sur votre unité de soins lors de votre dernier quart de travail complet?
 1. Si, sur votre unité de soins, les patients de soins intensifs **sont séparés** des patients de soins intermédiaires, veuillez indiquer:
 - a) Le nombre de patients de soins intensifs présents lors de votre dernier quart de travail: _____ patients.
 - b) Le nombre de patients de soins intermédiaires présents lors de votre dernier quart de travail: _____ patients.

OU

 2. Si, sur votre unité de soins, les patients de soins intensifs **ne sont pas séparés** des patients de soins intermédiaires, veuillez indiquer:
 - a) Le nombre total de patients présents sur votre unité lors de votre dernier quart de travail: _____ patients.
4. Au cours de votre dernier quart de travail complet sur votre unité de soins:
 1. Combien de patients vous étaient assignés? _____ patients.
 2. Combien de nouvelles admissions avez-vous reçu? _____ nouvelles admissions.
 3. Combien de vos patients ont reçu leur congé de l'unité ou ont été transférés? _____ congés ou transferts.
5. Au cours de votre dernier quart de travail, combien pouvait-on compter... (Si votre unité de soins **ne sépare pas** les patients de soins intensifs des patients de soins intermédiaires, **veuillez répondre dans la troisième colonne seulement**. Si, sur votre unité ces patients **sont séparés**, **veuillez répondre dans les deux premières colonnes seulement**).

	Aux soins intensifs	Aux soins intermédiaires	OU Au total
1. D'infirmières aux patients (en vous incluant)?			
2. D'infirmières auxiliaires (Inscrire « 0 » si aucune)?			
3. Préposés aux bénéficiaires (Inscrire « 0 » si aucun)?			

SECTION G : Activités de soins. Pour chacun des énoncés ci-dessous, veuillez répondre aux trois questions suivantes en fonction des échelles proposées :

A) Au cours du dernier mois, à quelle **FREQUENCE** avez-vous réalisé chacune des activités de soins suivantes ?
 1 = Très rarement 2 = Rarement 3 = Souvent 4 = Très souvent

B) Quelle est pour vous l'**IMPORTANTANCE** de ces activités de soins ?
 1 = Pas du tout importantes 2 = Peu importantes 3 = Importantes 4 = Très importantes

C) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été dans l'incapacité de réaliser les activités de soins ci-dessous parce que vous avez **MANQUE DE TEMPS** ?
 1 = Très rarement 2 = Rarement 3 = Souvent 4 = Très souvent

Veuillez répondre à chacun des énoncés comme dans l'exemple ci-dessous :

	A)	B)	C)
Exemple : 1. Évaluer le développement de l'enfant	4	3	2

	A)	B)	C)
1 Évaluer le développement de l'enfant (par ex. : le poids, la taille, l'âge gestationnel, la circonférence crânienne, etc.).			
2 Réaliser l'examen physique néonatal, surveiller les fonctions physiologiques et hémodynamiques, les signes vitaux et les <i>ingesta / excreta</i> .			
3 Surveiller les résultats d'analyses de laboratoire et d'examens diagnostiques.			
4 Évaluer les caractéristiques des signes et symptômes du patient.			
5 Surveiller les effets principaux et secondaires des médicaments ou des traitements, les signes de toxicité médicamenteuse, de réaction allergique ou transfusionnelle ou du choc.			
6 Communiquer à l'équipe médicale les informations ou les particularités au sujet de l'état de santé de l'enfant, sa réponse aux médicaments, traitements, analyses de laboratoire et examens diagnostiques.			
7 Utiliser des approches non pharmacologiques pour soulager ou prévenir les symptômes (par ex. : le toucher, le massage, le contrôle des stimuli environnementaux dont les odeurs, les bruits, la lumière, la température, etc.).			
8 Inspecter la peau, les muqueuses et les yeux afin de prévenir l'apparition d'une plaie, d'une infection ou pour déceler des changements de coloration (par ex. : ictère, érythème), de température ou l'apparition d'œdème.			
9 Réaliser les soins d'une plaie (plaie chirurgicale, escarre de décubitus, ou autre) (c.-à-d. évaluer les caractéristiques de la plaie et des écoulements, débrider, nettoyer et / ou irriguer la plaie, retirer les sutures ou agrafes, appliquer une crème, un pansement, etc.).			
10 Donner le bain à un enfant ou réaliser les soins de la peau, des muqueuses, de la bouche et des yeux.			
11 Réaliser les soins d'une stomie (c.-à-d. évaluer les caractéristiques de la peau, de la stomie et des écoulements, irriguer la stomie, changer le pansement, vider ou changer le sac collecteur, etc.).			
12 Aider les parents ou les membres de la famille à comprendre la condition médicale de l'enfant, ses signes et symptômes, son évolution, les résultats d'analyses de laboratoire ou d'examens diagnostiques et le plan de traitements.			
13 Aider les parents ou les membres de la famille à comprendre les soins, les traitements ou les procédures réalisées ou à venir, les médicaments administrés, leurs effets principaux et secondaires. Faire l'enseignement pré- et / ou postopératoire.			
14 Enseigner aux parents ou aux membres de la famille comment administrer des médicaments ou réaliser des soins, des traitements ou des procédures. Enseigner leurs objectifs ou mécanismes d'action et leurs effets principaux et secondaires.			
15 Enseigner aux parents les soins de l'enfant (c.-à-d. le bain, les soins du cordon ombilical, l'alimentation, etc.) et ses caractéristiques ou besoins selon son stade de développement.			
16 Informer les parents ou les membres de la famille des ressources disponibles dans la communauté.			

A) Au cours du dernier mois, à quelle **FRÉQUENCE** avez-vous réalisé chacune des activités de soins suivantes ?
 1 = Très rarement 2 = Rarement 3 = Souvent 4 = Très souvent

B) Quelle est pour vous l'**IMPORTANTANCE** de ces activités de soins ?
 1 = Pas du tout importantes 2 = Peu importantes 3 = Importantes 4 = Très importantes

C) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été dans l'incapacité de réaliser les activités de soins ci-dessous parce que vous avez **MANQUÉ DE TEMPS** ?
 1 = Très rarement 2 = Rarement 3 = Souvent 4 = Très souvent

	A)	B)	C)
17 Favoriser le processus d'attachement parent-enfant (par ex. : encourager les parents et les membres de la famille à prendre, à toucher ou à parler à l'enfant, enseigner la méthode Kangourou, faciliter les visites, etc.).			
18 Soutenir, assister, encourager ou accompagner les parents dans la réalisation des soins de l'enfant.			
19 Offrir du soutien émotionnel ou une présence réconfortante aux parents ou aux membres de la famille en fonction de leurs besoins.			
20 Offrir du soutien aux parents et aux membres de la famille à l'étape des soins palliatifs, de fin de vie ou au décès de l'enfant.			
21 Offrir de l'écoute active ou empathique / Faire verbaliser les parents ou les membres de la famille en fonction de leurs besoins.			
22 Toucher le patient (par ex. : prendre, toucher ou bercer l'enfant, réaliser des massages de son front, de ses joues, du dos, etc.).			
23 Modifier régulièrement la position du patient ou le mobiliser souvent afin de prévenir l'apparition d'anomalies musculo-squelettiques reliées à un mauvais positionnement de l'enfant.			
24 Langer ou emmailloter un patient ou changer ses vêtements ou sa literie.			
25 Diminuer les stimuli environnementaux (par ex. : le bruit, la lumière et les manipulations, contrôler la température de la pièce et de l'incubateur, regrouper les soins pour favoriser le sommeil, etc.).			
26 Participer aux réunions multidisciplinaires ou à celles entre l'équipe médicale et la famille.			
27 Développer, réviser ou mettre à jour les plans de soins.			
28 Planifier ou organiser le congé du patient, les suivis nécessaires, les rendez-vous, le transport ou le transfert vers la maison, la salle d'opération, une autre unité de soins ou un autre centre hospitalier.			
29 Organiser ou coordonner les services aux patients (par ex. : organiser des examens diagnostiques, une consultation médicale, des services sociaux, d'un psychologue ou du service de pastorale, obtenir du matériel, des instruments ou de l'équipement médical, etc.).			
30 Effectuer le transfert ou le transport d'un enfant vers une autre unité, la salle d'opération ou un autre hôpital.			
31 Fournir de l'aide ou des conseils lors de l'allaitement maternel / Soutenir ou promouvoir l'allaitement maternel.			
32 Donner le boire à un enfant par le biais d'un biberon.			
33 Donner un gavage via un tube nasogastrique, nasojéjunal, une gastrostomie ou une jéjunostomie.			
34 Administrer une alimentation parentérale totale (hyperalimentation intraveineuse ou HAIV) et des intralipides.			
35 Réaliser ou collaborer à la réalisation d'une procédure, d'un traitement médical ou d'un examen diagnostique (par ex. : dialyse, dialyse péritonéale, ECG, ECMO, photothérapie, ponctions abdominale, lombaire ou pleurale, etc.).			
36 Préparer et administrer des médicaments (PO, IV, SC, IM, ou autre) ou de l'oxygène.			
37 Préparer et administrer des médicaments afin de soulager ou prévenir les symptômes (c.-à-d. la douleur, les convulsions, l'agitation, la diarrhée, les vomissements, etc.).			
38 Préparer et administrer une transfusion de sang ou de produits sanguins.			
39 Collaborer à une exsanguino-transfusion. (Ne s'applique pas à mon unité de soins : _____)			
40 Réaliser / obtenir des prélèvements (veineux, artériels, capillaires, urinaires, fécaux ou autres) pour fins d'analyses de laboratoire dans un délai idéal.			

A) Au cours du dernier mois, à quelle **FRÉQUENCE** avez-vous réalisé chacune des activités de soins suivantes ?
 1 = Très rarement 2 = Rarement 3 = Souvent 4 = Très souvent

B) Quelle est pour vous l'**IMPORTANTANCE** de ces activités de soins ?
 1 = Pas du tout importantes 2 = Peu importantes 3 = Importantes 4 = Très importantes

C) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été dans l'incapacité de réaliser les activités de soins ci-dessous parce que vous avez **MANQUÉ DE TEMPS** ?
 1 = Très rarement 2 = Rarement 3 = Souvent 4 = Très souvent

	A)	B)	C)
41 Insérer ou collaborer à l'insertion d'une canule oropharyngée ou nasopharyngée, d'un tube endotrachéal ou d'une trachéostomie, ou à l'initiation d'une ventilation mécanique.			
42 Installer ou collaborer à l'installation de perfusions ou de cathéters veineux / artériels - périphériques, centraux ou ombilicaux ou d'un <i>PICC line</i> (ou <i>CCVP</i>).			
43 Insérer ou collaborer à l'insertion de tubes de drainage nasogastrique, thoracique, péritonéal, urinaire ou autres.			
44 Installer ou collaborer à l'installation d'attelles, de plâtres, de tractions ou de contentions.			
45 Prodiguer les soins aux patients porteurs de tubes endotrachéaux, de trachéostomies ou sur respirateurs (par ex. : vérifier le positionnement du tube et du patient, aspirer les sécrétions, réaliser les soins de la bouche, effectuer de la physiothérapie respiratoire, vérifier ou changer les tubulures et les réglages du respirateur, etc.). (Ne s'applique pas à mon unité de soins : _____).			
46 Prodiguer les soins aux patients porteurs de perfusions ou de cathéters veineux / artériels - périphériques, centraux ou ombilicaux ou de <i>PICC line</i> (ou <i>CCVP</i>) (par ex. : vérifier le site d'insertion et le positionnement du cathéter, assurer sa perméabilité, changer les pansements ou les tubulures, vérifier le débit, le type et la quantité de soluté, etc.).			
47 Prodiguer les soins aux patients porteurs de tubes nasogastrique, thoracique, péritonéal, urinaire, suprapubien, ou de drains chirurgicaux (par ex. : inspecter et nettoyer la peau et le site d'insertion du tube, vérifier la position du tube et du système de drainage, vérifier connexions et la perméabilité du tube, observer les caractéristiques du drainage, irriguer le tube, changer ou renforcer le pansement, vérifier la succion, vider le sac collecteur, etc.).			
48 Prodiguer les soins aux patients porteurs d'attelles, de plâtres, de tractions ou de contentions (par ex. : évaluer l'état de la peau, sa température et sa coloration, la circulation, la mobilité et la sensibilité, vérifier la position du patient et de l'équipement, changer les pansements ou les bandages, etc.).			
49 Cesser un soin ou un traitement médical (par ex. : cesser une perfusion intraveineuse ou l'usage d'un respirateur, retirer une attelle, un cathéter, un tube ou un pansement, etc.).			
50 Documenter au dossier l'évaluation de l'état de santé du patient, son évolution ou ses changements de conditions.			
51 Documenter au dossier les soins, les traitements, les procédures, les examens diagnostics ou les médicaments administrés.			
52 Documenter au dossier la réponse ou la réaction du patient aux soins, aux traitements, aux procédures, aux examens diagnostics ou aux médicaments administrés, leurs résultats ou effets principaux et secondaires.			
53 Relever les ordonnances ou les prescriptions médicales au dossier.			
54 Se laver les mains, porter des gants, un masque ou une blouse lorsque nécessaire.			
55 Maintenir un environnement stérile ou propre, selon le cas, lors de soins, de traitements ou de procédures.			
56 Appliquer les techniques d'isolement appropriées chez un patient contagieux, neutropénique ou immunodéprimé.			

SECTION H : Données démographiques. Veuillez noircir la case qui s'applique le mieux à votre situation ou, lorsqu'indiqué, veuillez remplir les espaces.

1. Quel est votre genre ?
 Féminin Masculin
2. Quel est votre âge ? _____ ans.
3. Quelle est votre race ?
 Blanche Noire Asiatique Phillipine Autre, spécifiez : _____
4. Au sujet de votre formation comme infirmière... **(Veuillez répondre aux deux questions dans le tableau).**

	1. De quel programme de formation initiale avez-vous diplômé ?	2. Quel est le plus haut diplôme scolaire que vous détenez actuellement ?
Diplôme d'hôpital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diplôme d'études collégiales (DEC)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Baccalauréat en sciences infirmières	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maîtrise	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doctorat	N/A	<input type="radio"/>

5. Combien d'années d'expérience avez-vous...
 1. À titre d'infirmière ? _____ années.
 2. À votre hôpital ? _____ années.
 3. À l'unité de néonatalogie ? _____ années.
6. Dans quel centre hospitalier se situe l'unité de néonatalogie sur laquelle vous travaillez actuellement ? **(Cette information nous est nécessaire afin de réaliser des analyses statistiques).**

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Centre hospitalier régional de Rimouski | <input type="radio"/> Complexe hospitalier de la Sagamie |
| <input type="radio"/> Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUQ) | <input type="radio"/> Hôpital Fleurimont (CHUS) |
| <input type="radio"/> Hôpital Royal Victoria (CUSM) | <input type="radio"/> Hôpital de Montréal pour Enfants (CUSM) |
| <input type="radio"/> Hôpital Général Juif Sir Mortimer B. Davis | <input type="radio"/> Hôpital Sainte-Justine (CHU Mère-Enfant) |
| <input type="radio"/> Hôpital Maisonneuve-Rosemont | <input type="radio"/> Hôpital Saint-Luc (CHUM) |
| <input type="radio"/> Centre hospitalier des Vallées de l'Outaouais (CHVO) | <input type="radio"/> Centre hospitalier de Rouyn-Noranda |
| <input type="radio"/> Autre, spécifiez: _____ | |

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

Veuillez maintenant l'insérer dans l'enveloppe ci-jointe et le déposer dans la boîte située à la réception de l'unité (Pièce C-920) avant 17h00 le 1^{er} décembre 2006

ANNEXE M: Analyses factorielles et de fidélité pour les variables prédictives et de résultats

Tableau M.1: Saturations factorielles, communautés (h^2) et pourcentages de variance expliquée pour l'analyse en composante principale avec rotation varimax du Revised Nursing Work Index

DIMENSIONS	Eigen.	Variance totale : 47,290%				Statistiques de fidélité			
		6,314	5,618	4,146	N=339	Alpha total: ,901 (18 énoncés)			
		%VAR	18,570%	16,524%		12,195%	Statistiques si l'énoncé est éliminé		
1: RELATIONS INFIRMIÈRES-MANAGEMENT	ITEM	1	2	3	h^2	Moy.	Variance	Corr.	Alpha
Un programme d'amélioration continue de la qualité est en activité.	C37	,713¹	,120	,237	,579	38,58	72,687	,679	,892
Une infirmière-chef qui est une bonne gestionnaire et un bon leader.	C14	,646	,130	,197	,474	38,33	71,088	,638	,893
Une infirmière-chef qui soutient le personnel infirmier dans ses prises de décisions, même si le conflit est avec un médecin.	C35	,645	,192	,128	,470	38,40	72,194	,631	,893
L'infirmière-chef consulte le personnel au sujet des problématiques et des activités quotidiennes.	C44	,636	,210	,284	,529	38,50	70,420	,690	,891
Les infirmières sont impliquées dans la régie interne de l'hôpital (ex. comités sur les politiques et procédés de soins).	C38	,626	,056	-,027	,395	38,70	74,886	,515	,897
Des programmes de perfectionnement ou de formation continue sont en vigueur pour les infirmières.	C7	,578	,083	,277	,418	38,71	73,504	,582	,895
Un bon programme d'orientation pour les infirmières nouvellement embauchées.	C3	,561	,109	,140	,346	38,17	74,269	,525	,897
Des possibilités de développement de carrière, de progression professionnelle.	C8	,557	,125	,115	,339	38,77	74,977	,512	,897
Du soutien pour les idées nouvelles et innovatrices au sujet des soins aux patients.	C11	,555	,387	,103	,468	38,59	74,046	,609	,894
Des possibilités de promotions.	C28	,548	,099	,078	,316	38,97	75,833	,505	,897
Une direction qui écoute et répond aux préoccupations des employés.	C36	,541	,249	,347	,476	39,02	73,482	,619	,894
Les infirmières ont la possibilité de consulter des infirmières cliniciennes spécialisées ou des infirmières expertes.	C21	,538	,095	,027	,299	38,28	75,008	,457	,899
Un personnel d'encadrement qui soutient les infirmières.	C4	,516	,226	,336	,430	38,78	73,352	,592	,895
Une directrice des soins infirmiers qui est très présente et accessible au personnel.	C15	,504	,212	,171	,328	39,25	75,356	,523	,897
Le personnel infirmier prend part à la sélection du nouvel équipement.	C34	,477	,134	-,013	,246	38,62	75,735	,403	,900
Les infirmières ont la possibilité d'être membres des comités de soins infirmiers et de l'hôpital.	C42	,476	,124	,026	,243	38,25	75,843	,433	,899
Les infirmières sont encouragées à poursuivre des études universitaires en sciences infirmières.	C29	,467	,170	,261	,315	38,63	73,875	,492	,898
Les contributions que font les infirmières aux soins des patients sont publiquement reconnues.	C43	,452	,288	,129	,303	38,74	74,703	,493	,898

¹ Les saturations factorielles supérieures à ,450 sont en caractères gras.

Tableau M.1: Saturations factorielles, communautés (h^2) et pourcentages de variance expliquée pour l'analyse en composante principale avec rotation varimax du Revised Nursing Work Index (Suite)

DIMENSIONS	Variance totale : 47,290%					Statistiques de fidélité			
	Eigen.	6,314	5,618	4,146	N=339	Alpha total: ,912 (9 énoncés)			
	%VAR	18,570%	16,524%	12,195%		Statistiques si l'énoncé est éliminé			
2 : RELATIONS INFIRMIÈRES-MÉDECINS	ITEM	1	2	3	h^2	Moy.	Variance	Corr.	Alpha
Les médecins accordent de la valeur aux observations et aux jugements cliniques des infirmières.	C10	,197	,807	,063	,694	20,80	19,784	,754	,898
Collaboration entre les infirmières et les médecins.	C39	,193	,804	,192	,720	20,83	19,797	,800	,895
Les médecins considèrent les infirmières comme des professionnelles.	C33	,206	,794	,162	,700	20,84	20,028	,761	,898
Les médecins reconnaissent les contributions des infirmières aux soins des patients.	C18	,207	,774	,177	,673	20,93	19,737	,756	,898
Les médecins tiennent les infirmières en haute estime.	C45	,198	,769	,070	,635	21,29	20,150	,715	,901
Beaucoup de travail d'équipe entre les infirmières et les médecins.	C26	,164	,745	,095	,591	20,95	20,231	,685	,903
Les médecins et les infirmières ont de bonnes relations de travail.	C2	,053	,714	,135	,531	20,68	21,102	,638	,906
La liberté de prendre d'importantes décisions concernant les soins des patients et le travail.	C19	,318	,600	,196	,499	21,29	20,808	,596	,910
Les médecins donnent des soins médicaux de haute qualité.	C27	,266	,576	,113	,416	20,57	21,608	,561	,911
3 : DOTATION ET RESSOURCES ADÉQUATES	ITEM	1	2	3	h^2	Alpha total: ,841 (7 énoncés)			
La plupart du temps, j'ai l'impression que ma charge de travail est raisonnable.	C55	,119	,128	,809	,685	15,39	12,067	,738	,799
Suffisamment de personnel pour faire le travail.	C17	,208	,077	,728	,580	15,91	12,160	,629	,814
Ma charge de travail actuelle va m'amener à chercher un nouvel emploi.	C56R	,122	,139	,721	,554	15,11	11,765	,639	,813
Je suis capable de prendre au moins 30 minutes de pause durant ma journée de travail.	C54	,005	,180	,692	,512	15,24	12,353	,544	,828
Suffisamment d'infirmières parmi le personnel pour prodiguer des soins de qualité aux patients.	C13	,299	,143	,679	,571	15,72	11,987	,644	,812
Ma charge de travail m'occasionne de rater d'importants changements dans la condition des patients.	C57R	,124	,060	,651	,442	15,24	12,966	,549	,826
Suffisamment de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de soins des patients avec les autres infirmières.	C12	,223	,161	,477	,303	15,85	13,732	,433	,841

¹ Les saturations factorielles supérieures à ,450 sont en caractères gras.

Tableau M.2: Saturations factorielles, communautés (h^2) et pourcentages de variance expliquée pour l'analyse en composante principale avec rotation varimax du Maslach Burnout Inventory (MBI)

DIMENSIONS	Eigen %VAR	Variance totale. = 46,872%				Statistiques de fidélité			
		5,160	2,685	2,467	N=344	Alpha total: ,902 (9 énoncés)			
		23,454%	12,205%	11,214%		Statistiques si l'énoncé est éliminé			
ITEM	1	2	3	h^2	Moy.	Variance	Corr.	Alpha	
1 : ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL									
Je me sens vidée par mon travail.	8	,864¹	,200	,090	,794	20,39	88,521	,835	,878
Je me sens épuisée à la fin de ma journée de travail.	2	,849	,030	-,010	,722	19,37	95,807	,732	,887
Je me sens comme si j'étais au bout de mon rouleau.	20	,798	,212	,120	,697	21,08	91,445	,769	,884
Je me sens émotionnellement vidée par mon travail.	1	,780	,213	,012	,653	20,35	94,168	,758	,885
Je me sens fatiguée quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée de travail.	3	,774	,161	,094	,634	20,05	92,148	,717	,888
Je sens que je travaille trop fort.	14	,758	,138	,035	,595	20,24	93,618	,689	,890
Je me sens frustrée par mon travail.	13	,730	,207	,095	,585	20,30	94,176	,682	,891
Travailler avec les gens tous les jours est vraiment un effort pour moi.	6	,260	,619	,118	,465	22,29	106,159	,414	,908
Travailler en contact direct avec les gens met trop de tension sur moi.	16	,327	,541	,025	,400	22,15	105,437	,434	,907
2 : DÉPERSONNALISATION						Alpha total : ,624 (5 énoncés)			
J'ai peur que ce travail m'éloigne de mes émotions.	11	,073	,714	,123	,531	3,63	13,828	,477	,521
Je sens que des parents me blâment pour certains de leurs problèmes.	22	,125	,612	-,096	,399	3,48	15,643	,373	,575
Je suis devenue plus insensible envers les gens depuis que je fais ce travail.	10	,237	,578	,105	,401	3,31	12,143	,457	,526
J'ai l'impression que je traite quelques patients comme s'ils étaient des objets impersonnels.	5	,406	,467	,009	,383	3,19	13,244	,375	,575
Je ne m'inquiète pas vraiment de ce qui arrive à certains patients.	15	,043	,306	,199	,135	3,86	17,251	,227	,632
3 : ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL						Alpha total : ,687 (8 énoncés)			
Je me sens vivifiée après avoir travaillé intensivement avec mes patients.	19	,240	,077	,705	,561	9,45	29,270	,547	,610
J'ai accompli plusieurs choses qui en valaient la peine dans mon travail.	18	,035	-,005	,655	,431	10,20	33,487	,422	,647
Je sens que j'influence positivement la vie des autres personnes par mon travail.	9	,033	-,047	,592	,354	9,68	31,740	,385	,657
Dans mon travail, je fais face aux problèmes émotionnels très calmement.	21	,060	,018	,581	,342	9,98	32,957	,385	,656
Je me sens très énergique.	12	,430	,131	,531	,484	9,67	31,903	,440	,641
Je peux facilement créer une atmosphère relaxante avec mes patients.	17	,026	,330	,520	,380	10,30	33,739	,421	,648
Je peux facilement comprendre ce que mes patients ressentent.	4	-,248	,320	,294	,250	11,01	39,226	,171	,694
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.	7	-,103	,152	,286	,115	11,13	38,516	,205	,689

¹ Les saturations factorielles supérieures à ,450 sont en caractères gras.

Tableau M.3 Saturations factorielles, communautés (h^2) et pourcentages de variance expliquée pour l'analyse en composante principale avec rotation varimax de la sous-échelle Épuisement Émotionnel du *Maslach Burnout Inventory* (MBI)

DIMENSIONS	Variance totale. = 56,233%			Statistiques de fidélité			
	Eigen	5,061	N=339	Alpha total: ,900 (9 énoncés)			
	%VAR	56,233%		Statistiques si l'énoncé est éliminé			
1: ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL	ITEM	1	h^2	Moy.	Variance	Corr.	Alpha
Je me sens vidée par mon travail.	8	,890 ¹	,793	20,35	86,375	,834	,875
Je me sens comme si j'étais au bout de mon rouleau.	20	,831	,691	21,06	89,260	,766	,881
Je me sens émotionnellement vidée par mon travail.	1	,826	,683	20,33	91,757	,756	,882
Je me sens épuisée à la fin de ma journée de travail.	2	,806	,649	19,34	93,692	,725	,885
Je me sens fatiguée quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée de travail.	3	,790	,625	20,03	89,950	,712	,885
Je sens que je travaille trop fort.	14	,770	,592	20,22	91,358	,685	,887
Je me sens frustrée par mon travail.	13	,754	,568	20,27	92,247	,672	,888
Travailler en contact direct avec les gens met beaucoup trop de tension sur moi.	16	,488	,238	22,13	103,224	,420	,905
Travailler avec les gens tous les jours est vraiment un effort pour moi.	6	,473	,224	22,27	103,689	,407	,906

¹ Les saturations factorielles supérieures à ,450 sont en caractères gras.

Tableau M.4 Saturations factorielles, communautés (h^2) et pourcentages de variance expliquée pour l'analyse en composante principale avec rotation varimax de l'échelle de Satisfaction au travail.

DIMENSIONS	Variance totale. = 42,647%			Statistiques de fidélité			
	Eigen	2,985	N=339	Alpha total: ,762 (7 énoncés)			
	%VAR	42,647%		Statistiques si l'énoncé est éliminé			
1: SATISFACTION AU TRAVAIL	ITEM	1	h^2	Moy.	Variance	Corr.	Alpha
L'autonomie professionnelle.	5	,743 ¹	,552	14,02	8,493	,591	,712
Votre emploi actuel de manière générale.	1	,730	,533	14,17	8,822	,561	,721
La reconnaissance professionnelle.	6	,698	,487	13,50	7,849	,522	,725
Les conditions de travail.	2	,679	,461	13,45	8,402	,520	,724
Êtes-vous satisfaite d'exercer la profession d'infirmière?	7	,651	,424	14,36	8,767	,474	,734
Les possibilités d'avancement, de carrière.	4	,567	,322	13,81	8,806	,427	,744
L'horaire de travail.	3	,454	,206	14,03	9,021	,326	,768

¹ Les saturations factorielles supérieures à ,450 sont en caractères gras.

Tableau M.5 Saturations factorielles, communautés (h^2) et pourcentages de variance expliquée pour l'analyse en composante principale avec rotation varimax de la mesure des processus de soins (Manque de temps).

DIMENSIONS – MANQUE DE TEMPS	Eigen. % var.	Variance: 56,326%					Statistiques de fidélité			
		7,566	6,807	4,118	4,039	N=339	Alpha total: ,931 (15 énoncés)			
		18,916%	17,017%	10,296%	10,097%		Statistiques si l'énoncé est éliminé			
1 : Soins d'entretien de la vie et soins techniques	ITEM	1	2	3	4	h^2	Moy	Variance	Corr	Alpha
Préparer et administrer des médicaments ou de l'oxygène.	36	,780	,217	,135	,070	,679	19,41	36,178	,741	,924
Préparer et administrer une transfusion de sang ou de produits sanguins.	38	,777	,166	,083	,009	,638	19,46	36,654	,706	,925
Préparer et administrer des médicaments afin de soulager ou prévenir les symptômes.	37	,714	,180	,165	,089	,578	19,37	36,069	,711	,925
Administrer une alimentation parentérale totale (hyperalimentation intraveineuse ou HAIV) et des intralipides.	34	,705	,161	,228	-,081	,582	19,41	36,034	,672	,926
Insérer ou collaborer à l'insertion d'une canule oropharyngée ou nasopharyngée, d'un tube endotrachéal ou...	41	,681	,088	,166	,261	,567	19,40	36,241	,696	,925
Installer ou collaborer à l'installation de perfusions ou de cathéters veineux / artériels - périphériques, centraux ou ombilicaux...	42	,666	,174	,207	,261	,585	19,21	34,464	,719	,925
Cesser un soin ou un traitement médical.	49	,637	,290	,098	,225	,550	19,38	36,503	,671	,926
Donner un gavage via un tube nasogastrique, naso-jéjunal, une gastrostomie ou une jéjunostomie.	33	,625	,151	,120	,227	,480	19,37	36,154	,660	,926
Réaliser / obtenir des prélèvements pour fins d'analyses de laboratoire dans un délai idéal.	40	,619	,216	,190	,382	,612	19,26	34,841	,733	,924
Prodiguer les soins aux patients porteurs de perfusions ou de cathéters veineux / artériels - périphériques, centraux ou...	46	,617	,249	,202	,094	,492	19,38	36,496	,662	,926
Donner le boire à un enfant par le biais d'un biberon.	32	,617	,208	,103	,223	,484	19,17	34,692	,646	,928
Prodiguer les soins aux patients porteurs de tubes nasogastrique, thoracique, péritonéal, urinaire, suprapubien, ou de drains...	47	,580	,261	,220	,091	,462	19,37	36,718	,633	,927
Insérer ou collaborer à l'insertion de tubes de drainage nasogastrique, thoracique, péritonéal, urinaire ou autres.	43	,556	,060	,263	,394	,536	19,40	36,443	,671	,926
Réaliser ou collaborer à la réalisation d'une procédure, d'un traitement médical ou d'un examen diagnostic.	35	,492	,231	,171	,380	,469	19,27	35,528	,635	,927
Modifier régulièrement la position du patient ou le mobiliser souvent afin de prévenir l'apparition d'anomalies...	23	,469	,246	,116	,329	,402	19,25	36,824	,494	,931

¹ Les saturations factorielles supérieures à ,450 sont en caractères gras.

Tableau M.5 Saturations factorielles, communautés (h^2) et pourcentages de variance expliquée pour l'analyse en composante principale avec rotation varimax de la mesure des processus de soins (Manque de temps).

DIMENSIONS – MANQUE DE TEMPS	Eigen. % var.	Variance: 56,326%					Statistiques de fidélité			
		7,566	6,807	4,118	4,039	N=339	Alpha total: ,931 (12 énoncés)			
		18,916%	17,017%	10,296%	10,097%		Statistiques si l'énoncé est éliminé			
2. Enseignement, soutien et soins de confort	ITEM	1	2	3	4	h^2	Moy.	Variance	Corr.	Alpha
Offrir du soutien émotionnel ou une présence réconfortante aux parents ou aux membres de la famille en fonction de leurs besoins.	19	,238	,775	,083	,191	,700	20,84	52,289	,768	,923
Aider les parents ou les membres de la famille à comprendre les soins, les traitements ou les procédures réalisées ou à venir...	13	,265	,737	,299	,088	,711	20,96	52,364	,782	,922
Favoriser le processus d'attachement parent-enfant.	17	,252	,719	,232	,227	,686	20,88	52,508	,777	,923
Aider les parents ou les membres de la famille à comprendre la condition médicale de l'enfant, ses signes et symptômes...	12	,219	,716	,387	,021	,711	20,91	52,819	,743	,924
Soutenir, assister, encourager ou accompagner les parents dans la réalisation des soins de l'enfant.	18	,245	,712	,197	,256	,672	20,89	52,239	,771	,923
Offrir de l'écoute active ou empathique / Faire verbaliser les parents ou les membres de la famille en fonction de leurs besoins.	21	,183	,710	,212	,277	,659	20,82	51,829	,764	,923
Informers les parents ou les membres de la famille des ressources disponibles dans la communauté.	16	,135	,689	,041	,243	,553	20,89	53,127	,629	,929
Enseigner aux parents ou aux membres de la famille comment administrer des médicaments ou réaliser des soins, des traitements...	14	,288	,674	,263	,156	,631	21,04	53,024	,742	,924
Enseigner aux parents les soins de l'enfant et ses caractéristiques ou besoins selon son stade de développement.	15	,302	,641	,299	,167	,619	21,01	52,845	,748	,924
Toucher le patient (par ex. : prendre, toucher ou bercer l'enfant, réaliser des massages de son front, de ses joues, du dos, etc.).	22	,134	,579	,011	,348	,474	20,68	53,709	,569	,931
Donner le bain à un enfant ou réaliser les soins de la peau, des muqueuses, de la bouche et des yeux.	10	,162	,562	,410	,208	,554	21,06	54,878	,610	,929
Offrir du soutien aux parents et aux membres de la famille à l'étape des soins palliatifs, de fin de vie ou au décès de l'enfant.	20	,301	,483	,009	,284	,405	21,32	56,187	,533	,931

¹ Les saturations factorielles supérieures à ,450 sont en caractères gras.

Tableau M.5 Saturations factorielles, communautés (h^2) et pourcentages de variance expliquée pour l'analyse en composante principale avec rotation varimax de la mesure des processus de soins (Manque de temps).

	Eigen.	Variance: 56,326%					Statistiques de fidélité			
		7,566	6,807	4,118	4,039	N=339	Alpha total: ,831 (7 énoncés)			
		% var.	18,916%	17,017%	10,296%		10,097%	Statistiques si l'énoncé est éliminé		
3 : Surveillance de l'état de santé des patients	ITEM	1	2	3	4	h^2	Moy.	Variance	Corr.	Alpha
Évaluer les caractéristiques des signes et symptômes du patient.	4	,287	,119	,778	,098	,711	9,85	9,926	,688	,793
Réaliser l'examen physique néonatal, surveiller les fonctions physiologiques et hémodynamiques, les signes vitaux...	2	,204	,157	,702	,098	,568	9,88	10,269	,586	,808
Inspecter la peau, les muqueuses et les yeux afin de prévenir l'apparition d'une plaie, d'une infection ou pour déceler...	8	,208	,395	,607	,176	,599	9,65	9,789	,609	,803
Surveiller les résultats d'analyses de laboratoire et d'exams diagnostiques.	3	,048	,154	,594	,309	,474	9,42	9,805	,526	,819
Évaluer le développement de l'enfant.	1	,144	,163	,593	,226	,450	9,71	10,514	,458	,827
Surveiller les effets principaux et secondaires des médicaments ou des traitements, les signes de toxicité médicamenteuse...	5	,344	,241	,577	,042	,511	9,71	9,682	,603	,804
Communiquer à l'équipe médicale les informations ou les particularités au sujet de l'état de santé de l'enfant, sa réponse...	6	,373	,252	,536	,156	,515	9,80	10,098	,612	,804
4 : Coordination des soins et des congés		1	2	3	4	h^2	Alpha total: ,811 (6 énoncés)			
Planifier ou organiser le congé du patient, les suivis nécessaires, les rendez-vous, le transport ou le transfert vers la maison....	28	,316	,234	,199	,738	,739	9,93	11,577	,731	,747
Organiser ou coordonner les services aux patients (par ex. : organiser des examens diagnostiques, une consultation médicale...).	29	,235	,222	,087	,636	,517	9,88	11,982	,628	,769
Développer, réviser ou mettre à jour les plans de soins.	27	,037	,305	,229	,628	,540	9,52	11,766	,564	,783
Participer aux réunions multidisciplinaires ou à celles entre l'équipe médicale et la famille.	26	,054	,307	,153	,591	,470	9,48	10,749	,566	,791
Effectuer le transfert ou le transport d'un enfant vers une autre unité, la salle d'opération ou un autre hôpital.	30	,244	,122	,151	,579	,432	10,19	13,077	,533	,790
Diminuer les stimuli environnementaux (par ex. : le bruit, la lumière et les manipulations, contrôler la température...)	25	,254	,332	,154	,560	,513	10,13	13,413	,462	,803

¹ Les saturations factorielles supérieures à ,450 sont en caractères gras.