

Université de Montréal

L'attraction et la rétention des infirmières dans des programmes de  
personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement :  
un défi pour les cadres intermédiaires

par  
Lorraine Bouvier

Études supérieures  
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences  
en Vieillesse, santé et société

Mars 2009

© Lorraine Bouvier, 2009

L'identification du jury

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé

L'attraction et la rétention des infirmières dans des programmes de  
personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement :  
un défi pour les cadres intermédiaires

présenté par

Lorraine Bouvier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Monsieur Jean-Pierre Lavoie  
président-rapporteur

Monsieur Frédéric Lesemann  
directeur de recherche

Madame Annette Leibing  
membre du jury

## **Le résumé en français**

Mots clés : organisation du travail, soins à domicile, gériatrie, gestionnaires.

Les résultats de cette recherche faite auprès de cadres intermédiaires qui sont les gestionnaires des infirmières travaillant dans des programmes de personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) montrent qu'il est difficile d'y attirer de nouvelles infirmières en raison du peu de popularité du domaine de la gériatrie.

Afin d'y attirer des candidates, les cadres peuvent faire valoir le défi de gérer des situations de santé souvent complexes, la flexibilité des horaires de travail, l'autonomie dont elles disposent dans l'organisation de leur travail, le nombre de week-end de travail moins élevé que dans les hôpitaux et l'absence de travail supplémentaire obligatoire.

Selon ces cadres, la rétention des infirmières dans de tels programmes PALV ne crée pas problème. Pour favoriser davantage cette rétention, des mesures élaborées d'orientation et d'encadrement des nouvelles infirmières de même que des mécanismes d'évaluation formelle doivent être mis en place, des efforts doivent être faits pour répartir équitablement les tâches, pour amener les infirmières à agir en tant que gestionnaires de cas et à se délester de tâches au profit des infirmières auxiliaires, et pour les sensibiliser à l'importance de la notion de prise en charge de sa santé par le client ; des activités de formation continue significatives pour les infirmières doivent être élaborées à partir de l'analyse de leurs propres besoins et enfin des charges de travail particulières doivent être offertes aux infirmières de 55 ans et plus dans le but de les retenir au travail.

## **The summary in English**

Key words: organization of work, home care, geriatric, managers.

The results of this research done with middle managers who are the immediate superior to nurses working in programs for persons with loss of autonomy related to aging (PALV), also known as home care, show that it is difficult to attract new nurses to these programs because of a lack of popularity in the field of geriatrics.

In order to attract candidates to these programs, the managers responsible for the organization of work could promote the challenge of managing health situations which are often complex, the flexible work hours, the autonomy that the nurses have in scheduling their route, the fewer weekends of work as compared to hospitals and the lack of obligatory overtime.

According to the managers there are no more departures from these programs than from other programs. To further support this retention, managers must put into place a well developed orientation and structure for new nurses, mechanisms must be instituted for formal performance evaluations, close attention must be paid to the equitable distribution of tasks, and efforts must be made to guide nurses to function as case managers and to benefit from assigning tasks to nursing assistants. To sensitize them to the importance of the notion of the client taking charge of their health, pertinent continuing education activities must be developed and offered to nurses based on an analysis of their particular needs, and finally, specific workloads must be offered to nurses 55 years of age and older in order to keep them at work.

..

## TABLE DES MATIÈRES

LE RÉSUMÉ EN FRANÇAIS.....	iii
THE SUMMARY IN ENGLISH.....	iv
LA TABLE DES MATIÈRES.....	v
LA LISTE DES FIGURES.....	viii
LA LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	ix
REMERCIEMENTS.....	xi
AVANT-PROPOS.....	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I    CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	2
CHAPITRE II    LES TRANSFORMATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS ET LEURS IMPACTS SUR LES INFIRMIÈRES.....	12
CHAPITRE III    RECENSION DE LA LITTÉRATURE.....	20
CHAPITRE IV    MÉTHODOLOGIE.....	29
CHAPITRE V    PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	34
Le cadre d'analyse.....	34
5.1    LES FACTEURS RELATIFS À L'USAGER ET SON RÉSEAU.....	40
5.1.1    L'utilisateur.....	40
5.1.2    Le réseau familial.....	43
5.1.3    Le réseau social.....	44
Synthèse des facteurs relatifs à l'utilisateur et son réseau.....	44
5.2    LES FACTEURS RELATIFS À L'ORGANISATION DU TRAVAIL....	46

5.2.1	Le maintien à domicile (MAD).....	46
5.2.1.1	Les horaires.....	46
5.2.1.2	La conciliation travail-famille.....	47
5.2.1.3	La conciliation travail-étude.....	47
5.2.1.4	La formation continue.....	48
5.2.1.5	La reconnaissance des compétences.....	49
5.2.1.6	Les réunions.....	50
5.2.1.7	Les comités.....	51
5.2.1.8	La répartition des tâches et la charge de travail.....	51
5.2.1.9	La transmission des informations.....	61
5.2.1.10	L'équipe multidisciplinaire.....	61
5.2.1.11	Les pouvoirs des professionnelles.....	63
5.2.1.12	Le territoire.....	63
5.2.2	Les CLSC.....	64
5.2.2.1	La répartition des budgets.....	64
5.2.2.2	La gestion des ressources humaines.....	64
5.2.2.2.1	L'attraction de nouvelles infirmières.....	65
5.2.2.2.2	L'embauche de nouvelles infirmières.....	67
5.2.2.2.3	La rétention du personnel.....	70
5.2.2.2.4	Les départs des infirmières.....	73
5.2.2.2.5	L'encadrement.....	75
5.2.2.2.6	La démobilisation.....	76
5.2.2.2.7	Les absences.....	77
5.2.2.2.8	L'épuisement professionnel.....	78
5.2.2.2.9	Les syndicats.....	79
5.2.2.3	L'équipe de gestion.....	79
5.2.2.4	Les politiques, les procédures et les outils.....	80
5.2.2.5	Le recours aux agences privées de placement.....	81
5.2.3	Milieu régional et provincial.....	83
5.2.3.1	Les fusions.....	83
	Synthèse des facteurs relatifs à l'organisation du travail.....	84

5.3	LES FACTEURS RELATIFS À L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL .....	87
5.3.1	Le domicile.....	87
5.3.1.1	L'état des lieux.....	87
5.3.1.2	La présence d'animaux.....	88
5.3.1.3	Les milieux menaçants.....	88
5.3.2	Les routes.....	89
5.3.3	Le CLSC.....	89
5.3.3.1	Les locaux.....	89
	Synthèse des facteurs relatifs à l'environnement de travail.....	90
5.4	LES FACTEURS RELATIFS À LA TRAVAILLEUSE ET LE COLLECTIF DE TRAVAIL.....	91
5.4.1	La travailleuse.....	91
5.4.1.1	L'âge de la travailleuse.....	91
5.4.1.2	Le lieu de résidence.....	92
5.4.1.3	La formation de base.....	92
5.4.1.4	Le bilinguisme.....	97
5.4.1.5	Les visites.....	97
5.4.2	Le collectif professionnel.....	98
5.4.2.1	Le fonctionnement du collectif professionnel.....	98
5.4.3	Le collectif interprofessionnel.....	99
5.4.3.1	Le fonctionnement du collectif interprofessionnel.....	99
	Synthèse des facteurs relatifs à la travailleuse et le collectif de travail...100	
	CHAPITRE VI DISCUSSION GÉNÉRALE.....	102
	CONCLUSION.....	112
	BIBLIOGRAPHIE.....	121
	ANNEXE I.....	xvi
	ANNEXE II.....	xxii

## **La liste des figures**

- Figure 1 Le modèle théorique (p. 35)
- Figure 2 L'utilisateur et son réseau (p. 36)
- Figure 3 L'organisation du travail (p. 37)
- Figure 4 L'environnement de travail (p. 38)
- Figure 5 La travailleuse et le collectif de travail (p. 39)

## La liste des sigles et des abréviations

AFS	Auxiliaire familiale et sociale
ASSS	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession infirmière
CHSCD	Centre hospitalier de soins de courte durée
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CR	Centre de réadaptation
CRSSS	Centre régional de la santé et des services sociaux
CSSS	Centre de la santé et des services sociaux
DEC	Diplôme d'études collégiales
ENAP	École nationale d'administration publique
FIIQ	Fédération des infirmières et infirmiers du Québec
GEPPS	Groupe d'Étude sur les politiques et la santé
GMF	Groupe de médecine de famille
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
MDU	Mesures de désengorgement des urgences
MEQ	Ministère de l'éducation du Québec
MOI	Main-d'œuvre indépendante
MPOC	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multi-clientèle
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PALV	Personne âgée en perte d'autonomie liée au vieillissement
PDSB	Programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RCR	Réanimation cardio-respiratoire
RLS	Réseau local de services
SAD	Soins à domicile

SIPA      Système de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie

SISAD    Service intensif de soins à domicile

TELUQ    Télé-Université du Québec

UQAM    Université du Québec à Montréal

## **Remerciements**

J'aimerais remercier d'abord de façon toute particulière Monsieur Frédéric Lesemann, mon directeur de mémoire, pour le soutien constant et l'encadrement de premier plan qu'il m'a fournis tout au long des étapes qui ont conduit à la rédaction de ce mémoire. Je lui en serai toujours extrêmement reconnaissante.

Mes remerciements vont également aux directions des ressources humaines ainsi qu'à toutes les personnes qui assumaient la direction des programmes pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement au sein des quatre CSSS retenus aux fins de cette étude et qui ont accepté que leurs cadres intermédiaires participent à cette recherche.

Je désire aussi souligner l'apport important des chefs de programme de ces quatre CSSS pour leur disponibilité et leur confiance lors des entrevues qui ont été réalisées avec elles ; sans leur précieux concours, ce travail n'aurait pu se réaliser. Je les en remercie vivement.

Enfin j'adresse des remerciements au Centre de Formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI) qui m'a accordé une bourse d'étude pour la réalisation de ce travail.

## **Avant-propos**

J'aimerais expliquer ici en quelques mots comment j'en suis venue à m'intéresser au problème de l'attraction et de la rétention des infirmières dans des programmes pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV).

Je suis infirmière depuis plus de 35 ans et j'ai acquis au fil de toutes ces années des expériences diversifiées : j'ai commencé à travailler dans un hôpital de Montréal et par la suite j'ai oeuvré dans un centre de soins de longue durée ; j'ai aussi fait de l'enseignement au niveau collégial, et en 1986, j'ai joint l'équipe de maintien à domicile d'un centre local de services communautaires (CLSC) de Montréal où j'y ai occupé différents postes ; j'ai notamment été responsable de l'implantation du projet de recherche appelé système de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) de 1998 à 2002. Lorsque j'ai quitté cet établissement en décembre 2008, j'étais conseillère-cadre à la direction du programme PALV et coordonnatrice de site.

Toutes les expériences que j'y ai vécues furent fort intéressantes et m'ont permis d'acquérir une large expérience de gestion clinico-administrative en milieu interdisciplinaire et à caractère multiethnique, mais ma participation au projet SIPA a revêtu un caractère bien particulier : j'avais reçu à l'époque le mandat d'implanter et de gérer ce projet de recherche et d'expérimentation en collaboration avec des chercheurs universitaires et en concertation avec les partenaires suivants : centre hospitalier de soins de courte durée (CHSCD), centre hospitalier de soins de longue durée (CHLSD), centre de réadaptation (CR), organismes communautaires, médecins en cabinets privés et pharmaciens du quartier. Cette expérience, qui me fit côtoyer de façon régulière des chercheurs universitaires et d'autres professionnels de la santé, fut déterminante pour moi dans la mesure où elle me donna le goût d'entreprendre en 2003 des études universitaires au niveau de la maîtrise dans un tout nouveau programme appelé *Vieillesse, santé et société*. Ce programme visait, comme il y était indiqué dans le dépliant de l'époque de la Faculté des études supérieures, à

*« développer des compétences d'analyse et de synthèse pour faire de la recherche ou d'intervenir dans les milieux de pratique » ; au sujet de l'objectif quant à la recherche, le programme précisait que « la modalité avec mémoire est destinée à initier l'étudiant à la pratique de la recherche en le rendant apte à utiliser adéquatement certaines méthodes de recherche et à présenter correctement les résultats de ses travaux. »*

Les objectifs poursuivis par le programme, les volets qui y étaient proposés de même que son approche me convenaient parfaitement et se situaient en quelque sorte dans le prolongement des intérêts que j'avais développés tout au long de ces années pour la personne âgée et sa qualité de vie.

Dans un article du journal *Forum* de l'Université de Montréal (édition du 22 septembre 2003) présentant ce nouveau programme, la Dre Paule Lebel, directrice de ce programme et également directrice de l'enseignement à l'Institut universitaire de gériatrie de l'Université de Montréal, déclarait :

*« Le vieillissement de la population est le plus gros défi que devra relever notre système de santé. Le personnel soignant n'est pas prêt à faire face à ce changement et il doit recevoir une formation sur mesure » (p. 3).*

Un peu plus loin dans le même article, elle ajoutait :

*« C'est un programme interdisciplinaire que nous avons mis sur pied au cours des deux dernières années et qui correspond aux besoins de formation que nous percevions. Il aborde les questions éthiques de façon continue, dans l'ensemble des cours. Un aspect auquel nous tenons beaucoup est son approche globale de la santé » (p. 4).*

Tout au long de ces études, j'ai été continuellement confrontée à ce phénomène du vieillissement de la population et interpellée par celui-ci ; peu à peu, j'ai pris conscience que les infirmières du maintien à domicile ou celles des programmes PALV, qui avaient à composer quotidiennement avec ce phénomène du vieillissement

chez leurs patients, seraient elles-mêmes touchées par le vieillissement. Certaines d'entre elles prendraient un jour leur retraite, d'autres pourraient demander un transfert dans un autre programme moins exigeant de leur établissement ou encore décideraient de travailler trois ou quatre jours par semaine, et il m'est dès lors apparu que la pénurie de personnel infirmier dans des programmes PALV, en raison de ces départs, devenait un problème de toute première importance et qu'il me fallait déployer toute l'énergie nécessaire pour tenter d'en contrer les effets. Ce problème me semblait amplifié en raison du faible intérêt manifesté, lors des entrevues de sélection, par plusieurs membres de ce personnel pour la clientèle gériatrique.

C'est alors qu'une hypothèse prit peu à peu forme dans mon esprit à la suite de mes réflexions et échanges à propos de l'attraction et de la rétention des infirmières dans des programmes PALV : si on pouvait parvenir à y attirer de nouvelles infirmières et à les y retenir, ces programmes seraient en mesure de remplir leur mission en desservant correctement, et sans doute pour longtemps, les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement.

Des études avaient déjà été faites auprès des infirmières sur ce sujet d'attraction et de rétention du personnel infirmier, mais il me semblait nécessaire, pour compléter le dossier, d'aller chercher le point de vue des cadres intermédiaires oeuvrant dans des programmes PALV et ayant à gérer des infirmières y travaillant.

Des lectures sur la nature de la recherche, notamment dans « *Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer* », me convainquirent que cette question d'attraction et de rétention des infirmières pouvait faire l'objet d'un projet de recherche. Dans la préface de ce volume rédigée par le professeur d'anthropologie Marc-Adélar Tremblay, on peut y lire :

*« Un nombre de plus en plus grand de personnes reconnaissent la valeur de la recherche non seulement pour l'avancement des connaissances mais aussi pour l'intervention, conçue en vue de la solution de problèmes. »*

J'ai donc pensé retenir ce thème de recherche pour mon mémoire de maîtrise et l'ai enregistré au secrétariat du programme ainsi qu'à la direction de la Faculté des études supérieures.

Ce mémoire, tout en étant conforme aux objectifs du programme de maîtrise visant à développer des compétences d'analyse et de synthèse pour faire de la recherche ou intervenir dans les milieux de pratique, s'inscrit donc dans une perspective de logique professionnelle orientée vers l'action, vers la recherche de solutions et la mise en forme de recommandations ; il vise à expliquer, à mieux faire comprendre et, si possible, à résoudre un certain nombre de tensions ou de difficultés que vivent quotidiennement les infirmières, au niveau de l'organisation du travail, dans des programmes PALV, domaine dans lequel je suis à la fois actrice et analyste de celui-ci.

Il est important de noter que tout au long de cette démarche, je me suis considérée comme une chercheuse débutante qui entreprenait son tout premier travail de recherche et qui avait la chance unique d'être accompagnée et guidée par un directeur de mémoire aguerri dont j'ai beaucoup appris.

Ce mémoire se veut donc un instrument devant contribuer à mieux faire comprendre les différents points de vue exprimés par les différentes gestionnaires concernées, le tout agrémenté de bribes de discours tenus par l'une ou l'autre d'entre elles, en lien avec le sujet traité.

Le lecteur doit donc toujours avoir à l'esprit, à la lecture de ce document, que les points de vue rapportés sur les infirmières travaillant dans des programmes PALV sont ceux de leurs gestionnaires.

La conclusion et les recommandations à la toute fin de ce mémoire sont cependant de l'auteure et n'engagent que cette dernière.

## INTRODUCTION

La pénurie d'infirmières au Québec a des conséquences majeures sur tout le système de santé, et notamment dans des programmes de personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), compte tenu du peu d'attraits manifestés par le personnel infirmier pour la clientèle gériatrique et en raison également des perceptions parfois négatives au sujet de la lourdeur de la charge de travail qui règnerait dans ce type de programme, de la démobilisation du personnel qui y serait fréquente et de l'épuisement professionnel dont plusieurs infirmières souffriraient.

Dans le but d'attirer des infirmières dans ces programmes PALV et de favoriser leur rétention, cette recherche veut mettre en lumière les sources de frustration et d'irritation des infirmières telles que perçues par les cadres intermédiaires qui ont à les gérer et à énoncer quelles sont, sur le plan organisationnel, les mesures (déjà mises en place ou souhaitées pour le futur) devant permettre de diminuer ou de faire disparaître ces sources de frustration et d'irritation.

La présente recherche de nature qualitative a été réalisée auprès des cadres intermédiaires qui agissent à titre de chefs d'administration de programme dans le but de recueillir leurs avis et leurs opinions, ces cadres étant les supérieures immédiates des infirmières oeuvrant au sein de programmes PALV.

# CHAPITRE I

## CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Les éléments de la problématique qui seront traités dans ce chapitre sont les suivants :

- l'évolution du système de santé ;
- le vieillissement de la population ;
- l'évolution des besoins et des attentes en matière de santé ;
- le vieillissement des infirmières ;
- la pénurie d'infirmières ;
- les départs à la retraite ;
- les milieux de recherche ;
- les gestionnaires des infirmières travaillant dans des programmes PALV.

Y seront ensuite précisés :

- les buts et les objectifs de la recherche ;
- la question de recherche ;
- l'hypothèse de recherche.

### L'évolution du système de santé

Le marché de l'emploi a beaucoup évolué durant les dernières décennies et l'ensemble des travailleurs a dû faire face à des changements majeurs et s'y adapter.

L'ensemble de la fonction publique québécoise n'a pas échappé à ces importants bouleversements et le réseau de la santé et des services sociaux a été amené à se restructurer de façon radicale en raison des efforts exigés pour réduire la croissance des dépenses publiques de l'État.

L'accent a alors été mis sur le développement de la santé primaire dans le but de favoriser globalement une meilleure promotion et une plus grande prévention de la

santé de la population. En fonction de cette orientation et aussi pour pallier au nombre insuffisant de médecins oeuvrant dans le réseau des CLSC, les infirmières ont été amenées à diversifier et à élargir leurs champs de compétences.

Le secteur privé a aussi profité de cette réorganisation pour se tailler une place dans le domaine des soins et services à domicile et des agences privées de placement ont vu le jour.

### Le vieillissement de la population

Toutes les données démographiques démontrent que la population au Québec vieillit de façon incontournable ; à titre d'exemple, en 1961, 5,8 % de la population québécoise était constituée de personnes âgées de plus de 65 ans ; il était prévu que ce taux passerait à 13,9 % en 2006 et à 29,4 % en 2051 (Duchesne, 2001).

### L'évolution des besoins et des attentes en matière de santé

La volonté gouvernementale de réduire le nombre de lits de soins de longue durée dans les hôpitaux, de diminuer le temps d'attente aux urgences et de faciliter l'accessibilité aux services hospitaliers a contribué à mettre de la pression sur les services de soutien à domicile et plus particulièrement sur les programmes PALV.

Le phénomène du vieillissement de la population, avec les personnes très âgées qui sont souvent plus malades et atteintes de maladies chroniques ou dégénératives (les maladies cardio-vasculaires, les différents types de cancers, l'arthrite, les formes variées de démence) a quant à lui eu des répercussions importantes sur la demande de soins ainsi que sur la nature des soins requis, qui se révèlent plus complexes et qui, dans certains cas, doivent être assurés de façon continue.

Tout le système de la santé et notamment tout le personnel des programmes PALV doivent se mobiliser afin de procurer à cette clientèle l'ensemble des soins et services que son état requiert.

En plus de dispenser les soins exigés, conformément à l'évolution des connaissances et des pratiques, les infirmières sont aussi appelées à faire œuvre d'éducation auprès de ces clients âgés et de leur famille, plusieurs souhaitant demeurer le plus longtemps possible à domicile ; elles doivent être en mesure de bien les renseigner sur les problèmes de santé qui les touchent, sur les plans de soins et les traitements proposés, et leur apporter aide et soutien, et ce 24 heures par jour, sept jours par semaine.

### Le vieillissement des infirmières

Les infirmières n'échappent pas à cette règle inéluctable du vieillissement ; elles prendront un jour leur retraite et il faudra les remplacer, ce qui causera des maux de tête aux gestionnaires, car le groupe des plus jeunes est en décroissance.

Une étude analytique pan-canadienne, de nature quantitative et portant sur les infirmières (O'Brien-Pallas, Alkins & Wang, 2003) révélait que :

- au Canada, près de 33 % des infirmières autorisées étaient âgées de 50 ans et plus ;
- les infirmières autorisées les plus âgées exerçaient leur profession dans le secteur des soins de longue durée, de santé communautaire ou encore dans d'autres secteurs d'emploi, alors que les plus jeunes oeuvraient en milieu hospitalier.

Au Québec, selon les données de l'OIIQ relevées dans un document intitulé *Données sur la population infirmière par région administrative à partir du Tableau des membres au 31 mars 2007* (OIIQ, 2007c), l'âge moyen des 69 765 infirmières inscrites à ce tableau était de 43,2 ans tandis que celui des 55 748 infirmières oeuvrant au secteur public était de 42,5 ans.

Toujours d'après ce même document, 54,2 % des infirmières du secteur public travaillaient dans un CSSS ; 5,3 % d'entre elles avaient 24 ans ou moins et 14,2 % étaient âgées de 55 ans ou plus.

### La pénurie d'infirmières

Dans le cinquième article (d'une série d'articles) produit en 2008 par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), document intitulé *Stratégies innovatrices en Ressources humaines*, il y est précisé qu'il existe au Canada 270 000 infirmières autorisées et que les besoins s'élèveront à 363 000 en 2016, ce qui conduira à une grave pénurie d'infirmières, celles-ci prenant leur retraite vers la fin de la cinquantaine.

L'AIIC prévoit de plus que l'écart entre l'offre et la demande d'infirmières s'établira à 78 000 infirmières en 2011 et à 133 000 en 2016 (Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers, 2006).

La pénurie d'infirmières affecte aussi le Québec ; elle était appréhendée depuis plusieurs années et elle n'est pas près de se résorber. Déjà en 2002, on prévoyait qu'il manquerait en 2011 près de 12 000 infirmières au Québec. (Lavoie-Tremblay & Viens, 2002).

Selon le document intitulé *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence !* (OIIQ, 2007b) et le *Portrait global des membres inscrits au Tableau de l'Ordre en 2006-2007* (OIIQ, 2007a), il y a actuellement au Québec environ 70 000 infirmières et ce nombre ne devrait pas varier durant les prochaines années. Malgré les efforts intenses de recrutement dans les programmes de formation destinés à former des infirmières aux niveaux collégial et universitaire, l'écart entre les effectifs disponibles et les besoins réels devrait se creuser, si bien que, d'après les prévisions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), il manquera en 2012 au Québec 7 300 infirmières et 23 000 en 2022 (MSSS, 2007).

S'ajoute à ce portrait la possibilité que les États-Unis, à qui il manquera un million d'infirmières en 2012, viennent faire du maraudage au Canada dans le but de combler leurs postes vacants (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2004). Et c'est sans compter que d'autres pays européens, comme la France (avec la mise en application de l'entente sur la mobilité de la main-d'œuvre signée à l'automne 2008 entre la France et le Québec qui conduira à la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles) et la Suisse, pourraient à leur tour se mettre de la partie pour intéresser davantage d'infirmières québécoises à aller y travailler (European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2006).

De multiples raisons pourraient inciter les infirmières à quitter le Québec ; les résultats d'un sondage réalisé auprès d'infirmières (Lavoie-Tremblay & Desforges, 2007) ont révélé les facteurs suivants qui entraînent en considération dans leur décision d'aller travailler à l'extérieur de la province :

- des raisons personnelles ou familiales (38,1%) ;
- la charge de travail et les conditions de travail (33,3 %) ;
- le climat et la température (28,6 %) ;
- le manque d'appréciation du travail infirmier (19,0 %) ;
- le fait qu'il y ait moins de possibilités de formation continue (19,0 %) ;
- le coût de la vie (19 %) ;
- la pénurie de postes à plein temps (14,3 %) ;
- la pénurie de postes dans certaines régions (4,8 %).

Par ailleurs, la direction de l'un des CSSS qui a participé à l'étude a été en mesure de fournir les raisons de départ des infirmières au programme PALV. En 2007-2008, 33% de ces départs étaient imputables au temps de transport, 33 % au fait qu'il y avait peu d'avancement, 17 % à des relations insatisfaisantes avec le supérieur immédiat et 17 % à l'insatisfaction au travail. En 2008-2009, les raisons invoquées étaient, à parts égales (20 %) : l'insatisfaction au travail, la relation insatisfaisante avec le supérieur immédiat, le peu d'avancement, la prise de retraite et le déménagement. Il est à noter que le taux

de roulement annuel des infirmières dans ce programme PALV était en 2007-2008 de 13,33 %.

Dans un environnement de soins de longue durée, Jinnat et Alexander (1999) ont cherché à étudier l'effet du contexte organisationnel sur le désir de l'individu à quitter son emploi. Deux types de caractéristiques organisationnelles ont été étudiées, soit la satisfaction du groupe au travail (plutôt que la satisfaction individuelle au travail) et les caractéristiques structurelles de l'unité de travail (charges de cas, dimension de l'unité, etc.). Selon les conclusions de cette étude, plus la satisfaction du groupe au travail était élevée et plus l'intention individuelle d'une personne de quitter son emploi était basse. Validant des études antérieures au sujet des raisons qui amenaient les gens à quitter leur travail, ces auteurs ont confirmé qu'une personne quitte souvent son milieu de travail à cause de sentiments négatifs à l'endroit de collègues ou encore du supérieur immédiat. Ils ont relevé également que la satisfaction du groupe au travail avait plus d'influence sur une personne quant à son désir de quitter son emploi que les caractéristiques structurelles de l'organisation.

La présente pénurie d'infirmières que connaît le Québec est la conséquence d'un ensemble de facteurs. Bien sûr, il y a eu le programme de départs volontaires, en 1997, qui a amené plus de 4 000 infirmières à quitter la profession. Mais cette pénurie peut être imputable à d'autres facteurs, comme la diminution du nombre de jeunes en raison de la démographie, la multiplication de programmes de formation offerts aux jeunes femmes et menant à d'autres professions, la difficulté de la tâche, le milieu de travail ainsi que les enjeux liés à l'organisation du travail, sans compter la mauvaise presse dont le réseau de la santé est l'objet dans les médias, notamment la presse écrite avec des titres comme ceux-ci :

*Rien n'a changé – Depuis 30 ans, tout a été dit sur le rôle et l'importance des infirmières, mais les problèmes demeurent les mêmes*, dans un article de Madame Odette Marot paru le 2 octobre 2007 dans le journal *La Presse* (p. A25) ;

*Le problème perdure au Québec, avec en exergue le texte suivant : Être infirmière est plus payant n'importe où ailleurs. Ça limite l'attraction dans notre profession, dans l'édition du 19 septembre 2007 du journal La Presse (p. A10) ;*

*Infirmières et médecins vivent un fort stress, dans l'édition du 14 novembre 2007 du journal La Presse (p. A8) ;*

*Une baignoire percée - En sciences infirmières comme en médecine, il est grand temps d'examiner le problème des pénuries sous l'angle des conditions de travail et d'exercice, titre d'un article du Dr Réjean Hébert paru dans l'édition du 22 décembre 2008 du journal La Presse (p. A29) ;*

*Une étude sans surprise, avec en exergue le texte suivant : Si le taux d'absentéisme des infirmières est si haut, c'est que la province offre les pires conditions de travail, dans l'édition du 19 janvier 2009 du journal La Presse (p. A8).*

Il faut enfin souligner que toute la question de la pénurie de personnel infirmier est amplifiée par le fait qu'une proportion importante de ce personnel est de sexe féminin et qu'il y a donc fréquemment interruption dans la prestation des services professionnels en raison de responsabilités familiales, plusieurs préférant le travail à temps partiel.

#### Les départs à la retraite

Dans un document intitulé *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec* (MSSS, 2003b), il y est précisé que « près des deux tiers des infirmières de 50 ans et plus prévoient prendre leur retraite d'ici cinq ans et que pour environ le quart de ces infirmières, aucun incitatif ne pourrait les faire changer d'idée » (p. 2).

Selon les projections du MSSS, le nombre d'infirmières qui prendront leur retraite entre 2007 et 2015 variera entre 1 600 et 2 220 annuellement. (MSSS, 2007)

Ce vieillissement de la population infirmière, couplé à des prises de retraite anticipée (l'étude pan-canadienne déjà citée mentionnait qu'une proportion grandissante des infirmières prenait leur retraite dès l'âge de 56 ans), a des conséquences sur le marché du travail et plus particulièrement dans des programmes appelés à desservir des personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement.

### Les milieux de recherche

La plupart des recherches portant sur les infirmières ont eu lieu dans des milieux fermés (CHSCD, CHSLD), mais peu de recherches ont été réalisées uniquement en CLSC ou dans des programmes de soutien à domicile ou de type PALV. Les rares recherches effectuées en soutien à domicile ont été menées majoritairement dans la région de Québec. Or la réalité montréalaise, avec sa population plus âgée, sa diversité ethnique plus importante que partout au Québec et son offre élargie de milieux de travail (en raison de la forte concentration d'établissements) représente un environnement différent.

Si nous savons également que les résultats de ces recherches tendent à mettre en évidence les résultats de l'interaction entre l'absentéisme au travail, les accidents de travail, le taux de roulement élevé du personnel infirmier, la sortie précoce des infirmières du marché du travail et l'organisation du travail, peu d'études ont proposé des moyens concrets qui peuvent être mis en place dans les programmes PALV pour favoriser l'attraction et la rétention du personnel infirmier travaillant dans ces programmes.

### Les gestionnaires des infirmières travaillant dans des programmes PALV

Et finalement, à quelques exceptions près, ces études ont toutes été effectuées en recueillant majoritairement les propos des infirmières. Il a été jugé intéressant et pertinent de savoir comment cette réalité est perçue et vécue par les supérieures immédiates (cadres intermédiaires) de ces infirmières. **C'est ce sujet qui constitue l'axe principal de cette recherche.**

Les cadres intermédiaires sont très préoccupées par la pénurie du personnel infirmier et elles sont très soucieuses de combler les postes devenus vacants. Déjà, au début des années 1980, Le Louarn et Thériault (1984) soutenaient qu'il fallait prévoir entre trois à six semaines pour combler un poste vacant. On peut aisément postuler que dans le contexte actuel, cette situation ne s'est pas améliorée. Les cadres intermédiaires qui souvent participent aux entrevues de sélection sont parfois découragées par la lenteur du processus de recrutement et la répétitivité de l'exercice.

Confrontées quotidiennement à l'écoute de leur personnel infirmier et de ses besoins ainsi qu'à l'obligation d'offrir des services accessibles, efficaces et de qualité à la population, les gestionnaires, préoccupées par leur mandat, font face à une équation de plus en plus complexe à résoudre. Pour maintenir l'attrait au programme, elles doivent constamment revoir avec les infirmières tous les aspects qui constituent l'activité de travail de ces dernières.

### Les buts et objectifs de la recherche

Cette recherche vise essentiellement à mieux connaître les enjeux, les efforts et les limites des cadres intermédiaires à mettre en place dans des programmes PALV des moyens concrets pour améliorer le milieu de travail des infirmières oeuvrant dans ces programmes pour ainsi y faciliter l'attraction et la rétention du personnel infirmier.

Les objectifs consistent donc à :

- recenser, selon la perception des supérieures immédiates (cadres intermédiaires), les sources de frustration et d'irritation exprimées par les infirmières d'un programme PALV ;
- énoncer quelles sont, sur le plan organisationnel, les mesures (déjà mises en place ou souhaitées pour le futur) devant permettre de diminuer ou de faire disparaître ces sources de frustration et d'irritation de façon à attirer et à

retenir les infirmières dans ce programme, et ce, tout en assurant à la population des soins de qualité dans le respect des budgets alloués ;

- amorcer une réflexion sur les contraintes mais aussi sur les marges de liberté réelles dont les cadres intermédiaires disposent pour amorcer le changement de l'organisation du travail des infirmières dans leur programme ;
- contribuer à l'apport de connaissances dans le domaine de l'organisation des soins infirmiers dispensés à domicile auprès d'une clientèle gériatrique.

### **La question de recherche**

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre infirmière et d'insatisfaction au travail, comment les supérieures immédiates des infirmières d'un programme PALV entendent-elles les modalités de l'organisation du travail qui permettraient une plus grande attraction et une plus grande rétention de ces dernières dans ce programme ?

### **L'hypothèse de recherche**

En raison de leur connaissance du milieu des soins à domicile (exigences, limites, contraintes, etc.) et de leur rôle de supérieure immédiate des infirmières oeuvrant au sein des programmes PALV, les chefs d'administration de programme devraient être en mesure d'identifier les sources de frustration et d'irritation identifiées par les infirmières et également les modalités organisationnelles susceptibles de favoriser le recrutement et la rétention de ces infirmières dans ces programmes.

## **CHAPITRE II**

### **LES TRANSFORMATIONS DU SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS ET LEURS IMPACTS SUR LES INFIRMIÈRES**

Les infirmières *baby-boomers* qui n'ont pas encore pris leur retraite et qui sont donc toujours sur le marché du travail dans le réseau public ont assisté à de multiples transformations du système de santé québécois.

C'est en 1966 qu'est créée la Commission Castonguay-Nepveu dont les travaux viennent bouleverser l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec et amènent la pratique médicale à se centrer sur les besoins de la personne considérée dans toute sa globalité.

Les principes mis de l'avant par les membres de cette commission visent l'universalité, la gratuité et l'accessibilité des soins, de même qu'une plus grande démocratisation des services sociaux. C'est à la suite des travaux de cette commission que sont créés au début des années '70 la Régie de l'assurance-maladie, le Ministère des affaires sociales, les Conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux (CRSSS) (devenus par la suite les Régies régionales et ultérieurement les Agences de la Santé et des Services sociaux) ainsi que les CLSC.

L'accent est alors mis sur l'offre de services devant répondre aux besoins jugés prioritaires de la collectivité et sur leur accessibilité ; les CLSC se multiplient progressivement dans toutes les régions du Québec et, exerçant un grand pouvoir d'attraction sur le personnel infirmier, décident de n'engager que des infirmières cliniciennes (détentrices d'un baccalauréat en soins infirmiers) plutôt que des infirmières techniciennes (détentrices d'un diplôme d'études collégiales) ; c'est à ce moment-là que naît l'expression « services de première ligne ». Les lieux de pouvoir décisionnel dans le domaine de la santé sont partagés avec les usagers et les travailleurs qui occupent désormais des places au sein des conseils d'administration des hôpitaux et des CLSC, ce qui se traduit notamment par une certaine valorisation des professionnels de la santé.

Plusieurs années après cette première réforme d'importance, on se met à questionner l'efficacité et l'efficience du système de santé, au moment où les déficits budgétaires se multiplient et où la dette globale de l'État québécois s'accumule d'année en année.

Le rapport de la Commission Rochon, paru en 1988, est le précurseur de la deuxième réforme des services de santé. Le verdict largement partagé est que les difficultés financières rencontrées sont dues principalement aux modes d'organisation et de production des services ; une des avenues retenues pour résoudre le problème est la mise sur pied d'un ensemble de services de première ligne, avec une emphase sur les services à domicile.

Pour alléger le système, la Commission Rochon propose de décentraliser le pouvoir vers les régions en leur donnant plus de responsabilités. Les CRSSS deviennent alors des Régies régionales et la première ligne des CLSC est renforcée.

Face aux besoins et attentes des citoyens qui augmentent et à la volonté de l'État québécois de mieux contrôler ses dépenses, la Loi 120 est adoptée en août 1991 et s'ensuit la Réforme-Côté selon laquelle tous les services doivent être centrés sur le citoyen. Les médecins sont par ailleurs invités à aller travailler en région et les usagers des urgences des hôpitaux à s'adresser plutôt aux CLSC qui deviennent ainsi la porte d'entrée du système de soins (White, 1992).

On assiste alors à l'implantation du virage ambulatoire qui vise à réduire la durée du séjour d'un patient à l'hôpital et à accélérer son retour dans son milieu de vie, créant ainsi une pression sur les CLSC qui doivent fournir les soins à domicile (Fondation canadienne de la recherche sur les soins de santé, 2001).

Ce virage a des impacts sur le travail des infirmières en soutien à domicile, quant à la complexité des soins à prodiguer et aussi au soutien à apporter au patient et à son réseau.

Dans le document pré-cité, il y est précisé:

*« L'étude montre que le virage ambulatoire repose sur une certaine banalisation de la complexité et des exigences des soins transférés aux personnes malades et leurs proches, notamment dans le contexte du domicile, mais elle montre aussi que le contexte du domicile contribue à complexifier ces soins. Il s'avère important de circonscrire l'implication et la responsabilité des proches dans la dispensation des soins, de cesser de déléguer aux proches des actes réservés aux professionnelles de la santé, et de leur donner l'appui et les services nécessaires »*  
(p. 5).

Les années suivantes voient la création de 16 Régies régionales, la fermeture de neuf hôpitaux à Montréal, la diminution du nombre de CSLC, certains étant fusionnés avec des Centres hospitaliers de longue durée, et le regroupement de plusieurs hôpitaux pour former des Centres universitaires. Les modalités d'articulation entre les centres hospitaliers et les CLSC se précisent également.

En 2001 paraît le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux, aussi appelé le rapport Clair, du nom du président de la Commission, Michel Clair. Ce rapport constate d'abord que le maintien du statu quo dans le domaine de la santé et des services sociaux n'est plus possible et il met l'accent sur la prévention auprès des enfants et des jeunes, des adultes et des personnes âgées ; à l'intention de cette dernière catégorie de personnes, il propose un programme de services préventifs intégrés dans le but notamment de prévenir la perte d'autonomie et les traumatismes dus aux chutes. La Commission propose ensuite diverses mesures comme la création de Groupes de médecine de famille (GMF), le développement de services à l'intention des jeunes et des familles dont la responsabilité serait confiée aux CLSC, la mise en place de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou de maladies chroniques. La Commission suggère également la réorganisation des services de deuxième et troisième lignes à partir de la hiérarchisation des services, l'affiliation hospitalière des cliniques de médecins spécialistes et la clarification de la mission universitaire des centres hospitaliers universitaires. Une autre des mesures mises de l'avant est relative à

l'accroissement de la participation et de l'imputation des médecins et des infirmières ; pour cette dernière catégorie de professionnelles, la Commission suggère un rôle élargi ainsi que la création de postes d'infirmières praticiennes. Face au sentiment généralisé d'insatisfaction et d'épuisement des ressources humaines oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux, la Commission propose plusieurs mesures comme la valorisation des compétences et le soutien à l'interdisciplinarité, le rapatriement de l'organisation du travail au niveau local et la redéfinition de la mobilité. S'ajoutent à ces recommandations un train de mesures touchant le financement (Jacob, 2001).

**Ce constat d'insatisfaction et d'épuisement fait par la Commission Clair s'applique bien évidemment aux infirmières dont bon nombre sont touchées par ces changements de structures et ces nouvelles orientations qui visent la prise en charge de sa santé par le patient. Les infirmières doivent désormais s'adapter aux notions d'efficience et d'efficacité qui deviennent la base de leur *modus operandi*. On assiste donc à un changement de références, à une petite révolution conceptuelle qui a un impact sur les comportements des infirmières et aussi sur le sens qu'elles trouvent dans leur travail.**

C'est à la suite de la publication en février 2001 par le ministère de la Santé et des Services sociaux d'un document intitulé *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* que l'implantation de réseaux de services intégrés est retenue comme stratégie pour assurer la continuité des soins et des services. On peut lire dans ce document :

*« Les réseaux de services intégrés incorporent les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté ou en établissement, qu'ils soient préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs. Les réseaux de services intégrés reflètent une perspective clinique, organisationnelle et financière, et un mode d'organisation des services plutôt qu'un type de services » (p. 23).*

Ce document fait aussi état de l'implantation graduelle d'un budget qui serait consacré à cette clientèle composée de personnes âgées en perte d'autonomie. Peu à peu se

développent alors des équipes à l'intérieur de CLSC chargées spécifiquement de cette clientèle et regroupées dans des programmes appelés maintenant « programmes pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement », d'où l'acronyme PALV.

Dans un document intitulé *Les services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement : enjeux – perspectives - balises régionales*, (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005), il y est écrit :

*« En se basant sur l'évaluation du projet SIPA (système intégré aux personnes âgées en perte d'autonomie), il a été démontré qu'une prise en charge plus intégrée permet de diminuer le recours à l'hébergement, de réduire la durée de séjour à l'urgence et d'assurer une plus grande satisfaction des patients » (p. 40).*

En février 2003, le Ministère de la Santé et des Services sociaux diffuse officiellement la politique de soutien à domicile. Selon un document intitulé *Les services de soutien à domicile, la vision des CLSC, des Centres de santé et des CHSLD*, (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2003b), les principes directeurs des services de soutien à domicile sont l'équité, l'universalité, l'accessibilité, la neutralité, la continuité des services, la gratuité, l'intégration sociale, l'appropriation des personnes et des proches, l'utilisation efficiente et efficace des ressources et l'imputabilité. On y précise également la notion de responsabilité clinique qui doit être assumée à l'égard du patient par un professionnel de la santé et on ajoute que *« de façon idéale, le coordonnateur de services agira aussi comme intervenant clinique principal auprès de la personne » (p. 37).*

Dans un document intitulé *Analyse synthèse de la politique de soutien à domicile* (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2003), les auteurs écrivent :

*« Nous avons constaté que le volet prévention et dépistage des clientèles à risque est peu développé dans la politique de soutien à domicile » (p. 7).*

Ce constat était de nature à l'époque à déplaire aux infirmières qui s'étaient toujours montrées très intéressées aux domaines de prévention et de dépistage des clientèles à risque.

En décembre 2003, l'Assemblée nationale du Québec adopte le projet de Loi 25, appelé la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Au cours de cette autre réforme, appelée la Réforme-Couillard, on assiste à la création des *Agences de développement de réseaux locaux de santé et de services sociaux* en remplacement des régions régionales et également des *Centres de santé et des services sociaux* (CSSS) qui résultent de la fusion des CLSC avec les CHSLD et, dans plusieurs cas, avec l'hôpital du territoire ; cette réforme met aussi l'accent sur les services de première ligne.

Dans un document dont le titre est *Le rôle de l'état dans la dispensation des services de santé* (Observatoire de l'administration publique - École nationale de l'administration publique (ENAP) en collaboration avec le Groupe d'Étude sur les politiques et la santé (GEPS), Turgeon, J., Gagnon, F., 2006), on peut y lire qu'en 2003 (p. 10) :

*« le système de santé au Québec a été de nouveau restructuré afin de mieux hiérarchiser les services et d'accroître l'accessibilité des soins pour l'ensemble de la population. La création des réseaux locaux de services (RLS), celle des centres de santé et de services sociaux et l'adoption d'une approche dite populationnelle sont trois initiatives marquantes de cette époque. »*

À Montréal, cette fusion de 54 établissements (28 CLSC, 19 CHSLD, six hôpitaux de soins généraux et un hôpital de réadaptation) (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2005), avec des vocations et cultures différentes, ne se produit pas sans avoir des effets sur les professionnels y travaillant.

Dans le document intitulé *Enjeux de la configuration des Centres de Santé et de services sociaux : Recension des écrits* (Richard, 2009), on peut lire :

*« les fusions engendrent une nouvelle culture d'organisation, de*

*nouvelles méthodes de travail et parfois de nouveaux milieux de travail... » (et que) « les fusions d'établissements affectent le climat de travail, la motivation des employés, les relations de travail, la répartition du pouvoir, les méthodes de travail et l'identité organisationnelle » (p. 16).*

Les infirmières sont donc encore une fois touchées par ces bouleversements.

Toujours en décembre 2003, l'Assemblée nationale adopte un autre projet de loi, la Loi numéro 30 intitulée *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*. Dans un communiqué publié le 11 novembre 2003 et émanant du Cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, il y est rapporté que :

*« on compte actuellement près de 3 700 unités de négociation dans le secteur de la santé et des services sociaux, si bien qu'un établissement peut compter jusqu'à dix unités de négociation pour la même catégorie de personnel et plus de 70 unités pour l'ensemble de son personnel » (p. 2).*

On envisage alors une réduction des unités de négociation qui sont définies en fonction de cinq catégories de personnel, dont le personnel infirmier, et il y est précisé qu'au sein d'un même établissement, une seule association de salariés peut être accréditée pour représenter les salariés d'une unité de négociation pour lesquels une seule convention collective doit s'appliquer.

Ces fusions forcées des unités de négociation sont perçues de façon très défavorable par le milieu syndical, y compris par les infirmières oeuvrant dans des programmes PALV, qui y voient un irritant supplémentaire. Dans un document intitulé *Santé et services sociaux : non aux fusions forcées et à la décentralisation de la négociation !* publié en décembre 2003 par la Centrale des syndicats du Québec, la Fédération du personnel de la santé et des services sociaux, la Fédération des syndicats de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux et l'Union québécoise des infirmières et infirmiers du Québec, on peut y lire :

*« Le troisième mythe à déconstruire veut que la décentralisation de la négociation de certaines conditions de travail rapprochera les services de la population à laquelle ils sont destinés. Les problèmes liés à l'offre de services découlent plutôt des ressources déficientes, de la démotivation du personnel qui doit composer avec des réformes successives jamais terminées et des pénuries entraînées par la dégradation des conditions de travail, la précarisation des emplois et l'augmentation des fardeaux de tâches » (p. 7).*

Le projet de loi 90 *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* en vigueur depuis le 30 janvier 2003 invite à une plus grande collaboration entre les différents professionnels de la santé en faisant appel à une meilleure utilisation de leurs compétences. En ce qui concerne le personnel infirmier, ce projet introduit plusieurs modifications importantes au chapitre des actes autrefois réservés aux médecins et désormais partagés avec les infirmières dans le but de transformer les pratiques professionnelles de première ligne. C'est ainsi que les infirmières peuvent procéder en CLSC à l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne ; elles sont aussi autorisées à administrer certains médicaments et à initier des tests diagnostiques comme les radiographies selon des ordonnances collectives. Les infirmières auxiliaires quant à elles peuvent maintenant s'acquitter entre autres de tâches relatives à la vaccination et aux prises de sang. C'est encore une fois là une occasion donnée à l'employeur de réorganiser le travail des infirmières.

**Des législations et des réformes à répétition, de multiples modifications de structures organisationnelles, une réduction importante des unités d'accréditation, des tâches élargies, d'autres élaguées au profit des infirmières auxiliaires, voilà autant de facteurs qui ont pu contribuer à susciter un climat d'insatisfaction et d'irritation auprès des infirmières, notamment chez les plus âgées, les *baby-boomers*, nées après la fin de la guerre de 1939-1945, qui ont vu tous ces changements se télescoper.**

## CHAPITRE III

### RECENSION DE LA LITTÉRATURE

D'autres références à des auteurs sont mentionnées dans d'autres chapitres de ce mémoire relativement à des thèmes ou questions qui y sont abordés.

#### Le rôle de l'infirmière

Le rôle de l'infirmière dans un programme PALV a beaucoup évolué au fil des ans et il n'est plus limité uniquement à un patient à qui l'infirmière fait une prise de sang ou encore un pansement ; l'infirmière qui travaille présentement en gériatrie est appelée notamment à évaluer l'état du patient, à élaborer des plans d'intervention ainsi que des plans thérapeutiques infirmiers, à coordonner des services et à entretenir des contacts avec les médecins, les pharmaciens, les familles et les partenaires du réseau.

Le rôle de l'infirmière s'est donc considérablement élargi à la suite notamment de la publication en février 2001 par le ministère de la Santé et des Services sociaux d'un document intitulé *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (MSSS, 2001a) qui précisait que l'implantation de réseaux de services intégrés était retenue comme stratégie pour assurer la continuité des soins et des services.

Ce document, abordant la composante clinique, précisait qu'une personne devait être responsable, au sein de ce réseau de services intégrés, de la « *gestion de l'ensemble des interventions destinées à une même personne âgée et à son entourage* » (p. 24).

On y précisait par la suite que :

*« La gestion de cas est un processus clinique dont l'application doit être adaptée en fonction de la situation de la personne âgée, mais également selon l'évolution des circonstances, selon l'engagement des proches et du médecin traitant et selon les rôles des différents membres de l'équipe. Ce processus est sous la responsabilité d'une personne (qu'on désigne souvent comme un « intervenant-pivot »*

ou un « gestionnaire de cas » ) qui se porte garante en quelque sorte de la continuité des soins et des services. Il existe plusieurs modèles de rattachement de cet intervenant qui peut être membre d'une équipe ou, encore, avoir un rôle strictement dévolu à la coordination.

*La gestion de cas comprend les fonctions suivantes :*

- *S'assurer qu'une évaluation fonctionnelle ainsi qu'une évaluation sociale et médicale sont effectuées.*
- *Convenir d'un plan de services avec la personne âgée et ses proches.*
- *Négocier et coordonner les services dont la personne âgée a besoin avec les différents prestataires.*
- *Représenter la personne âgée et défendre ses intérêts et ceux de sa famille.*
- *S'assurer que les services sont donnés et réajustés selon l'évolution de la situation, quel que soit le milieu où vit la personne, c'est à dire à domicile (y compris les résidences privées d'hébergement) ou en milieu hospitalier » (p. 24 et 25).*

Ce rôle de gestionnaire de cas que devraient assumer les infirmières sera traité ultérieurement par les cadres intermédiaires.

Des habiletés particulières sont requises des infirmières oeuvrant auprès de clients âgés; d'après Geneviève Laroque, présidente de la Fondation nationale de Gériologie de France et auteure de la préface du volume de Belmin, Amalberti et Béguin (2005) :

*« Il serait aussi essentiel que soit valorisée auprès de la profession l'expertise particulière des infirmiers en gériatrie, en termes de relations avec les malades, parfois plus difficiles à entreprendre et entretenir qu'avec des sujets plus jeunes et moins polypathologiques, comme en termes de précision, de délicatesse des gestes, et des attitudes, d'expertise justement liée aux fragilités physiques et psychiques des personnes âgées. »*

### Les difficultés que vivent les infirmières

A l'heure actuelle, la profession infirmière connaît des moments particulièrement difficiles. Les différents facteurs qui ont amené une diminution du nombre d'infirmières ont eu des effets sur la pratique des soins et ils ont affecté intensément l'état d'esprit des infirmières et heurté aussi leur culture professionnelle, créant chez plusieurs une grande insatisfaction au travail. Toutes les recherches sur les difficultés que vivent les

infirmières pointent du doigt le milieu et l'organisation du travail comme étant les principaux éléments responsables de cette situation.

### Le milieu de travail

Un rapport de recherche intitulé *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile* (Cloutier, David, Ledoux, Bourdouxhe, Teiger, Gagnon & Ouellet, 2005) a relevé un ensemble de facteurs associés à la santé et à la sécurité des infirmières dans les emplois à domicile. Ces facteurs peuvent être regroupés en plusieurs catégories : ceux qui sont reliés à la travailleuse elle-même, à son réseau, à l'environnement de travail et à l'organisation du travail.

En ce qui concernait plus particulièrement l'organisation du travail, on retrouvait entre autres contraintes celles liées au manque de ressources, au manque de temps disponible, à la coordination entre organismes et intervenants du réseau de la santé et à l'importance du recours aux agences privées.

### L'insatisfaction au travail

Une vaste étude menée auprès d'un grand nombre d'infirmières dont un des objectifs était de prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale liés au travail (Bourbonnais, 2000) a révélé que :

- 33 % des infirmières étaient mécontentes de leur emploi ;
- 64 % des absences au travail étaient imputées à l'environnement au travail ;
- 25 % de ces absences étaient imputables à des problèmes reliés à la santé mentale.

Selon les propos recueillis par Alderson (2001) dans le cadre d'une étude qualitative menée auprès d'infirmières travaillant dans un CHSLD, dont la clientèle présente à

maints égards beaucoup de similarités avec celle des programmes PALV, et visant à déterminer leur perception de sources de souffrance, celles-ci ont signalé :

- l'absence de reconnaissance, de pouvoir et d'autonomie ;
- l'anxiété causée par l'augmentation des responsabilités qui leur étaient dévolues;
- les conflits dans leurs rapports interprofessionnels.

Dans une autre étude de cas, de nature exploratoire, réalisée dans plusieurs CLSC à l'intérieur de programmes de soutien à domicile, Cloutier, David, Prévost et Teiger, (1998) ont recueilli les propos des infirmières et des infirmières auxiliaires qui ont cité, comme sources de désagrément au travail :

- les contraintes de temps ;
- le stress constant et l'épuisement professionnel ;
- les menaces au travail de qualité ;
- l'augmentation des responsabilités ;
- l'impact de cette insatisfaction dans leur milieu extérieur au travail.

Selon Pérodeau, Bernier et Duquette (1999), un haut taux d'insatisfaction au travail a été constaté chez le personnel infirmier, insatisfaction qui provient largement de la Réforme de la santé qui a amené une réduction des dépenses et des effectifs, de nombreuses coupures de postes, la fermeture de nombreux hôpitaux, l'implantation du virage ambulatoire et la fusion de plusieurs établissements.

Au sujet de cette insatisfaction au travail, l'étude de Larivière, Hockenstein et Montejo (2001) portant sur le guichet unique au maintien à domicile et réalisée auprès de 93 gestionnaires de cas qui relevaient de sept CLSC de la région de Montréal, révèle que les gestionnaires de cas ayant plus d'expérience au maintien à domicile sont moins satisfaites que leurs collègues possédant moins d'expérience. Cela est sans doute dû, selon les auteurs, au fait que les contraintes liées au travail font surface au fur et à mesure que le poste perd peu à peu de son attrait initial.

Dans le document intitulé *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec* pré-cité, on y apprend que les infirmières :

*« de façon générale, déplorent la surcharge de travail, le manque de souplesse dans l'aménagement du temps de travail, la faible autonomie qui leur est accordée, le manque d'écoute et de soutien de leurs supérieurs et les conditions financières qui ne reflètent pas leur niveau de responsabilités ni les inconvénients liés au fonctionnement ininterrompu des établissements » (p. 1).*

Au sujet de l'insatisfaction au travail, il y est précisé que :

*« plusieurs sources d'insatisfaction sont liées à l'organisation du travail, en particulier le manque de personnel infirmier, le ratio patients-infirmière, l'obligation de faire des tâches qui ne sont pas des soins infirmiers, la surcharge de travail et le fait de ne pas se sentir en mesure de donner des soins de qualité » (p. 1).*

Une étude portant sur le vieillissement en emploi dans un CHSLD et un CLSC (Lauzon, 2003) signale que le manque de temps de même que la lourdeur de la clientèle constituent les principales sources d'insatisfaction au travail du personnel.

Face à tous ces constats d'insatisfaction, il est facile d'en déduire que les cadres intermédiaires, les directions des ressources humaines ainsi que celles des soins infirmiers font face à des défis importants concernant l'attraction et la rétention des infirmières dans les programmes PALV.

### La satisfaction au travail

Mais les infirmières n'éprouvent pas uniquement de l'insatisfaction face à leur travail, elles savent également identifier des sources de satisfaction et elles entrevoient comme des facteurs positifs *« le sentiment d'accomplir un travail important, le contact avec le patient, l'équipe de travail et la reconnaissance des patients... » (p. 2)*, comme le révélait le document intitulé *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec* pré-cité.

### Les difficultés d'attraction en gériatrie

Même si les choses ont pu évoluer depuis une dizaine d'années, être soignant en gériatrie reste méconnu, incompris, et est peu ou pas valorisé.

Lors du VIII<sup>e</sup> Congrès international francophone de gérontologie et de gériatrie, tenu à Québec en octobre 2006, sous le thème « *Vieillesse, santé et société – acquis, défis et perspectives* », Francine Ducharme, chercheure et professeure en sciences infirmières à l'Université de Montréal, y prononça une conférence et, au sujet des changements dans les caractéristiques des soignants professionnels, tenait les propos suivants tels que rapportés dans *Perspective infirmière* :

*« Les professionnels de la santé ne sont pas exempts du phénomène du vieillissement. De plus, selon les analyses de l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE), ils sont en grande pénurie. Les professionnels sont plus âgés, plus difficiles à recruter, quittent plus tôt leur emploi, offrent moins d'heures par semaine à leur employeur, compte tenu des conditions souvent peu conviviales sur le plan de la conciliation travail-famille et, il faut le mentionner, ils ne s'intéressent pas à la clientèle âgée » (p. 12).*

Un article de la Presse canadienne publié par le journal *La Presse* (titré ainsi *Médecins et infirmières boudent la gériatrie*, dans l'édition du 3 octobre 2006, p. A16) qui faisait écho à ce congrès rapportait les propos de Francine Ducharme selon laquelle seulement une ou deux étudiantes en sciences infirmières optaient à chaque année pour des études supérieures en gériatrie, une perspective qui se révèle peu reluisante pour un champ de pratique appelé à solliciter une plus grande compétence de la part de ses infirmières.

De son côté, Palmore (1999) soutient que toutes les études portant sur les attitudes des professionnels de la santé envers les personnes âgées démontrent qu'ils ont les mêmes (et elles peuvent parfois être pires) attitudes que le reste de la population en général. Selon cet auteur, (traduction libre),

*« Apparemment, une formation poussée ne corrige pas les stéréotypes ni la mauvaise conception qui sont si communes à notre culture du culte du beau et du jeune. Parmi les professionnels, les infirmières définissent la clientèle gériatrique comme ayant une récupération lente, ces clients souffrent d'une détérioration généralisée, ils sont inintéressants et nécessitent plus de temps infirmier pour une tâche normale. Le résultat de ces attitudes négatives est que la plupart des professionnels de la santé préféreraient ne pas travailler en gériatrie. Peu se spécialisent en gériatrie, ce qui a pour résultat une pénurie de professionnels qualifiés pour prendre soin de la personne âgée » (p. 147).*

Par ailleurs, même s'il y avait davantage d'étudiantes qui optaient pour la gériatrie, Mion (2003) soutient que le problème pourrait ne pas être résolu en raison du nombre relativement peu élevé de professeurs ayant une expertise en gériatrie.

Rosowsky (2005) estime que les attitudes par rapport à l'âgisme persistent malgré l'évolution des connaissances. Cet auteur note cependant que les étudiants, lorsque mis en contact avec des personnes âgées présentant un processus normal de vieillissement, peuvent voir leur anxiété diminuer par rapport à leur propre peur de vieillir et modifier leurs croyances stéréotypées qu'ils entretenaient envers la personne âgée.

Il est donc important que les infirmières souhaitant rejoindre éventuellement les rangs des programmes PALV soient averties de ces perceptions négatives pour qu'elles puissent en prendre conscience car *« dans le face à face avec les vieillards, il sera inévitable de regarder son propre vieillissement comme dans un miroir déformant qui nous dirait l'avenir »*, selon Manoukian (2007), qui ajoute : *« ... une réflexion s'impose à tout professionnel qui exerce en gérontologie »* (p. 5).

### La rétention du personnel infirmier

Dans l'étude déjà citée (Lauzon, 2003), il y est rapporté que, pour contrer la pénurie de personnel, les organisations doivent miser sur :

*« ... des aménagements de postes et d'horaires, une cédule de travail flexible, une fidélisation des employées, des compromis sur les quarts*

*de travail, un partage des tâches au sein d'une équipe de travail, un déplacement des travailleuses à d'autres postes, de la formation ou une organisation ergonomique du travail comme stratégies de maintien en emploi des travailleuses de tous âges » (p. 6).*

Selon le *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière* (MSSS, 2001b), si les employeurs désirent favoriser la rétention de leur personnel infirmier, ils doivent prêter une attention particulière aux :

*« facteurs reliés à l'organisation du travail, au climat, à la motivation des infirmières, à la charge de travail et au rythme de travail, au sentiment d'appartenance à une équipe de travail, à la capacité d'intervenir sur les décisions qui les concernent, à la reconnaissance professionnelle et au soutien tant organisationnel que professionnel » (p. 21).*

Les hôpitaux américains qui parviennent à prendre tous les moyens nécessaires dans le but d'y attirer et de retenir leur personnel infirmier ont été désignés sous l'appellation d'hôpitaux aimants, ou, en anglais, de *magnet hospitals*. Selon les résultats de certaines études faites par Mayrand Leclerc (2002), certaines caractéristiques reliées à l'administration, la pratique professionnelle et le développement professionnel ont pu être dégagées de ces hôpitaux.

Parmi les compétences relevées chez l'infirmière gestionnaire d'un *magnet hospital*, l'auteure relève qu'elle doit être une leader visionnaire, disponible et attentive, compétente, efficace et valorisant la poursuite des études, la formation en cours d'emploi et la croissance professionnelle des infirmières.

Quant à la pratique professionnelle, les caractéristiques spécifiques à l'infirmière d'un tel hôpital sont son aptitude à établir et à maintenir une relation thérapeutique avec son client, son autonomie, sa responsabilité de même que la relation de collaboration qu'elle entretient avec les médecins.

Enfin, ce type d'infirmière valorise grandement la formation continue qui est à la fois une source de perfectionnement professionnel et de croissance personnelle.

Dans le même ordre d'idée, le soutien clinique a été défini comme étant un des moyens faisant partie d'une stratégie globale d'attraction et de rétention des infirmières. Selon le *Programme national de soutien clinique - Volet préceptorat - Cadre de référence* (MSSS, 2008), le soutien clinique est constitué de trois volets, soit l'accueil-orientation-intégration, le préceptorat et le mentorat. De façon plus particulière, le programme de préceptorat s'adresse aux jeunes infirmières et infirmières auxiliaires et il a comme objectif de leur fournir un accompagnement de qualité, assuré par des infirmières d'expérience, leur permettant de développer leurs compétences et de s'adapter à leur nouveau milieu de travail. Ce programme permet aussi de mettre à contribution les savoir, savoir-faire et savoir-être des infirmières plus âgées qui seront appelées à jouer le rôle de préceptrice, elles qui, au fil des ans, ont développé une expertise dans ces domaines, cette expérience leur permettant sans doute d'en tirer une certaine valorisation.

#### Les raisons de départ des employées

Au sujet des raisons cachées pour lesquelles les employés quittent généralement leur travail, Branham (2005), en identifie sept qui sont relatives :

- au milieu de travail qui ne répond pas à leurs attentes ;
- au travail qui ne concorde pas avec la personne ;
- au manque d'encadrement et de rétroaction ;
- à l'absence d'avancement ou de développement professionnel ;
- au manque de reconnaissance ;
- au stress dû à la charge de travail et au déséquilibre travail-famille ;
- à la perte de confiance dans les supérieurs.

## **CHAPITRE IV**

### **MÉTHODOLOGIE**

La méthodologie qui a été retenue pour cette recherche est celle du devis de recherche de type qualitatif et exploratoire.

Le milieu étudié était celui des soins et des services de première ligne offerts par des CSSS de la région métropolitaine et plus spécifiquement par des programmes PALV.

La population à l'étude était constituée de cadres intermédiaires occupant des postes de chefs d'administration de programmes et travaillant dans quatre CSSS de l'île de Montréal ; ces établissements devaient comporter un nombre important de personnes âgées sur leur territoire et également une proportion assez élevée d'immigrants. La taille de cet échantillon non probabiliste devait être égale ou supérieure à 10, les entrevues devant cesser lorsque l'effet de saturation apparaîtrait.

L'échantillon était non-probabiliste et composé de volontaires. Le choix des personnes interviewées devait se faire en fonction des critères suivants : avoir été chef d'administration de programmes pour personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement depuis au moins deux ans et avoir géré des équipes d'infirmières.

Des entrevues individuelles semi-dirigées constituèrent le mode d'investigation retenu.

#### Démarches

Les différentes lectures sur la pénurie d'infirmières au Québec et l'expérience acquise par l'étudiante-chercheuse dans des programmes PALV ont amené cette dernière à formuler une question de recherche et une hypothèse sur l'attraction et la rétention des infirmières dans ces programmes, comme il est relaté au chapitre I *Contexte de la recherche*.

Un projet de recherche de nature qualitative sur ce sujet a d'abord été enregistré au secrétariat du programme et à la Faculté des études supérieures.

Par la suite, une demande de certificat d'éthique a été transmise au *Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé* de l'Université de Montréal qui a jugé que le projet de recherche était conforme aux normes déontologiques en vigueur dans cet établissement et qui a émis un tel certificat.

Parallèlement à ces démarches, un cadre d'analyse pour traiter l'ensemble des données recueillies fut choisi.

Des demandes de participation à cette recherche ont été adressées à chacun des Comités d'éthique de la recherche de ces quatre CSSS ; toutes ces demandes furent acceptées.

Dans le cas de trois des quatre CSSS, c'est la personne assignée à la direction du programme PALV de chacun de ces établissements qui a approché les cadres intermédiaires répondant aux critères ci-haut décrits pour connaître leur intérêt à participer à cette recherche et qui a transmis leurs noms à l'étudiante-chercheure qui a pris par la suite contact avec chacune d'elles pour convenir d'un rendez-vous sur leur lieu de travail.

Dans le quatrième CSSS, par souci d'éthique, les cadres intermédiaires du programme PALV relevant directement de l'étudiante-chercheure ont été exclues de l'échantillon, et ce sont d'autres cadres, répondant aux critères de sélection, qui se sont portées volontaires.

Une fois tous ces accords obtenus, la cueillette des données de cette recherche s'est faite au cours de rencontres qui se sont déroulées en 2007 et 2008 avec 11 personnes qui étaient chefs d'administration de programme ou encore qui l'avaient été dans les mois précédant les entrevues. Toutes ces personnes oeuvraient dans des programmes PALV et relevaient de dix CLSC qui relevaient de quatre CSSS de l'île de Montréal,

qui en compte 12. Parmi ces 11 personnes, sept avaient une formation de base en soins infirmiers, deux en travail social, une en diététique et la dernière en physiothérapie.

Une autre personne, qui était conseillère en soins infirmiers, a aussi été rencontrée en raison de l'expertise qu'elle avait acquise dans la gestion des ressources infirmières lors de la réorganisation des programmes PALV de son établissement, qui était du nombre des quatre CSSS retenus.

Les responsables des programmes en soins infirmiers des universités de Montréal et McGill ont aussi été consultées à la toute fin du processus de cueillette de données dans le but d'apporter un certain éclairage sur les perceptions de deux gestionnaires qui, au cours des entrevues, avaient avancé que les profils de formation et les approches des deux programmes de formation influent sur le degré de préparation des nouvelles diplômées de ces deux établissements à travailler dans des programmes PALV.

Dans le but de respecter les droits et libertés des cadres intermédiaires interviewées, ces dernières ont pris connaissance, avant le début des entrevues, d'un formulaire de consentement qu'elles ont signé conjointement avec l'étudiante-chercheure. Les personnes interviewées y étaient avisées qu'aucune pression ne serait exercée sur elles et qu'elles pouvaient se retirer en tout temps de l'exercice proposé, sans aucun préjudice et sans avoir à donner de raisons de quelque nature que ce soit à l'étudiante-chercheure. Aucune d'entre elles ne s'est toutefois prévalu de son droit de retrait.

Les entrevues, d'une durée d'environ 90 minutes chacune, ont été enregistrées avec l'accord des personnes interviewées ; elles ont par la suite été transcrites et complétées par des notes prises par l'étudiante-chercheure au cours de ces entrevues ; les diverses composantes des discours entendus ont par la suite été structurées et regroupées d'après un cadre d'analyse qui sera décrit ultérieurement.

Des demandes d'information ont également été adressées aux directrices des ressources humaines de ces quatre CSSS ; trois d'entre elles ont pu fournir des réponses partielles

aux demandes soumises, réponses difficilement comparables en raison de leur nature différente.

Des considérations d'ordre éthique ont été présentes tout au long de ce processus de quête de données ; dès le début des entrevues, l'étudiante-chercheure a partagé son parcours professionnel avec les participantes (expérience de travail et études) ; en co-signant avec ces participantes le formulaire de consentement à l'étude, elle s'est aussi engagée à respecter les principes de confidentialité tout au long du déroulement de la recherche (recrutement, collecte et analyse des données, transmission des résultats) ; les participantes ont aussi été avisées par l'étudiante-chercheure que les enregistrements des entrevues ne serviraient qu'aux seules fins de la présente recherche et que c'est elle seule qui y aurait accès, les contenus de ces entrevues étant conservés sous clé au domicile de l'étudiante-chercheure durant sept années pour ensuite être détruits ; l'étudiante-chercheure s'est aussi engagée auprès de chaque CSSS sollicité pour participer à cette étude à préserver leur identification et à respecter toutes leurs normes de procédure de recherche.

Des chiffres précis concernant la population des CSSS auraient pu être fournis concernant le nombre de personnes âgées desservies par chacun d'entre eux ainsi que la proportion de gens d'origine ethnique qui y vivaient, mais il aurait été alors facile, à partir de ces données, de les identifier. C'est la raison pour laquelle ces CSSS ne sont présentés que de façon générale.

Compte tenu de ces considérations, il apparaît donc suffisant de préciser que les quatre CSSS retenus aux fins de la recherche avaient chacun sur leur territoire, au moment de la recherche, plus de 20 000 personnes âgées d'au moins 65 ans ; tous ces CSSS prévoyaient une augmentation en nombre absolu de ce type de clientèle d'ici 2011. À une exception près, ces CSSS comptaient au sein de leur population un pourcentage d'immigrants de 40 % et plus.

Au sujet du mode de communication des résultats de recherche, il est prévu qu'ils seront transmis à la direction des programmes PALV des quatre CSSS ainsi qu'au

Centre FERASI ; ils feront également l'objet d'un article qui sera soumis pour publication à des revues traitant du domaine infirmier ou encore de l'organisation du travail.

## CHAPITRE V

### PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

#### Cadre d'analyse

Les résultats de cette recherche ont été classés d'après un modèle théorique qui a été développé dans le cadre d'un rapport de recherche interdisciplinaire déjà cité et intitulé *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile* (Cloutier, David, Ledoux, Bourdouxhe, Teiger, Gagnon & Ouellet, 2005).

Bien qu'ayant été élaboré à la suite d'une recherche en santé et sécurité au travail, ce modèle a été retenu parce qu'il est apparu que ses éléments pouvaient contribuer également à désigner et regrouper les différents facteurs reliés à l'attraction et à la rétention du personnel infirmier dans des programmes PALV.

Cette recherche dans le domaine de la santé et sécurité au travail visait, comme il est indiqué dans le sommaire de ce rapport, à

*« étudier le rôle de l'organisation du travail des services de soins à domicile (SAD) comme soutien : 1) à l'élaboration de stratégies protectrices de travail des auxiliaires (AFS) et des infirmières expérimentées ; 2) au développement de ces stratégies par les novices ; 3) à l'utilisation de ces stratégies lors de la réalisation de l'activité réelle particulièrement pour des situations de travail à risque » (p. i),*

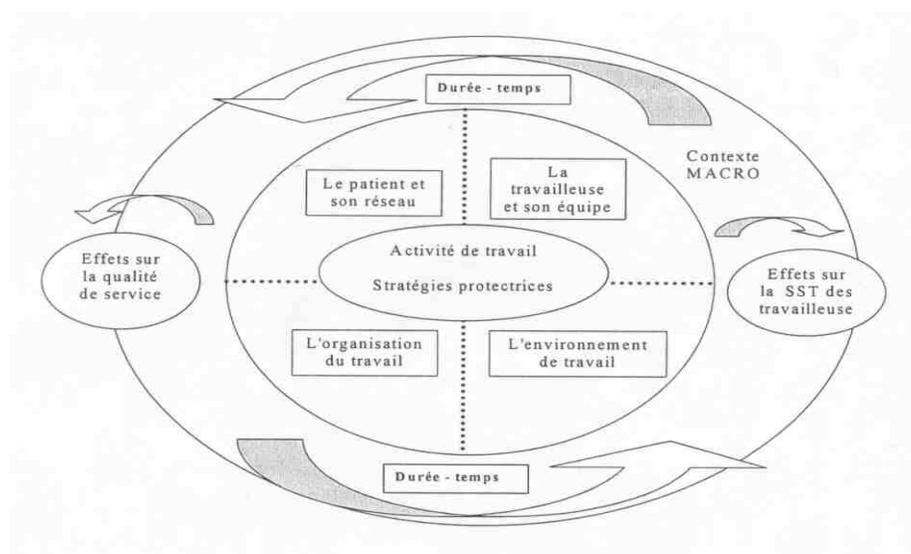
et c'est cette recherche qui a conduit à l'élaboration du modèle théorique (figure 1, p.35) dont les composantes apparaissent à la page suivante.

Les différents aspects du travail des auxiliaires familiales et sociales (récemment devenues des auxiliaires aux services de santé et sociaux) ainsi que des infirmières ont été analysés et regroupés en quatre grandes catégories, à savoir le patient et son réseau, l'organisation du travail, l'environnement de travail et la travailleuse et son équipe. Ces

aspects, tout en se modifiant au fil du temps, ont des effets autant sur la santé et la sécurité des travailleuses que sur la qualité des services qu'elles offrent.

Il est apparu que l'ensemble de ces différents aspects pouvait aussi avoir des effets sur le phénomène de l'attraction et de la rétention des infirmières dans des programmes PALV, ce qui explique les raisons pour lesquelles ce modèle a été retenu.

**Figure 1 : Le modèle théorique**



Source : Cloutier et al (2005)

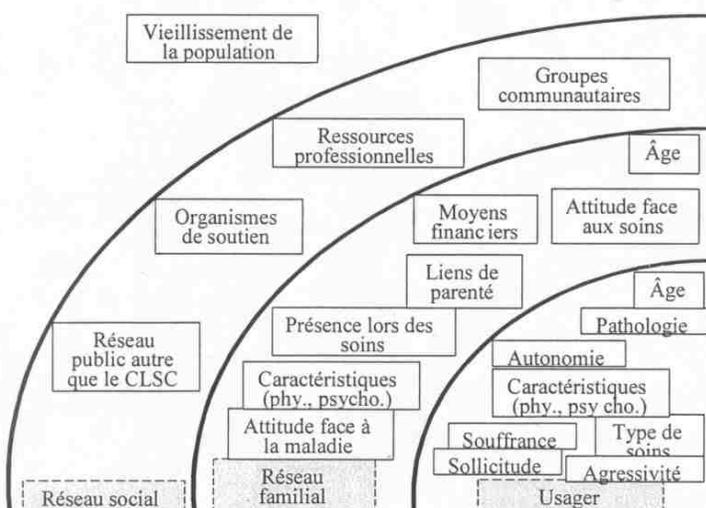
Les facteurs de la première dimension, l'utilisateur et son réseau (figure 2, p. 36) peuvent être regroupés en trois niveaux (chaque portion des arcs de cercle détermine une section pour fin d'étude). Au premier niveau, on retrouve le patient ou l'utilisateur lui-même, caractérisé par son âge, la pathologie et les maladies qui l'affligent, son degré d'autonomie, ses caractéristiques physiques et psychologiques, le type de soins qu'il requiert, son niveau de souffrance ainsi que l'agressivité dont il peut faire preuve.

Le deuxième niveau est constitué du réseau familial dont les membres peuvent être plus ou moins présents lors de la fourniture de services de santé à l'utilisateur ; les facteurs identifiés sont les suivants : l'âge des personnes gravitant autour du client, les liens de parenté avec l'utilisateur, leurs moyens financiers, leur attitude face à la maladie et face

aux soins, leur présence possible lors des périodes de soins, leurs caractéristiques physiques et psychologiques.

Enfin la présence de groupes communautaires, de ressources professionnelles, d'organismes de soutien et la disponibilité du réseau public autre que le CLSC constituent le troisième niveau, appelé le réseau social.

**Figure 2 : L'utilisateur et son réseau**



Source : Cloutier et *al* (2005)

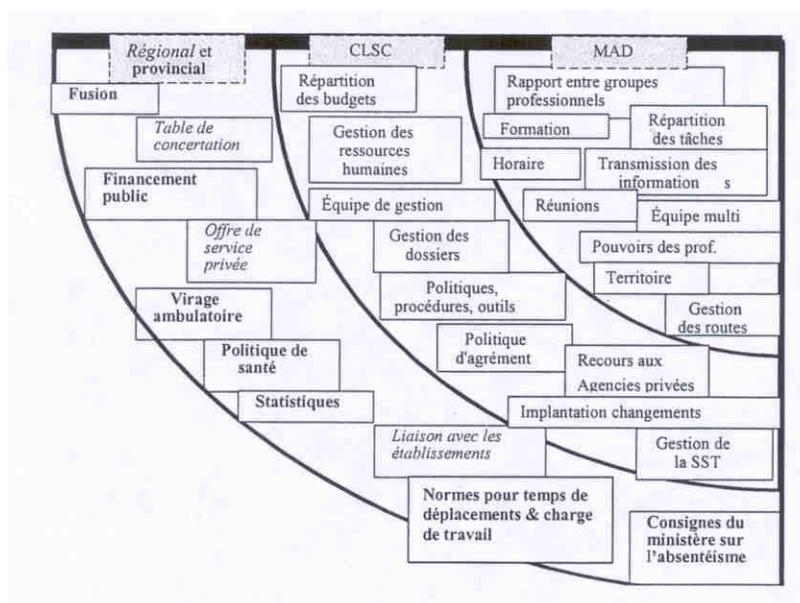
À l'intérieur de la deuxième dimension appelée l'organisation du travail (figure 3, p. 37), on distingue aussi trois niveaux, soit le maintien à domicile (MAD), le CLSC et le réseau provincial et régional

Le modèle retenu identifie les différents facteurs du maintien à domicile qui peuvent avoir une certaine influence sur le travail, comme les différents rapports entre les divers groupes professionnels oeuvrant au sein du service, la répartition des tâches, la formation, les horaires de travail, la transmission des informations, la tenue de réunions, la présence d'équipes multidisciplinaires, les pouvoirs dévolus aux différents groupes de professionnels, le territoire desservi par le maintien à domicile et enfin la question de la gestion des routes.

Il est à noter que le maintien à domicile (maintenant appelé PALV et DP (déficience physique)) relève du CSSS qui a ses propres règles concernant la répartition des budgets, la gestion des ressources humaines, les équipes de gestion, la gestion des dossiers, l'élaboration et la mise en place d'un ensemble de politiques, de procédures et d'outils de gestion, la politique d'agrément, les recours aux agences privées, l'implantation des changements et la gestion de la santé et sécurité au travail.

Enfin le maintien à domicile dépend d'un autre niveau régional et provincial qui élabore notamment les politiques de son ressort (politique de santé, virage ambulatoire, financement public), organise des tables de concertation et assure la liaison entre les différents établissements.

**Figure 3 : L'organisation du travail**



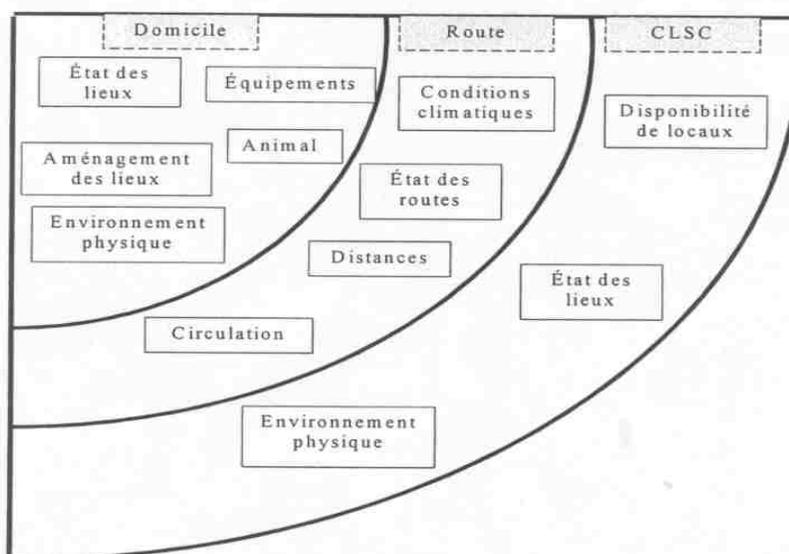
Source : Cloutier et *al* (2005)

La troisième dimension identifiée dans ce modèle est l'environnement de travail (figure 4, p. 38). Les infirmières oeuvrant dans des programmes PALV doivent aller visiter les patients dans leur domicile propre, et c'est là une caractéristique inhérente à leur travail. Elles doivent donc tenter de s'adapter à l'état et à l'aménagement des lieux, à l'environnement physique, à la disponibilité d'équipements et à la présence d'animaux.

Ces infirmières ont par conséquent l'obligation de se déplacer pour se rendre au domicile des clients. Elles doivent donc « faire de la route », le tout déterminé par les conditions climatiques, l'état des routes, les distances et la circulation.

Une fois de retour à leur bureau, elles doivent compléter leur travail de nature cléricale en fonction de l'environnement physique, de la disponibilité des locaux et des équipements de bureau ainsi que de l'état de ces lieux.

**Figure 4 : L'environnement de travail**



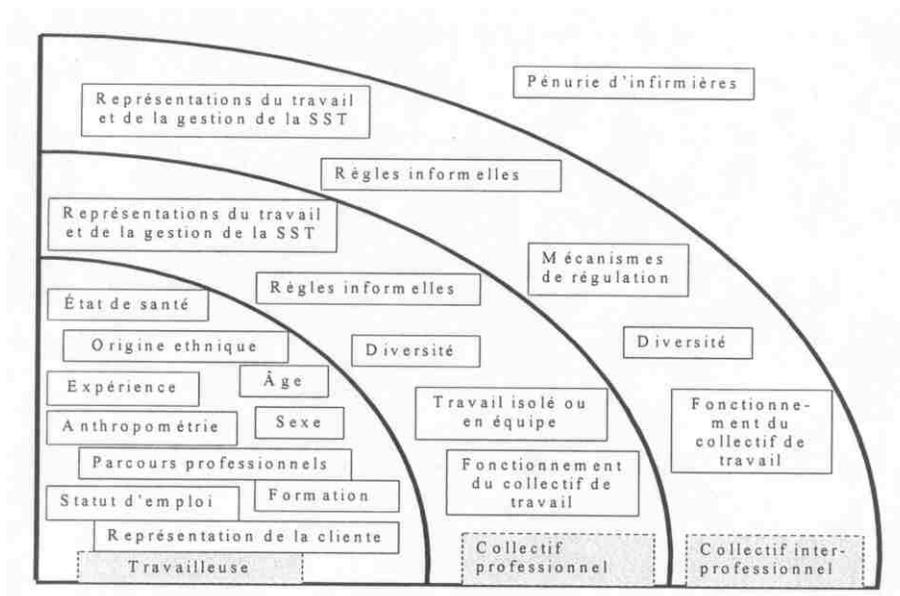
Source : Cloutier et *al* (2005)

La quatrième et dernière dimension touche la travailleuse et le collectif de travail (figure 5, p. 39). On y distingue là également trois niveaux au premier rang desquels on retrouve la travailleuse avec ses caractéristiques propres : son sexe, son âge, son origine ethnique, sa formation, son expérience, ses parcours professionnels et son statut d'emploi.

On retrouve comme facteurs du deuxième niveau appelé collectif professionnel : le fonctionnement du collectif de travail, le travail isolé ou en équipe, la diversité et les règles informelles.

Enfin le troisième niveau identifié comme le collectif interprofessionnel regroupe les facteurs suivants : le fonctionnement du collectif de travail, la diversité, les mécanismes de régulation ainsi que les règles informelles.

**Figure 5 : La travailleuse et le collectif de travail**



Source : : Cloutier et *al* (2005)

Tous ces facteurs n'apparaîtront pas nécessairement dans l'analyse qui suivra en l'absence de résultats relatifs à l'un ou l'autre d'entre eux ; par ailleurs, d'autres facteurs pourront aussi s'y ajouter en guise de compléments.

### Analyse des résultats selon le modèle retenu

**Rappel :** Les avis et propos ci-après ont été recueillis auprès des chefs d'administration de programme qui sont des cadres intermédiaires et les supérieures immédiates des infirmières oeuvrant dans des programmes PALV ; elles sont aussi désignées comme gestionnaires.

## **5.1 Les facteurs relatifs à l'utilisateur et son réseau**

### 5.1.1 L'utilisateur

Il importe d'abord de préciser que la majorité des programmes PALV de la région de Montréal desservent aussi une clientèle adulte aux prises avec des problèmes de déficience physique, et ce dans une proportion relativement faible par rapport à celle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

La clientèle du PALV est généralement nombreuse et variée : elle regroupe des personnes âgées, tantôt pauvres tantôt bien nanties, souvent seules ou isolées, en perte d'autonomie et présentant toutes sortes de problèmes de santé, dont des troubles d'ordre cognitif. Le problème gériatrique se complexifie lorsque la personne âgée est le soutien du conjoint ou d'enfants adultes présentant eux-mêmes des problèmes de santé (déficiences physique ou intellectuelle, santé mentale).

Il faut préciser que les patients dont l'état ne requiert que l'application de techniques de soins courantes sont généralement considérés comme des cas légers par l'infirmière, pour laquelle soigner une plaie ou utiliser une technique ne représente aucune difficulté.

Les cas s'alourdissent lorsque l'infirmière constate le nombre et l'intensité des problèmes de santé chez la personne âgée (facteurs de co-morbidité) à qui elle fournit des soins et lorsqu'elle est appelée à faire des pansements qui prennent beaucoup de temps, et ce parfois de façon quotidienne, sur des plaies chroniques qui tardent à guérir ou encore qui ne guérissent pas.

Les cas comportant un aspect psycho-social et présentant des problèmes de personnalité, d'agressivité verbale ou sexuelle contribuent aussi à alourdir la tâche de l'infirmière. Afin d'aider les infirmières aux prises avec des situations où l'utilisateur adopte des comportements menaçants, certains établissements se sont dotés d'une politique portant sur les droits et obligations des usagers, ce qui permet aux infirmières d'une part de respecter leur obligation de fournir des services et donc de desservir la

clientèle correctement et, d'autre part, de déterminer leurs propres limites en terme d'intervention.

Par ailleurs, certaines clientèles, souvent plus scolarisées que la moyenne et pouvant avoir accès aux communications électroniques, sont dès lors mieux renseignées et plus en mesure de faire valoir leurs droits ; elles peuvent donc apparaître parfois très revendicatrices à l'infirmière autant sur la nature de la maladie qui les afflige que sur les traitements qui leur sont prescrits. *« Il importe que l'infirmière soit très bien renseignée pour répondre aux demandes de tels clients rendus anxieux par leur état »*, disait une gestionnaire.

Lorsqu'une infirmière constate qu'un patient manifeste de la résistance au changement, elle en éprouve un certain degré d'irritation, étant bien consciente des conséquences fâcheuses auxquelles cette personne s'expose. Il peut s'agir, selon une gestionnaire,

*« d'un patient atteint de diabète qui a continuellement à sa disposition un amoncellement de gâteaux sur sa table de cuisine. L'infirmière voit bien alors la possibilité pour le patient de se maintenir en santé à domicile et elle est déçue de constater qu'il ne fait rien pour s'aider. De tels cas entrent directement en conflit avec son rôle de prévention et de promotion de la santé. »*

De même, l'infirmière n'est pas très à l'aise avec des clients présentant des problèmes de santé mentale ou encore de toxicomanie et manifestant des troubles de comportement, parce qu'elle ne se sent pas bien outillée pour traiter avec ce type de clientèle ; ces clients sont le plus souvent à loyer, avec de faibles revenus, certains concierges ou propriétaires pouvant chercher à les évincer de leur logis.

Ce qui est une autre source de frustration, c'est lorsque, à la suite de l'évaluation des besoins de l'utilisateur, l'infirmière réalise qu'elle n'est pas en mesure de lui fournir le nombre d'heures d'assistance à domicile nécessaires pour combler ses besoins, le nombre d'heures maximum par semaine prédéterminé (de 10 à 15 heures par semaine,

selon les CSSS) étant atteint ou dépassé. Elle est bien consciente, d'après une gestionnaire, que

*« selon le discours qu'elle entend depuis des années, il est primordial d'investir en première ligne et il lui semble dès lors qu'il y a incohérence entre les grands principes mis de l'avant et la triste réalité à laquelle elle est confrontée dans son quotidien. »*

Il existe bien sûr des programmes spéciaux allouant jusqu'à 35 heures de services par semaine dans certains cas, mais il faut que ce soit à la suite d'une décision de l'hôpital, de telle sorte que l'infirmière est souvent amenée à conseiller à son patient de se rendre à l'hôpital afin de pouvoir bénéficier de l'un de ces programmes.

Lorsqu'un usager se rend à l'urgence d'un hôpital, il peut arriver que cet hôpital donne l'autorisation à un CLSC de transférer ce patient dans des programmes SISAD (services intensifs de soutien à domicile), où le nombre de places est limité, les personnes étant sur une liste d'attente, ou encore dans des programmes MDU (mesures de désengorgement des urgences) où les mesures ont une durée limitée de 30 à 90 jours; lorsque cette situation se produit, l'hôpital désire fréquemment avoir le service le même jour, ce qui n'est pas toujours possible, et les infirmières qui ne peuvent rencontrer cette exigence peuvent se faire alors reprocher de ne pas fournir ce service assez rapidement, ce qui crée un certain degré de frustration chez elles.

La présence d'une clientèle multiethnique, à des degrés divers selon les établissements, de religions et de langues différentes, certains patients ne parlant ni le français ni l'anglais, contribue aussi à alourdir la pratique infirmière et constitue pour certaines infirmières un irritant puisqu'elles peuvent difficilement communiquer avec eux, un interprète étant souvent nécessaire. Cette hétérogénéité de la clientèle amène une grande diversité dans la demande de dispensation des soins et elle exige de la part de l'infirmière une grande adaptabilité, cette situation étant source possible de confrontation de valeurs.

*« Il est important que l'infirmière soit en mesure d'établir une nette distinction entre ses propres valeurs et celles des*

*autres cultures et d'adopter une approche qui fasse en sorte qu'elle aura la capacité d'intervenir quel que soit son schème de référence* », rapportait une gestionnaire.

Par ailleurs, l'infirmière d'un programme PALV qui est appelée à rencontrer des clients d'origine multiethnique qui ne sont pas en règle avec l'immigration peut se sentir fortement interpellée quant à ses propres valeurs quand ces personnes ont besoin de soins.

Bien que ce type de clientèle multiethnique exige des infirmières qui désirent travailler dans un tel milieu une adaptation supplémentaire, il faut noter que pour plusieurs d'entre elles, cela se révèle plutôt un facteur d'attraction : si elles déposent leur candidature pour venir y travailler, c'est en raison du fait qu'elles connaissent généralement bien la clientèle desservie et qu'elles désirent œuvrer dans un tel milieu.

### 5.1.2 Le réseau familial

La famille d'un patient peut constituer un soutien mais elle peut aussi être source de problèmes, les aidant naturels issus du réseau familial pouvant à la fois jouer un rôle positif ou négatif par rapport à l'infirmière qui a la charge du patient : certains apportent une aide véritable et de tous les instants tandis que d'autres se limitent à surveiller les allées et venues des infirmières et il arrive même que certains d'entre eux manifestent des problèmes d'attitudes ou de comportements face à ces dernières, ce qui constitue une source de frustration pour les infirmières ; ces cas sont aggravés, notait une gestionnaire, « *lorsque les membres de la famille ne sont jamais satisfaits des services rendus et qu'ils n'expriment aucune reconnaissance pour ces services.* »

Il faut réaliser que les attentes de la population sont très grandes vis-à-vis le réseau de la santé, beaucoup de gens croyant que tout ce qui vient du gouvernement est gratuit. À titre d'exemple, « *plusieurs personnes s'attendent encore à recevoir des services d'entretien ménager gratuitement : les infirmières doivent alors leur expliquer les limites des interventions, ce qui n'est pas toujours facile* », signalait une gestionnaire.

Les infirmières sont incitées à faire pression sur les membres de la famille d'un client pour que ceux-ci exercent une plus grande prise en charge, mais le client peut se sentir mal à l'aise qu'une telle demande d'aide soit adressée à ses propres enfants, et il dira alors à l'infirmière de ne pas les déranger, parce qu'ils sont trop occupés. Les supérieures immédiates insistent alors auprès des infirmières et les incitent à demander la participation des familles. Mais elles répondent souvent que c'est là une tâche supplémentaire à faire et que cela requiert plus de temps que simplement se présenter devant le comité de services et de soumettre une demande d'allocation de services.

### 5.1.3 Le réseau social

Certains établissements desservent une clientèle qui présente une proportion importante de personnes âgées qui sont seules, souvent avec peu de réseau social et si elles possèdent un réseau, celui-ci n'est pas toujours très présent, parce que les gens qui le composent sont soit sur le marché du travail, soit qu'ils habitent à l'extérieur de la ville ou même du pays.

En ce qui a trait aux groupes communautaires, il ressort des entrevues que les infirmières n'y ont pas, aux dires de leurs supérieures, suffisamment recours, beaucoup moins que les autres disciplines. Plus souvent qu'autrement, ce sont les travailleuses sociales qui font les demandes de référence.

### **Synthèse des facteurs relatifs à l'utilisateur et à son réseau**

Les interventions des infirmières auprès de la clientèle gériatrique sont complexes en raison des multiples problèmes que cette clientèle présente. Plusieurs facteurs sont loin de favoriser l'attraction et la rétention du personnel infirmier dans ces programmes, comme des patients présentant des problèmes de santé mentale ou de dépendance, des attitudes agressives ou encore revendicatrices, des comportements dénotant une nette résistance au changement.

Par ailleurs, la présence des membres de la famille, si elle est parfois bénéfique, peut aussi être la source de multiples problèmes qui viennent complexifier la tâche de l'infirmière, ce qui n'est pas de nature à créer un attrait ou à provoquer une rétention pour le programme PALV chez cette dernière.

Le caractère multiethnique de la clientèle constitue à la fois un facteur d'attraction pour certaines infirmières et un facteur d'évitement pour d'autres, les difficultés se situant davantage au niveau de la communication et des confrontations de valeurs.

Pour la plupart des patients, il est important que l'infirmière développe une vision globale, une approche à long terme face à des problèmes de santé multiples. L'infirmière doit accepter de cheminer à travers toutes les difficultés que rencontre le patient et essayer de trouver au minimum une zone de confort dans son intervention. Elle doit réaliser qu'elle pourra soulager à certains moments, avoir un gros impact à certains autres, qu'elle devra apprendre à vivre avec des problèmes, à jouer un rôle conseil, à réduire ou à ralentir un processus, à accompagner le client et sa famille. Il importe donc que l'infirmière du PALV soit à l'aise avec les limites ainsi que le potentiel de cette clientèle et donc confortable avec le profil gériatrique.

## 5.2 Les facteurs relatifs à l'organisation du travail

### 5.2.1 Le maintien à domicile (MAD)

#### 5.2.1.1 Les horaires

Les infirmières de programmes PALV de trois CSSS bénéficient d'une grande souplesse quant à l'aménagement de leurs horaires, ce qui leur permet de les établir selon leurs propres besoins. Il y a évidemment des horaires particuliers pour les personnes en pré-retraite et pour celles qui sont en retour partiel à la suite de congés de maladie ou de maternité. Le quatrième CSSS n'a pas introduit une telle souplesse.

Un problème s'est posé dans cet établissement lorsque les gestionnaires, à la suite d'une demande de leurs infirmières, ont voulu institutionnaliser un horaire particulier, comme de 08 :30 à 16 :30 ; à ce moment-là, dans le but d'harmoniser le tout à l'interne, il importait, selon les gestionnaires, que toutes les disciplines représentées au sein de l'établissement soient d'accord pour sa mise en application, et l'obtention d'une unanimité n'a pas été facile à réaliser. En l'absence d'unanimité, cette situation constitue un irritant pour les infirmières désireuses de changement.

Les congés fériés constituent une autre source d'irritation ; le fait que les infirmières soient appelées à travailler en rotation durant les week-end crée une situation difficile, certaines infirmières s'en disant désabusées, même si elles doivent travailler uniquement un week-end sur six. Il est bon de rappeler que plusieurs infirmières ont quitté le monde hospitalier parce qu'elles ne voulaient plus travailler un week-end sur deux. Mais il faut aussi signaler, comme le soulignait une gestionnaire, que « *les gestionnaires du PALV ont le devoir d'assurer l'accessibilité des soins aux clients de leur territoire, et ce durant les sept jours de la semaine, de 8 heures à 20 heures.* »

Quant aux heures supplémentaires, les infirmières peuvent en accumuler lorsque la situation de leur patient l'exige (saut d'une pause-santé ou retard en fin de journée en raison du départ du patient vers l'hôpital). Ces heures supplémentaires sont rémunérées

à taux et demi pour les infirmières techniciennes alors que les infirmières cliniciennes doivent les reprendre à taux simple, selon les dispositions de la convention collective.

#### 5.2.1.2 La conciliation travail-famille

Des efforts sont faits pour concilier les exigences travail-famille et il y a donc une certaine marge de manœuvre accordée aux gestionnaires quant à la flexibilité des horaires et au réaménagement des heures de travail : les infirmières peuvent arriver plus tard, partir plus tôt, comprimer leur heure de repas, travailler à temps partiel. *« C'est là toute une question de relation de confiance et il faut maintenir un certain équilibre, ce qui n'est pas toujours facile »*, notait une gestionnaire. L'idée de départ est que les employées sont des professionnelles et les gestionnaires n'interviennent alors que lorsque la demande s'écarte trop de ce qui apparaît raisonnable. Elles doivent veiller à ce moment-là à ne pas tomber dans la position extrême et ne plus être flexibles sur cette question. C'est là une des difficultés que rencontrent les supérieures qui ont à gérer des personnes qui travaillent à domicile. *« L'élément de confiance est primordial, mais si une personne désire frauder le système, elle en a tout le loisir jusqu'au moment où la situation se révèle au grand jour »*, ajoutait une autre gestionnaire.

Mais le temps partiel est source de problèmes, autant pour le client qui compte sur une continuité de services et de soins que pour la gestionnaire qui a à gérer des effectifs à temps partiel et à assurer une certaine équité dans les charges de travail.

#### 5.2.1.3 La conciliation travail-étude

Dans tous les établissements, des modifications d'horaire sont encouragées pour compléter des études au niveau du baccalauréat (exemple, congé tous les vendredis). Dans un souci d'attraction et de rétention, un CSSS envisage même la possibilité d'offrir aux infirmières des incitatifs financiers dans le but de les encourager à poursuivre leurs études.

#### 5.2.1.4 La formation continue

Les établissements offrent plusieurs activités de formation continue à l'interne, dont certaines revêtent un caractère obligatoire ; il est également possible aux infirmières de s'inscrire à des activités offertes à l'externe. Mais certaines infirmières ne démontrent qu'un intérêt mitigé pour les activités offertes à l'interne et il faut donc les inciter fortement à les suivre ; il ne faut dès lors pas se surprendre si celles-ci ne se montrent aucunement intéressées aux activités de formation qui se donnent à l'extérieur.

Dans un établissement, les activités les plus appréciées portaient sur les soins de plaies tandis que dans un autre les activités traitant de la rédaction de plans d'intervention ont suscité peu d'intérêt, malgré l'obligation légale qui est faite aux infirmières de rédiger de tels plans.

La formation continue constitue une source de frustration pour certaines infirmières, car elles estiment ne pas avoir suffisamment d'activités de formation qui répondraient à leurs propres besoins. Elles suivent bien sûr plusieurs activités de formation, mais celles-ci sont la plupart du temps imposées par la direction de l'établissement ou encore par l'Agence de Santé et des Services sociaux de Montréal, comme les plans relatifs aux mesures d'urgences, aux cas de pandémie ou à la chaleur accablante.

Certaines infirmières perçoivent aussi comme irritant le fait que le formateur d'une activité de formation ne provienne pas de leur programme dont il ne peut alors connaître la réalité et les pratiques, ce qui fait que les exemples qu'il donne, n'étant pas tirés de leur domaine de travail, apparaissent peu pertinents.

Quant aux demandes de formation à l'extérieur, qui sont gérées par un comité dans le cadre des budgets alloués, certaines d'entre elles peuvent être refusées, en raison de limites budgétaires ou de la non-pertinence de la formation, ce qui en frustre plusieurs.

Dans le but d'élargir le champ de compétences de l'infirmière, l'idée de l'utilisation d'un porte-folio a été mise de l'avant par une gestionnaire : il s'agit d'une grille de compétences que chaque infirmière doit compléter en précisant quelles sont les habiletés qu'elle maîtrise ou non, ce qui lui permet de se fixer des objectifs de formation pour la prochaine année. À partir des résultats de cette grille, l'employeur relève les habiletés les moins maîtrisées et met sur pied des activités de formation dans le but de combler les lacunes ainsi identifiées. Lors de l'évaluation annuelle de l'infirmière, cet instrument permet de déterminer dans quelle mesure l'infirmière a atteint les objectifs qu'elle s'était donnés afin d'améliorer ses compétences et d'identifier les moyens utilisés pour y parvenir, dans une optique de responsabilisation, selon une approche personnalisée.

#### 5.2.1.5 La reconnaissance des compétences

Plusieurs moyens ont été mis en place au fil des ans par les différents établissements dans le but de reconnaître à sa juste valeur le travail des infirmières, ce qui peut constituer un élément de rétention. À titre d'exemples, dans un établissement, les infirmières qui acceptent de superviser les stagiaires obtiennent un congé supplémentaire ; dans un autre, le fait que certaines infirmières soient invitées à suivre des activités de formation à l'extérieur est considéré comme un élément de valorisation.

À certaines infirmières disposant d'un surplus d'énergie pour accomplir d'autres tâches, le milieu peut offrir plusieurs possibilités de diversifier leur pratique professionnelle. Un établissement a déjà à son emploi des infirmières en soins palliatifs, des infirmières en maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) qui sont porteuses de dossier et d'autres qui ont le potentiel pour remplacer l'assistante à la supérieure immédiate ; cet établissement se mettra par ailleurs prochainement à la recherche d'une infirmière qui désire acquérir une expertise dans le domaine des soins de plaies et demandera à une autre d'être gestionnaire de cas dans un contexte de services intégrés. Tous ces gestes, comme celui de demander à une infirmière de se rendre à l'hôpital pour la planification de congés, sont autant d'exemples de reconnaissance de compétences.

Plusieurs petites actions peuvent aussi témoigner de la valeur du travail bien fait, comme un brunch, une lettre de recommandation, la petite tape dans le dos, quelques mots de reconnaissance devant les collègues. Si une carte ou une lettre de remerciements ou de félicitations d'un client parvient à l'établissement, celui-ci transmet l'information à l'infirmière concernée en précisant que le Conseil d'administration en sera saisi.

Enfin, pour certaines gestionnaires, le programme de relève des cadres constitue également une autre forme de reconnaissance lorsque les droits de scolarité et les libérations sont assumés par l'établissement.

#### 5.2.1.6 Les réunions

Les infirmières, déjà surchargées, se plaignent qu'elles ne sont pas assez consultées sur des sujets comme la Loi 90, les ressources intermédiaires, les ressources non institutionnelles, l'agrément, les soins de plaie. Mais pour être consultées sur tous ces sujets, il faut tenir des réunions. Et les réunions dans les établissements sont multiples, convoquées soit par la direction des ressources humaines, la directrice des soins infirmiers ou encore la gestionnaire du programme, qui trouvent toutes leurs propres réunions importantes.

Par ailleurs, les rencontres disciplinaires ne laissent pas toujours le temps suffisant aux infirmières pour discuter de ce qui leur plairait. L'ordre du jour de ces réunions est jugé souvent trop chargé et il comporte parfois des points qui nécessiteraient une réunion de trois heures alors que la durée prévue pour cette réunion n'est que d'une heure. Certaines sortent donc frustrées de ces rencontres parce qu'elles n'ont pu approfondir les sujets qui les intéressaient ; « *elles se sentent bousculées et plusieurs d'entre elles ont déjà commencé à ne plus y participer* », notait une gestionnaire.

Dans un établissement, des réunions regroupant les infirmières ont lieu toutes les semaines et durent environ une heure ; elles sont animées par l'assistante à la supérieure immédiate ou encore par une clinicienne et elles visent un échange

d'informations entre la direction et les infirmières. C'est là l'occasion de discuter de nouveaux traitements ou encore de problèmes particuliers reliés à la clientèle.

Il y a déjà eu une proposition dans un établissement à l'effet d'établir un pourcentage de temps de réunion par rapport aux heures totales travaillées dans le but d'assurer une certaine équité, afin d'éviter que ce soit toujours les mêmes personnes qui participent aux réunions.

#### 5.2.1.7 Les comités

Plusieurs infirmières n'ont tout simplement pas le temps de participer aux nombreux comités pour lesquels elles sont sollicitées car leur travail exige de faire des visites qu'elles ne peuvent déplacer, de transcrire leurs notes au dossier et souvent de loger des appels à un médecin ou à un pharmacien. Il est possible bien sûr de les dégager de leur travail pour leur permettre de participer à ces comités et de confier leurs tâches régulières à du personnel d'agences privées, mais cela entraîne des coûts supplémentaires. Une gestionnaire a déploré le fait qu'elle ait été obligée de demander aux infirmières provenant des agences privées de placement de faire partie de comités internes, parce qu'elle ne pouvait demander davantage à celles qui occupaient un poste permanent, plusieurs d'entre elles étant à temps partiel. « *Comble du paradoxe, un comité avait été créé dans un établissement pour étudier l'amélioration des conditions de travail des employées et c'est quelqu'un de l'extérieur qui participait à ce comité !* », rapportait une gestionnaire. Il faut par ailleurs préciser que cette personne avait été engagée pour une année mais cela illustre le fait que les infirmières de l'établissement ne pouvaient répondre à toutes les demandes de participation à des comités.

#### 5.2.1.8 La répartition des tâches et la charge de travail

Le rôle de l'infirmière s'est élargi lorsque la gestion de cas s'est ajoutée à ses responsabilités et il s'est encore modifié en juin 2002 à la suite de l'adoption par l'Assemblée nationale du Québec du projet de Loi 90, ce rôle comportant depuis ce temps la certification et la supervision des actes posés par les infirmières auxiliaires et par les auxiliaires aux services de santé et sociaux, ce qui a pu contribuer à alourdir leur

travail. Les infirmières ont dû aussi développer de nouvelles compétences en andragogie pour pouvoir enseigner à ces personnes de nouveaux comportements.

Or plusieurs gestionnaires ont cependant l'impression que bon nombre d'infirmières n'ont pas suivi cette évolution, qu'elles assument le même rôle que dans les années 1980-1990 et qu'elles parviennent difficilement à faire de la gestion de cas, qui fait appel à de nouvelles façons de fournir à un patient les soins et les traitements qu'il requiert. Certaines gestionnaires se demandent même si une personnalité particulière n'est pas requise pour être gestionnaire de cas, car il semble que ce ne soit pas toutes les infirmières qui puissent assumer ces responsabilités.

Dans un établissement, à propos de la répartition du travail, l'équipe du PALV a décidé de confier l'évaluation initiale et la rédaction du plan d'intervention à un groupe dédié uniquement à ces tâches, ce qui plaît bien à certaines infirmières qui apprécient peu faire des d'évaluations, étant centrées sur les techniques de soins et sur la tâche. « *C'est culturel et historique* » selon une gestionnaire qui soutient qu'au-delà des techniques, les infirmières doivent maintenir des contacts avec les médecins et les pharmaciens ; elle ajoute :

*« si on leur demande de faire un autre lien, qui est plus du domaine de la gestion de cas, c'est plus difficile. Elles répondent alors que ce n'est pas à elles de faire ce travail, mais bien à l'équipe sociale. Dans les cas de soins palliatifs, elles voudraient transférer les responsabilités liées à la coordination des services d'aide à domicile aux travailleuses sociales. »*

Quant à la charge de travail des infirmières au PALV, elle est perçue par ces dernières comme étant trop lourde, autant par rapport aux autres programmes d'un même établissement que par rapport à d'autres programmes similaires offerts dans d'autres établissements. Les infirmières se perçoivent donc comme étant désavantagées par rapport à leurs collègues d'autres programmes même si cet aspect semble moins important qu'il y a trois ou quatre ans, et cela constitue nettement un irritant. « *Elles vivent dans un contexte où la demande de soins et de services excède l'offre et cette*

*situation est loin d'être un facteur d'attraction dans les programmes PALV*», rapportait une gestionnaire.

Dans les établissements, il est demandé aux infirmières de gérer et de coordonner les services du client, autant ceux de l'intérieur que de l'extérieur du programme. Elles ont aussi beaucoup de paperasse à compléter, énormément d'appels téléphoniques et de retours d'appels, de nombreux messages qu'elles reçoivent dans leur pigeonier et auxquels elles doivent donner suite, sans compter toutes les demandes qui leur parviennent de l'administration, que ce soit « *des demandes de participation à des projets de recherche, de supervision de stages, de statistiques, de feuilles de temps, de questionnaires, des convocations à des réunions ou des comités de toutes sortes* », comme le rapportait une gestionnaire. Elles sont donc là aussi extrêmement sollicitées.

Si les infirmières se plaignent de la nombreuse paperasse à compléter, elles ne sont pas les seules à le faire, car il semblerait qu'il en est de même des autres catégories de personnel. Dans un établissement, pour amoindrir cet irritant que constitue cette nombreuse paperasse, on a réussi à structurer des documents où l'infirmière n'a qu'à cocher des cases, ce qui est beaucoup plus rapide et davantage approprié : (exemples : corridor de services intégrés, MPOC, pictogramme pour l'examen physique). Tout cela contribue à faciliter le travail, mais comme ce ne sont pas toutes les infirmières qui utilisent ce nouveau matériel, il est donc nécessaire de les encourager à le faire. « *Il n'est pas facile de changer de vieilles habitudes !* », comme le remarquait une gestionnaire.

Dans un autre établissement où beaucoup d'efforts ont été faits là aussi pour réduire le travail clérical, les infirmières ne se plaignent plus de cet aspect de leur travail, ce qui prouve qu'il est possible de faire disparaître cet irritant.

Une expérience a été tentée avec le service des archives d'un établissement et un dossier-type a fait l'objet d'une étude : il a été constaté qu'il y avait un dédoublement des informations et que certains documents qui n'étaient plus utilisés depuis belle

lurette faisaient toujours partie du dossier, mais rien d'autre n'a été tenté. Comme le soulignait une gestionnaire de cet établissement,

*« on en est venu à la conclusion que la réorganisation demandait plus qu'une révision de la paperasse, qu'elle exigeait une révision de tout l'appareil administratif et qu'elle devait être un processus continu. »*

Dans le but de venir en aide aux infirmières qui se plaignent de la lourdeur de leurs tâches, un établissement qui estime qu'il possède suffisamment de ressources infirmières disponibles pour faire face à la demande, souhaite analyser leur emploi du temps, car il semble arriver trop souvent que certaines infirmières quittent plus tôt alors que d'autres allongent leur heure de dîner. À leur défense, des infirmières soutiennent qu'elles ont autant de travail que d'autres et que si elles disposent de plus de temps de façon à pouvoir quitter le bureau plus tôt après leur travail accompli, c'est parce qu'elles sont bien organisées, et les autres peu ou pas. L'établissement désire aussi que les infirmières fassent preuve de plus d'ouverture en acceptant d'aller aider une collègue d'un autre territoire ou même d'un autre secteur.

Pour alléger la tâche de l'infirmière, un établissement a procédé à une redistribution des secteurs, à une catégorisation des charges de cas par profil de clientèle, à la mise en place d'une équipe d'infirmières pour aider celles qui étaient surchargées. Il ne semble cependant pas exister de solutions à long terme puisque les infirmières se disent toujours surchargées et qu'il existe encore des inégalités dans la répartition des charges de travail.

Toujours dans le but de réduire la charge de travail, un établissement a revu la façon d'organiser les charges de travail selon le profil des usagers. On a alors tenté de regrouper des usagers à faible intensité de service dans une même charge de travail en espérant que l'infirmière responsable de cette charge de travail ferait plus de prévention et de promotion de la santé.

Un établissement a modifié sa façon de faire concernant sa distribution de demandes de services, ce qui a contribué beaucoup à modifier le rythme de travail. À cet endroit,

c'est la chef d'administration de programme qui gère la liste d'attente. En fonction de son rythme de travail, de ses capacités et de ses disponibilités, chaque infirmière détermine si elle peut prendre un nouveau cas, de sorte qu'un client sera pris en charge uniquement lorsqu'une intervenante pourra l'accepter. En parallèle, une infirmière répond aux listes d'attente et une autre est chargée de faire une première évaluation, mais cette dernière n'assume pas la prise en charge; et il y a toujours une infirmière de garde (à tour de rôle) qui traite les demandes provenant de patients qui doivent être vus dans un délai de 24 à 48 heures. Pour la gestionnaire de cet établissement, c'était là la base du développement : *« si preuve était faite que la charge des infirmières était complète, cela devait amener à la création de nouveaux postes »*, soutenait-elle.

Dans un autre établissement qui estimait que faire travailler les infirmières comme si elles étaient sur une ligne de montage n'avait aucun sens, qui croyait à la qualité des services et qui estimait que pour que les dossiers soient évalués et pris en charge, il importait de donner aux infirmières le temps de le faire, il a été décidé que l'assistante à la supérieure immédiate, plutôt que de précéder à des distributions de requêtes de façon quotidienne, tiendrait une réunion hebdomadaire au cours de laquelle ces requêtes seraient réparties. Souvent aucune évaluation n'avait été faite dans le dossier, mais les techniques de soins avaient été assurées.

Un facteur d'attraction pourrait être lié à la diversification des charges de travail, selon une gestionnaire qui disait :

*« plus un établissement sera en mesure d'offrir une diversité de charges de cas et plus il lui sera possible de retenir les infirmières possédant un plan de carrière horizontal, en leur offrant des choix appropriés, car il importe de réaliser que ce ne sont pas toutes les infirmières qui souhaitent gravir les échelons hiérarchiques. »*

Par rapport aux infirmières vieillissantes, les avis sont partagés ; selon certaines gestionnaires, les infirmières du PALV souhaitent que toutes les infirmières aient la même charge de travail et elles estiment que celles qui ne sont plus en mesure de suivre le rythme devraient être transférées dans d'autres programmes où il n'y a pas de

déplacement, comme Info-santé ou encore au service d'accueil, secteurs vers lesquels sont dirigées plusieurs infirmières en retrait préventif ; selon d'autres infirmières, leurs tâches devraient être allégées.

Quant aux équipes d'évaluation, les pratiques varient selon les établissements. Dans un de ceux-ci, une telle équipe a été démantelée en 2004 parce qu'il a été jugé important que la collecte des données auprès du patient s'effectue lors du premier contact entre celui-ci et l'infirmière qui assurerait la prise en charge, cette démarche visant à assurer par la suite la continuité de l'intervention avec le patient. Selon une gestionnaire de cet établissement, « *les infirmières qui ne faisaient auparavant que des évaluations et qui n'avaient pas le fardeau de donner les services requis par après ont eu des deuils à faire* ». L'introduction de l'outil d'évaluation multi-clientèle (OEMC) a été considérée par les infirmières qui ne faisaient pas d'évaluation comme une surcharge de travail et elles se sont montrées réticentes face à cet instrument d'une vingtaine de pages de cueillette de données qui leur apparaissait comme un fardeau supplémentaire.

À l'opposé, un autre établissement a toujours dans sa structure du programme PALV une telle équipe d'évaluation.

*« La gestionnaire de cas apprécie au plus haut point recevoir une nouvelle demande lorsque sa priorité a été validée et qu'un premier plan d'intervention a été élaboré. Lorsqu'une infirmière est appelée à gérer une cinquantaine de cas, elle éprouve un stress terrible lorsqu'elle reçoit des demandes de services qui ont été peu étudiées »,* soulignait une gestionnaire.

Il importe de préciser qu'une nouvelle demande de services (évaluation, plan d'intervention, démarche) requiert normalement sept heures de travail.

Il existe aussi dans un autre établissement une telle équipe d'évaluation depuis 1992, ce qui permet de rendre des services jugés équitables car c'est la même façon d'évaluer qui est appliquée à tous les patients. L'accueil centralisé ne fait que des évaluations sommaires alors que trois personnes sont chargées d'approfondir les requêtes. Il faut par ailleurs noter que les cas de soins palliatifs sont confiés directement à l'infirmière

qui prend le cas en charge. L'infirmière atteinte d'un mal de dos qui est en retour progressif ou encore celle de retour d'un congé de maternité peut faire partie de l'équipe d'évaluation : sa tâche est alors d'évaluer l'état de l'utilisateur, d'élaborer le plan d'intervention ainsi que le plan thérapeutique infirmier et de les présenter au comité d'allocation de services.

Enfin les nouveaux mandats confiés aux infirmières constituent dans certains cas un irritant, mais « *cette irritation s'atténue dans la mesure où la réalisation de ces mandats donne naissance à de nouveaux outils* », rapportait une gestionnaire ; il est donc important dans ces cas de bien communiquer au départ l'information aux intervenants, en précisant les retombées positives éventuelles de ces nouveaux mandats.

Quant à l'aspect quantitatif des charges de cas, c'est-à-dire au nombre de patients dont s'occupent les infirmières à domicile, les données varient là également selon les établissements. On retrouve des charges de cas oscillant entre 30 et 80. Malgré le nombre de patients qui peut dans certains cas sembler élevé, tous les gestionnaires ont le souci de s'assurer que les actes posés auprès d'eux soient de qualité.

Dans tous les établissements consultés, en plus de devoir faire les techniques de soins dont le patient a besoin, les infirmières doivent également assurer les soins palliatifs qui revêtent un caractère prioritaire ; il peut donc malheureusement arriver que lorsqu'une infirmière a dans sa charge de cas de nombreux clients requérant de tels soins, ce soit la personne âgée qui souffre de cette situation, risquant d'être négligée et reléguée à un second plan quant aux soins fournis.

Il y a quelques années, compte tenu du ratio élevé usagers/infirmière, un établissement avait réorganisé les charges de travail et celles-ci avaient été diminuées, mais la situation est redevenue la même qu'à cette époque. Le constat suivant s'est par ailleurs imposé à la gestionnaire : plusieurs nouvelles infirmières et également des infirmières provenant des agences privées n'osent pas cesser les services une fois la condition du patient stabilisée, ce qui augmente les charges globales de travail. Selon une gestionnaire,

*« plus il y a de cas et moins les infirmières disposent de temps pour faire de l'enseignement (les habitudes de vie, les auto-soins) et s'il y a moins d'enseignement, la conséquence est que le patient tarde à se prendre en charge, ce qui entraîne une augmentation des cas. »*

Un exemple parmi d'autres : une dame âgée devait mettre des gouttes dans ses yeux quatre fois par jour à la suite d'une opération pour une cataracte et elle ne voulait pas apprendre à le faire par elle-même. Elle tenait le discours suivant : *« j'ai payé des impôts toute ma vie, j'ai droit à ce service »*. La gestionnaire de l'équipe PALV a dû intervenir personnellement auprès de cette dame qui s'est finalement résignée à assumer cette tâche. *« L'infirmière peut parfois se sentir mal à l'aise de procéder ainsi, mais elle doit faire son travail de prise en charge »*, relevait cette gestionnaire.

Dans un autre établissement, les normes suivantes s'appliquent : pour le court terme, plus ou moins 40 cas ; à long terme, entre 55 et 60 cas. Si un territoire comporte des tours d'habitation limitant ainsi le nombre de déplacements, la norme est d'environ 80 cas. La balise suivante a été retenue par les gestionnaires : chaque infirmière doit donner 180 minutes de soins directs aux patients par jour. Les intervenants ont constaté que cette balise était de nature à leur venir en aide beaucoup plus qu'elle ne pouvait être contraignante : elle devenait en quelque sorte une norme qui pouvait être défendue au Conseil d'administration de l'établissement.

Quant à la gestion de cas (définie précédemment dans le rôle de l'infirmière), bien que la plupart des infirmières oeuvrant dans des programmes PALV comprennent très bien cette notion, plusieurs parviennent difficilement à la mettre en application, parce qu'elle exige beaucoup d'efforts, de démarches de concertation avec les partenaires et de paperasse. Tenter de convaincre les gens du milieu de s'impliquer requiert beaucoup de temps. D'après certaines gestionnaires, les nouvelles infirmières qui arrivent dans des programmes PALV ne sont pas formées à la gestion de cas et ne savent souvent même pas ce que c'est.

Bien que certaines infirmières n'aient pas tellement la gestion de cas, elles apprécient grandement pouvoir y combiner les techniques de soins qu'elles adorent et qui sont une source de plaisir pour elles.

La question de savoir si la responsabilité de 24 heures sur 24 heures semble préoccuper certaines infirmières s'est posée, cette responsabilité pouvant accroître la lourdeur de leur tâche. Il est apparu que le message qui est continuellement véhiculé par les gestionnaires aux infirmières, c'est qu'elles n'ont pas à quitter le travail le soir en emportant avec elles à la maison leurs préoccupations cliniques, certains établissements ayant à leur emploi plusieurs personnes pouvant assumer la relève. Mais deux obstacles peuvent se présenter : l'infirmière peut se sentir jugée de façon négative si elle ose soumettre à quelqu'un d'autre une question de nature clinique à laquelle elle n'a pas réponse ou encore la personne avec laquelle elle souhaiterait échanger sur cette question peut ne pas être disponible.

*« Mais il reste que Info-santé est disponible pour consultation, de même que les assistantes à la supérieure immédiate avec lesquelles les infirmières entretiennent généralement de très bons contacts », notait une gestionnaire.*

Les gestionnaires se disent aussi là pour soulager les infirmières préoccupées par l'état de leurs patients. Le fait de pouvoir discuter de questions avec leur supérieure ou encore avec l'assistante à la supérieure immédiate les aide à valider leurs impressions et constitue une source de soutien clinique tant souhaité par les infirmières.

La distribution du travail en fonction de la formation de base de l'infirmière a fait l'objet également de questionnement. Dans certains établissements, l'infirmière clinicienne est toujours la responsable, la gestionnaire de cas, l'intervenante pivot, tandis que l'infirmière technicienne s'occupe du surplus de travail de l'équipe et des soins à court terme ; c'est aussi uniquement à la clinicienne qu'incombe la supervision des étudiantes stagiaires inscrites au baccalauréat.

Même si aux yeux de certaines gestionnaires la gestion de cas devrait être une prérogative de l'infirmière clinicienne, il faut toutefois noter que selon d'autres gestionnaires, il apparaît que la formation en cours d'emploi peut suppléer à l'absence de diplôme et permettre à l'infirmière technicienne de faire une excellente gestionnaire de cas.

Quelques établissements ont créé des charges de travail spécialisées à l'intention des infirmières en croyant que cette façon de faire pouvait constituer un facteur de rétention. D'après certaines gestionnaires, le fait d'avoir une formation plus poussée dans un domaine en particulier confère aux infirmières un sentiment de compétence accrue, ce qui amène une sécurité plus grande au niveau des choix dans l'intervention et davantage d'aisance. Le mauvais côté de la chose, c'est que cette façon de faire peut devenir très lourde, les infirmières transférant tous les cas difficiles à la personne spécialisée, dont la charge alors déborde. L'expertise étant concentrée chez la même personne, il peut y avoir quelques problèmes lorsque celle-ci s'absente en raison de congé-maladie ou de vacances. *« Il importe donc que ces expertises soient partagées par plusieurs personnes plutôt que d'être confiées à un seul porteur de dossier »*, estimait une gestionnaire.

Le projet de Loi 90 constitue un irritant pour certaines infirmières ; sans se sentir entièrement responsables des actes posés par les infirmières auxiliaires et les auxiliaires aux services de santé et sociaux, les infirmières sont toutefois très préoccupées par la qualité des soins offerts, craignant une certaine « déprofessionnalisation » des soins, et ce souci est perçu comme un facteur contribuant à augmenter la charge de travail, même si au début de l'application de la loi, elles ont vite constaté que de telles mesures pouvaient leur venir en aide.

Dans un établissement, le processus d'implantation des mesures préconisées par cette loi 90 a été long et difficile parce que les infirmières ont eu l'impression de ne pas être suffisamment consultées et également en raison du fait que la formation sur le sujet a été offerte par une infirmière qui n'avait aucune expérience dans des programmes PALV.

Les points de vue des gestionnaires sont partagés sur l'arrivée des infirmières auxiliaires, certaines voyant un paradoxe dans le fait qu'en clinique ambulatoire des services généraux, où il n'y a pas de gestion de cas et où généralement le client n'y vient que pour un changement de pansement pour tout simplement retourner chez lui par après, ce soit des infirmières cliniciennes qui s'y retrouvent alors qu'on désire maintenant faire appel à des infirmières auxiliaires pour le travail à domicile avec des personnes âgées en perte d'autonomie, travail qui se révèle beaucoup plus exigeant et complexe. D'après une gestionnaire,

*« cette loi traite beaucoup de la délégation des tâches au niveau des techniques de soins mais ce ne sont pas celles-ci qui alourdissent les charges de travail, mais vraiment le profil de la clientèle, tout le volet psycho-social de même que la chronicité des problématiques .»*

D'autres gestionnaires sont d'avis que compte tenu du contexte de pénurie d'infirmières et de l'ampleur des besoins à combler, cette mesure contribuera à répondre à la demande et aussi à réduire les coûts mais qu'elle sera aussi susceptible de créer des conflits en augmentant le nombre de catégories de personnel et le nombre d'intervenants différents.

#### 5.2.1.9 La transmission des informations

Pour certaines gestionnaires, la communication est un aspect du travail difficile mais nécessaire. Le fait que les infirmières vivent mal les périodes de transition est peut-être dû à des problèmes de communication entre la direction du programme et ces dernières. Des précisions et des détails devraient leur être fournis quant aux nouveaux programmes ou modes de fonctionnement, car elles semblent vivre difficilement le manque de clarté.

#### 5.2.1.10 L'équipe multidisciplinaire

Dans une structure où l'on travaille par secteur, où les membres de l'équipe multidisciplinaire sont placés dans le même bureau, les liens informels facilitent le

travail. Quand une infirmière peut demander sans formalité une consultation à sa collègue travailleuse sociale, le travail multidisciplinaire s'opère beaucoup plus facilement et il peut donner naissance à une certaine interdisciplinarité. Le jumelage peut aussi être facilitant, car c'est la même infirmière et la même travailleuse sociale qui sont toujours ensemble à travailler dans le même secteur.

Dans un autre établissement, le travail multidisciplinaire est une source d'irritation car les infirmières ont l'impression qu'à chaque fois qu'elles demandent une consultation à une collègue, cette demande n'est jamais jugée urgente, la réponse étant lente à venir et la prise en charge n'étant jamais aussi rapide qu'elles l'auraient souhaité ; « *la collaboration est surtout difficile avec les travailleuses sociales et plusieurs infirmières ont le sentiment de faire leur travail* », notait une gestionnaire.

Il y a aussi le fait que les infirmières attendent trop longtemps avant de faire des demandes de consultation lorsqu'elles font face à un cas présentant des difficultés d'ordre psycho-social ; il y a un travail à faire auprès d'elles dans le but de les aider à mieux définir leurs limites, car elles ont tendance à en prendre trop sur leurs épaules. Il arrive souvent aussi que les demandes de référence soient formulées lorsque le patient est en situation de crise, ce qui se révèle très exigeant pour les membres de l'équipe qui doivent procéder alors très rapidement.

Par ailleurs, certaines équipes multidisciplinaires fonctionnent plus difficilement parce que leurs membres ne partagent pas la même philosophie d'intervention. Certaines infirmières peuvent avoir des attitudes qui sont aux antipodes de celles de leurs collègues : il y a des gens qui ne sont pas capables de dire non, qui acceptent donc tout et qui veulent tout faire pour le client tandis que d'autres estiment que le client a le potentiel pour se sortir seul de son épreuve et le laissent s'organiser. Est-ce que la réponse ne serait pas à mi-chemin entre ces deux positions ? Mais il reste que ces positions différentes génèrent des conflits parfois assez importants qui, à force de perdurer, finissent par éclater.

#### 5.2.1.11 Les pouvoirs des professionnelles

Face à l'ampleur des besoins auxquels elles doivent répondre et au peu de pouvoir dont elles disposent pour le faire, les infirmières sont souvent frustrées : « *il arrive qu'elles se perçoivent comme des pions dans l'organisation, ayant peu d'emprise et sur le présent et sur leur avenir, ce qui constitue un irritant* », notait une gestionnaire.

Par contre, le pouvoir qu'elles ont d'établir leur propre route et de déterminer la fréquence de leurs visites est considéré comme un facteur de satisfaction par les infirmières.

#### 5.2.1.12 Le territoire

Pour la très grande majorité des établissements, la possession d'une auto est une condition d'embauche car, compte tenu de la grandeur des territoires, l'infirmière qui désire travailler au programme PALV doit pouvoir se déplacer rapidement, ce qui est une mesure d'économie de temps. Plusieurs candidates intéressantes ont préféré opter pour un autre programme ou encore pour un autre établissement en raison de cette exigence ; par ailleurs, les établissements qui n'ont pas cette exigence sont aux prises avec un autre problème : dans un tel établissement, certaines infirmières qui utilisent leur propre voiture sont perçues comme étant plus efficaces, parce qu'elles font plus de visites à domicile, le critère de performance étant défini notamment en fonction du nombre de visites.

Comme facteur d'attraction, il a été suggéré par une gestionnaire d'étudier la possibilité de créer des secteurs devant être desservis où l'utilisation de l'auto serait de moins en moins nécessaire, ce qui permettrait d'attirer de nouvelles candidates désireuses de travailler dans des milieux verts et de garder la forme par la pratique du sport de la marche ou du vélo.

Le stationnement est une grande source de frustration, les infirmières ayant souvent, surtout durant l'hiver, des difficultés à trouver un endroit où garer leur voiture, ce qui

donne fréquemment lieu à des contraventions. Elles se plaignent donc de cette situation qui peut être contre-productive, dans la mesure où, selon une gestionnaire, « *une infirmière peut prendre de 15 à 20 minutes pour rechercher une place de stationnement .* »

Pour régler ce problème, les infirmières souhaiteraient que la Ville de Montréal leur accorde des privilèges de stationnement dans des zones où celui-ci est interdit. Elles rappellent qu'il y a plusieurs années, elles n'avaient qu'à placer à l'intérieur de leur pare-brise un écriteau avec les mots « *visites à domicile* » pour être en mesure de stationner à peu près n'importe où durant les heures d'ouverture de l'établissement.

## 5.2.2 Les CLSC

### 5.2.2.1 La répartition des budgets

Pour certains gestionnaires, il y a un manque évident d'adéquation entre d'une part la croissance des besoins de la personne âgée à domicile et d'autre part les budgets alloués aux programmes PALV, et pour bon nombre d'infirmières, le sentiment est que les sommes d'argent allouées sont souvent mal utilisées, parce que non canalisées directement vers la clientèle.

### 5.2.2.2 La gestion des ressources humaines

Les directions de ressources humaines manifestent généralement une grande préoccupation relative à l'attraction et la rétention du personnel infirmier dans des programmes PALV. Un établissement a même créé un poste d'agent de personnel chargé uniquement du recrutement de nouvelles infirmières. Le programme PALV de cet établissement a mis sur pied un poste de conseillère au recrutement qui travaille de concert avec l'assistante à la supérieure immédiate à assurer l'accueil, l'encadrement et l'intégration des nouvelles infirmières. Elle y joue en quelque sorte un rôle de préceptrice.

#### 5.2.2.2.1 L'attraction de nouvelles infirmières

Le constat est assez évident : attirer des infirmières dans un programme PALV est plus difficile que dans les autres programmes, parce qu'il y a des infirmières qui ne se sentent pas à l'aise avec ce genre de travail à domicile, se trouvant seules pour prendre des décisions importantes et n'ayant ni l'encadrement ni la sécurité que leur procure l'équipe comme celle existant en milieu hospitalier. Ce n'est pas un domaine très « *glamour* », pour reprendre une expression de l'une des gestionnaires, l'infirmière baignant souvent dans une atmosphère de fin de vie où elle ne voit pas beaucoup de fin positive, i.e. de retour à la santé.

Mais il existe des facteurs attrayants : dans un établissement, on peut mettre de l'avant la proximité de la banlieue, les facilités de transport, la proximité des universités, de bons programmes d'accueil et d'orientation et un très bon climat de travail, d'après les commentaires des stagiaires ; les facteurs d'attraction pourraient être l'image de marque de l'établissement, sa bonne cote dans le réseau, ses approches novatrices, la richesse du travail en équipe, l'aménagement des postes qui facilite le travail en équipe, le soutien des cadres, le fait que le programme PALV soit bien structuré et qu'il offre plusieurs possibilités selon les centres d'intérêt de chacune des infirmières : superviser des stagiaires, participer à des projets de recherche-terrain, collaborer avec des chercheurs et participer à différents comités.

Il arrive aussi que des infirmières qui avaient comme première impression que travailler avec les personnes âgées était ennuyeux parce que cette clientèle était en fin de vie, changent d'idée au fil des mois : peu à peu elles en viennent même à considérer comme un privilège le fait de pouvoir accompagner une personne rendue à cette étape de sa vie même si parfois ce n'est pas tout à fait le type d'accompagnement idéal, faute de temps en raison du nombre élevé de cas. Elles apprécient le fait qu'elles répondent à des besoins et tout cela donne un sens à leur travail pour lequel les personnes âgées leur en sont très reconnaissantes.

Un autre facteur d'attraction pourrait être de comparer l'intervention de l'infirmière dans un programme PALV à celle en milieu hospitalier. Au programme PALV, l'infirmière garde ses clients parfois sur une longue période, elle peut entretenir avec eux une relation privilégiée et elle est donc en mesure de constater les résultats de son enseignement et de ses actions. Pour une plaie par exemple, tout dépendant de la situation, l'objectif de l'infirmière sera de la guérir, et si elle ne guérit pas, son objectif sera qu'elle ne s'infecte pas, qu'elle reste stable et qu'elle ne se détériore pas. Tel que le rapportait une gestionnaire,

*« cela prend du temps et la continuité est un élément qui contribue à différencier le travail des infirmières de programmes PALV de celui des infirmières oeuvrant en milieu hospitalier. »*

Selon les gestionnaires, si on avait à promouvoir un programme PALV dans un monde idéal, on devrait pouvoir affirmer, sur la base du fait que les infirmières désirent vraiment performer, qu'on y utilise des techniques de pointe et qu'on y offre un éventail de types de soins qui ne se donnent pas en milieu hospitalier ; il faudrait que les infirmières aient l'impression de pouvoir toujours cheminer, d'avoir des possibilités de participer à des activités de formation continue (colloques) en lien avec le volet recherche en soins infirmiers. Il faudrait mettre en place des laboratoires pour faciliter leur mise à jour et leur support, et dégager du temps afin de permettre le développement de leur champ d'expertise et de leurs compétences professionnelles. Il faudrait mettre à contribution les milieux de recherche universitaires et en évidence les retombées de ce secteur par l'entremise des infirmières qui détiennent un deuxième cycle universitaire ou encore de celles qui y poursuivent des études.

Il est nécessaire aussi que les infirmières aient des possibilités d'avancement, des dossiers stimulants, et il faut être en mesure de les libérer pour qu'elles puissent s'occuper de ces dossiers-là. *« Mais tout cela ne générant pas de statistiques, c'est donc difficile ! »* s'exclamait une gestionnaire soucieuse de recueillir des indicateurs de performance.

Il faut aussi réussir à vendre la gestion de cas et l'autonomie dont dispose l'infirmière dans la prise de décision et les suivis systématiques, qui constituent un outil bien développé, un cadre, un guide.

Il faut aussi miser sur les politiques et procédures de l'établissement disponibles sur intranet, sur les logiciels de recherche sur les clients, sur les données probantes.

Dans un établissement, la création d'un nouveau poste de conseillère au programme PALV visant à améliorer l'embauche des infirmières est perçue comme étant un facteur d'attraction, car il permet de dégager la gestionnaire de certaines tâches. Le partage des responsabilités est ainsi plus clair et la nouvelle infirmière sait précisément à qui s'adresser en période d'orientation.

*« Le fait que ce soit la même personne qui participe et au comité de sélection et à l'orientation de la nouvelle infirmière, tout en rendant le processus d'embauche et d'encadrement plus cohérent, se révèle un élément facilitant »,* signalait une gestionnaire.

Il importe également d'insister sur le fait qu'il n'y a pas de travail de nuit, qu'une disponibilité d'un week-end sur deux est exigée (obligation syndicale) alors que, dans la réalité, cette disponibilité est de un week-end sur quatre ou encore de un sur six. Il faut aussi mettre en évidence que la plupart des postes sont de jour et certains de soir, ce qui pourrait séduire les infirmières des hôpitaux qui sont fatiguées de travailler le soir, la nuit et les week-end.

#### 5.2.2.2.2 L'embauche de nouvelles infirmières

Il a été dit précédemment qu'attirer des infirmières dans des programmes PALV est difficile car les infirmières qui aiment les techniques de soins se dirigent plutôt vers les services généraux, aussi appelés services courants, tandis que celles qui aiment les contacts avec les enfants ou adolescents vont en enfance-famille-jeunesse.

Cependant, dans un établissement, l'embauche de nouvelles infirmières au programme PALV s'est révélée moins difficile qu'auparavant en raison d'une réorganisation du travail, les infirmières ayant à leur disposition de plus en plus d'outils et de cadres de référence qui favorisent le développement du milieu.

Il faut par ailleurs noter, comme le mentionnait une gestionnaire, que

*« les programmes PALV sont désavantagés par rapport aux centres hospitaliers qui ont le pouvoir d'embaucher des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) alors que les programmes PALV ne peuvent embaucher de telles finissantes, car les gestionnaires ne peuvent les envoyer seules à domicile avant qu'elles aient reçu leurs notes d'examen ; et quand elles obtiennent leur diplôme et que vient le moment de les embaucher, elles ont souvent trouvé un emploi ailleurs. »*

Un autre établissement exige comme condition d'embauche une année d'expérience en milieu hospitalier (auparavant c'était trois), le bilinguisme, la possession d'une automobile, et la candidate doit manifester un intérêt pour la gériatrie. Même si les exigences au niveau de l'expérience en milieu hospitalier ont été abaissées, le constat est que lorsqu'une infirmière a complété une année de travail dans un hôpital, elle risque fort d'y demeurer, puisqu'elle commence alors à accumuler de l'ancienneté notamment pour son choix de vacances et à réaliser que plusieurs possibilités s'offrent à elles de travailler dans d'autres spécialités, comme les soins intensifs ou à l'urgence.

Il est aussi possible de recruter des stagiaires, mais le défi pour les cadres est de les retenir, car elles ont fait rapidement le tour du jardin. Les stagiaires doivent faire preuve dès le départ d'un intérêt marqué pour la gériatrie, sinon elles quittent, de sorte que pour plusieurs, le programme PALV constitue une porte d'entrée, un tremplin pour accéder à d'autres services du CSSS. Pour contrer ce problème, il faut s'inspirer, selon certains gestionnaires, du projet SIPA où les gens étaient stimulés du simple fait de leur présence au sein d'une équipe tissée très serrée dont tous les services gravitaient autour de la personne âgée et où le nombre de clients était plafonné. On y avait développé plusieurs instruments qui facilitaient le travail de l'infirmière, comme des protocoles

interdisciplinaires d'intervention. Actuellement, ce type d'équipe n'existant plus, l'infirmière se retrouve surchargée de travail et elle manque de temps pour s'acquitter de ces tâches.

Les stagiaires nécessitant de la supervision, les gestionnaires doivent recruter des infirmières intéressées à être des superviseuses de stages et elles parviennent difficilement à effectuer ce recrutement, ce qui constitue un irritant pour ces gestionnaires. Pour parvenir à ses fins, un établissement accorde à ses superviseuses trois jours de remplacement (libération) durant l'année en plus d'une journée supplémentaire de congé à la fin du stage, ce qui est considéré comme une forme de reconnaissance.

Il faut aussi noter qu'il y a très peu de candidatures dans les programmes PALV, de sorte que, règle générale, si une candidature n'est pas idéale, elle est quand même retenue. Il y a exception à cette règle lorsqu'il est clair qu'une candidate en particulier ne satisfait pas aux exigences du poste. Mais lorsqu'une candidate ne correspond pas parfaitement au profil recherché, elle est néanmoins engagée dans l'espoir qu'avec l'orientation et l'encadrement qui lui seront fournis au fil du temps, elle deviendra une infirmière dont le travail sera à tout le moins jugé acceptable. Par ailleurs, un établissement qui désirait pourvoir à tout prix ses postes en embauchant des infirmières qui ne satisfaisaient pas aux exigences (« *à la guerre comme à la guerre !* », s'exclamait une gestionnaire) s'est ravisé à la suite d'une expérience malheureuse qui a créé beaucoup de tension dans l'équipe, ce qui a exigé une bonne somme d'énergie de la part de la gestionnaire pour ramener le tout à la normalité.

D'autres éléments viennent par ailleurs complexifier l'embauche des infirmières, comme le fait de ne pouvoir offrir de permanence sur certains postes, notamment dans le cas de postes temporairement dépourvus de leur titulaire en raison de congés sans solde, congés pour étude, congés de maternité, retraites progressives, retour progressif au travail, congés pour prendre soin d'un parent mourant, traitements différés, horaires comprimés.

Face à cette pénurie de nouvelles infirmières au programme PALV et pour diminuer le recours aux agences privées, un CSSS a permis à son programme PALV de convertir la majorité de la somme d'argent consacrée à la main-d'œuvre indépendante en postes permanents.

Une gestionnaire d'un établissement considère même la possibilité, à contrecœur il est vrai, advenant qu'elle soit incapable de combler ses postes vacants, de transformer certains postes de cliniciennes en postes, non pas d'infirmières techniciennes, mais d'infirmières auxiliaires qui seront chargées entre autres de faire des prélèvements et des pansements.

Quant au profil idéal recherché pour une infirmière devant travailler dans un programme PALV, il ressort que lors de l'entrevue de sélection, elle doit faire preuve d'un bon jugement clinique, de dynamisme, d'autonomie, d'initiative et d'une grande capacité d'adaptation, qu'elle ait un intérêt pour le travail interdisciplinaire, qu'elle connaisse ses limites, qu'elle soit en mesure de se prendre en charge, capable d'apprendre rapidement et de communiquer avec les membres de son équipe. *« Il faut bien reconnaître qu'il est difficile de retrouver toutes ces qualités chez une infirmière ayant peu ou pas d'expérience »*, soulignait une gestionnaire.

#### 5.2.2.2.3 La rétention du personnel

Les valeurs de l'établissement qui se reflètent sur les conditions et le climat de travail peuvent être une source de plaisir pour l'infirmière ; comme le rapportait une gestionnaire,

*« celle qui sent qu'elle est la bienvenue et que tous les efforts sont faits pour qu'elle se sente bien intégrée dans ce nouveau milieu où la collaboration entre les gens est excellente en éprouve beaucoup de satisfaction. »*

L'interdisciplinarité constitue également pour certaines infirmières une autre source de satisfaction. De même, la richesse des échanges avec le patient, les contacts avec les

familles (bien que cela puisse être un couteau à double tranchant), la possibilité de pouvoir travailler à leur rythme et de gérer leur temps, la flexibilité des horaires qui permet, si elles doivent comprimer l'heure de leur dîner, de faire les courses personnelles lorsqu'elles sont sur la route, sont autant d'éléments qui viennent agrémente le travail des infirmières et qui constituent un facteur de rétention.

L'autonomie que le type de travail dans un programme PALV permet à l'infirmière constitue également un facteur d'attraction et de rétention : *« elle a le pouvoir de gérer ses affaires elle-même, d'organiser sa journée de travail, d'utiliser sa voiture, d'aller à domicile, d'établir des contacts avec la famille, les médecins et les pharmaciens »*, rapportait une gestionnaire.

Sauf peut-être pour les très jeunes infirmières, une fois qu'elles sont recrutées dans le programme, la plupart ont dans l'ensemble le goût d'y rester, souvent une dizaine d'années, à la suite de quoi elles désirent changer d'affectation et occuper un nouveau poste, comme celui de conseillère ou d'assistante à la supérieure immédiate. Et si elles y restent, c'est en bonne partie à cause des horaires, puisqu'elles travaillent peu de week-end comparativement au milieu hospitalier.

Pour favoriser la rétention du personnel infirmier dans les programmes PALV, les gestionnaires ne disposent pas de beaucoup de marge de manœuvre dans le contexte actuel de restrictions budgétaires et cette situation se révèle un irritant autant pour les infirmières que les gestionnaires. Auparavant, ces dernières disposaient de beaucoup plus de latitude pour reconnaître le temps supplémentaire effectué par les infirmières, qui étaient payées pour le travail accompli. Mais cette souplesse là ayant pu engendrer certains abus et les budgets le permettant moins, le temps supplémentaire est limité maintenant à sa plus simple expression.

Également entre en jeu, comme facteur de rétention, la possibilité pour l'infirmière de suivre des activités de formation continue dont certaines sont obligatoires (le programme de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), la réanimation cardio-respiratoire (RCR), le plan thérapeutique infirmier (PTI), la Loi 90). *« Il est à noter que*

*les infirmières ont dans l'ensemble beaucoup d'activités de formation à comparer avec les autres disciplines* », faisait valoir une gestionnaire. À côté de ces formations proprement dites, il arrive fréquemment qu'une infirmière soit appelée à suivre des sessions portant sur un nouveau produit, un nouveau traitement ou encore de nouvelles technologies.

Les problèmes de rétention se posent également lorsque les nouvelles infirmières proviennent des hôpitaux, la transition s'avérant souvent difficile surtout si elles n'ont aucune expérience du milieu communautaire ou encore si elles n'ont reçu aucune formation à ce sujet. Comme le notait une gestionnaire,

*« La conception de l'individu à l'hôpital est bien différente de celle de l'individu dans sa communauté ; il faut avoir des talents bien particuliers pour travailler à domicile, car il n'y a ni médecin ni collègue sur place pour épauler l'infirmière. »*

Certaines vont cependant s'adapter sans problème à la suite de leur intégration à l'équipe.

Le suivi systématique est considéré par l'infirmière comme une source possible de motivation et il peut donc contribuer à la rétention en permettant à cette dernière de distinguer ce qui lui appartient de ce qui relève d'autres disciplinaires, au niveau de son plan d'intervention. Une difficulté que connaissent les infirmières, c'est qu'en assumant beaucoup de responsabilités, elles parviennent difficilement à un moment donné à distinguer ce qui est de leur ressort de ce qui ne l'est pas. Le suivi systématique peut donc alléger le travail de l'infirmière en lui permettant de délimiter son cadre de travail, ce qui n'est pas toujours évident, puisqu'elle se sent responsable de tout, surtout si le client ou la famille ne collaborent pas. Elles transposent souvent les responsabilités qu'elles assumaient à l'hôpital au domicile du client. L'infirmière qui travaille à domicile se sent souvent responsable du patient 24h sur 24 ; elle n'a pas, comme à l'hôpital, une collègue qui prend la relève le soir ou la nuit, bien qu'il y ait une infirmière de soirée ainsi qu'Info-santé à qui le patient pourrait s'adresser. Cette situation exige donc de l'infirmière un jugement clinique très précis face aux

symptômes que ses patients présentent au cours de la journée et lorsqu'ils surviennent, elle doit régulièrement se poser la question à savoir si le patient doit se rendre immédiatement à l'hôpital ou s'il est en mesure d'attendre et d'effectuer une visite à une clinique-réseau le lendemain, personne dans la nuit n'étant là pour prendre la relève, contrairement aux hôpitaux où une présence constante est assurée aux patients.

Plusieurs gestionnaires croient qu'au fur et à mesure du développement de nouvelles approches, les infirmières seront mieux outillées pour accompagner un client gériatrique. Elles seront ainsi plus pro-actives et plus conscientes du volet prévention, tout en essayant de développer chez le client sa prise en charge (empowerment), parce que les infirmières ont parfois le sentiment de porter sur leurs épaules les lourdes problématiques de leurs clients. Avec les suivis systématiques, le client devra prendre une partie de sa santé en main ; mais, comme le notait une des gestionnaires, *« faire adopter par les infirmières de nouvelles façons de faire, c'est loin d'être facile, car il y a changement de paradigmes. »*

#### 5.2.2.2.4 Les départs des infirmières

Malgré les efforts de rétention, un certain nombre d'infirmières quittent les programmes PALV. Un établissement a connu dernièrement de tels départs d'infirmières de son programme PALV. Une d'entre elles, qui a quitté définitivement, a pris sa décision en fonction de la dynamique dans son équipe de travail. Certaines sont cependant revenues au programme PALV après une affectation aux services courants au moment de leur départ : *« elles ont trouvé que la rapidité d'exécution exigée était trop grande et que la responsabilité clinique était plus valorisante dans le programme PALV »*, notait une gestionnaire, discours qui a été repris par une autre gestionnaire.

Dans un autre établissement, quelques infirmières en provenance de CHSLD ont voulu tenter leur chance au programme PALV mais elles y sont retournées peu après, car elles ne se sont pas adaptées au nouveau contexte, les exigences cléricales semblant être trop lourdes pour elles. À titre d'exemple, les notes d'évolution de chaque patient doivent se faire sur une base mensuelle ou même trimestrielle dans les CHSLD alors que dans

les programmes PALV, elles doivent être rédigées à chaque visite, plusieurs visites à un même patient lors d'une même journée nécessitant autant de notes d'évolution.

Les raisons évoquées par les infirmières qui quittent le PALV sont multiples : la charge de travail, le profil de l'usager et la lourdeur de la clientèle ; il faut bien constater que la personne âgée a moins de potentiel de récupération que les plus jeunes et qu'elle présente des problèmes qui amènent une détérioration de la santé ; au dire d'une gestionnaire,

*« les exigences physiques du travail à domiciles (marches d'escalier non déblayées durant l'hiver et difficultés de stationnement) sont aussi des éléments qui ne favorisent pas la rétention des infirmières vieillissantes. »*

Au sujet de la lourdeur de la charge de travail, certaines gestionnaires commencent à réfléchir sérieusement à ce problème et tentent de trouver des solutions cas par cas. Il peut y avoir de l'entraide entre collègues ou encore des changements de secteur où le voyage est moins difficile, où l'on retrouve des tours d'habitation à forte concentration de clientèle, ce qui nécessite moins de déplacements.

Parmi les raisons qui ont amené des infirmières qui avaient quitté le programme PALV à y revenir, on retrouve : le soutien et la disponibilité des cadres, le sentiment de pouvoir travailler dans un programme structuré, où les processus sont clairs, ce qui leur donne l'impression d'être soutenues dans leurs interventions ; le sentiment d'être moins seules avec leurs clients, car elles sont capables de partager leurs cas avec des paires ou des collègues ; la structure et l'organisation qui permettent le travail interdisciplinaire ; l'importance accordée par la direction à la formation continue et les nombreuses activités de formation mises sur pied dans le but de répondre aux besoins identifiés ; la présence du volet recherche et leur engagement dans de tels projets ; les nombreuses rencontres disciplinaires « multiniveaux » et multifonctions (équipes, site, programme entier, établissement); le fait que le programme soit de plus en plus attentif à tout ce qui peut les dynamiser, qu'il réussit à cerner leurs champs d'intérêts, qu'il les encourage à utiliser leur expertise, ce qui est de nature à améliorer leur qualité de vie au travail ; tout

le processus organisationnel où elles sentent que la direction réfléchit avec elles pour trouver des solutions aux cas difficiles ou complexes qu'elles rencontrent, par exemple l'existence de comités de discussion de cas que la gestionnaire anime et qui constitue un lieu où les interventions de chacune sont discutées et où les objectifs spécifiques à chacune des disciplines seront énoncés.

#### 5.2.2.2.5 L'encadrement

Dans un établissement, les infirmières du PALV ne se sentent pas vraiment seules quand elles se rendent à domicile car il y a toujours une personne de l'équipe interdisciplinaire qu'elles peuvent rejoindre par téléphone. L'infirmière assistante à la supérieure immédiate ou encore les infirmières spécialistes en activités cliniques peuvent également jouer un rôle de support et de conseil auprès de leurs collègues. Elles assument là un rôle nécessaire en raison de la rotation du personnel, de l'embauche de jeunes infirmières qui en sont à leurs premiers pas dans la profession et également en raison de la complexité des cas rencontrés.

Il a été relevé que le manque ou l'absence de supervision est une source de frustration pour plusieurs infirmières. Des efforts sont faits pour revoir les responsabilités respectives des gestionnaires et des spécialistes aux activités cliniques et l'hypothèse de réserver tout l'aspect administratif aux gestionnaires et tout l'aspect clinique aux spécialistes aux activités cliniques est sérieusement envisagée.

Dans un autre établissement, afin d'améliorer le soutien aux infirmières, ce sont les spécialistes en activités cliniques, qui sont de la même discipline que les infirmières, qui assurent la supervision clinique, les chefs d'administration de programmes n'étant plus en mesure d'assumer cette tâche, compte tenu de leurs nombreux dossiers. Un processus inter-programme a permis de mieux définir le rôle des chefs d'administration de programmes et d'établir une distinction de rôles entre ces dernières et les spécialistes en activités cliniques, les chefs d'administration n'étant saisis que des cas complexes ou encore conflictuels.

Toutes les gestionnaires ont par ailleurs des indicateurs de performance qui sont discutés lors de rencontres annuelles de programme, quant à la quantité et à la qualité des interventions. « *Il y a un grand objectif de continuité mais la priorité numéro un, c'est l'équilibre budgétaire* », selon une gestionnaire. Dans un établissement, la gestion participative pour l'élaboration des objectifs avec les infirmières n'est pas encore mise en place, mais il y a beaucoup de consultations où les opinions sont facilement exprimées.

Au sujet de l'évaluation du rendement de l'infirmière, peu d'établissements parviennent à la réaliser de façon annuelle ou encore aux deux ans, même si les gestionnaires souhaiteraient bien pouvoir se conformer à cette exigence. Dans un établissement, des évaluations de rendement sont faites, mais non de façon régulière, tandis que dans un autre, une gestionnaire qui a un grand nombre d'infirmières dans son service a planifié cette opération sur trois ans.

Des rencontres occasionnelles ou régulières ont cependant lieu au cours desquelles les charges de travail sont examinées, ce qui est fort apprécié des infirmières qui en sortent soulagées parce que beaucoup de leurs dossiers peuvent être fermés à cette occasion.

#### 5.2.2.2.6 La démobilisation

Même si leur charge est très lourde, il ne semble pas y avoir une grande démobilisation chez les infirmières de programmes PALV. Il y a bien sûr des cas isolés et des moments de l'année où la tâche apparaît plus ardue : dans un établissement notamment, les infirmières-pivots qui font du long terme voient leur charge de cas augmenter sans arrêt et elles arrivent même parfois à ne plus être en mesure de terminer leurs tâches adéquatement. Elles se plaignent de ne plus arriver et tout devient alors matière à récrimination, comme la hausse du prix de l'essence, mais elles ne deviennent pas pour autant blasées.

Les cadres également trouvent leur charge de travail lourde et complexe, mais ici encore on ne peut parler de démobilisation ; elles aussi ont le sentiment de ne pouvoir

jamais rien terminer car il y a deux listes de choses à faire : les choses essentielles d'une part et, d'autre part, les autres choses jugées importantes mais qui ne pourront jamais être finalisées, ce qui crée une situation très frustrante pour une personne qui souhaite pouvoir être en mesure de fermer ses dossiers. Et le moral des gestionnaires influe sur celui des infirmières, c'est comme si les premières déteignaient sur les secondes, chacune ayant leur propre charge de travail : les gestionnaires et leurs infirmières d'une part, les infirmières et leurs patients, d'autre part.

#### 5.2.2.2.7 Les absences

De façon générale, la perception des gestionnaires est que le taux d'absentéisme des infirmières dans les programmes PALV est bas. Un plus grand nombre d'absences est relevé durant l'hiver que l'été à cause de la distance entre le lieu de résidence et celui du travail lors des tempêtes de neige ; quand elles se produisent, c'est surtout à cause de raisons familiales (problèmes avec la gardienne ou les parents) ou de rendez-vous médicaux pour les enfants ; puisque les infirmières font beaucoup de visites, elles sont plus à risque d'être affectées par des entorses ou des maux de dos à la suite d'une chute ou de soins prodigués aux patients. Comme le faisait remarquer une gestionnaire,

*« il faut comprendre que les infirmières savent bien que si elles s'absentent, elles surchargent leurs collègues, puisqu'il n'y a pas de remplacement. Elles essaient donc dans la mesure du possible de planifier leurs absences, de façon à ce que les horaires de travail soient adaptés en conséquence. »*

En ce qui concerne les retraits préventifs dans les cas de maternité, les ordonnances varient d'un médecin à un autre tout comme les attitudes des infirmières enceintes changent d'une personne à une autre ; certaines travaillent deux jours/semaine ou encore ont des routes allégées tandis que d'autres sont en retrait préventif complet.

Un établissement a su faire preuve d'accommodement au sujet des absences pour des motifs religieux : le congé statutaire du lundi de Pâques a été aboli et le personnel peut ainsi bénéficier de trois congés mobiles pour les fêtes spéciales (deux congés mobiles sont déjà prévus à la convention collective).

#### 5.2.2.2.8 L'épuisement professionnel

Contrairement à la croyance largement répandue, il n'y a pas dans l'ensemble beaucoup d'absences dues à l'épuisement professionnel, selon les cadres interviewées, les infirmières étant nombreuses à pouvoir reconnaître les indicateurs de pré-épuisement et à prendre les mesures nécessaires pour y remédier.

Dans de tels cas, il semble toutefois difficile de déterminer précisément si une infirmière s'absente vraiment en raison d'épuisement professionnel ou encore à cause de problèmes personnels, car un ensemble de facteurs peuvent entrer en ligne de compte de sorte que sa condition peut ne pas être uniquement imputable au travail, qui peut par ailleurs éventuellement contribuer à alourdir le fardeau psychologique chez cette personne.

Selon une gestionnaire, *« l'épuisement professionnel est d'abord une question d'attitude chez les infirmières »*. Parmi ces dernières, il y en a qui souffrent de maladies chroniques, et il y en a d'autres, vieillissantes, qui ne veulent pas se rendre à l'évidence que leur état de santé ne leur permet plus de travailler au programme PALV. Il leur appartiendrait, soutient-elle, de faire elles-mêmes cette démarche personnelle qui les amènerait à ce constat mais, à défaut, elles blâment le programme pour leur état de fatigue. Elles devraient constater, ajoute-t-elle, qu'elles seraient beaucoup mieux dans un programme comme par exemple Info-santé, là où leur expertise serait mise à contribution et où elles seraient libérées de certaines contraintes physiques du travail à domicile.

La perception toutefois des travailleuses des autres programmes des CSSS il y a quelques années était à l'effet qu'il était difficile de travailler dans des programmes PALV, que les gens s'y brûlaient rapidement et que cette situation y entraînait une grande rotation du personnel. Il semble que cette impression subsiste encore chez plusieurs et *« il faudrait alors songer à mettre en place des mécanismes d'information afin de rectifier ces perceptions, »* d'après une gestionnaire.

### 5.2.2.2.9 Les syndicats

Les syndicats sont considérés par certaines gestionnaires comme étant parfois un frein aux solutions novatrices. Il arrive qu'une nouvelle et bonne idée soit transmise à la direction des ressources humaines qui répond que son implantation ne pourra se réaliser en raison de l'opposition du syndicat. *« L'expérience démontre qu'une nouvelle idée est très souvent contestée, que beaucoup de temps et d'énergie sont consacrés à en discuter et que finalement elle est abandonnée »*, signalait une gestionnaire.

Selon un cas rapporté par une autre gestionnaire,

*« une infirmière a pu bénéficier d'un congé de maternité de deux ans auquel elle a ajouté ensuite un congé d'étude sans solde d'une année, suivie d'une autre année sans solde, puis elle a obtenu un autre congé de maternité, suivi à son tour d'un congé sans solde, de sorte que le poste a été dépourvu de titulaire durant six ans, parce qu'il ne pouvait être affiché. Et à son retour, cette personne a quitté l'établissement. »*

De tels cas ne sont pas sans avoir de conséquences sur la gestion du personnel mais il faut tout de même réaliser, comme le notait cette gestionnaire, que cette infirmière exerçait des droits qui lui étaient conférés par la convention collective acceptée autant par la partie syndicale que la partie patronale.

### 5.2.2.3 L'équipe de gestion

Quant à savoir si la gestion de l'équipe devait être assumée par une infirmière ou une diplômée d'une autre profession, les avis sont partagés. Selon certaines gestionnaires, il est important que ce soit une infirmière qui soit à la tête de l'équipe en raison de sa vision du monde infirmier, du partage du même schème de référence (même vocabulaire), de la relation de confiance qui s'établit plus facilement, des communications plus faciles, des prises de décisions plus rapides, d'une plus grande compréhension de la part de la gestionnaire et d'un plus grand soutien. Certaines

soutiennent qu'une gestionnaire qui n'est pas infirmière va requérir davantage de temps pour arriver aux mêmes résultats.

D'autres cependant estiment que ce n'est pas un problème en soi et que le succès d'une gestionnaire dépend beaucoup plus de sa personnalité que de sa formation antérieure. Elles soutiennent que les gestionnaires sont considérées par les infirmières comme des généralistes et, selon elles, il existe suffisamment de forum et de personnes pour traiter de questions plus spécifiques à la profession, comme les porteurs de dossiers, la collègue gestionnaire qui est aussi infirmière, la conseillère clinique ou encore l'assistante à la supérieure immédiate.

#### 5.2.2.4 Les politiques, les procédures et les outils

Comme il y a de plus en plus d'infirmières qui sont devenues familières avec l'informatique et que leurs attentes sont plus élevées, les postes de travail informatisés ne sont plus en quantité suffisante et il semble primordial que chaque infirmière puisse disposer d'un tel poste.

La prise en charge de sa santé par le client (Client oriented practice dans les autres provinces ou empowerment) est vivement souhaitée par les autorités. Même si elles y croient, les infirmières focalisent encore sur le handicap, sur la maladie et elles ont de la difficulté à vendre l'idée d'autonomie. Aux yeux des gestionnaires, il serait important d'y consentir davantage d'efforts.

Les ressources des programmes PALV sont utilisées au maximum de sorte que, se demandait une gestionnaire,

*« si malgré les recommandations du « best practice » qui sont à l'effet, dans un cas particulier, d'effectuer trois visites par semaine, la gestionnaire n'est pas en mesure de suivre ces recommandations en raison du manque d'effectifs et de l'augmentation du nombre de demandes, sera-t-elle accusée d'incompétence puisqu'elle ne sera pas en mesure de se conformer à ces directives ? Comment alors équilibrer les normes et standards de la pratique avec la réalité ? »*

Pour répondre aux exigences d'efficience, de rendement et de productivité, les infirmières doivent produire régulièrement des rapports statistiques en fonction du nombre de visites, et cette paperasse à compléter apparaît comme un irritant aux yeux de certaines d'entre elles. Il existe dans un établissement des normes par discipline en fonction du court terme et du long terme. Si la spécialiste aux activités cliniques constate que l'infirmière n'a pas atteint son quota, elle la rencontre et tente alors avec elle d'identifier les raisons qui ont créé cette situation : absences, présence à un comité, etc. *Mais les infirmières se préoccupent peu ou pas de ce type d'exigences, la plupart des infirmières se contentant de compléter leur journée de travail et les gestionnaires ne pouvant leur en demander plus* », notait une gestionnaire.

#### 5.2.2.5 Le recours aux agences privées de placement

Les établissements ont recours à ce type de personnel pour combler des postes réguliers temporairement dépourvus de leur titulaire en raison de congé de maternité, de maladie, de congé sans solde, de reprise de temps différé. Les remplacements peuvent être à court terme ou à long terme.

Certains établissements ont moins recours actuellement à ces infirmières que dans le passé tandis que d'autres, au contraire, font davantage appel à ce type de ressources. Afin de diminuer sa dépendance aux agences privées de placement, un établissement a consacré une partie de son budget à la création de huit postes permanents.

Dans certains programmes PALV qui ont réussi à intégrer la présence des infirmières provenant des agences privées, les infirmières réagissent bien à la présence de leurs collègues.

Mais pour d'autres infirmières, cette présence est souvent une source de stress et elle occasionne une surcharge de travail, car ces infirmières d'agences privées apparaissaient davantage qualifiées dans le passé qu'elles ne le sont maintenant ; d'après une gestionnaire,

*« plusieurs aujourd'hui font preuve de nonchalance, ce constat pouvant être attribué à des valeurs différentes. Elles ne font bien uniquement ce qui leur est donné à faire, mais elles ne font que le strict minimum, laissant tous les suivis à l'infirmière régulière à laquelle elles n'apportent aucune aide. »*

Il semble par ailleurs qu'il y ait peu d'investissements de la part des agences privées dans la formation et l'encadrement de leurs infirmières.

De plus, le personnel de ces agences n'a pas le sentiment d'appartenance à l'établissement, ce qui peut contribuer à démotiver les membres de l'équipe. Ce personnel n'est pas formé au cadre conceptuel du programme, ni à l'approche interculturelle ni à la rédaction des plans d'intervention. Par ailleurs, si des exigences trop élevées étaient imposées à ce personnel des agences, il irait rapidement voir ailleurs. La seule consolation que les gestionnaires peuvent avoir, c'est d'être assurées qu'un minimum de soins est prodigué aux clients (pansements, injections, laboratoires).

Le recours aux agences privées de façon ponctuelle est donc perçu, dans un premier temps, comme un irritant par les infirmières du PALV. L'utilisation à long terme se révèle cependant plus acceptable dans la mesure où l'infirmière qui provient d'une agence privée et qui obtient une assignation à long terme s'investit davantage dans le travail, l'établissement en faisant autant. Les infirmières accepteraient mal dans ce cas qu'elles ne soient pas invitées aux réunions. Les gestionnaires sont bien conscientes pour leur part qu'il serait important de développer des stratégies pour pouvoir toutes les embaucher sur une base permanente, en rachetant leurs contrats.

Quant aux coûts, la gestionnaire qui a recours au personnel des agences privées est obligée, pour respecter son budget, de diminuer le nombre de jours de remplacement, ce qui a des conséquences sur l'accessibilité des soins puisque ce personnel coûte une fois et demie le salaire de la personne qu'il remplace.

Certaines infirmières compétentes du réseau public choisissent délibérément d'aller travailler en agence privée, et elles le font pour certaines raisons comme celles-ci :

l'adhésion obligatoire au syndicat ne plaît pas à toutes et elles peuvent y retrouver une certaine flexibilité quant aux horaires qui leur semble alléchante. Les établissements publics peuvent difficilement rivaliser avec de telles conditions, mais ils peuvent leur faire valoir une panoplie de points positifs pour tenter de les retenir, comme tous les avantages sociaux, les conditions de travail, la formation continue et le sentiment d'appartenance à l'équipe.

### 5.2.3 Milieux régional et provincial

#### 5.2.3.1 Les fusions

Les fusions d'établissements (l'année 2009 est la quatrième année de ce processus) ne se sont pas produites sans avoir un impact chez le personnel infirmier en raison des nombreux changements qu'elles ont générés ; au début de ces fusions, les méthodes de travail, les façons de faire de chacun des établissements fusionnés ont été comparées et ensuite harmonisées, ce qui a créé un choc et une grande source de frustration chez les groupes d'infirmières qui ont dû modifier certaines habitudes de travail et s'y adapter.

De l'avis de plusieurs gestionnaires, les fusions comportent des objectifs louables qui prendront du temps à se réaliser mais qui seront atteints un jour. Par ailleurs, ce qui pose question, selon une gestionnaire,

*« c'est que depuis 10 ans beaucoup d'efforts ont été mis à développer un partenariat avec les hôpitaux des environs et que le sentiment général à l'heure actuelle est que l'on tourne en rond ; on n'a qu'à penser au respect des délais minimaux pour la planification des congés, à l'absence de contacts avec la gestionnaire de cas lorsque le patient est hospitalisé, aux difficultés à travailler étroitement avec les membres de la communauté. »*

Ce sont là des points qui, s'ils étaient réglés, pourraient alléger le travail des infirmières travaillant dans des programmes PALV. C'est toujours le même discours qui prévaut quant au travail inter-établissement et les gestionnaires en sont bien conscientes parce que continuellement interpellées à ce sujet dans le but d'améliorer le système ; il en va tout autrement à la base, où l'infirmière voit peu ou pas de différence dans son

quotidien : « *cela prendra des années avant que les changements organisationnels ne se fassent sentir sur le terrain* », d'après une gestionnaire.

### **Synthèse des facteurs relatifs à l'organisation du travail**

Toutes les gestionnaires s'accordent à dire qu'il est difficile d'attirer de nouvelles infirmières dans des programmes PALV en raison du type de clientèle et de la charge de travail que l'on y retrouve. Il importe donc en premier lieu d'exercer un suivi serré auprès des jeunes stagiaires afin de les amener à s'intéresser davantage à des programmes PALV. Une fois cependant qu'une infirmière accepte de venir y travailler, elle y trouve, règle générale, suffisamment de satisfactions pour ne pas quitter le programme. Il faut bien sûr mettre une panoplie d'outils à sa disposition pour alléger sa tâche, faciliter le travail interdisciplinaire, réussir à lui vendre la notion de gestion de cas, de prise en charge par le patient (empowerment) et mettre en évidence toute l'autonomie dont elle dispose.

Au sujet de la gestion de cas, qui est certainement un travail plus exigeant, il faut noter que les infirmières, qui préfèrent de loin les techniques de soins, manifestent peu d'intérêt pour cette notion ; certaines sont mêmes prêtes à se décharger de ce qu'elles considèrent comme un fardeau et à transférer cette responsabilité aux travailleuses sociales, avec lesquelles les relations pourraient être meilleures.

La plupart des infirmières considèrent leur charge de travail très lourde. Des efforts ont été faits dans certains établissements pour réduire le travail clérical, avec succès. Les nouveaux mandats dont héritent les infirmières sont perçus comme une surcharge dans la mesure où, au moment de leur implantation, elles n'en voient pas nécessairement les retombées positives pour elles et leurs patients.

Des charges de cas spécialisées ont été créées dans plusieurs établissements, ce qui a constitué un élément de valorisation pour celles qui sont devenues des porteuses de dossiers, et certaines tâches bien particulières, comme la gestion de cas ou la supervision des infirmières stagiaires, ont été confiées à des infirmières cliniciennes.

Un des problèmes complexes auxquels doivent faire face les gestionnaires, c'est l'équité de la répartition des charges de travail chez les infirmières. Elles doivent parvenir à trouver un certain équilibre et cela est loin d'être facile, car le tout dépend de facteurs autant objectifs que subjectifs. Les clientèles varient d'un secteur à un autre et chaque infirmière développe sa propre façon de gérer sa charge de cas et d'articuler les types d'intervention. Il importe donc d'établir des modalités d'intervention afin de donner des balises aux infirmières afin qu'elles puissent s'y retrouver, ce qui a été fait avec succès dans certains cas. Des définitions de clientèles tout autant que de types d'intervention sont à préciser en fonction du profil de la clientèle.

En raison des nombreux dossiers qui incombent aux gestionnaires, celles-ci ne disposent pas du temps suffisant pour fournir un encadrement de qualité souhaité par les infirmières qui peuvent par ailleurs toujours avoir recours aux infirmières spécialistes en activités cliniques ou encore aux assistantes à la supérieure immédiate. Les infirmières déplorent également ne pas avoir d'évaluations de rendement régulières.

Les conséquences de la Loi 90 sont perçues de façon variable par les infirmières, selon les gestionnaires : certaines d'entre elles s'inquiètent de la qualité des actes délégués aux infirmières auxiliaires ainsi qu'aux auxiliaires aux services de santé et sociaux alors que d'autres apprécient être soulagées de tâches plus simples comme la réfection de pansements.

Les activités de formation continue à l'intention des infirmières sont jugées peu significatives par ces dernières et elles auraient avantage à être élaborées à partir d'une cueillette de besoins effectuée auprès du groupe d'infirmières travaillant dans les programmes PALV. Le choix des formateurs fait aussi problème, ceux-ci n'apparaissant pas aux infirmières être bien au courant de la réalité quotidienne vécue dans les programmes PALV. Il est intéressant de noter que l'OIIQ propose que chaque infirmière à temps complet dispose de 35 heures de formation continue par année

fournies par le réseau de la santé (*Le Journal de l'Ordre*, édition de janvier/février 2008, (OIIQ, 2008b)).

Dans l'ensemble, les gestionnaires se disent souples concernant les horaires, les infirmières pouvant obtenir des aménagements d'horaire sur une base ponctuelle, des remises de temps, des congés différés de même que des congés sans solde. Mais pour un CSSS, le manque de souplesse au niveau institutionnel pour le réaménagement des horaires de travail en laisse plusieurs insatisfaites.

Il est à noter que, selon les gestionnaires, peu d'absences sont rapportées en 2007-2008, que les troupes ne semblent pas démobilisées et que des cas d'épuisement professionnel se voient rarement.

Les avis sont partagés quant à la direction des équipes, certaines préférant une infirmière à ce poste alors que d'autres misent davantage sur la capacité de direction de la personne en autorité, quelle que soit sa profession.

### **5.3 Les facteurs relatifs à l'environnement de travail**

#### 5.3.1 Le domicile

##### 5.3.1.1 L'état des lieux

Les milieux insalubres (rats, vermine, infestation de coquerelles, punaises) constituent un irritant non seulement pour les infirmières mais également pour les autres professionnels qui sont appelés à intervenir auprès du client qui vit dans un tel environnement. D'après certaines questionnaires, il est impératif que les établissements réussissent à dégager des sommes d'argent pour s'assurer que ces résidences soient nettoyées régulièrement, car plusieurs clients n'ont pas les moyens financiers de le faire tandis que d'autres, souffrant de problèmes de santé mentale, y parviennent difficilement.

Il est facile de réaliser qu'il est extrêmement périlleux de faire un pansement dans un milieu insalubre et les infirmières qui proviennent des hôpitaux, habituées qu'elles sont à travailler dans des milieux plus salubres, trouvent la transition fort difficile.

Dans un établissement, au moment de la fusion, un comité a spécialement été créé avec le mandat de produire des outils pour aider les intervenants aux prises avec ce problème. Des démarches ont par ailleurs été entreprises avec l'agent communautaire pour réfléchir sérieusement avec les partenaires de l'arrondissement (policiers, pompiers, office municipal d'habitation) dans le but de déterminer ce qui pourrait être fait dans la communauté.

Quand une infirmière postule au programme PALV d'un certain établissement qui comporte des secteurs insalubres, elle est immédiatement informée de cette situation. C'est là semble-t-il une préoccupation majeure de l'établissement de mettre en place des mesures de soutien aux intervenants qui travaillent dans ce milieu et qui se demandent jusqu'où les interventions peuvent aller dans des logis où il n'y a pas de prise en charge de la part des familles ou des propriétaires. Cette situation donne donc

lieu à des discussions avec la conseillère de la direction de la qualité et avec le responsable des questions d'ordre éthique pour déterminer jusqu'où peut-on aller dans ces cas complexes.

#### 5.3.1.2 La présence d'animaux

Même si la présence d'un gros chien ou encore d'un chat peut créer quelques difficultés, surtout dans le cas d'allergie chez l'infirmière, il reste qu'actuellement dans l'ensemble, cette situation ne représente pas un gros problème, le tout étant négocié avec le client, cas par cas, et il est exceptionnel que l'on ne puisse en arriver à un terrain d'entente.

Un établissement a déjà produit un dépliant qui demande à l'utilisateur de placer son animal dans une pièce voisine pendant la visite de l'infirmière, le temps de donner les soins requis.

#### 5.3.1.3 Les milieux menaçants

Un établissement CSSS est tenu de fournir un environnement de travail sécuritaire à tous ses employés, notamment aux infirmières, et lorsque celles-ci doivent pénétrer dans des lieux rendus menaçants par l'attitude agressive des patients présentant un profil de santé mentale ou de toxicomanie, elles ont évidemment peur d'y aller seules et il est recommandé qu'elles s'y rendent donc en équipe ou encore accompagnées de la police communautaire. Comme ces visites sont parfois longues à planifier, certaines infirmières d'expérience outrepassent cette consigne et décident d'y aller seules, mettant ainsi en jeu leur propre sécurité pour répondre aux besoins du client. Selon une gestionnaire, lors d'une visite, *« une infirmière a constaté la présence de cocaïne sur une table de cuisine alors que le client tenait un couteau dans ses mains : l'infirmière a alors fait comme si rien n'était et a prodigué ses soins. »*

Ce type particulier de clientèle pose un grand défi aux infirmières quand il se retrouve dans leur charge de cas et elles le considèrent comme un élément important de source

de stress, même si elles parviennent à partager ce cas à la suite d'une consultation à ce sujet auprès d'un autre membre de l'équipe.

### 5.3.2 Les routes

Durant les tempêtes d'hiver, l'état des routes vient s'ajouter à la lourdeur de la tâche de l'infirmière, ce qui accroît son degré d'irritation : même si elle a la possibilité de ne faire que les visites jugées essentielles, elle doit absolument pouvoir se rendre au domicile de ses patients jugés prioritaires et faire face à une circulation plus lente et aux difficultés de stationnement. Dans ces cas-là, il n'est pas rare de constater, selon les gestionnaires, une utilisation plus grande du covoiturage ou du transport en commun par les infirmières qui se voient alors remettre des billets d'autobus. Il ne faut pas oublier que l'infirmière doit remettre aux jours suivants les visites moins urgentes qu'elle n'a pu faire en raison des intempéries.

### 5.3.3 Le CLSC

#### 5.3.3.1 Les locaux

Au sujet de l'aménagement physique des espaces de bureaux où travaillent les infirmières, les avis des gestionnaires sont très partagés.

Une gestionnaire rapporte que dans son programme, il n'y a pas de plainte concernant les locaux et elle avance que la situation est meilleure qu'ailleurs : chaque infirmière a son propre bureau et plusieurs ordinateurs sont disponibles. Afin de minimiser les déplacements, le nombre de déchiqueteuses a même été augmenté.

Une autre gestionnaire estime que les bureaux à aire ouverte, où sont regroupés les travailleurs de l'équipe interdisciplinaire travaillant dans un même secteur, sont maintenant considérés comme un atout. Cette configuration, qui favorise l'interdisciplinarité, est jugée bénéfique et enrichissante car elle permet surtout une

collaboration informelle qui est, selon la gestionnaire, souvent plus importante que la collaboration formelle.

Mais pour d'autres gestionnaires, les locaux sont nettement un irritant pour les infirmières, plusieurs d'entre eux n'ayant aucune fenêtre, et bon nombre d'infirmières souhaiteraient ne partager leur local qu'avec des infirmières et ne pas travailler en interdisciplinarité, ces mêmes attentes étant, semble-t-il, partagées aussi par les travailleuses sociales.

### **Synthèse des facteurs relatifs à l'environnement de travail**

La présence de résidences insalubres, d'animaux et de milieux menaçants pour l'infirmière constitue nettement un irritant, de même que l'état des routes durant l'hiver. L'utilisation de locaux à aire ouverte a ses partisans et ses détracteurs : le fait de pouvoir travailler dans de tels locaux a des avantages pour les infirmières qui favorisent le travail interdisciplinaire mais il présente des désavantages pour celles qui préfèrent œuvrer en milieu uni-disciplinaire.

## 5.4. Les facteurs relatifs à la travailleuse et le collectif de travail

### 5.4.1 La travailleuse

#### 5.4.1.1 L'âge de la travailleuse

Des données précises sur l'âge moyen des infirmières travaillant dans des programmes PALV n'étant pas disponibles, il faut donc se rabattre sur des perceptions et celles-ci varient beaucoup selon les gestionnaires des différents programmes. Mais l'on sait que l'âge moyen des infirmières oeuvrant dans le secteur public au Québec est de 42,5 ans (voir page 6). Dans un des CSSS, la plupart des infirmières ont entre 30 et 40 ans et il faut noter que les plus jeunes sont les moins nombreuses. Dans un autre, la moyenne d'âge des infirmières est assez élevée et il y en a peu en âge d'enfanter.

Au sujet des différences de valeurs intergénérationnelles, une gestionnaire estime que la génération de jeunes infirmières est beaucoup plus individualiste et qu'elle fait preuve d'un sentiment d'appartenance moins élevé que les infirmières plus âgées.

D'après une autre gestionnaire, les plus jeunes infirmières sont moins revendicatrices, font preuve de plus d'ouverture et sont mieux préparées que les plus anciennes à travailler avec de nouvelles techniques comme l'antibiothérapie. Ces jeunes infirmières s'étonnent souvent d'entendre les plus anciennes se plaindre de devoir travailler un week-end sur six alors qu'elles-mêmes, lorsqu'elles oeuvraient dans les hôpitaux, devaient y travailler un nombre de week-end beaucoup plus élevé. « *Mais rapidement toutefois il semble qu'elles en viennent à adopter le même discours que leurs collègues plus âgées* », mentionnait une gestionnaire.

Au sujet des différences intergénérationnelles dans l'approche à l'intervention, les infirmières âgées, notamment celles de plus de 50 ans, « *apparaissent comme étant plus maternantes et se révèlent souvent incapables de déterminer leurs propres limites, en prenant tout à leur charge,* » rapportait une gestionnaire. Dans l'ensemble, les plus jeunes, tout en faisant leur travail correctement, sont en mesure de quitter pour le week-

end sans inquiétude, réussissant mieux à décrocher. Mais d'après une autre gestionnaire, les plus jeunes infirmières rencontrent davantage de difficultés avec leur nouvel emploi en tant que tel. Elles éprouvent de l'anxiété, de l'inquiétude face à de nouvelles situations et elles désirent toujours faire davantage de visites pour être rassurées.

#### 5.4.1.2 Le lieu de résidence

Il apparaît nettement que le fait qu'une infirmière réside aux environs de son lieu de travail constitue un facteur de rétention. Une gestionnaire qui a constaté que des infirmières quittaient le programme pour se rapprocher de leur domicile parce qu'elles habitaient la Rive-nord ou la Rive-sud, prend maintenant d'abord en considération leur lieu de résidence avant de les convoquer en entrevue et ne retient que les candidatures en provenance de l'île de Montréal.

#### 5.4.1.3 La formation de base

Il est difficile ici également, tout comme pour l'âge, d'avoir des données précises sur le nombre d'infirmières de ces établissements possédant un diplôme d'études collégiales (DEC), un baccalauréat en sciences infirmières ou encore un baccalauréat par cumul de certificats. Il faut donc se rabattre sur des estimations. Mais selon un document de l'OIIQ déjà cité intitulé *Données sur la population infirmière par région administrative à partir du Tableau des membres au 31 mars 2007*, 44,1 % des infirmières qui exercent leur profession dans le domaine public possèdent une formation universitaire, ce nombre étant de 50,6 % à Montréal.

Dans un établissement en particulier où la proportion d'infirmières cliniciennes est plus élevée, on a commencé à embaucher, à la suite du virage ambulatoire, des infirmières techniciennes pour s'occuper des besoins de soins à court terme.

Il est assez clair que les gestionnaires souhaiteraient que les infirmières cliniciennes assument des tâches relatives à la gestion de cas, à la gestion des infirmières auxiliaires

et des auxiliaires aux services de santé et sociaux (Loi 90) et aux responsabilités au niveau interdisciplinaire.

Mais en pratique, il existe des infirmières cliniciennes qui ne veulent pas faire de la gestion de cas et qui désirent se concentrer uniquement sur des techniques de soins. Les gestionnaires déplorent qu'elles n'aient pas suivi l'évolution de la pratique infirmière.

Au début des tout premiers CLSC, la politique était d'embaucher uniquement des infirmières cliniciennes. Mais à la suite de la fermeture des hôpitaux, les CLSC se sont vus dans l'obligation d'accueillir les infirmières qui y travaillaient, qu'elles soient ou non détentrices d'un baccalauréat. Récemment, compte tenu de la pénurie d'infirmières, certains programmes PALV ont accepté d'avoir en leur sein un certain pourcentage de techniciennes ; d'autres consentent à recruter cette catégorie d'infirmières à la condition qu'elles s'engagent à poursuivre leurs études dans le but d'obtenir un baccalauréat.

Dans ce contexte de pénurie d'infirmières, un établissement a adopté la stratégie suivante : s'il désire combler un poste dont la définition de tâches requiert un diplôme de baccalauréat et qu'il ne peut dénicher une telle candidature, le poste est alors comblé par une infirmière technicienne, l'expérience pertinente pouvant compenser l'absence de diplôme universitaire ou encore le remplacement, qui se fait sur une base volontaire, peut être assuré par une technicienne de façon intérimaire sur une période qui peut s'étendre sur une ou deux années.

La distinction de formation au niveau du baccalauréat crée par ailleurs une situation bien particulière pour les gestionnaires. Plusieurs infirmières détentrices d'un DEC ont complété par la suite un baccalauréat par cumul de certificats à temps partiel, et certaines ont pris jusqu'à dix ans pour le faire bien que dans certains établissements universitaires, elles puissent prendre en principe 12 ans pour le terminer. Au fil des ans, il semble que ces infirmières ne soient pas parvenues à modifier leur vision de leur pratique professionnelle et qu'elles aient conservé le même paradigme. Les gestionnaires de même que les directrices de soins infirmiers ont à composer avec cette réalité, parce que les attentes par rapport à ces deux catégories d'infirmières

(techniciennes et cliniciennes), ne sont pas les mêmes. Il y a des infirmières qui sont cliniciennes et qui se limitent à un rôle de techniciennes, alors que des infirmières techniciennes peuvent très bien faire de la gestion de cas, rôle habituellement attribué aux cliniciennes. D'où la question que se posent les techniciennes : pourquoi faudrait-il compléter un baccalauréat alors que les tâches seront identiques ?

Une gestionnaire déplore le manque de continuité entre les cours qu'elle a suivis, ces derniers lui étant apparus décousus, sans lien les uns avec les autres. Elle ajoute :

*« Je n'ai pu découvrir ce qu'était le travail dans un milieu communautaire que lorsque je suis arrivée au PALV et il en est de même de toutes les infirmières qui n'y ont pas travaillé : elles n'ont absolument aucune idée de cette réalité avant d'y mettre les pieds ! ».*

Quant au niveau de préparation des jeunes infirmières cliniciennes, l'impression qui se dégage est qu'elles ont reçu peu ou pas de formation sur la gestion de cas au cours de leurs études universitaires. De l'avis d'une gestionnaire, il serait bon de prévoir, au moment de leur orientation, un bloc formel d'activités de formation qui porteraient sur la gestion de cas car c'est une notion qui n'est pas encore bien comprise, les infirmières n'ayant pas une vision globale de ce concept. Tel que souligné précédemment, certaines infirmières cliniciennes préfèrent faire de simples techniques de soins plutôt que d'assumer la coordination des services dispensés à l'utilisateur. Il faut par ailleurs noter que, selon une gestionnaire, certaines infirmières préféreraient faire plus pour moins de clients plutôt que faire peu pour un plus grand nombre.

Avant que la jeune infirmière ne soit en mesure de juger de situations complexes à domicile, cela requiert un certain temps. Elle a donc besoin d'un coach, d'une préceptrice, d'une experte en mesure de l'aider à affiner son jugement, et c'est la clinicienne qui souvent sera appelée à jouer ce rôle.

Selon une autre gestionnaire, le niveau de préparation de la jeune infirmière dépend de l'endroit où elle a complété ses études. Si elle est fraîchement émoulue des établissements de niveau collégial ou universitaire, on ne peut pas dire qu'elle soit bien préparée à faire face à la musique, car elle a encore beaucoup de choses à apprendre, en

termes de maladies, des personnes âgées, du réseau de la santé et des réseaux de la personnes âgées, du travail en équipe. Si par ailleurs elle provient des hôpitaux, elle a sûrement une certaine expérience, mais elle n'a pas de vision communautaire, ce qui peut évidemment peut bien sûr s'acquérir si elle est motivée.

Deux autres gestionnaires vont encore plus loin et font une nette distinction entre les infirmières formées à l'Université de Montréal et les autres diplômées de l'Université McGill dans leurs aptitudes à travailler en gériatrie dans des programmes PALV, sans être en mesure par ailleurs de préciser les raisons exactes de ces différences de comportements. Il semble que de jeunes diplômées de 22 ou 23 ans, à leur arrivée dans des programmes PALV, ne soient familières ni avec le volet examen physique de la personne âgée, ni avec les troubles de comportements, ni avec le volet de la gestion de cas, car ces notions ne paraissent pas avoir été abordées dans leur formation. « *Il faut donc tout leur expliquer de A à Z lorsqu'elles arrivent* », selon une de ces gestionnaires.

L'autre gestionnaire, du même avis, tient les propos suivants :

*« Une infirmière diplômée âgée de 23 ou 24 ans à qui je demandais ce qu'elle appréciait le plus faire dans le programme PALV m'a répondu que c'était des pansements ; elle n'était ni intéressée par la gestion de cas, ni par l'approche globale ni par le travail en interdisciplinarité. »*

La question soulevée par cette gestionnaire était alors la suivante : en tant que gestionnaire soucieuse d'efficience, pourquoi payer plus pour une personne qui effectue les mêmes tâches ?

La question s'est posée à savoir si, dans le but d'attirer et de retenir des infirmières au PALV, des catégories d'infirmières généralistes et spécialistes ne devraient pas être instaurées et, à ce sujet, les avis sont partagés. Selon une gestionnaire, les infirmières sont actuellement des généralistes, mais moins qu'auparavant. Avec la prochaine révision de structure dans l'établissement où elle travaille, qui amènera une réorganisation des charges de cas en fonction du profil de la clientèle, les infirmières seront appelées à devenir de plus en plus spécialisées en étant centrées sur des

problématiques particulières, ce qui, selon elle, pourrait constituer un facteur de rétention.

D'autres gestionnaires ont un point de vue différent : d'une part, compte tenu du fait que la personne âgée ne présente généralement pas un problème unique de santé, mais bien des problèmes multiples, elles verraient mal que cette personne reçoive la visite de représentantes de chacune des spécialités pour ses besoins de soins ; d'autre part, elles estiment que ce qui intéresse d'abord les infirmières, c'est d'être des généralistes, car elles vont ainsi toucher à tout et ne seront pas limitées à un seul aspect. Elles soutiennent donc que les infirmières dans les programmes PALV devraient être des généralistes mais elles reconnaissent également qu'il y a place pour quelques infirmières spécialistes qui viendront appuyer cette équipe de généralistes. Au fil des ans, certaines d'entre elles seront attirées par un domaine en particulier, comme le MPOC ou encore les soins de plaies, et ce seront elles à qui il sera demandé d'aller suivre des formations spécifiques sur ces sujets. Elles deviendront ainsi imputables et agiront en tant qu'agents multiplicateurs ; ce faisant, l'établissement sera en mesure de mettre à profit leurs talents, au bénéfice des deux parties.

Un autre modèle se dessine dans un autre établissement où le choix a été fait de maintenir une infirmière spécialisée en soins palliatifs par territoire et d'avoir une infirmière gestionnaire pour des cas complexes nécessitant le travail en réseau intégré et dont le nombre est limité. Ces deux infirmières, en plus d'avoir leur propre charge de cas, auraient à jouer un rôle conseil. Les infirmières de l'équipe auraient des soins palliatifs à fournir et aussi des dossiers plus complexes à gérer, mais elles auraient continuellement à leur disposition des personnes-ressources qui, possédant une certaine spécialisation dans un domaine en particulier, seraient en mesure de les aider, de les orienter ou encore d'effectuer des visites de façon conjointe. Cette façon de faire permettrait aux infirmières de varier leurs expériences à l'intérieur d'une même équipe et ainsi de développer différents types de savoir.

#### 5.4.1.4 Le bilinguisme

La grande majorité des établissements exigent le bilinguisme (français/anglais) des infirmières, ou à tout le moins, à titre de langue seconde, la maîtrise du français ou de l'anglais fonctionnelle. *« Cela n'est pas sans créer problème, car souvent des infirmières anglophones qui postulent dans un établissement ont beaucoup de difficultés avec le français alors que ce sont par ailleurs d'excellentes candidates, »* rapportait une gestionnaire.

#### 5.4.1.5 Les visites

Un plus grand nombre de visites à domicile effectuées par certaines infirmières plus jeunes dans un établissement a été mentionné précédemment comme étant un élément qui pouvait les distinguer des plus âgées. Il est important de revenir sur cette question des visites dont la pertinence et l'utilité sont parfois mises en doute par les gestionnaires et même aussi par les infirmières qui, durant les week-end, ont eu à faire une visite jugée essentielle par une de leurs collègues et qui se demandent, le lundi matin, comment une telle décision a pu être prise.

Toutes s'entendent pour dire qu'il y a effectivement des visites inutiles, mais elles sont généralement en nombre minime, en raison notamment du maternage que font certaines infirmières, de l'inquiétude que les plus jeunes peuvent éprouver à l'endroit de certains de leurs patients, des exigences des médecins et du fait que des infirmières peuvent avoir de la difficulté à échanger avec ces derniers sur la pertinence de la fréquence de certains traitements.

Au sujet de l'anxiété vis-à-vis leurs patients, il y a bien sûr dans le monde infirmier des personnes qui, comme c'est le cas dans d'autres professions, sont plus anxieuses que d'autres. Mais à côté de celles-là, *« on en retrouve qui sont très à l'aise et très en sécurité avec leur jugement clinique »*, notait une gestionnaire. Cela dépend peut-être des traits innés de leur personnalité ou encore de leur expérience antérieure, ou peut-être des deux à la fois. Ce qui est rassurant, c'est que les gestionnaires, appuyées par

leurs équipes, sont là pour les infirmières qui éprouvent de telles préoccupations, qu'elles aient ou non raison de les ressentir.

Dans un autre CSSS où les interventions sont axées sur la prise en charge de sa santé par le patient, chaque infirmière est tenue de fournir l'objectif de sa visite, ainsi que la fréquence, et c'est à ce moment-là que les pratiques sont discutées.

Deux établissements ont déjà statué soit sur un certain nombre de visites par jour soit sur un nombre de minutes par jour de soins directs dispensés aux patients. Les deux autres établissements laissent le tout à la discrétion de l'infirmière.

#### 5.4.2 Le collectif professionnel

##### 5.4.2.1 Le fonctionnement du collectif professionnel

En général, le collectif de travail fonctionne bien, quoiqu'il y ait ici et là quelques brindilles de discorde. On retrouve dans un même établissement des infirmières qui s'entraident et d'autres aucunement, le tout dépendant des individus et de leur personnalité. La plupart sont capables de gérer leur charge de cas maximale même si quelques-unes ont parfois de la difficulté à suivre le rythme de leurs collègues.

Certaines infirmières ont tendance à travailler un peu trop en vase clos, en se disant : *« c'est mon client, c'est moi qui vais tout porter comme responsabilité. »* Selon une gestionnaire, elles doivent réaliser qu'elles sont responsables, mais qu'elles ont aussi des collaborateurs à qui elles ne doivent pas hésiter à demander de l'aide.

Les jeunes comme les plus âgées travaillent bien ensemble, mais il est important de noter que les plus jeunes ont plus de facilité à imposer leurs propres limites, comme il a déjà été mentionné, ce qui est une bonne chose en soi d'après une autre gestionnaire.

Au niveau des différences des valeurs intergénérationnelles, on remarque chez les jeunes infirmières, comme chez les infirmières d'agences privées, le désir d'une plus

grande qualité de vie, l'aspect professionnel n'étant qu'un volet de leur vie et cet aspect n'étant pas prioritaire par rapport par exemple à leur famille ou à leurs études.

Un certain CLSC a adopté le modèle de prise en charge qui consiste à beaucoup enseigner au client et à déléguer à la famille ou à l'aidant embauché par la famille ; dès leur arrivée dans le programme, les nouvelles infirmières sont initiées à cette culture de prise en charge ; on veut ainsi éviter qu'il apparaisse plus facile de faire une visite supplémentaire que de faire de l'enseignement.

### 5.4.3 Le collectif interprofessionnel

#### 5.4.3.1 Le fonctionnement du collectif interprofessionnel

À l'intérieur de ce collectif interprofessionnel, il est intéressant de relever que, d'après une gestionnaire, les infirmières se considèrent comme des bonnes à tout faire au sein du programme PALV ; elles sont en mesure bien sûr de répondre aux besoins en soins infirmiers, mais elles sont aussi appelées à toucher aux volets social, nutritif, counselling, alors que l'inverse ne se fait pas. Comme ce ne sont pas toutes les infirmières qui peuvent faire preuve d'une telle versatilité, cette situation engendre souvent des discussions animées avec leurs collègues et constitue un élément irritant pour certaines d'entre elles.

Les avis des infirmières sont aussi partagés au sujet du travail en équipe interdisciplinaire : un groupe peut bien adhérer à cette pratique alors qu'un autre peut favoriser davantage le regroupement par discipline, les infirmières de ce dernier groupe préférant travailler seules et n'ayant pas acquis ou encore développé le réflexe de travailler en équipe interdisciplinaire.

Au sujet des consultations inter-programmes, il semble n'y en avoir que très peu, les infirmières penchant vers l'autosuffisance. La plupart des infirmières vont donc hésiter et attendre longtemps avant de référer à une collègue. Cela peut être dû au fait d'avoir l'impression d'être capable de gérer la situation ou encore à l'existence de certains

différents parfois au sein du même établissement. De tels cas se révèlent être des sources d'irritation pour les infirmières.

La présence de médecins serait sécurisante pour l'infirmière et lui permettrait d'apprendre, tout comme avec ses autres collègues d'autres disciplines avec lesquelles elle est appelée à travailler en collégialité. Mais dans la réalité de tous les jours, les médecins semblent peu ou pas intéressés à travailler avec le type de clientèle qui est desservie par les programmes PALV et ils sont donc rares au sein du collectif interprofessionnel, ce qui se révèle un irritant pour les infirmières qui doivent assumer seules des responsabilités reliées au domaine médical. Dans un certain établissement, il y a actuellement une centaine de patients en attente d'une prise en charge médicale, ce qui augmente le niveau de responsabilité des infirmières notamment quant à la décision d'envoyer un patient à l'hôpital, surtout quand il n'y a pas de médecin dans l'entourage. *« Un médecin qui pourrait rapidement diagnostiquer une pneumonie chez un patient permettrait à l'infirmière d'éviter de demander son transfert vers l'hôpital »*, soulignait une gestionnaire.

Ce qui accroît encore le degré de frustration des infirmières dans le cadre du fonctionnement du collectif interprofessionnel, c'est lorsqu'elles demandent des consultations à des travailleuses sociales et que celles-ci ne les jugent pas prioritaires ; elles éprouvent alors le sentiment d'être encore seules avec leurs problèmes, d'autant plus si elles oeuvrent dans une structure uni-disciplinaire.

### **Synthèse des facteurs relatifs à la travailleuse et le collectif de travail**

Le collectif de travail formé des infirmières fonctionne généralement bien ; les plus jeunes ont comme valeur prioritaire leur qualité de vie, elles sont en mesure davantage que les plus âgées de fixer leurs propres limites, elles se révèlent plus habiles dans l'application de nouvelles techniques, sans doute dû au fait qu'elles sortent à peine des établissements d'enseignement, et elles éprouvent, comme la majorité des personnes qui débutent dans un nouvel emploi, un certain degré d'anxiété qui les porte à effectuer un plus grand nombre de visites à leurs patients afin d'être réassurées sur leur état.

Certaines infirmières cliniciennes ne sont pas intéressées à assumer des responsabilités relatives à la gestion de cas et elles préfèrent de loin celles touchant les techniques de soins.

Les différences entre les types de baccalauréat (soins infirmiers versus cumul de certificats) ont des conséquences sur le degré de préparation des infirmières et leurs aptitudes à œuvrer en milieu communautaire.

Les modèles de formation des cliniciennes en soins infirmiers entrent en ligne de compte dans la capacité de ces dernières à favoriser et mettre en place avec leurs patients la notion de prise en charge.

Il n'y a pas d'unanimité sur les modèles à implanter au sujet des infirmières généralistes et spécialistes, certaines gestionnaires se disent en faveur de généralistes tandis que d'autres préfèrent les spécialistes.

Lorsque les infirmières sont appelées à déborder, dans le cadre de leur travail, le domaine des soins infirmiers pour aborder un autre domaine de spécialisation, comme le travail social, cette situation crée une certaine insatisfaction, ce qui n'est pas de nature à encourager le travail interdisciplinaire.

Il existe donc des zones grises à l'intérieur des équipes multidisciplinaires qui ne sont pas limitées qu'aux médecins et aux travailleuses sociales mais qui s'étendent aussi à d'autres professionnels de la santé : dans le cadre d'une approche concomitante dans laquelle l'infirmière et un autre professionnel sont engagés, la question se pose parfois de savoir où s'arrête l'intervention de chacun. Les infirmières sont également en droit de se questionner quand un autre intervenant outrepassé ses limites pour aborder le domaine des soins infirmiers.

## CHAPITRE VI

### DISCUSSION GÉNÉRALE

Certains points soulevés lors de cette recherche méritent davantage de considérations.

Le manque d'effectifs constitue certes une menace de premier plan quant à l'avenir des programmes PALV : alors que la clientèle augmente, que les besoins croissent, que de nouveaux mandats sont confiés à ces programmes PALV, les gestionnaires se demandent comment répondre à cette demande avec le peu de ressources disponibles.

Une partie de la solution réside dans la possibilité pour les programmes PALV de recruter de nouvelles infirmières en mettant en évidence tous les avantages qu'elles pourraient en retirer, notamment quant à l'autonomie dont elles pourraient bénéficier dans l'accomplissement de leurs tâches.

Dans *l'Avis au groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines dans le cadre de la mise à jour du système professionnel*, la FIIQ signalait que :

*« en contexte de pénurie où l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre infirmière sont problématiques, il est important de considérer la notion d'autonomie comme un facteur majeur d'attrait et de rétention dans le travail infirmier » (p. 8).*

Mais si de telles mesures de recrutement connaissent un grand succès, se poserait alors une question d'ordre éthique : dans un marché vivement concurrentiel où les établissements sont tous en compétition pour recruter de nouvelles infirmières, il pourrait y avoir un risque que les hôpitaux et les CHSLD connaissent à leur tour une pénurie d'infirmières. Vider les hôpitaux et les CHSLD de leurs infirmières au profit des programmes PALV aurait des conséquences fâcheuses qu'il est facile d'imaginer autant sur les hôpitaux que sur les CHSLD, sans compter les problèmes interpersonnels qui risqueraient de surgir entre les gestionnaires qui, appelées à travailler en réseaux de

services intégrés pour assurer la continuité de soins, pourraient être taxées de maraudage.

Pour faire face au manque de ressources existantes dans les programmes PALV, une partie de la solution pourrait résider dans les actes confiés. Les infirmières pourraient accepter de déléguer certaines de leurs tâches aux infirmières auxiliaires ainsi qu'aux auxiliaires aux services de santé et sociaux. Mais les infirmières se disent inquiètes de la qualité des soins dispensés par ces autres catégories de personnel et cette inquiétude est partagée par la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) qui, en juin 2001, concluait ainsi son *Avis au groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines dans le cadre de la mise à jour du système professionnel*:

*« Plusieurs études ont démontré qu'une substitution de ressources par du personnel moins qualifié réduit de façon importante la qualité des soins et occasionne une augmentation du taux de morbidité et de mortalité » (p. 11).*

Beaucoup d'efforts seront donc exigés pour que les infirmières adoptent de nouveaux comportements. La présidente du Comité jeunesse de l'OIIQ écrivait, dans *Le Journal*, publication officielle de l'OIIQ, édition de septembre/octobre 2008 (OIIQ, 2008a) :

*« Cinq ans après l'adoption de la « Loi 90 », le Comité jeunesse perçoit encore beaucoup de difficultés quant à son application dans les milieux de soins. La profession infirmière a évolué. Une plus grande autonomie est donnée aux infirmières et d'importantes responsabilités en matière d'évaluation et de surveillance clinique leur sont confiées. Il est inquiétant de voir que cinq ans après la modification de notre loi, les changements tardent à se faire sentir.*

*Qu'attendent les infirmières pour prendre position et jouer pleinement leur rôle ? Qu'attendent-elles pour prendre les responsabilités pour lesquelles elles ont été formées ? Qu'attendent-elles pour occuper les fonctions qui leur sont réservées ? La nouvelle législation est en vigueur ; nous devons nous y conformer et nous assurer de mettre nos connaissances et nos compétences au profit du bien-être des patients que nous soignons et ce, dans tous les milieux de soins » (p. 9).*

Le débat autour de l'identification de la professionnelle qui assumera le rôle de gestionnaire de cas est toujours d'actualité. L'étude de Larivière, Hockenstein, Montejo (2001) révèle que, selon certains auteurs, les travailleuses sociales doivent être préférées aux infirmières puisque ces dernières n'ont pas acquis, au cours de leurs études, les connaissances requises pour coordonner des services communautaires ; toutefois d'autres auteurs tels que Kodner et Kyriacou (2003), Hirst et Foley (2001) et Leung, Liu, Chow et Chi (2004) estiment que les infirmières sont préférables pour des clients présentant des problèmes de santé multiples.

Même si la rétention des infirmières dans des programmes PALV ne semble pas, aux yeux des gestionnaires, être un problème particulier, il reste que pour favoriser cette rétention chez les nouvelles arrivées, celles-ci doivent être invitées à participer à des programmes d'intégration pouvant comporter des éléments tirés de la liste suivante : (Lavoie-Tremblay & Viens, 2002) :

- « un accueil chaleureux et une entrée au travail empreinte d'humanisme ;
- une formation théorique suivie du jumelage en situation de travail sur différentes unités de soins ;
- des superviseuses qualifiées et des outils concis pour l'amélioration continue;
- un soutien social et instrumental constant ;
- l'amélioration continue du programme d'intégration » (p. 13).

De plus, les infirmières occupant un poste cadre et éligibles à une retraite anticipée pourraient être incitées à reprendre du travail comme infirmières dans des programmes PALV en s'inspirant de mesures mises de l'avant par les autorités du Danemark. Dans ce pays, ces infirmières qui optent pour cette voie conservent le salaire qu'elles avaient auparavant comme cadres, tel que rapporté lors du *Forum du Conseil international des infirmières sur les ressources humaines* tenu en Islande en 2002 (Association des infirmières et infirmiers d'Islande, 2002).

Il est important également que les infirmières puissent retirer une certaine satisfaction et valorisation de leur travail ; les infirmières doivent être capables d'avoir une distance

face à toute la problématique qui y règne puisqu'elles oeuvrent dans un domaine où les problèmes de santé sont complexes, avec des gens qui en sont rendus souvent à leur dernier cycle de vie et autour desquels la mort est omniprésente. Ce contexte fait que les infirmières des programmes PALV ne constatent pas souvent d'amélioration dans l'état de santé de leurs patients qui développent de plus en plus d'incapacités ; elles doivent donc veiller à ce que ces incapacités ne se transforment pas en handicaps. C'est ce qui explique que certaines infirmières soient attirées par d'autres milieux de travail où elles se sentent davantage valorisées notamment parce qu'elles ont l'impression de pouvoir sauver des vies en se disant « mission accomplie ».

Il faut donc que les infirmières apprennent à intervenir là où elles ont un impact. Pour ce faire, elles doivent être capables de procéder à une bonne évaluation de la situation pour déterminer leur zone d'impact et ainsi se donner des objectifs réalistes.

Les gestionnaires, quant à elles, doivent avoir comme objectif de minimiser les zones d'inconfort des infirmières et leur offrir une panoplie de possibilités d'épanouissement au travail. Mais toujours aux prises avec l'urgence du moment, il semble que ces cadres, continuellement débordées, puissent difficilement développer une vision à long terme de la réorganisation du travail. À ce sujet, il est intéressant de noter qu'à la fin des entrevues, plusieurs gestionnaires se sont dites satisfaites et heureuses d'avoir pu participer à cette expérience qui leur avait permis un temps d'arrêt pour réfléchir au travail des infirmières.

À propos de la pertinence de certaines visites effectuées par les infirmières, les gestionnaires auraient sans doute intérêt, dans le but d'améliorer les processus cliniques infirmiers, de s'inspirer du concept de gouvernance clinique développé en Angleterre par le National Institute for Clinical Excellence (NICE). Une des composantes de cette gouvernance clinique est l'efficacité clinique définie de la façon suivante selon Brault, Roy et Denis (2008):

*« l'efficacité clinique est une mesure qui permet de connaître le degré d'efficacité d'une intervention dans le cadre d'une démarche de vérification clinique » (p.169).*

Pour le NICE, d'après ces auteurs, l'efficacité clinique est basée sur le développement de guides de pratique clinique et de protocoles de soins.

L'obligation qui est faite aux organisations de santé de travailler en réseau de services intégrés n'est pas sans créer quelques sources d'irritation chez le personnel infirmier, comme le signalait une des gestionnaires dans le chapitre précédent. Bien que ce ne soit pas le but de la présente recherche de statuer sur la collaboration entre les professionnelles des différentes organisations, les gestionnaires auraient sans doute avantage à prendre connaissance du modèle de structuration de collaboration tel qu'élaboré par D'Amour, Goulet, Labadie, Martin-Rodriguez et Pineault (2008). Cette démarche, qui se situe à un niveau supérieur de planification stratégique, pourrait avoir un effet bénéfique sur tous les travailleurs des établissements appartenant au réseau.

Les infirmières ont besoin de soutien, d'encadrement et de supervision et il est important que la gestionnaire, appuyée le cas échéant par son équipe, puisse assumer ces tâches. Dans un établissement où les travailleuses sociales bénéficiaient de supervision une fois par mois, la gestionnaire soutenait qu'il serait impérieux que les infirmières en aient autant. La formation continue, pas nécessairement d'un point de vue théorique, pourrait se faire sous la forme de supervision. Lors des séances de supervision de groupe, les infirmières peuvent aborder ce qu'elles vivent lors de certaines situations cliniques et ainsi apprendre sur elles-mêmes. Elles peuvent de cette façon adopter de nouvelles stratégies pour déterminer leurs limites et se sentir à l'aise à partir d'échanges avec leurs collègues sur des situations concrètes. Les conseillères en soins infirmiers, davantage interpellées par les techniques de soins et les plans thérapeutiques infirmiers, n'ont pas toujours le temps de faire ce travail ; elles sont surtout des personnes ressources pour la partie théorique du travail et la partie procédurale. Il importe donc que les infirmières aient des séances de supervision notamment pour tout ce qui concerne l'aspect relationnel avec la personne atteinte de troubles cognitifs avancés, au cours desquelles elles apprendraient comment rejoindre cette personne qui n'a plus les mots pour dire ce qu'elle pense et ressent et comment accompagner les familles dans des processus de deuil.

Il serait important que les gestionnaires aient toujours le souci de soutenir les infirmières « *quant à l'autonomie, la prise de décision et la participation à la formulation d'objectifs de travail spécifiques et réalistes* » (Kérouac, Duquette, Balbir, Ducharme & Saulnier, 1994, p. 3).

Elles devraient également tenir compte dans leurs interventions auprès de leurs infirmières de l'endroit où ces dernières ont complété à Montréal leurs études de baccalauréat, car même si les contenus théoriques des programmes des universités de Montréal et McGill se ressemblent, chacun présente un modèle de soins différent. Il est donc important que les gestionnaires connaissent bien ces deux modèles et que leurs interventions soient colorées en fonction du modèle retenu par leur propre CSSS. Sur les quatre CSSS qui ont participé à cette recherche, trois avaient comme cadre de référence en soins infirmiers le modèle McGill et l'autre celui de l'Université de Montréal, alors que cette dernière « produit » à chaque année un plus grand nombre d'infirmières bachelières que l'Université McGill.

Ces différentes approches sont le *caring*, (de Watson) qui caractérise le programme d'étude de baccalauréat de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et le modèle McGill pour le programme de McGill. Selon Cara, O'Reilley et Kérouac (2004), « *le caring, perspective humaniste et relationnelle de soins, s'appuie sur les connaissances, la manière d'être et le savoir-faire d'infirmières et d'intervenants de la santé* (p. 33). » D'après Hesbeen (1999),

« ... *le caring est présenté comme une théorie, une philosophie et une science. La tonalité générale qui s'en dégage est explicitement humaine et relève essentiellement du courant existentiel, c'est-à-dire attentif à la personne dans la singularité de son existence. Le caring peut donc occuper une place de choix dans l'univers des références issues des sciences humaines et propices à la pratique soignante* (p. 7).

Selon le modèle McGill, la santé, qui est un phénomène familial, « *s'apprend par la participation active et par la découverte personnelle* » (Modèle McGill : Moyra Allen,

p.3). Selon ce modèle, la famille est conçue comme un système où tous les membres sont en interaction et interdépendants.

Ce sont donc ces deux approches dont bénéficient les étudiantes de chacun de ces établissements d'enseignement et qui viendront caractériser leurs interventions professionnelles.

Par ailleurs, les attentes par rapport aux infirmières techniciennes et cliniciennes ne peuvent être les mêmes. Déjà en 1999, d'après un rapport présenté à la Table ronde sur invitation des intervenants en soins infirmiers et intitulé *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : Revue de la littérature*, (Dussault, Fournier, Zanchetta, Kérouac, Denis, Bojanowski, Capentier & Grossman, 1999), les auteurs signalaient ceci:

*« Après avoir dressé une liste des besoins définis par les divers milieux de soins et réflexion faite sur les transformations à venir, le Comité conseil a atteint un consensus sur l'incapacité de la formation collégiale actuelle de satisfaire aux attentes des milieux hospitaliers et communautaires. Le comité a aussi reconnu la nécessité de rehausser de façon substantielle la formation des infirmières de l'avenir (MEQ, 1999) » (p. 40).*

Ce groupe de chercheurs poursuivait en soutenant que:

*« La formation universitaire prépare l'infirmière à devenir polyvalente, à évoluer dans divers milieux, à intervenir avec plus d'autonomie dans l'exercice de ses fonctions et à se rendre imputable des soins qu'elle dispense » (p. 41).*

Selon l'OIIQ, l'enseignement des soins critiques, des soins de première ligne dans la communauté et des soins de santé mentale doit se faire au niveau du baccalauréat (*Le Journal*, édition janvier/février 2008, (OIIQ, 2008b)).

Soulignons quant aux deux niveaux de formation, collégial et universitaire, que le Québec est la seule province au Canada, avec le Yukon et les Territoires du Nord-

Ouest, à ne pas exiger le diplôme de baccalauréat pour l'exercice de la profession infirmière (OIIQ, 2003).

Les programmes universitaires de formation en sciences infirmières auraient sans doute intérêt à être revus pour y intégrer davantage d'activités de formation en gériatrie. Dans l'article du journal *La Presse* déjà cité, les propos de Francine Ducharme étaient ainsi rapportés :

*« L'infirmière ne peut pas être juste bonne avec les vieux. Elle doit savoir soigner plusieurs pathologies. ... Il faudra changer les programmes. Dans toutes les pathologies, l'infirmière devra soigner des personnes âgées. Cela doit s'apprendre à l'université. Parce qu'on ne soigne pas une personne âgée comme on soigne un enfant » (p. A16).*

Quant à la dualité infirmière généraliste versus spécialiste, les modèles se précisent de plus en plus et il est important de maintenir l'équilibre en se référant aux principes directeurs de la mise en œuvre d'un réseau de services intégrés, soit d'une part l'approche populationnelle qui vise à améliorer l'état de santé et le bien-être de la population et permettre l'accès aux services de santé et aux services sociaux, et, d'autre part, la hiérarchisation des services qui prévoit la prise en charge accentuée en première ligne, des responsabilités de niveaux de soins et de services (première, deuxième et troisième lignes), des mécanismes de référence et la mise en place de corridors de services par le biais d'entente (Bernier, 2007).

Un certain type de clientèle, comme celle requérant des soins palliatifs, demande des spécialistes : c'est là une clientèle associée à un profil d'intervenants qui ont des intérêts particuliers, qui sont sensibles à une certaine problématique et qui désirent faire des interventions de qualité dans des situations complexes ; d'autres types de clientèle présentant un profil beaucoup plus large peuvent se satisfaire de la présence d'infirmières généralistes. Cela dépend donc du type de clientèle et des deux modèles d'intervenantes, parce qu'il y a des intervenantes plus à l'aise avec une diversité de profils et de diagnostics et d'autres davantage intéressées par une certaine spécialisation.

Au sujet de l'insalubrité de certains lieux qui pourrait en rebuter plusieurs, il est important que de nouvelles infirmières dans des programmes PALV soient informées de la situation et sensibilisées au fait qu'elles ne peuvent espérer retrouver dans les domiciles un niveau de salubrité équivalent à celui des hôpitaux. Dans le document intitulé *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*, (Fondation canadienne de la recherche sur les soins de santé, 2001), il y est précisé que le domicile d'un patient n'est pas un milieu adapté aux soins et qu'il est à la fois un environnement privé, social et « profane », en ce sens qu'il ne ressemble en rien à un milieu hospitalier. Il est donc normal d'y retrouver des niveaux de salubrité qui varient énormément.

Quant aux gestionnaires qui ont la responsabilité d'administrer leur budget avec efficacité et efficience, elles doivent rencontrer les cibles définies dans les ententes de gestion intervenues entre la direction de leur établissement et l'Agence de la Santé et des Services sociaux. Mais elles ont peu d'informations sur le profil de leur cohorte d'infirmières, sur leur âge, leurs intentions d'étude, de congés, de pré-retraite ou de retraite. C'est ce que constatait l'Institut canadien d'information sur la santé (2001) qui signalait ainsi cette situation :

*« Il faut à tout prix compter sur une information exacte sur le nombre et l'utilisation des infirmières et des infirmiers ainsi que d'autres professionnels de la santé à des fins de planification afin d'améliorer la santé de la population. Or, les efforts de planification sont limités par le manque de données de qualité pour permettre une analyse efficace » (p. 2).*

Il est important que les établissements aient en mains des tableaux statistiques mis à jour régulièrement afin d'assurer une meilleure planification de la main-d'œuvre. À titre d'exemples, de tels tableaux ont été réalisés par l'Agence de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie en 2007 et présentés dans un document de travail de l'Agence daté du 9 février 2007 ; avec les titre suivants (sans les années de référence) :

- Répartition des postes vacants et des assignations temporaires non comblées depuis plus de 3 mois ;
- Évolution du taux d'attrition pour différentes catégories de personnel ;
- Répartition de l'attrition selon les groupes d'âge pour différentes catégories de personnel ;
- Évolution du taux d'absence tous motifs confondus pour différentes catégories de personnel ;
- Taux d'absence selon les motifs avec et sans marge de manœuvre ;
- Taux d'absence en assurance-salaire et en « autres congés sans solde » pour différentes catégories de personnel ;
- Évolution de la répartition des statuts d'emploi pour différentes catégories de personnel ;
- Taux d'attrition selon les statuts d'emploi pour les différentes catégories de personnel ;
- Évolution du pourcentage des heures travaillées en temps supplémentaire ;
- Pénuries anticipées pour les années 2005 à 2020 pour différentes catégories de personnel.

Tous ces renseignements, en plus des sommes d'argent annuelles dépensées en main-d'œuvre indépendante, seraient d'une très grande utilité autant pour les directions de ressources humaines que celles des soins infirmiers de tous les CSSS.

Il faut enfin noter que les notions de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité, lorsque abordées avec les cadres intermédiaires lors des entrevues, semblaient un peu floues et pouvaient ne pas désigner la même réalité chez chacune d'entre elles, une organisation interdisciplinaire présentant un souci de coordination plus important entre les employés qui sont reliés et dont les compétences se recoupent (Manoukian, 2007).

## CONCLUSION

Cette recherche visait à recenser, selon les perceptions des supérieures immédiates, les sources de frustration et d'irritation exprimées par les infirmières oeuvrant au sein de programmes PALV. Elle visait aussi à énoncer, sur le plan organisationnel, les mesures qui permettraient de diminuer ou de faire disparaître ces sources de frustration et d'irritation de façon à attirer et à retenir les infirmières dans ce programme.

Au terme de cette recherche, plusieurs constats s'imposent.

D'abord la pénurie d'infirmières dans tout le Québec est bien réelle et elle ira en augmentant au cours des prochaines années ; ensuite le problème d'attraction de nouvelles infirmières dans des programmes PALV ne fait pas de doute et il est impérieux de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'y faire face car ce manque d'effectifs constitue une menace de premier plan pour ces programmes.

Il est important de noter que les quatre CSSS retenus aux fins de l'étude comportaient à des degrés variables une clientèle d'origine multiethnique et que la présence de ce type de clientèle ne semblait pas poser de problème particulier de recrutement.

Le problème de rétention du personnel infirmier dans de tels programmes PALV n'apparaît pas se poser avec tant d'acuité ; une fois engagées dans ce type de programme, les infirmières sont loin de le désertier malgré la lourdeur de la tâche et la présence d'une clientèle d'origine multiethnique, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y ait pas de départs mais il semble, aux yeux des cadres intermédiaires, qu'ils ne soient pas plus nombreux que dans d'autres programmes. Cette conclusion est confirmée par le taux de roulement de 13,33 % d'un programme PALV en 2007-2008 et rejoint un constat relevé dans un document intitulé *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières au Québec* (MSSS, 2003b) à l'effet qu'un faible pourcentage d'infirmières désirent quitter le réseau des établissements et réorienter leur carrière.

Même si les infirmières valorisent énormément les contacts avec leurs patients et que le fait de leur prodiguer des soins infirmiers que leur état requiert leur apporte beaucoup de satisfaction, elles sont toutefois unanimes à déplorer la lourdeur de leurs tâches et elles ont le sentiment de pouvoir difficilement fermer leurs dossiers, ce qui constitue une des sept raisons pour lesquelles les gens quittent leur travail (Branham, 2005). Le fait de devoir déborder parfois le cadre des soins infirmiers pour occuper le territoire d'une autre professionnelle est aussi loin de leur plaire (conformément à Alderson, 2001).

Un bon nombre d'entre elles sont très attachées aux techniques de soins et se montrent réticentes à assumer les responsabilités inhérentes à la gestion de cas. Cette situation est confirmée par Colombe Harvey, présidente de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec, qui, dans un document intitulé *Le leadership infirmier : une voie à explorer pour contrer la pénurie*, écrivait en 2008 :

*« La réorganisation dans les milieux de soins découlant de l'application de la Loi 90 confronte de plus en plus les infirmières à de nouveaux rôles. Ces dernières doivent apprendre à déléguer certaines tâches afin de coordonner et de superviser les soins effectués par d'autres membres de l'équipe. Malheureusement, la plupart des infirmières n'ont pas été formées dans ce sens. Elles auront donc besoin de soutien et d'encouragement afin de réussir cette transformation de leur rôle »*  
(p. 1).

Le personnel chargé de l'encadrement et de l'orientation des nouvelles infirmières dans des programmes PALV doit apporter beaucoup d'attention aux responsabilités particulières qui incombent aux cliniciennes, notamment quant à la gestion de cas et à la notion de prise en charge qui doit continuellement colorer leur approche avec les patients.

Les infirmières déplorent aussi le manque d'évaluation de rendement systématique, qui est aussi une des sept causes pour lesquelles les gens quittent leur travail telles que relevées par Branham (2005).

Le recours régulier aux agences privées de placement pour le remplacement des infirmières crée problème dans la mesure où, par méconnaissance des politiques et procédures de l'établissement, ces infirmières se limitent à un minimum d'efforts, ce qui multiplie les risques d'erreurs et risque d'entacher le continuum de soins. Elles peuvent difficilement dans ce contexte développer un sentiment d'appartenance à l'établissement, ce que notaient Cloutier et collaborateurs (2005).

Les infirmières apprécient les contacts réguliers avec les autres infirmières de l'équipe (conformément à MSSS, 2003b) mais le fonctionnement du collectif interprofessionnel crée certaines frictions entre elles et les autres membres du collectif, notamment les médecins dont elles déplorent qu'ils ne soient pas en quantité suffisante et les travailleuses sociales avec lesquelles les relations pourraient être plus harmonieuses, ce qu'avait relevé Alderson (2001).

Les infirmières accordent enfin beaucoup d'importance à l'autonomie qu'elles ont et à la responsabilité qu'elles assument dans la détermination de leur route quotidienne de travail, contrairement à ce qui est rapporté dans la *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières au Québec* (MSSS 2003b).

Quant aux marges de liberté dont les gestionnaires disposent dans l'exercice de leurs fonctions, il faut signaler, pour trois des quatre CSSS, la flexibilité qu'elles ont quant à l'aménagement des horaires des infirmières dans le but notamment d'assurer une meilleure conciliation travail-famille-étude, ce que semblent apprécier les infirmières des programmes PALV, contrairement à ce qui est rapporté dans le rapport pré-cité (MSSS, 2003b).

Les gestionnaires ont également le pouvoir de répartir de façon équitable les tâches des infirmières, en fournissant de l'aide à celles qui apparaissent surchargées ou en allégeant dans la mesure du possible les charges de travail des infirmières plus âgées. Elles ont aussi le pouvoir de diversifier les charges de travail, en créant des charges de cas spécialisées.

Parallèlement à ces marges de liberté dont jouissent les gestionnaires, ces dernières rencontrent un certain nombre de contraintes, dont celles-ci. Bien que le client demeure toujours bien sûr la priorité numéro un dans l'esprit des gestionnaires, elles doivent toujours composer avec l'obligation de l'équilibre budgétaire et elles n'ont aucun pouvoir sur le budget qui leur est alloué par l'établissement. À partir de ce budget dont 85 % est consacré à la masse salariale, les cadres doivent fournir les services de santé requis par la population de leur secteur sept jours par semaine, et ce 24 heures par jour. Elles sont limitées dans la rémunération du temps supplémentaire effectué par les infirmières en fonction de leur budget. Elles éprouvent de la frustration lorsque des comités, chargés d'étudier les demandes des infirmières désireuses d'obtenir l'autorisation de suivre des activités de formation à l'extérieur, refusent de telles demandes.

À l'intérieur de leurs relations professionnelles avec les infirmières, les gestionnaires parviennent difficilement à leur faire adopter de nouveaux comportements relativement à la gestion de cas et elles ont peine à en recruter qui soient intéressées à assumer les fonctions de superviseuses de stages. Le manque de temps des gestionnaires, en raison de leur surcharge de travail, ne leur permet pas d'assurer une évaluation systématique du rendement de leur personnel.

Au niveau des relations avec leurs partenaires (CHSCD, CR, etc.), les gestionnaires se sentent impuissantes à faire modifier les comportements des intervenants des milieux hospitaliers.

Les locaux représentent également pour certaines gestionnaires une contrainte dans la mesure où leurs infirmières, les partageant avec des professionnels d'une autre discipline, souhaiteraient être regroupées toutes ensemble.

Il faut enfin noter qu'au cours de toutes ces entrevues, jamais une cadre intermédiaire n'a pu soulever de points qui auraient pu remettre en question ses propres compétences de gestionnaire, ce qui est sans doute fort compréhensible puisqu'il aurait fallu alors déborder le cadre du questionnaire et aborder un niveau d'introspection auquel elle

n'avait pas été conviée. Aucune d'entre elles n'a également souligné spontanément avoir perçu une perte de confiance des infirmières à son endroit.

Une fois tous ces constats établis, il faut bien réaliser que ce sont toutes les composantes d'un CSSS qui doivent se concerter et travailler ensemble à l'attraction et la rétention des infirmières dans des programmes PALV : haute direction, direction des communications, direction des ressources humaines, direction des soins infirmiers, direction des programmes PALV, cadres intermédiaires, assistantes à la supérieure immédiate et infirmières ; ce n'est qu'à ces conditions que ces problèmes, à défaut d'être entièrement résolus, seront à tout le moins amoindris.

Avant de terminer, un souhait peut être formulé et une question peut être soulevée.

Le souhait c'est que tous les programmes PALV puissent acquérir les caractéristiques des *magnet hospitals* et devenir des *magnet programs* en mesure d'attirer les infirmières et de les retenir, ce qui appelle, tous en conviendront, des changements importants autant dans la culture des établissements que dans les attitudes des cadres intermédiaires et des infirmières.

Et compte tenu des attentes élevées que le système de santé québécois, et notamment les programmes PALV, entretiennent envers les infirmières bachelières, et en fonction également des exigences d'efficacité et d'efficience, n'y aurait-il pas lieu, dans le respect des attributions et des compétences de chaque établissement d'enseignement, que les programmes de formation en sciences infirmières soient analysés en profondeur quant à leur contenu et leur approche et, le cas échéant, harmonisés de manière à ce que les nouvelles diplômées puissent être amenées, au cours de leurs études, à s'intéresser à travailler dans des programmes PALV et y à acquérir les connaissances et les compétences nécessaires afin de s'y intégrer facilement peu après leur arrivée ? Et pourrait-il en être de même des programmes de baccalauréat par cumul de certificats ?

Finalement, en s'inspirant d'Albert Camus qui a écrit dans *L'envers et l'endroit* : « *Il n'y a pas d'amour de vivre sans désespoir de vivre* », on pourrait écrire par rapport aux infirmières :

**Il n'y a pas d'amour de soigner sans désespoir de soigner.**

### **Liste de recommandations**

#### Au niveau de l'attraction

1. Augmenter le nombre de postes permanents (à temps complet et à temps partiel) dans des programmes PALV et réduire autant que possible le nombre d'infirmières provenant d'agences privées. (recommandation aussi présente dans *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec*, MSSS 2003b).
2. Adopter une approche marketing pour mieux vendre les programmes PALV en s'assurant de la présence de leurs directrices lors des rencontres avec les finissantes des collèges et des universités, et aussi lors des différents forums sur l'emploi.
3. Apporter un soin particulier à bien renseigner les candidates à la recherche d'informations sur le travail dans des programmes PALV et leur faire valoir les points forts du programme comme l'autonomie, la diversification des charges de travail, la répartition équitable des tâches, la reconnaissance des clients, la flexibilité des horaires, le fait que les heures supplémentaires ne sont généralement pas obligatoires et que le nombre de week-end travaillés est inférieur à celui des hôpitaux.
4. Fournir un encadrement serré aux jeunes stagiaires et exercer un suivi constant auprès d'elles à la suite de leur départ de l'établissement dans le but de maintenir leur intérêt dans le programme PALV.
5. Accélérer le processus d'engagement des infirmières auxiliaires.
6. Inciter les infirmières auxiliaires à devenir des infirmières.

### Au niveau de la rétention.

7. Mettre en place des mesures élaborées d'intégration, d'orientation et d'encadrement des nouvelles infirmières dans des programmes PALV, et cibler davantage les plus jeunes auprès desquelles les infirmières cliniciennes pourraient servir de préceptrices.
8. Différencier les attentes et préciser les tâches des infirmières auxiliaires, des infirmières techniciennes et des infirmières cliniciennes.
9. Préciser les zones d'expertise des infirmières et des travailleuses sociales dans un contexte d'interdisciplinarité.
10. Inciter les établissements à adopter et à rendre publiques
  - a. une politique concernant les droits et obligations des usagers ;
  - b. une politique touchant les limites de l'intervention des infirmières dans le cas de milieux insalubres et menaçants.
11. Inciter les établissements à entreprendre des démarches auprès de la Ville de Montréal ou encore auprès des arrondissements afin que des privilèges de stationnement dans les rues soient accordés au personnel des programmes PALV.
12. Maintenir des données à jour sur les infirmières travaillant dans des programmes PALV et notamment sur celles âgées de 50 ans et plus afin que les établissements puissent se doter d'un plan de gestion stratégique de leurs ressources humaines dans le but d'obtenir une meilleure planification des besoins en ressources infirmières en fonction des départs éventuels à la retraite ou à la pré-retraite.

### Au niveau de l'organisation

13. Continuer à apporter un soin particulier à la répartition équitable des charges de travail.
14. Aménager des tâches particulières pour les infirmières âgées de 55 ans et plus dans le but de les inciter à rester au travail dans des programmes PALV, tout en assurant l'équité de la répartition des tâches.

15. Réduire la charge de travail de nature cléricale par l'adoption de mesures appropriées.
16. Organiser des lieux de rencontre formels qui permettraient aux infirmières d'exprimer leurs doléances et de proposer des mesures organisationnelles visant l'amélioration du travail.
17. Assurer une rotation des infirmières au sein des équipes d'évaluation afin que toutes deviennent familières avec le travail d'évaluation.
18. Tenir un décompte exact du nombre d'heures qu'une infirmière consacre par semaine à des réunions ou à des comités.

#### Au niveau de la formation continue

19. Mettre en place un processus d'identification des besoins de formation continue des infirmières travaillant dans des programmes PALV, élaborer des activités de formation qui répondraient à leurs attentes, s'assurer que les formateurs aient une grande expertise de travail dans ces programmes et apporter un grand soin au transfert des apprentissages.
20. Dans le but de développer chez les infirmières de nouvelles compétences et d'assurer le renouvellement des pratiques professionnelles, offrir des activités de formation portant notamment sur :
  - a. la gestion de cas en insistant sur l'importance de ce concept et en faisant valoir tous les avantages autant pour les clients que pour les infirmières ;
  - b. la notion de prise en charge de sa santé par le client (empowerment).
21. Inciter les infirmières à suivre le programme de deuxième cycle élaboré par l'Université de Sherbrooke et portant sur la gestion de cas.
22. Offrir des conditions particulières aux infirmières intéressées à poursuivre des études de baccalauréat (paiement partiel ou total des frais de scolarité, libération payée, etc.).

Au niveau de l'encadrement

23. Inciter les gestionnaires à mobiliser et à fidéliser les infirmières des programmes PALV.
24. Assurer des supervisions individuelles des infirmières sur une base régulière.
25. Mettre en place la notion de porte-folio pour les infirmières.
26. Implanter de façon systématique des mécanismes d'évaluation de rendement des infirmières.

-----

## BIBLIOGRAPHIE

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2005). *Les services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement, Enjeux – perspectives – balises régionales*.

Agence de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie (2007). *Plan d'action en matière de fidélisation, de développement et d'utilisation des compétences afin de réduire les impacts des pénuries de la main-d'œuvre*, Avant-projet.

Alderson, M. (2001) *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance*. Thèse de doctorat, Université de Montréal, Faculté des études supérieures. 240 p.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003a). *Analyse synthèse de la politique de soutien à domicile*.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2003b). *Les services de soutien à domicile, la vision des CLSC, des Centres de santé et des CHSLD*.

Association des infirmières et infirmiers d'Islande (INA) (2002). Forum du Conseil international des infirmières sur les ressources humaines. *Vue d'ensemble*.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2008). *Stratégies innovatrices en Ressources humaines*, (cinquième article d'une série d'articles).

Belmin, J., Amalberti, F., Béguin, A.-M., (2005). *L'infirmier(e) et les soins aux personnes âgées*. France : Masson, 370p.

Bernier, L. (2007). Conférence intitulée *La mise en œuvre d'un réseau de services intégrés pour les personnes âgées dans la région de Montréal – Une démarche d'harmonisation à multiples facettes*, Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal.

Bourbonnais, R. (2000). *Recherche intervention évaluative visant l'optimisation de l'environnement psychosocial et organisationnel du travail du personnel soignant*. Résumé des projets, Concours de subvention.  
[www.chsrf.ca/funding\\_opportunities/ogc/2000/bourbonnais\\_f.php](http://www.chsrf.ca/funding_opportunities/ogc/2000/bourbonnais_f.php)

Branham, L. (2005). *The 7 Hidden Reasons Employees Leave*. American Management Association, New York, USA, 238 p.

Brault, I., Roy, DA., Denis, JL., (2008). « Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations du travail ». *Pratiques et Organisation des Soins*. 3 (39), 167-173.

Cara, C., O'Reilley, L. et Kérouac, S. (2004). « Une plus grande humanisation des soins : perspective réelle ou utopie ? ». *Perspective infirmière*, 1 (2), 33-34.

Centrale des syndicats du Québec, la Fédération du personnel de la santé et des services sociaux, la Fédération des syndicats de professionnelles et professionnels de la santé et des services sociaux et l'Union québécoise des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *Santé et services sociaux : non aux fusions forcées et à la décentralisation de la négociation !*

Cloutier E., David H., Ledoux,  ., Bourdouxhe, M., Teiger C., Gagnon, I., Ouellet, F. (2005). *Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile*, Publications IRSST.  tudes et recherches. 261p. ([www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca))

Cloutier E., David H., Teiger C., Prévost J. (1998). *Santé, sécurité, et organisation du travail dans les emplois de soins à domicile*. Publications IRSST.  tudes et recherches. 40p. ([www.irsst.qc.ca](http://www.irsst.qc.ca))

Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., Boyle, P., (1990). *Savoir préparer une recherche, la définir, la structurer, la financer*, Les Presses de l'Université de Montréal. 197 p.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martin Rodriguez L.S., et Pineault R., (2008). *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*. BMC Health Services Research. 14p.

Ducharme, F. (2007). « Synthèse des éléments clés d'une communication présentée au VIIIe Congrès international francophone de gérontologie et gériatrie, tenu à Québec en octobre 2006, sous le thème « Vieillesse, santé et société – acquis, défis et perspectives » ». *Perspective infirmière*, (6) 4, 11-16.

Duchesne, L. (2001). *La situation démographique au Québec*, bilan 2000, régions métropolitaines, Québec, ISQ, 278 p.

Dussault, G., Fournier, M.-A., Zanchetta, M.S., Kérouac, S., Denis, J.-L., Bojanowski, L., Carpentier, M., Grossman, M., (1999). *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada: Revue de la littérature*, Rapport présenté à la Table ronde des intervenants en soins infirmiers.

European Observatory on Health Systems and Policies Series (2006). *Human resources for health in Europe*. United Kingdom : Carl-Ardy Dubois, Martin McKee, Ellen Nolte, 250 p.

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (2001). *Avis au groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines dans le cadre de la mise à jour du système professionnel*.

Fondation canadienne de la recherche sur les soins de santé, (2001). *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilités et encadrement dans la dispensation des soins à domicile*.

Harvey, C., (2008). « Le leadership infirmier : une voie à explorer pour contrer la pénurie ». *L'Appui*, 1 (26).

Hesbeen, W., (1999). « Le *caring* est-il prendre soin ? ». *Perspective soignante*. 4, 1-20.

Hirst, S.P., Foley, L., (2001). « Delegation : The Views of Case Managers ». *Home Health Care Management & Practice*, 4 (13), 301-307.

Institut canadien d'information sur la santé (2001). *Développement futur de l'information pour appuyer la gestion des ressources en soins infirmiers – recommandations*.

Jacob, R. (2001) *Un résumé commenté du Rapport Clair*, revue Ruptures, vol.8, no 1, 2001, pp. 60-77.

Jinnet, K. et Alexander, J.A. (1999). « The Influence of Organizational Context on Quitting Intention ». *Research on Aging*. 2 (21), 176-204.

Kérouac, S., Duquette, A., Balbir, K.S., Ducharme, F., Saulnier, P. (1994). Étude de facteurs d'adaptation aux stressors occupationnels en milieu gériatrique. *In* Rey, J.C., et Tilquin, C. *La dépendance de l'an 2000*.

Kodner, D.L., Kyriacou, C.K., (2003). « Bringing Managed Care Home to People With Chronic, Disabling Conditions : Prospects and Challenges for Policy, Practice, and Research ». *Journal of Aging and Health*, 1 (15), 189-222.

Larivière, C., Hockenstein, E., Montejo, M.E., (2001). *Guichet unique en maintien à domicile : l'expérimentation par sept CLSC montréalais*, Institut de gérontologie sociale du Québec, CLSC René-Cassin.

Lauzon, M. (2003). *Le vieillissement en emploi dans le secteur de la santé et des services sociaux : le cas d'un CHSLD-CLSC (Centre hospitalier de soins de longue durée- Centre local de services communautaires)*, Institut national de la recherche scientifique (INRS – urbanisation, culture et société).

Lavoie-Tremblay, M. et Desforges, N. (2007). *Sondage des diplômées en sciences infirmières 2007 – Perspective d'emploi et mobilité*. Fonds Québécois de Recherche Sciences sociales. Centre FERASI.

Lavoie-Tremblay, M. et Viens, C. (2002). «L'arrivée dans la profession infirmière : une porte d'entrée ou de sortie». *In* Baumann, A., Blythe, J., Butt, M., Delmas, P., Duquette, A., Lavoie-Tremblay, M., Lemire Rodger, G., Lévesque-Boudreau, D., Mayrand Leclerc, M., Mathieu, L., O'Brien-Pallas, L.-L., Pronost, A.-M., Shamian, J., Skelton-

Green, J., Viens. C., Villeneuve, M. (Éd.) *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 6-21). Québec : Presses Inter Universitaires.

Le Louarn, J.-Y. et Thériault, R. (1984). *Politiques et Pratiques en recrutement et sélection en personnel dans les organisations au Québec*. École des Hautes Études Commerciales. 79 pages.

Leung, A.C., Liu, C., Chow, N.W., Chi, I., (2004). « Cost-Benefit Analysis of a Case Management Project for the Community-Dwelling Frail Elderly in Hong Kong ». *The Journal of Applied Gerontology*, 1 (23), 70-85.

Manoukian, A., (2007). *Les soignants et les personnes âgées*. France : Éditions Lamarre, 205 p.

Mayrand Leclerc, M. (2002). «Les caractéristiques organisationnelles des magnet hospitals : Pistes de solutions pour réorganiser le travail des infirmières ». In Baumann, A., Blythe, J., Butt, M., Delmas, P., Duquette, A., Lavoie-Tremblay, M., Lemire Rodger, G., Lévesque-Boudreau, D., Mayrand Leclerc, M., Mathieu, L., O'Brien-Pallas, L.-L., Pronost, A.-M., Shamian, J., Skelton-Green, J., Viens. C., Villeneuve, M. (Éd.) *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers* (pp. 66-89). Québec : Presses Inter Universitaires.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001a). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, MSSS, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, Direction des communications.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2001b). *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003a). Communiqué publié le 11 novembre 2003 et émanant du Cabinet du ministre, Québec, MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003b). *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec*, Québec, MSSS, Sous-comité de la recherche du groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière.

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.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Programme national de soutien clinique – Volet préceptorat – Cadre de référence*, Québec, MSSS, Direction générale du personnel réseau et ministériel, Direction de la planification et des soins infirmiers.

Mion, L. (2003). « Care Provision for Older Adults : Who will Provide ? ». *Online Journal of Issues in Nursing*. 2 (8). ([www.nursingworld.org/ojin/topic21/tpc21\\_3.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic21/tpc21_3.htm)).

O'Brien-Pallas L., Alkins C., Wang S. (2003). *Envisager l'avenir: prévoir la retraite chez les I.A. au Canada*. Institut canadien d'information sur la santé. 50p. ([www.cihi.ca](http://www.cihi.ca))

Observatoire de l'administration publique – École nationale de l'administration publique (ENAP) en collaboration avec le Groupe d'Étude sur les politiques et la santé (GEPS) et les professeurs Jean Turgeon de l'ENAP et France Gagnon de TELUQ/UQAM (2006). *Le rôle de l'état dans la dispensation des services de santé*.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *La pénurie d'infirmières de formation universitaire*. Direction de l'exploitation des données corporatives.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007a). *Portrait global des membres inscrits au Tableau de l'Ordre en 2006-2007*.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007b). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence !* (document adopté par les membres du Bureau de l'OIIQ en octobre 2007).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007c). *Données sur la population infirmière par région administrative à partir du Tableau des membres au 31 mars 2007*.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2008a). Le Journal, publication officielle de l'Ordre, édition de septembre/octobre 2008.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2008b). Le Journal, publication officielle de l'Ordre, édition de janvier/février 2008.

Palmore, E. B. (1999). *Ageism Negative and Positive* (second edition), Springer Publishing Company. 280 p.

Pérodeau, G., Bernier, D., Duquette, A. (1999). Extrait de : *Stratégies d'adaptation psychosociales de femmes ayant des dépendants et vivant la précarité occupationnelle et financière*.

Richard, M.C. *Enjeux de la configuration des Centres de Santé et de services sociaux : Recension des écrits*. (En ligne). <http://www.larepps.uqam.ca/cahiers/Cahier05-14.pdf> (Page consultée le 15 mars 2009).

Rosowsky, E., (2005). « Ageism and Professional Training in Aging : Who Will Be There To Help ? ». *Ageism in the New Millennium*. 3 (XXIX). 55-58.

Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers (2006). *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada*, Rapport final de la Phase II. Ottawa : auteur.

Université McGill. *Modèle McGill : Moyra Allen – intervention communautaire*. (En ligne). <http://www.nursing.mcgill.ca> (Page consultée le 10 mars 2009)

U.S. Bureau of Labor Statistics (2004). *Monthly Labor review*. États-Unis : auteur.

White, D. (1992). *La santé et les services sociaux : réforme et remises en question*, Université de Montréal.

---

## ANNEXE I

### Questionnaire et guide d'entretien s'adressant aux cadres intermédiaires.

En fonction du cadre théorique retenu, l'entretien se déroulera selon les quatre volets thématiques suivants :

1. L'utilisateur et son réseau.
2. L'organisation du travail.
3. L'environnement de travail.
4. L'infirmière et le collectif de travail

#### 1. L'utilisateur et son réseau

Comment se déroule une journée typique de travail au programme PALV ?

Quelles sont d'après vous les principales difficultés que rencontrent vos infirmières avec :

- les patients et leur famille ?
- les groupes communautaires ?
- le réseau public autre que le CSSS ?
  - i. problèmes de communication : barrière de langue ?
  - ii. résistance à l'autodétermination (empowerment) des soins ?
  - iii. problèmes de continuité de services ?

Selon vous, quels sont d'après les infirmières les cas qui leur semblent :

- les plus légers à traiter ?
- les plus lourds à traiter et pourquoi ?

Lors de vos rencontres avec les infirmières, quelles sont les principales récriminations qui sont formulées par ces dernières par rapport au patient et son réseau ?

Quelles sont les améliorations ou les nouvelles mesures qui ont été mises en place pour remédier à ces récriminations ?

Selon vous, quelles seraient les mesures à mettre en place afin d'amoindrir les difficultés de infirmières avec le patient et son réseau (politiques, règles, dépliants explicatifs) ?

## 2. L'organisation du travail

Parlez-moi de la charge de cas des infirmières de votre équipe.

Parlez-moi de la charge bureaucratique des infirmières.

Quel impact a eu sur les infirmières la mise en place de la restructuration du réseau (rationalisation des dépenses, réseau de services intégrés, fusion d'établissements, etc.) ?

La charge de cas devrait-elle être répartie de façon à ce que les infirmières soient des généralistes ou plutôt des spécialistes ?

Quelles sont les dispositions qui ont été prises par le CSSS dans le but de concilier les exigences travail-famille pour les infirmières travaillant au programme PALV ?

Quelles sont d'après-vous les dispositions qui devraient être mises en place par le CSSS dans le but de concilier les exigences travail-famille pour les infirmières travaillant au programme PALV ?

Quelles sont les principales raisons d'absence du personnel infirmier ? (accidents de travail, problèmes reliés à la santé mentale, etc.) ?

Quelle place occupe au sein du programme PALV le recours aux agences privées de placement ?

Quel impact ce recours a-t-il sur les infirmières ?

Dans une gestion par programme, une infirmière peut avoir comme supérieure immédiate une personne qui possède une formation de base dans un domaine autre que la sienne ; comment ce choix organisationnel est-il perçu par l'infirmière ?

La littérature nous informe que les infirmières estiment que leur expertise pourrait être mieux utilisée ou mise à profit. Quels sont d'après vous les moyens à mettre en place qui permettraient d'utiliser au maximum les compétences des infirmières ?

Quelles sont les activités de formation continue qui ont été offertes au personnel infirmier du programme PALV au cours des dernières années ? Les infirmières semblent-elles apprécier ces activités ?

Quels sont selon vous les besoins de perfectionnement professionnel des infirmières du programme PALV ?

Quelles sont les conditions à mettre en place pour qu'un programme PALV devienne un lieu recherché de travail ?

### 3. L'environnement de travail

Quelles sont les principales caractéristiques des domiciles où l'infirmière doit prodiguer ses services ?

Quelles sont les principales plaintes faites par les infirmières du programme PALV concernant cet environnement ?

En quoi ces caractéristiques peuvent-elles avoir un effet sur le degré d'attraction ou de rétention du personnel infirmier ?

L'usage obligatoire de l'automobile est-il de nature à faciliter ou compliquer le travail?

Notez-vous un plus haut taux d'absence lorsque les conditions météorologiques ne sont guère favorables ?

Le travail au bureau fait-il l'objet de plaintes particulières (locaux, accès aux postes informatisés, etc.) ?

Quelles sont les mesures à mettre en place pour créer un environnement de travail qui convienne davantage aux besoins des infirmières ?

Qu'est-ce qui menace le plus l'avenir des infirmières travaillant dans un programme PALV ?

À qui revient la responsabilité d'augmenter la capacité d'attraction et de rétention du personnel infirmier au programme PALV ?

Selon vous, quelles sont les principales contraintes à la mise en place de solutions novatrices (ex. direction des ressources humaines, direction des soins infirmiers, syndicats, etc.) ?

#### 4. L'infirmière et le collectif de travail

Quelles sont, selon vous, les motivations qui amènent les infirmières à travailler dans un programme PALV ?

Quelles sont les raisons qui amènent les infirmières à quitter un programme PALV?

Comment, selon vous, les autres membres de l'équipe perçoivent-ils les infirmières ?

Quelles sont d'après vous les principales difficultés que rencontrent vos infirmières avec les autres membres de l'équipe ?

- manque de reconnaissance professionnelle ?
- manque de pouvoir décisionnel ?

Y a-t-il, à l'intérieur de l'équipe, des professionnels avec lesquels les infirmières :

- s'entendent mieux ?
- s'entendent moins ?

Comment les relations inter-générationnelles entre infirmières sont-elles vécues dans votre équipe ?

Comment les relations entre infirmières (collectif de travail) sont-elles vécues au sein :

- de votre équipe ?
- du programme ?

Quelles sont les améliorations ou les nouvelles mesures qui ont été mises en place pour améliorer les relations ?

Selon vous, quelles seraient les mesures à mettre en place afin d'amoindrir les difficultés des infirmières :

- entre elles ?
- avec l'équipe interdisciplinaire ?

Croyez-vous que le programme PALV est une porte d'entrée pour de nouvelles infirmières et qu'elles n'y sont que de passage ? Et si oui, pourquoi ?

Quelles seraient les stratégies à mettre en place pour attirer et maintenir les infirmières dans un programme PALV ?

-----

## ANNEXE II

### Questionnaire à l'intention des directions des ressources humaines.

Est-ce que vous avez déjà rencontré des difficultés en entrevue pour le recrutement d'infirmières au PALV ? (ex : pas d'auto, anglais ou français non fonctionnel, manque d'intérêt pour le programme, manque de maturité, etc.).

Faites-vous des entrevues de départ auprès des infirmières du PALV ? Et si oui, quelles sont les raisons évoquées pour quitter le programme PALV ?

Êtes-vous en mesure de me fournir pour l'année 2007-2008 ou pour l'année en cours et ce pour le programme PALV uniquement :

1. la pyramide d'âge des infirmières ?
2. la durée moyenne de leur séjour dans le programme et le taux de roulement ?
3. le nombre d'heures en assurance salaire vs les autres programmes ?
4. le nombre de congés pour étude, traitement différé, retraite progressive, retour progressif de congé maternité ou de congé maladie?
5. le nombre d'infirmières en horaire comprimé, avec un horaire 4 :32, en sans solde?
6. le nombre de bachelières, le nombre d'infirmières techniciennes ?
7. le nombre d'heures consacrées à la MOI ? (main d'œuvre indépendante), le nombre de postes à temps complet et le nombre de postes à temps partiel ?

-----