Document generated on 07/14/2025 11 p.m.

Santé mentale au Québec

La réorganisation du travail infirmier en soins de longue durée : une nécessaire évaluation en termes d'impact sur le sens du travail et la santé mentale des infirmières

Marie Alderson, Estelle Morin, Jacques Rhéaume, Micheline Saint-Jean and François Ouellet

Volume 30, Number 2, Fall 2005

Le soutien social

URI: https://id.erudit.org/iderudit/012152ar
DOI: https://doi.org/10.7202/012152ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this document

Alderson, M., Morin, E., Rhéaume, J., Saint-Jean, M. & Ouellet, F. (2005). La réorganisation du travail infirmier en soins de longue durée : une nécessaire évaluation en termes d'impact sur le sens du travail et la santé mentale des infirmières. *Santé mentale au Québec*, *30*(2), 345–358. https://doi.org/10.7202/012152ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2005

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Communication brève

La réorganisation du travail infirmier en soins de longue durée : une nécessaire évaluation en termes d'impact sur le sens du travail et la santé mentale des infirmières

Marie Alderson*
Estelle Morin**
Jacques Rhéaume***
Micheline Saint-Jean****
François Ouellet*****

Études à l'appui, les gestionnaires constatent de plus en plus, le lien existant entre les conditions de travail — y compris l'organisation du travail — et l'efficacité de la pratique infirmière. L'organisation du travail, telle que structurée et mise en place dans un établissement de soins, peut, en effet, tantôt dissuader, tantôt encourager les infirmières à demeurer dans l'institution, voire même au sein de la profession.

Le présent article considère plus spécifiquement l'organisation du travail infirmier dans le secteur des soins de longue durée, soit dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée du Québec (CHSLD). Si l'on considère les transformations qui ont pris place dans les CHSLD du Québec au cours des dernières années, certains changements organisationnels d'importance retiennent plus particulièrement notre attention, soit le remplacement du système des soins intégraux par le système modulaire ou le système d'équipe, l'intégration de l'approche de « milieu de vie » et l'implantation du système d'information

* Professeure, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.
** Professeure, HEC, Montréal.
*** Professeur, UQAM, Montréal.
**** Professeure, Université de Montréal.
***** Professionnel de recherche, CRIUGM.

SICHELD. Ces trois changements sont présentés ci-après à la lumière des écrits scientifiques pertinents. Une analyse plus détaillée est réalisée de l'introduction accrue des systèmes modulaire et d'équipe.

Système modulaire et d'équipe

Lesdits changements organisationnels font également l'objet d'une étude débutée, à l'automne 2005, au sein d'un grand CHSLD de la région de Montréal. Leurs effets sur le sens du travail et la santé des infirmières sont les principaux objectifs de l'étude. Celle-ci privilégiera une approche multi-méthodes permettant la complémentarité de données qualitatives et quantitatives. Le choix d'une perspective unidisciplinaire est privilégié dans le cadre de l'étude projetée. S'il est sans conteste que le travail infirmier est le plus souvent réalisé en relation avec d'autres personnels de soins et que les modifications dans l'organisation du travail infirmier sont susceptibles d'influer sur le travail et la santé de ces autres personnels, l'urgence d'évaluation (et éventuellement d'intervention) se pose présentement davantage pour les infirmières étant donné les problématiques croissantes d'absentéisme et de pénurie des infirmières, lesquelles compromettent de plus en plus sérieusement l'accessibilité aux soins.

Un aspect intéressant de l'étude entreprise réside dans sa dimension clinique (la « clinique du travail ») ; il s'agit, en effet, d'une recherche réalisée au sein de la pratique infirmière et en interrelation directe avec les praticiennes. Elle permettra le développement de connaissances à partir de « l'intérieur » de la profession, autrement dit, à partir de l'expérience du travail vécue par les infirmières. Le fait de réaliser l'étude au sein des unités d'hébergement et de soins de longue durée est d'importance sociale, compte tenu que la demande de services en CHSLD ne cessera de croître au cours des années à venir étant donné, entre autres, l'allongement de la vie humaine, le vieillissement de la population, la prévalence des maladies dégénératives et la transformation de la famille.

Les modalités de réorganisation à l'étude s'observent dans divers CHSLD du Québec. Il s'agit là d'un fait qui accroît la portée des résultats qui s'en dégageront.

Il importe de définir la notion de système (ou de mode) de prestation (distribution, dispensation) des soins. Un système de prestation de soins désigne la structure d'organisation des soins retenue par une institution pour dispenser les soins aux patients : il réfère au partage de l'autorité, des pouvoirs de décision, des responsabilités, des rôles et des tâches entre les membres du personnel d'une unité de soins, à savoir :

infirmière-chef, infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires (Duquette et al., 1992).

Plusieurs directions de soins infirmiers ont opté au cours des dernières années pour l'instauration tantôt d'un système modulaire de prestation des soins, tantôt d'un système d'équipe. Cette tendance en termes de choix de système de prestation de soins est considérablement guidée par la pénurie d'infirmières et la constante nécessité de réduction des coûts. Les écrits scientifiques confirment, en effet, que la plupart des récentes réorganisations du travail infirmier au États-Unis et au Canada s'accompagnent d'une transition soit vers le système modulaire (lorsque les ressources infirmières et financières disponibles le permettent), soit vers le système d'équipe (lorsque la pénurie d'infirmières et de ressources financières ne permet pas d'autre choix) (Norrish, 1999 ; Norrish et Rundall, 2001).

Les soins modulaires constituent un modèle hybride entre les soins intégraux et le système d'équipe (Kérouac et al., 2003, 1992 ; Sandhu, 1990). Le système modulaire vise la dispensation de soins individualisés et continus par un personnel soignant composé habituellement d'une infirmière assistée d'une infirmière auxiliaire et de deux ou trois préposés aux bénéficiaires (Kérouac et al., 2003). Les soins intégraux constituent quant à eux, un mode de prestation des soins selon lequel l'infirmière est responsable 24 heures par jour de l'ensemble des soins prodigués au patient, de l'admission jusqu'à son retour à domicile (Kérouac et al., 2003). Finalement, le système d'équipe est une méthode de distribution des soins basée sur un partage des tâches entre les membres de l'équipe composée de préposés aux bénéficiaires, d'infirmières auxiliaires ainsi que d'infirmières sous la responsabilité d'une infirmière nommée chef d'équipe (Kérouac et al., 2003). Dans un système modulaire, le nombre de patients confiés à l'infirmière (de 6 à 12 patients, ou moins si l'acuité des soins le requiert (Thibault et Desrosiers, 1990)) est supérieur à celui qui caractérise le système des soins intégraux (6 patients ou moins) mais inférieur à celui qui caractérise le système d'équipe (de 13 à 30 patients). Le nombre de patients confiés à la responsabilité de l'infirmière constitue ainsi un élément distinctif entre les divers modes de prestation des soins.

Un des postulats théoriques des soins modulaires est la différenciation des fonctions des soignants (Thibault et Desrosiers, 1990) ; l'organisation des soins est structurée en fonction de la formation et des habiletés de chacun. Lorsque ce postulat ainsi que l'octroi de pouvoir décisionnel aux infirmières sont réalité sur le terrain, il est permis de

penser que les infirmières éprouvent, sous un système modulaire, moins de frustrations liées à l'ambiguïté des rôles et au manque de spécificité professionnelle qu'elles n'en vivaient sous la modalité spécifique de soins intégraux mise en lumière dans l'étude d'Alderson (2001).

La structure organisationnelle associée aux soins modulaires, permet une prise de décision décentralisée ; elle donne, à l'infirmière, un pouvoir décisionnel sur les soins. Les études réalisées par Marmot et al. démontrent les bienfaits d'un environnement qui favorise le contrôle sur le travail ; ces bienfaits se manifestent tant au niveau de la santé physique (maladies cardiaques) des infirmières, que sur leur bien-être psychologique, les taux d'absence et la productivité (Kuper et Marmot, 2003 ; Bosma et al., 1997 ; Bosma et al., 1998 ; North et al., 1996).

Le système modulaire évite également un important effet néfaste du système d'équipe, soit l'insatisfaction des infirmières liée à l'éloignement d'avec les soins et services directs aux patients et familles (Thibault et Desrosiers, 1990). Sous un système d'équipe, les infirmières passent moins de temps auprès des patients et des familles et plus de temps dans des activités indirectes (coordination, etc). Aussi éprouvent-elles une frustration liée à l'absence de relations significatives avec les patients et les familles (Norrish, 1999 ; Norrish et Rundall, 2001). Il est établi que le fait d'être proche des patients/familles et d'être en mesure d'assurer la continuité des soins, augmente la satisfaction des infirmières. La satisfaction du personnel infirmier est ainsi directement liée à la satisfaction des patients et des familles au regard des soins et services reçus (McGillis Hall et al., 2001). Les résultats de l'étude d'Alderson (2001) confirment également ce fait.

Il peut être dit qu'en privilégiant l'approche modulaire des soins, les CHSLD composent avec les problèmes de recrutement d'infirmières dus à la pénurie, répondent aux divers besoins spécifiques de la clientèle et respectent de façon plus significative la formation, l'expertise clinique et les besoins relationnels des infirmières. L'approche modulaire rencontre, du moins en théorie, le profond désir des infirmières, tel qu'exprimé dans l'étude d'Alderson (2001), de voir leur rôle passer de « soutien » à « expert clinique » ; les tâches cléricales ainsi que les tâches de soutien étant amoindries au profit de responsabilités cliniques spécifiques.

Il ne faut pas perdre de vue que si le système modulaire dit chercher à optimiser les talents, il vise également la rentabilité des soins. Il permet, en effet, d'importantes économies financières liées au moindre nombre d'infirmières.

Les systèmes de distribution de soins qui allouent un nombre important de patients par infirmière — comme c'est le cas pour les soins modulaires et surtout, pour les soins d'équipe — ne sont cependant pas sans effets défavorables. L'étude d'Aiken et al. (2002) menée en unités de chirurgie générale, vasculaire et orthopédique (lesquelles diffèrent sans conteste des unités de soins de longue durée) démontre une association significative entre le ratio infirmière/patients et le taux de mortalité et le risque d'effets indésirables (complications) chez les patients ainsi que la satisfaction et le burn-out des infirmières. Ainsi, au-delà d'un ratio de 1:6 (une infirmière pour six patients), chaque patient additionnel s'accompagne d'une augmentation de 7 % de risques de mortalité et d'effets indésirables chez les patients ainsi que d'une augmentation de 15 % d'insatisfaction et de 23 % de burnout chez les infirmières (Aiken et al., 2002). L'insatisfaction et le burn-out constituent des indicateurs de l'intention de quitter son emploi dans l'année qui suit (Aiken et al., 2001).

L'environnement de travail dans lequel évoluent les infirmières est déterminant (McGillis Hall et al., 2001). Ainsi, un environnement de travail adéquat a le potentiel de réduire le taux de roulement et de burnout des infirmières et d'améliorer la satisfaction des patients par rapport à leurs soins (Vahey et al., 2004). Par contre, un environnement de travail déficient affecte négativement la satisfaction des infirmières et augmente le roulement de celles-ci, entraînant par voie de conséquence des coûts organisationnels accrus (Davidson et al., 1997 ; Irvine et Evans, 1995 ; Lake, 1998 ; Levek et Jones, 1996).

Si ces faits sont bien documentés, la recherche internationale menée par Aiken et al. (2001) rapporte malheureusement que les récentes restructurations des systèmes de santé réalisées dans cinq pays (USA, Canada (Ontario), Angleterre, Allemagne et Écosse) visaient bien plus à imiter les modèles industriels d'accroissement de la productivité qu'à tenter de résoudre les problèmes des infirmières en exercice. L'étude confirme en effet qu'au cours de ces restructurations, les hôpitaux ont réduit leur personnel afin de diminuer les coûts et d'augmenter la productivité (Aiken et al., 2001). Les résultats de l'étude d'Aiken et al. (2001) révèlent une insatisfaction prononcée des infirmières, un taux élevé d'épuisement professionnel et une intention marquée de quitter l'emploi durant la prochaine année. Les insatisfactions les plus fréquemment énoncées par les infirmières se rapportent aux caractéristiques organisationnelles, tel que le manque de personnel infirmier, de participation aux prises de décision, de reconnaissance de leur contribution aux soins aux patients, de contrôle sur les horaires de travail,

d'écoute et d'intervention de l'administration au regard de leurs préoccupations et de perspectives de carrière (Aiken et al., 2001).

La recension des écrits de Cummings et Estabrooks (UK) (2003) investigue quant à elle, les effets des restructurations d'hôpitaux sur la santé et le bien être des infirmières. La diminution de la satisfaction au travail et l'épuisement émotionnel émergent comme les deux principaux effets ; ils sont associés à l'augmentation de la charge de travail et à la diminution de la qualité et de la quantité de temps passé avec les patients. Une augmentation des taux de roulement et d'absentéisme du personnel infirmier est aussi observée. Des problèmes de recrutement et de rétention sont nourris par le mécontentement des infirmières et l'intention de quitter leur emploi. Une diminution des interactions sociales et de la cohésion des équipes est frappante. Le sentiment d'appartenance à l'institution s'atténue.

Pour Norrish et Rundall (2001) il ne fait pas de doute que l'un des principaux effets de la réorganisation est le redimensionnement de la main d'œuvre infirmière et ce par la diminution du ratio infirmière/patients et l'introduction massive de nouveaux types de personnels moins qualifiés. L'étude de Norrish (1999) note que la restructuration des hôpitaux s'accompagne d'un retour au système d'équipe.

McGillis Hall (1997b) indique également que les récentes réorganisations privilégient des modèles de dotation en personnel soignant, appelés « skill mix » qui intègrent des personnels professionnels et non professionnels. Ces modèles recourent à un petit nombre d'infirmières, lesquelles ont à superviser un nombre croissant de personnels moins qualifiés ; les rôles des infirmières sont redéfinis dans un mode de prestation appelé « soins infirmiers d'équipe » (Sochalski et al., 1999). L'étude de McGillis Hall et al. (2001) menée dans 19 hôpitaux d'enseignement en Ontario, rapporte que 60 % des unités sous investigation, privilégient un type de skill mix s'apparentant davantage à une substitution du personnel non professionnel au personnel infirmier qu'à une complémentarité entre les personnels. Les conclusions de cette étude soulignent combien la qualité (ou le manque de) des soins dispensés affecte le personnel infirmier : plus le personnel infirmier est conscient d'une baisse de qualité des soins, plus s'accroît la tension par rapport à leur rôle. Parmi les facteurs augmentant la satisfaction au travail des infirmières, il y a l'absence de tension et d'ambiguïté face au rôle de l'infirmière (McGillis Hall et al., 2001).

Plusieurs études rapportent donc, dans le contexte de rareté des ressources financières et infirmières, la généralisation, dans l'ensemble du Canada, des modes de distribution des soins — tels les systèmes

modulaire et d'équipe — qui s'accompagnent d'un nombre diminué d'infirmières et d'un nombre accru d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires (Aiken et al., 2000 ; Aiken et al., 2002 ; McGillis Hall, 1997a, 1997b ; Norrish et Rundall, 2001). Les auteurs s'entendent sur l'urgence d'évaluer l'impact desdits modes de distribution des soins. Il importe surtout d'apprécier les effets de ces modes tant sur les facteurs de risque pour la santé mentale des infirmières que sur leur satisfaction au travail. Il n'existe pas, en effet, à notre connaissance au Québec, d'études évaluatives ayant investigué les effets de ces modes sur le personnel infirmier. Comment dès lors prétendre qu'ils sont adéquats, pertinents ou efficients ? Comme l'indiquent Kérouac et al. (1992), pour être utile et efficace, un mode de prestation des soins doit non seulement être orienté vers le patient en assurant la continuité et l'imputabilité des soins, il doit aussi être orienté vers le bien-être du personnel infirmier en permettant l'autonomie, le pouvoir décisionnel et la valorisation du personnel.

Il importe ainsi de connaître les effets de l'instauration du système modulaire sur le sens du travail et la santé des infirmières. Comment est-ce que les infirmières oeuvrant en CHSLD « vivent » ce changement de mode dispensation des soins ? Il s'agit de pouvoir répondre à cette question.

Milieu de vie

L'intégration de l'approche « milieu de vie » s'observe dans la presque totalité des CHSLD du Québec. L'établissement impliqué dans l'étude vise — comme les autres CHSLD — par cette démarche, à réaliser un effort concerté pour établir, au sein des unités d'hébergement et de soins de longue durée, une atmosphère de « chez-soi », c'est-à-dire un environnement chaleureux et sécuritaire où le résident pourra continuer à se réaliser et à entretenir des échanges significatifs avec ses proches et le personnel soignant.

La modulation des soins et des activités de la vie quotidienne des résidents est dorénavant abordée dans la perspective d'un continuum d'activités sur une période de douze heures et non plus, comme c'était le cas en trois quarts de travail du personnel soignant. Cette dernière manière de concevoir l'organisation des soins présentait d'importants inconvénients. L'étude d'Alderson (2001) avait, en effet, révélé d'importantes difficultés de continuité des soins, des services et des activités entre les divers quarts de travail. La recherche d'Alderson (2001) a cependant mis en lumière que la transformation progressive des milieux de soins en milieux de vie, ne va pas de soi pour toutes les infirmières ;

elle suscite, en effet, des réactions diverses, parfois contraires, chez certaines d'entre elles. Il apparaît que l'appropriation du pouvoir par la personne hébergée et sa famille questionnait plusieurs infirmières au point de générer des réactions susceptibles de menacer la pérennité de l'approche (Alderson, 2001). Elles disaient, en effet, déplorer que depuis l'implantation de l'approche « milieu de vie », l'infirmière-chef présentait une forte tendance à donner préséance aux demandes des familles — demandes parfois non fondées — et ce au détriment de leur jugement professionnel propre (Alderson, 2001). Semblable attitude avait, selon elles, pour effets de réduire d'une part leur pouvoir envers les familles et de court-circuiter d'autre part, la démarche de relation d'aide entreprise avec elles. Sous l'influence de l'approche « milieu de vie », les familles se percevaient en droit, aux dires des participantes, de donner des directives aux infirmières, de s'ingérer dans le processus de soins et d'avoir d'importantes exigences. Les infirmières considéraient que si les familles en arrivaient à réglementer leur travail, elles n'entretenaient plus avec celles-ci une relation de collaboration mais bien une relation de subordination, laquelle leur semblait peu propice à la relation d'aide et d'accompagnement souhaitée par l'institution :

> C'est comme si on avait, en quelque sorte, les familles pour boss. J'ai l'impression de devoir faire ce que les familles veulent, comme elles le veulent et quand elles le veulent. Ce que moi je considère comme infirmière ou les contraintes que moi j'ai en termes d'organisation n'ont aucune importance".
>
> Le concept de milieu de vie a ouvert trop grande la porte aux familles.

Selon les infirmières rencontrées, l'approche "milieu de vie" avait pour effet de gruger le peu de pouvoir qu'elles détenaient sur leur pratique :

> On n'a aucun pouvoir, ce sont les familles qui ont le pouvoir. C'est frustrant.

Cette perception les frustrait au point de les amener à énoncer que pour elles, les patients et leurs familles se trouvaient dans un milieu institutionnel et non dans un milieu de vie. Le terme de « patients » semblait d'ailleurs utilisé sciemment (au lieu de « résidents ») afin de soutenir leur affirmation :

> Ils ont beau vouloir dire que c'est un milieu de vie, ce n'en est pas un, les patients ne sont pas à la maison, ils sont dans une institution et il y a des règles à suivre.

Les résultats de l'étude d'Alderson (2001) révélèrent aussi comment les infirmières comprenaient ou interprétaient l'instauration de l'approche « milieu de vie » dans leur établissement. Ignorant vrai-

semblablement les orientations ministérielles sous-jacentes, les infirmières pensaient que l'implantation de l'approche « milieu de vie » faisait écho au désir de l'institution de bien paraître aux yeux du public et du monde tant scientifique que politique :

> Le concept de milieu de vie paraît bien de l'extérieur. Voilà encore une initiative de la part de la direction pour que l'établissement soit considéré et reconnu à l'extérieur. L'institution est très soucieuse de l'image qu'elle projette.

Ces données en lien avec la perception de l'implantation de l'approche milieu de vie par les infirmières expriment un mal-être qu'il convient d'investiguer davantage dans une perspective d'assurance de la pérennité de l'approche.

SICHELD

L'implantation dans la plupart des CHSLD [1], du projet SICHELD, c'est-à-dire le Système d'Information clientèle en Centre d'Hébergement Et de soins de Longue Durée émane du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'agit d'un outil informatique modulaire, évolutif et intégré, développé en vue d'offrir des fonctions d'aide aux intervenants et aux gestionnaires œuvrant dans les centres afin de les soutenir dans le déroulement des opérations et ainsi, leur permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins et services planifiés et dispensés à la clientèle (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec [2], 2002 ; Gouvernement du Québec, 1996). L'outil comprend trois modules : le module 1 est clinico-administratif (admission-départ-transfert) ; le module 2 trace le profil biopsychosocial du patient selon un modèle conceptuel en soins infirmiers (Virginia Henderson, Dorothea Orem ou autre) et conduit à l'établissement d'objectifs à atteindre au moyen d'interventions choisies. Le module 3 gère la planification (mais pas la réalisation) des soins et des interventions cliniques requis par chaque patient. Les concepteurs du système indiquent que ce support informatique vise entre autres à augmenter l'autonomie professionnelle du personnel infirmier, à faciliter la planification des soins et services et la prise de décisions cliniques, et à faciliter l'appréciation de la qualité des soins et des services (Gouvernement du Québec, 1996). Nous observons donc le souci des concepteurs d'accroître l'autonomie des infirmières. Il s'agit là d'un fait qui va dans le sens des requêtes énoncées par les infirmières ayant participé à l'étude d'Alderson (2001). En termes de bénéfices, il apparaît que le système permet une utilisation plus efficiente des ressources en dégageant certaines heures administratives pour les réallouer aux services directs à la clientèle (Gouvernement du Québec, 1996).

Il convient de vérifier auprès des infirmières, si le SICHELD les satisfait véritablement en termes de soutien à la pratique clinique. La démarche d'évaluation que nous proposons est d'autant plus justifiée que le SICHELD n'a pas été développé par des professionnels des soins infirmiers (OIIQ, 2002). Beauchemin (2001) indique que parmi les causes d'échec des systèmes d'information informatiques implantés dans les établissements de soins, figure l'absence de prise en compte, lors du développement des systèmes, des besoins réels des principales utilisatrices, en l'occurrence les infirmières.

Des lacunes semblent déjà avoir été identifiées au niveau du SICHELD ; il apparaît en effet impossible pour l'infirmière de générer une note de synthèse de l'état du patient par quart de travail (OIIQ, 2002). La pratique infirmière serait également difficilement observable autant en quantité qu'en qualité ; les données relatives aux activités infirmières ne peuvent être ni répertoriées, ni traitées. L'impact le plus important concernerait l'augmentation de la charge de travail des utilisateurs liée à l'entrée des données (OIIQ, 2002).

Ces diverses observations demandent cependant à être davantage documentées d'autant plus que les informations relatées par l'OIIQ émanent non pas de dires d'infirmières mais de responsables de l'informatique, lesquels étaient, dans 17 % des cas, des infirmières.

Il importe donc vraiment de mieux comprendre comment les infirmières perçoivent le SICHELD dans le cadre de leur travail : est-il aidant ou non et pourquoi ? Constitue-t-il ou non un soutien à la pratique clinique et pourquoi ? Est-il source ou non de sens au travail ? Comment a été vécue l'implantation ? L'état du déploiement de SICHELD est déjà bien avancé : 171 CHSLD sur 212 l'ont présentement intégré (du moins partiellement) ; on évalue à 9 616 personnes le nombre d'utilisateurs de SICHELD ; un incitatif financier a contribué à son implantation massive (Société de gestion informatique, 2003).

L'étude entreprise à l'automne 2004 par Alderson et al. et menée avec l'appui financier de l'Institut des services et des politiques de la santé (regroupé sous les Instituts de Recherche en Santé du Canada) investiguera donc les effets sur le sens du travail et la santé des infirmières de l'implantation des trois nouvelles modalités organisationnelles présentées, soit le remplacement du système des soins intégraux par le système modulaire, l'intégration du concept de milieu de vie et l'implantation du système d'information appelé « SICHELD ». Elle cherchera à mieux comprendre comment les infirmières « vivent » la nouvelle organisation et perçoivent leur niveau de santé (mentale) sous cette réorganisation.

L'étude projetée rejoint d'une part, les objectifs de promotion de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé, visant l'harmonisation des conditions de travail des individus de manière à les rendre plus favorables à leur santé mentale (Gouvernement du Québec, 1990). D'autre part, elle va dans le même sens que la requête adressée par le Bureau International du Travail (1993) à tous les intervenants en santé, devant l'urgence de recherches et d'actions que posent les rapports sociaux de travail en regard de la santé mentale des travailleurs. Ce Bureau souligne que l'accroissement des problèmes d'équilibre psychologique reliés au travail, est devenu l'un des graves problèmes de santé de notre temps. Carpentier-Roy (1995) lance également un appel aux divers intervenants dans le champ du travail, ainsi qu'aux chercheurs, afin de réfléchir sur l'impact qu'ont sur la santé mentale certains éléments inhérents aux réorganisations du travail qui ont cours présentement, et ce afin que puisse émerger à partir de leurs compétences et champs disciplinaires respectifs une compréhension plus complète de l'action des facteurs à l'oeuvre sur les lieux du travail. Carpentier-Roy considère que c'est seulement au prix de ces efforts conjugués qu'il est possible d'espérer une réflexion féconde en regard des conséquences des actuels rapports sociaux de travail.

Étant donné que lesdites modalités de réorganisation évoquées ci-dessous s'observent dans divers CHSLD de la province du Québec, les données probantes produites par la réalisation d'une étude évaluative sauront intéresser et guider les gestionnaires de ces établissements (et d'autres) dans leur prise de décisions visant l'amélioration continue de l'organisation de la pratique infirmière.

Les résultats produits intéresseront vraisemblablement aussi les décideurs, planificateurs et chercheurs qui désirent contribuer au développement d'une pratique infirmière plus riche de sens et participant davantage à la satisfaction et la santé mentale du personnel infirmier. Une plus grande efficience du système de santé ne pourra qu'en résulter.

Note

1. CHSLD = Centres d'Hébergement et de Soins de Longue Durée.

Références

AIKEN, L. H., CLARKE, S.P., SLOANE, D. M., SOCHALSKI, A. J., SIBER, J. H., 2002, Hospital Nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288, 16, 1987-1993.

AIKEN, L. H., CLARKE, S.P., SLOANE, D. M., SOCHALSKI, A.J., BUSSE, R., CLARKE, H., 2001, Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries, *Health Affairs*, 20, 3, 43-53.

AIKEN, L. H., CLARKE, S. P., SLOANE, D. M., 2000, Hospital restructuring : does it adversely affect care and outcomes ? *Journal of Nursing Administration*, 30, 10, 457-465.

ALDERSON, M., 2001, *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unité de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance*, thèse de doctorat, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

BEAUCHEMIN, R., 2001, Priorisation et gestion des projets en technologie de l'information, allocution prononcée lors du Colloque du ministère de la santé et des Services sociaux, *Cap sur l'action*, Les ressources informationnelles au service du réseau intégré de services, Sainte-Foy, 12-13 juin.

BLYTHE, J., BAUMANN, A., O'BRIEN-PALLAS, L., BUTT, M., 2002, La qualité de vie au travail et le travail infirmier, in Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., Mayrand-Leclerc, M., éds., *Optimisez votre environnement de travail en soins infirmiers*, Cap-Rouge, Presses interuniversitaires, 23-35.

BOSMA, H., STANSFELD, A. S., MARMOT, M., 1998, Job control, personal characteristics, and heart disease, *Journal of Occupational Health Psychology*, 3, 4, 402-409.

BOSMA, H., MARMOT, M., HEMINGWAY, H., NICHOLSON, C. A., BRUNNER, E., STANSFELD, A. S., 1997, Low job control and risk of coronary heart disease in whitehall II (prospective cohort) study, *British Medical Journal*, 314, 7080, 558-565.

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL, 1993, *Rapport annue*l.

CARPENTIER-ROY, M.-C., 1995, Anomie sociale et recrudescence des problèmes de santé mentale au travail, *Santé mentale au Québec*, XX, 2, 119-138.

CUMMINGS, G. G., ESTABROOKS, C. A., 2003, The effects of hospital restructuring that included layoffs on individual nurses who remained employed : a systematic review of impact, *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23, 8-9, 8-52.

DAVIDSON, H., FOLCARELLI, P. H., CRAWFORD, S., DUPRAT, L. J., CLIFFORD, J. C., 1997, The effects of health care reforms on job satisfaction and voluntary turnover among hospital-based nurses, *Medical Care*, 35, 634-645.

DUQUETTE, A., DUCHARME, F., PEPIN, J., KÉROUAC, S., 1992, *Attraction et maintien du personnel en soins infirmiers : une recension des écrits*, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1990, *Une réforme axée sur le citoyen*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Gouvernement du Québec, 1996, *Les systèmes d'information du domaine socio-sanitaire, SICHELD : Système d'Information clientèle en Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée*, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 2000, *Enquête sociale et de santé 1998*, Cahier technique et méthodologique, Volume 1, Documentation générale. Institut de la statistique du Québec.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL, 1998, *Un milieu de vie pour les aînés*, IUGM, Comité milieu de vie.

IRVINE, D. M., EVANS, M. G., 1995, Job satisfaction and turnover among nurses : integrating research findings across studies, *Nursing Research*, 44, 246-253.

KÉROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., MAJOR, F., 2003, *La pensée infirmière*, 2e éd., Laval, Québec, Beauchemin.

KÉROUAC, S., DUQUETTE, A., SANDHU, B. K., 1992, *Système pour dispenser des soins infirmiers : une étude de cas du système modulaire*, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

KUPER, H., MARMOT, M., 2003, Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the whitehall II study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 2, 147-153.

LEVEK, M. L., JONES, C. B., 1996, The nursing practice environment, staff retention, and quality of care, *Research in Nursing and Health*, 19, 331-343.

MCGILLIS HALL, L., 1997a, A *Critical Review and Analysis of the Litterature on Staff Mix Models*, Toronto, College of nurses of Ontario.

MCGILLIS HALL, L., 1997b, Staff mix models : complementary or substitution role for nurses, *Nursing Administration Quarterly*, 21, 2, 31-39.

MCGILLIS HALL, L., IRVINE, D., BAKER, G. R., PINK G., SIDANI, S., O'BRIEN PALLAS, L., 2001, *Study of the Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change Strategies on Patient, System & Nurse Outcomes*, Toronto, Faculty of nursing, University of Toronto and Canadian Health Services Research Foundation.

NORRISH, B. R., 1999, *The Impact of Hospital Restructuring on the Work of Registered Nurses*, Unpublished doctoral dissertation, University of California, Berkeley.

NORRISH, B. R., RUNDALL, T. G., 2001, Hospital restructuring and the work of registered nurses, *The Milbank Quarterly*, 79, 1, 55-79.

NORTH, F. M., SYME, S. L., FEENEY, A., SHIPLEY, M., MARMOT, M., 1996, Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants : the whitehall II study, *American Journal of Public Health*, 86, 3, 301-303.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU QUÉBEC, 2002, *Inventaire des systèmes d'information dans le réseau de la santé et leur utilisation dans le cadre de la pratique infirmière*, Montréal, OIIQ.

SANDHU, K. B., 1990, *A Descriptive Case Study of a Nursing Assignment Pattern in a Hospital Inpatient Care Unit*, Unpublished document, Université de Montréal, Montréal.

SOCHALSKI J., ESTABROOKS, C. A., HUMPHREY, C. K., 1999, Nurse staffing and patient outcomes : evolution of an international study, *Canadian Journal of Nursing Research*, 31, 3, 69-88.

SOCIÉTÉ DE GESTION INFORMATIQUE, 2003, *État d'avancement du déploiement et utilisation du système SICHELD*, Québec, SOGIQUE.

THIBAULT, C., DESROSIERS, G., 1990, *L'organisation des soins infirmiers : évolution et perspectives*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec.

VAHEY, D. C., AIKEN, L. H., SLOANE, D. M., CLARKE, S. P., VARGAS, D., 2004, Nurse burnout and patient satisfaction, *Medical Care*, 42, 2, suppl. II-57-II-66.