

HEC MONTRÉAL

Les TI et ses effets sur la pratique infirmière : une étude de cas

par

Alejandra Duarte

Sciences de la gestion
(Technologies de l'information)

Mémoire présenté en vue de l'obtention
du grade de maîtrise ès science
(M.Sc.)

Juillet 2014

© Alejandra Duarte, 2014

Retrait d'une ou des pages pouvant contenir des renseignements personnels

Résumé

La présente recherche vise à documenter le processus de transformation qui est actuellement en cours au Centre de santé et services sociaux Jardins-Roussillon (CSSS J-R). Plus précisément, nous avons cherché à comprendre quelles sont les influences qui découlent de l'intégration des technologies de l'information et de la communication (TIC) sur la pratique infirmière et, ultimement, sur la rétention du personnel infirmier.

Cette recherche s'inscrit dans un contexte où les organisations de santé sont confrontées à des pressions énormes. Les contraintes économiques, démographiques, technologiques et humaines représentent quelques-uns des facteurs influençant la qualité et la continuité des soins de santé. En effet, les établissements de la santé publics doivent faire face à la pénurie de la main-d'œuvre dans un contexte d'accroissement des besoins de la population. Parmi les solutions privilégiées pour répondre aux besoins en lien avec le vieillissement de la population, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) investit massivement dans le développement des services de soutien à domicile (SAD) comme modèle privilégié de soins à la population. En parallèle, le recours à la télésanté fait également partie des priorités ministérielles pour contribuer à la réorganisation du système de santé.

Le projet de transformation entrepris au CSSS J-R qui fait l'objet du présent mémoire est en lien avec ces orientations. En 2009, la Direction générale du CSSS a identifié le secteur du SAD comme ayant un potentiel d'optimisation important. En effet, l'analyse préliminaire avait démontré que près de 50 % du temps infirmier était consacré à des activités de nature cléricale plutôt qu'aux soins directs à la clientèle.

Pour atteindre nos objectifs de recherche, nous avons réalisé une étude de cas exploratoire. Sur le plan méthodologique, nous avons analysé plusieurs documents corporatifs et avons recueilli les propos de quinze participants lors d'entrevues semi-

structurés. La triangulation des données nous a permis notamment de reconstruire la chronologie des principaux évènements en lien avec ce projet.

L'analyse des résultats a permis de dégager un certain nombre de conclusions. Tout d'abord, l'introduction des TIC en général constitue un défi pour les gestionnaires des établissements de santé. En effet, l'intégration de nouveaux outils de travail sous-tend une transformation des façons de faire importante chez les infirmières, qui rompent indéniablement avec les habitudes de travail profondément ancrées. Par le fait même, l'utilisation des TIC modifie les caractéristiques du poste, l'environnement de travail, les relations de travail ainsi que les conditions de travail. Ces changements sont les précurseurs au développement de nouvelles attitudes qui sont intimement liées à l'intention de rester ou de quitter une organisation.

Deuxièmement, basé sur une revue de littérature exhaustive, nous avons retenu deux construits importants qui agissent comme antécédents à la rétention de la main-d'œuvre infirmière, soit : la satisfaction au travail et l'image de soi professionnelle. En effet, plusieurs auteurs soulèvent la satisfaction au travail comme condition préalable à la rétention du personnel (Coomber et al., 2007; Price et Mueller, 1981; Gagnon et al., 2012). L'image de soi professionnelle réfère quant à elle à la perception que le personnel infirmier a de lui-même dans son environnement de travail (Cowin et Hengstberger-Sims, 2006; Cowin, Johnson, Craven, & Marsh, 2008; Cowin, 2001; Siebens et al., 2006). Une image de soi professionnelle positive agit sur la motivation au même titre que les valeurs intrinsèques, par le fait même influençant l'intention de quitter, jusqu'à aboutir au maintien en poste.

Troisièmement, nous avons observé que l'organisation qui s'engage dans une démarche de transformation doit s'assurer de maintenir un certain niveau de cohérence entre les diverses composantes de la dite transformation, notamment la structure, les processus, les rôles et compétences ainsi que les technologies. Au CSSS J-R, la Direction générale a réussi ce défi en misant sur une gestion de projet axée sur la

participation et l'implication du personnel, en plus d'avoir réalisé la réorganisation du travail avant l'implantation des TIC.

Enfin, sur le plan conceptuel, les résultats de ce mémoire ont permis de valider, en majeure partie, le cadre conceptuel extrait de la revue de littérature présentée au chapitre 2. Dans le cas du CSSS J-R, les attitudes résultant de l'utilisation des TIC sont toutes positives (image de soi professionnelle positive et satisfaction au travail), ce qui permet de concevoir qu'à moyen et long terme cela réduit l'intention de quitter des infirmières, jusqu'à aboutir au maintien au poste des infirmières. Notre cadre conceptuel final permet en plus de constater que les TIC à elles seules ne modifient pas la pratique infirmière. En effet, la réorganisation du travail et les pratiques de gestion mises en place tout au long du projet ont été des catalyseurs important du changement.

En terminant, certaines limites méthodologiques et avenues de recherches peuvent être soulevées. D'abord, l'utilisation d'un seul cas rend les résultats obtenus non généralisables. La compréhension du contexte et de l'exhaustivité de la démarche de transformation est donc très importante afin de situer chacun des éléments observés. Ensuite, il serait intéressant d'enrichir les observations faites dans la présente étude avec des données quantitatives pour mesurer la force de chacun des liens du cadre conceptuel final. Il serait aussi intéressant de continuer à documenter la suite du projet en cours au CSSS J-R dans l'optique de « mesurer » l'effet réel de la transformation sur la rétention du personnel infirmier. Enfin, il serait pertinent de réaliser une analyse comparative avec d'autres établissements de santé comparables qui souhaitent intégrer les TIC au sein de leur secteur SAD. Une telle démarche empirique permettrait notamment de comparer les trajectoires empruntées, les méthodes utilisées et les résultats atteints au sein de chaque établissement dans une optique de tirer un certain nombre d'apprentissages.

Mots-clés : rétention, télésanté, soins infirmiers, étude de cas.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES	VIII
REMERCIEMENTS	IX
NOTE AU LECTEUR	X
CHAPITRE 1 - INTRODUCTION	1
1.1 MISE EN CONTEXTE	1
1.2 OBJECTIFS DU MÉMOIRE	6
1.3 RETOMBÉES ATTENDUES	7
1.4 STRUCTURE DU MÉMOIRE	8
CHAPITRE 2 - REVUE DE LITTÉRATURE	9
2.1 LA NOTION DE LA RÉTENTION DU PERSONNEL	10
2.2. LA NOTION DE LA TÉLÉSANTÉ	29
2.3. LE CADRE CONCEPTUEL	41
CHAPITRE 3 - MÉTHODOLOGIE	44
3.1. OBJECTIFS ASSOCIÉS AU CHAPITRE	44
3.2. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE	44
3.3. DEVIS DE RECHERCHE	45
CHAPITRE 4 - RESULTATS ET DISCUSSION	55
4.1. CONTEXTE ORGANISATIONNEL	56
4.2. L'ARRIVÉE DES TIC AU SEIN DE L'UNITÉ DU SAD	63
4.3. ÉLÉMENTS LIÉS À LA PRATIQUE INFIRMIÈRE ET LA RÉTENTION DU PERSONNEL	93
CHAPITRE 5 - CONCLUSION	120
5.1 RAPPEL DES OBJECTIFS ET DES PRINCIPAUX RÉSULTATS	120
5.2 CONTRIBUTIONS	124
5.3 LIMITES ET AVENUES DE RECHERCHES FUTURES	126
ANNEXES	128

ANNEXE 1 – GUIDE D’ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE - GESTIONNAIRE	129
ANNEXE 2 - GUIDE D’ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE - INFIRMIÈRES	131
ANNEXE 3 - GUIDE D’ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE RÉVISÉ - INFIRMIÈRES	133
ANNEXE 4 - GUIDE D’ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE - URGENCES	135
ANNEXE 5 - GUIDE D’ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE – GESTIONNAIRE DE PROJET	137
ANNEXE 6 - SCHÈME DE CODIFICATION	139
ANNEXE 7 - STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU CSSS JARDINS-ROUSSILLON	140
ANNEXE 8 - MODÈLE D’ORGANISATION DES PROGRAMMES	141
ANNEXE 9 - ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET LOIS QUI ENCADRENT LES SAD	142
ANNEXE 10 - STRUCTURE DU PROJET	143
ANNEXE 11 - RÉSUMÉ DES ACTIVITÉS QUOTIDIENNES RÉALISÉES PAR LES INFIRMIÈRES CLINICIENNES	144
ANNEXE 12 - LES 14 ACTIVITÉS RÉSERVÉES AUX INFIRMIÈRES SELON LA LOI 90	147
ANNEXE 13 – RÉCAPITULATION DES DIFFÉRENTS TYPES D’INFIRMIÈRES	148
BIBLIOGRAPHIE	I

Liste des tableaux

<i>Tableau 1 Définitions des différents types de roulement</i>	11
<i>Tableau 2 Éléments qui permettent de prédire le roulement du personnel</i>	17
<i>Tableau 3 Récapitulatif des facteurs influençant la rétention du personnel infirmier⁷</i>	21
<i>Tableau 4 Technologies de l'information et de communication (TIC) et les termes fréquemment employés en télésanté</i>	31
<i>Tableau 5 Éléments de définition trouvés dans la littérature</i>	32
<i>Tableau 6 TIC et les applications potentielles dans la pratique infirmière</i>	34
<i>Tableau 7 Profil des participants</i>	50
<i>Tableau 8 Liste des documents consultés</i>	51
<i>Tableau 9 Estimation des besoins en soutien à domicile pour la clientèle PALV de la Montérégie en 2021-2022</i>	60
<i>Tableau 10 Orientations stratégique du CSSS Jardins-Roussillon</i>	64
<i>Tableau 11 Problèmes répertoriés en soins infirmiers par la DSIQ</i>	65
<i>Tableau 12 Accessibilité des services (2007-2008)</i>	67
<i>Tableau 13 Répartition des interventions par catégorie de l'intervenant (2007-2008)</i>	67
<i>Tableau 14 Chronologie des étapes</i>	68
<i>Tableau 15 Problématiques liées au modèle de fonctionnement initial du SAD</i>	77
<i>Tableau 16 Résultats de l'audit de qualité</i>	87
<i>Tableau 17 Éléments de la réorganisation du travail ayant contribué à l'atteinte des objectifs visés</i>	90
<i>Tableau 18 Récapitulatif des effets sur la pratique infirmière</i>	106

Liste des figures

<i>Figure 1 Théorie de l'action raisonnée.....</i>	<i>12</i>
<i>Figure 2 Résumé du processus décisionnel d'un employé.....</i>	<i>13</i>
<i>Figure 3 Cadre conceptuel de Gagnon et al (2012).....</i>	<i>36</i>
<i>Figure 4 Cadre conceptuel.....</i>	<i>43</i>
<i>Figure 5 Nb d'interventions réalisées au CSSS J-R par tranche de 7 heures travaillées.....</i>	<i>67</i>
<i>Figure 6 Structure des soins infirmiers au soutien à domicile du CLSC Kateri.....</i>	<i>74</i>
<i>Figure 7 Structure des soins infirmiers au SAD du CLSC Châteauguay²².....</i>	<i>75</i>
<i>Figure 8 Structure des soins infirmiers au SAD du CLSC Jardin-du-Québec.....</i>	<i>76</i>
<i>Figure 9 Nouvelle structure des soins infirmiers au SAD du CLSC Kateri.....</i>	<i>82</i>
<i>Figure 10 Nouvelle structure des soins infirmiers au SAD du CLSC Châteauguay.....</i>	<i>82</i>
<i>Figure 11 Nouvelle structure des soins infirmiers au SAD du CLSC Jardin-du-Québec.....</i>	<i>82</i>
<i>Figure 12 Mise à jour du cadre conceptuel.....</i>	<i>116</i>

Liste des abréviations utilisées

Abréviations	Terme original
TIC	Technologies de l'information et de la communication
SAD	Soutien à domicile
DCI	Dossier clinique informatisé
J-R	Jardins-Roussillon
IA	Infirmière auxiliaire
AFS	Auxiliaire familiale et sociale
MOI	Main-d'œuvre indépendante
AQESS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de la santé et des services sociaux
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
FIQ	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
FCSII	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PTI	Plan thérapeutique infirmier
ICASI	Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat

Remerciements

Tout d'abord, mes premiers remerciements vont à M. Guy Paré, mon directeur de mémoire. Merci d'avoir cru en mon potentiel dès le début de cette aventure. Merci également de m'avoir offert un terrain de recherche aussi intéressant à analyser et d'avoir nourri ma curiosité pour le domaine de la santé tout au long de mon travail de rédaction. Je profite également pour exprimer ma gratitude à tous les professeurs du service d'enseignement des Technologies de l'information. Vos enseignements et vos propos m'ont accompagnée tout au long de mon cheminement et me suivront à jamais.

J'aimerais particulièrement remercier mesdames Marie-Claude Trudel et Camille Grange pour agir comme examinatrice et pour vos précieux conseils qui ont permis d'enrichir ce mémoire.

Je remercie également tous mes collègues de maîtrise avec qui j'ai vécu de nombreux beaux moments. Grâce à chacun d'eux, je garde de beaux souvenirs de la M.Sc à HEC.

À ma chère amie Djénane, merci de m'avoir toujours encouragée vers la M. Sc., même lorsque je n'y croyais plus moi-même, c'était la meilleure décision à prendre. Merci aussi d'avoir eu le souci constant de prendre de mes nouvelles et de suivre toutes mes péripéties!

À Jimmy, je ne pourrais jamais te remercier assez pour ton support inconditionnel, tes encouragements et, surtout, tes relectures de dernière minute. Ces 18 mois de travail, de déception et de rebondissements n'auraient pas été aussi enrichissants sans tes précieux conseils.

Finalement, merci au CSSS Jardins-Roussillon de m'avoir ouvert leurs portes. Je suis aussi extrêmement reconnaissante envers toutes les personnes qui ont généreusement accepté de me rencontrer et de me laisser entrer dans leur univers.

Note au lecteur

Au sein de ce texte, le féminin utilisé pour désigner le personnel infirmier n'est employé que dans le but d'alléger le texte. Le terme est utilisé dans un objectif non discriminatoire.

Chapitre 1 – Introduction

1.1 Mise en contexte

Depuis de nombreuses années, le système de santé du Québec subit des pressions constantes. En plus des contraintes économiques, les établissements de santé doivent faire face à une pénurie de main-d'œuvre dans un contexte d'accroissement des besoins de la population.

La pénurie des effectifs en soins infirmiers a connu une augmentation menaçant la qualité des soins de santé offerts par les établissements publics. En effet, au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) estime que la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers grimpera à 10 000 infirmières en 2014 (Émond *et al.*, 2005). Ce nombre est 561 % plus élevé qu'en 2004 (Jean, 2005).

Dans les régions éloignées du Québec, les inégalités significatives dans la répartition de la main-d'œuvre ont conduit à une pénurie aiguë en soins infirmiers et ont accru les charges de travail (Gagnon *et al.*, 2011a). Dans ces régions, l'isolement professionnel et la pénurie de main-d'œuvre peuvent augmenter le niveau de stress des professionnels et influencer leur satisfaction au travail (Mbemba *et al.*, 2013).

Par ailleurs, selon Statistique Canada, le portrait national permet de constater un vieillissement démographique. Au 1er juillet 2012, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus représentait 14,8 % de la population canadienne. Au Québec, la population est légèrement plus âgée que dans le reste du Canada, c'est-à-dire que cette strate représente 16,2 % de la population de la province, soit 1,3 million de personnes (Statistique Canada, 2012). Selon les projections démographiques réalisées par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), le groupe des 65 ans et plus connaîtra une augmentation de plus de 80 %, passant à plus de 2,26 millions en 2031, ce qui signifie

que dans 20 ans, un Québécois sur quatre aura plus de 65 ans. Bien que le vieillissement démographique ne soit pas un phénomène particulier au Québec, le phénomène y est accéléré. À titre comparatif, il faut 30 ans au Québec pour voir doubler la proportion de personnes de 65 ans et plus dans l'ensemble de la population, alors qu'il en faudra 51 ans au Canada, 59 ans en France et 67 ans en Suède. Seul le Japon montre un portrait plus accéléré que le Québec, où il ne faut que 18 ans (Gouvernement du Québec, 2013).

Ce changement démographique constitue un défi financier pour la société québécoise, car, pour un bon nombre des personnes âgées, la perte graduelle d'autonomie oblige à faire appel au système de soins de santé. Cette augmentation a des incidences sur les soins dispensés.

Entre 2009 et 2010, le gouvernement québécois a investi 2,9 milliards de dollars afin de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de vieillir à domicile ou de vivre en hébergement lorsque nécessaire (Gouvernement du Québec, 2013). Les incidences sont plus importantes au niveau des soins à domicile puisqu'en 2009, le MSSS estimait à 88 % la proportion de personnes âgées qui choisit de demeurer à domicile. De plus, d'ici 2017, on estime que 58 850 personnes s'ajouteront à ce nombre. L'essor s'inscrit dans les orientations du gouvernement, qui privilégient l'offre des services adaptés aux besoins des aînés qui décident de rester chez eux. En effet, selon le Gouvernement du Québec, le maintien à domicile des aînés est plus économique que le recours aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). À cet égard, la ministre responsable des Aînés et la ministre déléguée aux Services sociaux ont déposé la politique « Vieillir chez soi » au printemps 2012, qui vise à offrir aux personnes âgées les meilleures conditions possible pour qu'elles puissent demeurer dans leur milieu de vie (Finances Québec, 2012). De plus, à l'été 2013, le gouvernement a adopté le virage des soins à domicile par la création de l'« Assurance autonomie », qui propose de revoir la façon d'organiser les services et de les financer afin de réduire les admissions dans les CHSLD en gardant les personnes chez elles (Gouvernement du Québec, 2013).

En somme, on constate que l'augmentation de la population vieillissante et la pénurie d'effectifs affectent la capacité des établissements de santé publics à répondre aux besoins de la population et de ses professionnels de la santé. En effet, la demande croissante pour des soins à domicile ne peut être comblée dans le contexte de pénurie actuel. De plus, le manque de main-d'œuvre, notamment en région, ne peut être comblé si l'environnement de travail est stressant et peu attrayant pour les professionnels.

À court terme, plusieurs établissements de santé font appel aux agences privées de placement de personnel et aux heures supplémentaires pour combler le manque de main-d'œuvre en soins infirmiers. Par contre, il s'agit de solutions non viables à long terme étant donné leur coût exorbitant. Par exemple, on estime qu'en 2012, le coût annuel des heures supplémentaires rémunérées était de 746,5 millions de dollars pour tout le personnel infirmier du secteur public des soins de santé, soit plus élevé que celui de 660,3 millions en 2010 (Informetrica, 2013). Cet accroissement des heures supplémentaires affecte négativement la qualité de vie au travail et peut même affecter le bien-être physique et psychologique du personnel infirmier (FCSII, 2009). De plus, lors de l'emploi du personnel venant des agences privées, certaines contraintes contractuelles peuvent obliger les établissements de santé à garantir au personnel de travailler un minimum de 10 quarts de travail en 10 jours même lorsque ce n'est pas requis (Lacoursière, 2011). Le gouvernement encourage donc les établissements de santé à diminuer l'utilisation des agences privées et des heures supplémentaires, car les incidences contribuent à créer un environnement de travail stressant et peu attrayant.

De par l'accroissement des besoins de la population, l'amélioration du maintien en poste et du recrutement du personnel infirmier constitue une préoccupation constante pour les décideurs des établissements de santé. D'ailleurs, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) a récemment déposé un mémoire démontrant la volonté de favoriser l'attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines pour composer avec le portrait actuel (FIQ, 2010).

Ce faisant, plusieurs pistes de solutions ont été recensées afin de faire face aux défis énumérés ci-dessus. Depuis plus d'une décennie, le Bureau de la politique des soins infirmiers au Canada élabore des politiques et des programmes de soins infirmiers afin de privilégier l'accès, la qualité et la viabilité des soins infirmiers en vue de pallier aux problèmes touchant la main-d'œuvre infirmière (Santé Canada, 2007). Grâce à cette sensibilisation, plusieurs progrès sont observables.

Santé Canada rapporte l'augmentation du nombre de places disponibles dans les écoles de sciences infirmières, en plus du développement de programmes permettant l'évolution des rôles des infirmières et infirmiers (Santé Canada, 2007). Au Québec, ces réformes résultent en une augmentation du nombre de permis délivrés. En effet, l'OIIQ vient de publier des statistiques montrant une hausse de 200 infirmières par rapport à l'année précédente. Au total, le nombre d'infirmières inscrit à l'OIIQ a atteint 72 365 en 2012-2013 (OIIQ, 2013).

Le Bureau de la politique des soins infirmiers introduit également d'autres stratégies centrées sur l'innovation et l'utilisation optimale des ressources afin d'assurer la viabilité du système de santé. Entre 2008 et 2011, ils ont conçu dix projets pilotes au Canada pour augmenter le maintien en poste et le recrutement d'infirmières dans l'ensemble du pays (Santé Canada, 2011). En bref, le projet *De la recherche à l'action* (DRAA) a permis l'élaboration de dix initiatives encourageant la participation du personnel infirmier à des activités de mentorat, de formation et de développement personnel, ainsi que des activités permettant le transfert de connaissances. Les résultats ont démontré l'augmentation de la satisfaction au travail, une diminution du taux de roulement, des heures supplémentaires et de l'absentéisme, en plus de permettre au personnel infirmier d'être plus préparé et plus susceptible de demeurer au travail (FCSII, 2011).

L'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) s'inscrit aussi dans une voie de solution pour les nombreux défis auxquels fait face le système

de santé québécois. D'ailleurs, depuis quelques années, la télésanté fait partie des priorités ministérielles pour contribuer à la réorganisation du système de santé québécois (OIIQ, 2002). En effet, des études récentes démontrent que l'utilisation de la technologie permet d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé tout en rendant le système plus efficace et plus rentable (ex. : Paré, Jaana et Sicotte, 2007; Beeuwkes Buntin, Burke, Hoaglin et Blumenthal, 2011; Paré, Poba-Nzaou et Sicotte, 2013).

Selon While & Dewsbury (2011), la présence grandissante des TIC dans le système de santé change les relations entre le personnel infirmier et les patients, évoluant des méthodes traditionnelles aux méthodes à distance, par exemple : l'évaluation, les diagnostics, le transfert des données cliniques et la télésurveillance de la condition des patients. Cette évolution permet d'augmenter le nombre de patients vus par un infirmier dans un quart de travail, en plus d'augmenter le nombre de visites à domicile par patient (Paré, Sicotte, Moreault, Poba-Nzaou, Nahas et Templier, 2001). Beeuwkes Buntin *et al.* (2011) ont de plus démontré, à travers leur revue systématique de la littérature effectuée entre 2004 et 2007, plusieurs effets positifs résultant de l'implantation des TIC dans le secteur de la santé, notamment l'amélioration de l'accessibilité aux soins, la continuité des soins, l'amélioration des processus de livraison des soins ainsi que l'assistance pour assurer la sécurité des patients.

Outre les bénéfices pour les patients, l'utilisation des TIC dans le système des soins de santé permet de rendre le savoir médical accessible à tous les professionnels de la santé (Santé Canada, 2000). D'ailleurs, Gagnon *et al.* (2011b) soulèvent le changement des relations entre les professionnels grâce aux technologies promouvant le soutien clinique interdisciplinaire, ainsi que le transfert et la mise à jour des connaissances. De cette manière, les TIC sont perçues comme pouvant favoriser une meilleure équité entre les régions, accroître les connaissances et les compétences par la formation à distance et diminuer le sentiment d'isolement (Fortin *et al.*, 2006).

En 2006, en s'appuyant sur une étude auprès de médecins travaillant en régions éloignées, Fortin *et al.* (2006) ont dégagé trois grandes catégories de facteurs, influençant le recrutement et la rétention, où les TIC pourraient avoir des effets : organisationnels (en favorisant la création d'un environnement de travail stimulant), professionnels (en améliorant l'accessibilité au soutien des collègues des grands centres et en diminuant l'isolement professionnel) et éducationnels (par l'augmentation de l'accès à la formation continue). Toutefois, la technologie ne constituerait pas l'unique solution, mais se révélerait un complément à d'autres stratégies (Fortin *et al.*, 2006). Cette étude permet de mettre en évidence l'encadrement des effets des TIC sur le recrutement et la rétention des effectifs en santé et encourage l'approfondissement des effets des TIC afin de capitaliser sur ces innovations pour le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre en santé (Fortin *et al.*, 2006).

Ce constat conduit à une série de nouvelles études visant à mieux comprendre l'influence des TIC sur le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre infirmière dans les régions éloignées et périphériques (ex. : Gagnon *et al.*, 2011a; Gagnon *et al.*, 2012; Trépanier *et al.*, 2013; Mbemba *et al.*, 2013).

Ainsi, la présente étude s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche plus large intitulé « La télésanté pour soutenir les modes de pratiques : impact sur les infirmières en régions périphériques »; un projet financé par les Instituts de recherche en santé du Canada. Notre étude s'ajoute aux recherches permettant de tracer un portrait du rôle des TIC dans le recrutement et le maintien en poste des infirmières (ex. : Gagnon *et al.*, 2012) et des facteurs associés à la motivation de s'installer dans les régions périphériques (ex. : Trépanier *et al.*, 2013).

1.2 Objectifs du mémoire

L'objectif premier de ce mémoire est d'étudier l'influence des TIC sur le maintien en poste des infirmières au Québec. On s'efforcera donc à explorer les deux questions suivantes : 1) comprendre dans quelle mesure et de quelle façon les TIC influencent la

pratique infirmière et 2) comprendre comment contribuent-elles aussi au maintien en poste de la main-d'œuvre infirmière.

Afin d'étudier ces influences, une étude de cas en profondeur sera réalisée. D'abord, un Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec, situé en périphérie d'un grand centre urbain, a été identifié comme étant soucieux de l'amélioration de ses stratégies de rétention de la main d'œuvre infirmière. De plus, le CSSS est indiqué pertinent pour cette étude puisqu'il est reconnu comme leader au Québec pour son recours au TIC en lien avec l'amélioration des pratiques en soins infirmiers.

Plus précisément, l'étude de cas sera réalisée au CSSS Jardins-Roussillon, situé dans le secteur sud-ouest de la Montérégie. Il couvre 25 municipalités et territoires autochtones, soit 209 000 personnes, et bénéficie d'installations modernes, à l'avant-garde des technologies médicales et des TIC¹. D'ailleurs, en 2000, ce CSSS était le premier à mettre en place un système de télésurveillance à domicile (Paré, Sicotte et Poba-Nzaou, 2012). Plus récemment, le CSSS a investi dans un projet de réorganisation du travail et de déploiement d'un progiciel visant à optimiser les activités des infirmières travaillant au soutien à domicile. Cet important projet de transformation à l'aide des TIC fera l'objet du présent mémoire.

1.3 Retombées attendues

1.3.1 Retombées pour la recherche

Très peu de travaux empiriques ont été publiés sur le développement d'initiatives de rétention de la main-d'œuvre soutenues par les TIC. Ce mémoire contribue donc à l'avancement des connaissances en illustrant l'avis du personnel infirmier quant aux impacts perçus des TIC sur la pratique professionnelle, et, ultimement, sur la rétention du personnel infirmier. While et Drewsbury (2011) soulignent la nécessité d'études plus poussées concernant l'impact des TIC sur la pratique des soins infirmiers et la

¹ Tiré du site web <http://www.santemonteregie.qc.ca/jardins-roussillon/index.fr.html>, consulté le 10 février, 2013.

qualité de vie au travail. En effet, le manque de recherche explorant l'impact des TIC sur la pratique infirmière et la vie professionnelle des infirmières nécessitent une attention urgente si l'on veut guider le développement continu de cette même pratique (While et Drewsbury, 2011). Il est donc crucial de documenter des cas ayant vécu l'introduction des TIC dans leur quotidien. La présente étude vise à permettre une meilleure compréhension des perceptions du personnel infirmier résultant de l'utilisation des TIC.

1.3.2 Retombées pour la pratique

En permettant une meilleure compréhension des perceptions de la main-d'œuvre infirmière, cette étude saura inspirer les organisations en offrant une réponse à la nécessité d'intégrer les TIC pour soutenir la pratique infirmière dans les régions périphériques du Québec. Notamment, nous documentons les méthodes de gestion en plus des expériences vécues par les personnes interrogées. L'étude des perceptions du personnel infirmier pourra également inspirer le développement de pratiques requises pour implanter ou perfectionner des outils de travail qui supportent la pratique infirmière et qui renforcent les cadres de compétences.

1.4 Structure du mémoire

Le mémoire est structuré comme suit. D'abord le prochain chapitre présente une synthèse des écrits. Il permet d'illustrer l'état des connaissances relié aux facteurs qui influencent le maintien en poste du personnel infirmier, puis le rôle des TIC. Il permet également de présenter la technologie concernée par ce mémoire, soit la télésanté, et conclut avec la présentation du cadre conceptuel. Le chapitre 3 présente la méthodologie employée pour réaliser l'étude ainsi que les éléments qui ont justifié notre choix. Le chapitre 4 présente les résultats de l'étude et les analyses en lien avec l'effet des TIC sur la pratique infirmière et le maintien en poste du personnel infirmier. Finalement, le chapitre 5 permet de conclure ce mémoire en résumant les résultats obtenus, en exposant ses contributions potentielles, ses limites, ainsi que les avenues de recherches futures.

Chapitre 2 – Revue de littérature

Ce chapitre est divisé en deux grandes parties. D’abord, l’objectif est de présenter les éléments clés qui permettent de mieux comprendre la notion de la rétention (section 2.1). Ensuite, la deuxième partie du chapitre vise à recenser les différents éléments qui permettent de montrer l’influence que peuvent avoir les TIC dans le contexte de rétention (section 2.2).

Afin de réaliser ces objectifs, la première partie du chapitre s’articule de la manière suivante : 1) d’abord, nous introduisons la notion de rétention en illustrant la principale raison d’être de ces stratégies, 2) nous détaillons les principaux éléments qui ont une influence dans l’élaboration des stratégies de rétention et 3) nous recensons les éléments qui sont particuliers à la pratique infirmière. Puis, la deuxième partie du chapitre se divise de la manière suivante : 1) nous présentons d’abord l’artéfact TI qui fait l’objet de ce mémoire en le situant parmi les différents types de télésanté, 2) ensuite nous démontrons comment la télésanté est utilisée dans le domaine des soins infirmiers et 3) nous soulevons de la littérature les effets de la télésanté sur la pratique infirmière et la rétention de sa main-d’œuvre.

Enfin, le chapitre conclut (section 4.3) en synthétisant les éléments retenus de la littérature. Ces éléments sont mis en relation dans le cadre conceptuel sous-jacent à la présente étude.

Plusieurs sources de données ont été consultées afin de recenser les articles pertinents aux objectifs de ce mémoire. D’abord, la recherche d’articles scientifiques a été réalisée à l’aide des bases de données électroniques telles que *MEDLINE (interface PubMed)*, *Proquest*, *ScienceDirect*, *Web of Knowledge* et *ABI/Inform Complete*. Les moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar* ont également permis de retrouver d’autres articles potentiels. Ensuite, la quête de livres a été effectuée grâce à la base de

données *HECTOR* de HEC Montréal. Enfin, l'étude de la section des références d'articles clés, « *backward search* » (Levy et Ellis, 2006), a permis de favoriser l'identification de nouveaux articles scientifiques.

Plusieurs mots-clés ont guidé cette recherche d'information, dont « *retention* », « *telehealth* », « *telenursing* », « *telemedecine* », « *nurses* », « *nursing* ». Cependant, dans la littérature sur la télésanté, nous retrouvons peu d'articles scientifiques traitant spécifiquement des infirmières. Nous avons donc élargi la recherche afin d'inclure l'étude des thèmes généraux, tel que « professionnels de santé ». Par contre, il est à noter que nous n'avons pas retenu la littérature traitant isolément les médecins.

2.1 La notion de la rétention du personnel

2.1.1 Raison d'être des stratégies de rétention du personnel

Le départ des employés est très coûteux pour les organisations, en argent et en temps. Les coûts totaux associés au roulement d'un employé peuvent varier de 90 % à 200 % du salaire annuel (Cascio, 2006; Mitchell, Holtom, & Lee, 2001). En plus des coûts directs évidents liés au roulement du personnel (ex. : le paiement des congés payés cumulés et des frais liés à l'embauche d'un remplacement), il y a également un large éventail d'autres coûts indirects associés au roulement (Allen, Bryant et Vardaman, 2010). Notamment, on retrouve dans la littérature les coûts de séparations (ex. : coûts liés au temps du personnel RH, le salaire des employés temporaires, contagion des autres employés qui pourraient décider de quitter) ainsi que les coûts de remplacement (ex. : frais reliés au processus de recrutement, sélection, orientation et formation des nouveaux employés) (Fitz-enz, 2002; Heneman et Judge, 2006).

Parmi les coûts indirects, on peut également comptabiliser l'impact de la perte d'un employé clé sur la réussite de l'organisation et au niveau de performance de celle-ci (Allen *et al.*, 2010). De façon générale, les gestionnaires savent que le roulement peut être perturbateur ou nuisible à la performance de l'entreprise (Holtom *et al.*, 2008). Ainsi, plusieurs chercheurs se penchent sur les différentes stratégies de rétention du

personnel et leur efficacité (ex. : Hom et Griffeth, 1995; Breugh et Starke, 2000; Griffeth, Hom et Gaertner, 2000; Griffeth et Hom, 2001; Allen, 2006; Ramsay, 2006). Ces recherches démontrent des relations de causes à effets des pratiques de gestion en ressources humaines et le niveau de rétention des organisations.

Afin d’assurer l’efficacité des stratégies de rétention, il importe d’abord de clarifier les différents types de roulement qu’on retrouve dans une organisation (Allen *et al.*, 2010). Le tableau suivant résume les différents types de roulement recensés dans la littérature.

Tableau 1 Définitions des différents types de roulement²

Dimension 1	Dimension 2	Dimension 3	Définition
Volontaire			Initié par l’employé.
	Dysfonctionnel		Nuisible pour l’organisation.
		Évitable	Relié à la satisfaction au travail, à la supervision, au salaire, etc.
		Non évitable	Relié à la santé de l’employé ou question de cheminement de carrière de l’employé.
	Fonctionnel		Perturbateur pour l’organisation, mais non nuisible (ex. : départ d’un employé qui est facile à remplacer).
Involontaire			Initié par l’organisation (ex. : lors d’une restructuration).

Selon Allen *et al.* (2010), les gestionnaires gagnent à comprendre davantage les raisons des **départs évitables** afin d’établir des mécanismes et des stratégies pour le maintien en poste du personnel.

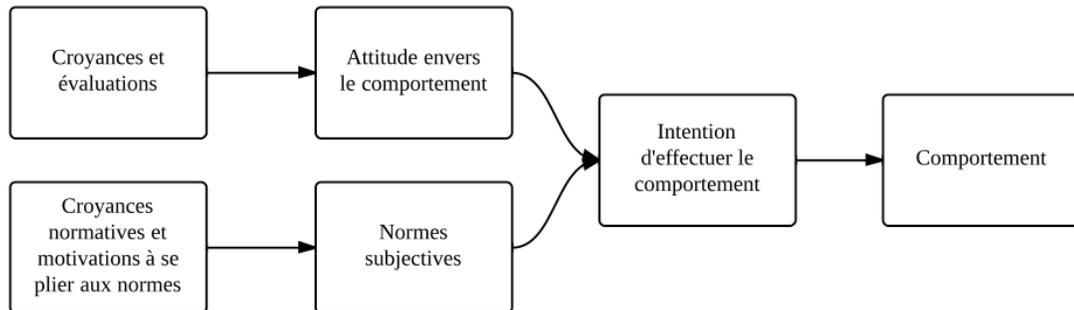
² Traduction libre de Allen et al., 2010

2.1.2 Éléments de définition

Roulement de personnel

Puisque le roulement du personnel est un enjeu important pour les organisations, il importe de regarder quels sont ses antécédents. Dans le domaine du roulement de personnel, la littérature s'appuie largement sur la théorie de l'action raisonnée (Ajzen, 1985 ; Breukelen, Van der Vlist et Steensma, 2004 ; Fishbein et Ajzen, 2010). Dans leur modèle, Fishbein et Ajzen (1975) définissent les liens entre les croyances, les attitudes, les normes, les intentions et les comportements des individus. Plus précisément, l'application de cette théorie suggère que le comportement d'une personne est déterminé par son intention à adopter ce comportement. L'intention est quant à elle déterminée par son attitude et ses normes subjectives (ex. : perspective de l'individu sur le fait d'adopter ou non un comportement) relatives au comportement (Fishbein et Ajzen, 1975). La figure suivante permet d'illustrer les principaux concepts de la théorie de l'action raisonnée.

Figure 1 Théorie de l'action raisonnée³



L'application de cette théorie au roulement du personnel suggère alors l'intention de quitter son emploi comme antécédent principal qui provoque le départ d'un employé (Griffeth, Hom et Gaertner, 2000). Plusieurs chercheurs utilisent cette théorie afin de prédire les choix que feront les individus lorsqu'ils se trouvent face à plusieurs alternatives (ex. : quitter une organisation, demeurer dans son poste actuel ou

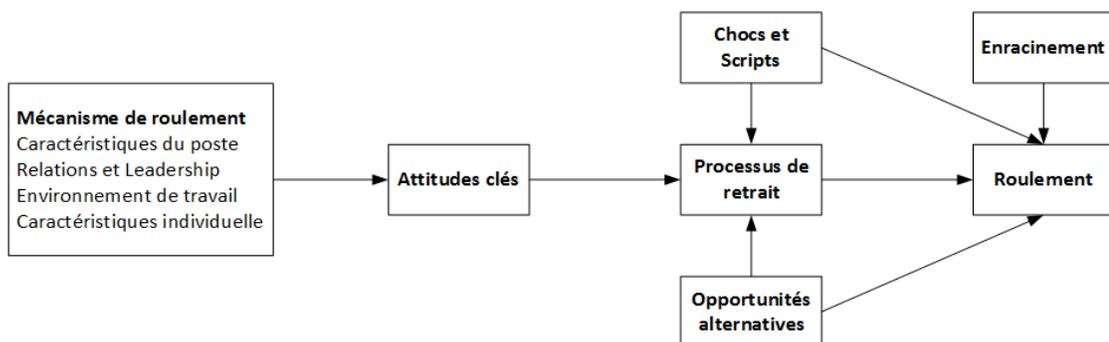
³ Traduction libre de la figure de Davis, Bagozzi et Warshaw (1989)

progresser vers un autre emploi) (ex. : Holtom, Terence, Lee et Eberly, 2008; Cossette et Gosselin, 2012). À cet égard, la satisfaction au travail occupe une place éminente dans la littérature (ex. : Mobley, 1977; Fishbein et Allen, 2010; Coomber et Barriball, 2007; Holtom *et al.*, 2008). Or, bien que la littérature démontre une relation entre la satisfaction au travail et le départ de l'employé, Mobley (1977) suggère l'importance de regarder l'impact d'autres variables médiatrices. Notamment, son modèle suggère que le fait de penser à quitter précède l'intention de quitter et aboutit ensuite au départ réel. On voit donc apparaître dans la littérature l'étude du processus de retrait.

Processus de retrait

Allen *et al.* (2010) ont mené une étude cherchant à identifier les facteurs qui expliquent pourquoi les employés décident de rester ou de quitter l'organisation. Dans leur revue systématique, les chercheurs ont trouvé que le niveau de rémunération et la satisfaction de l'employé à l'égard de son salaire influencent en fait peu les décisions individuelles face au roulement (Griffeth, Hom et Gaertner, 2000). D'autres facteurs influenceraient davantage le roulement. La figure suivante résume les processus généraux de cette recherche et permet d'illustrer les principaux éléments qui expliquent pourquoi les employés décident de rester ou de quitter une organisation; chacun des éléments est discuté ci-après.

Figure 2 Résumé du processus décisionnel d'un employé⁴



⁴ Traduction libre de la figure adaptée de Allen (2008) dans Allen *et al.* (2010)

Mécanismes de roulement de personnel

La figure précédente illustre les facteurs qui influencent les attitudes des individus, notamment les caractéristiques d'un poste, l'environnement de travail, les relations de travail et les caractéristiques individuelles (ex. : l'âge, l'éducation et le sexe), qui, à leur tour, peuvent déclencher le processus de retrait d'un employé. Le processus de retrait implique des comportements tels que l'absentéisme, le retard, la diminution de la performance, la recherche active d'emploi, l'adoption d'un comportement distant envers l'environnement de travail (Allen *et al.*, 2010; Allen, 2008).

Allen (2008) suggère que les organisations et les gestionnaires peuvent développer et améliorer les mécanismes de roulement (ex. : caractéristiques d'un poste et l'environnement de travail) pour influencer les attitudes des individus (notamment la satisfaction au travail). Cette notion rejoint le postulat de « *organizational equilibrium* »; lequel affecte le désir de quitter ou de rester dans l'organisation de la façon suivante : « *individuals will continue to participate in the organization as long as the inducements (such as satisfactory pay, good working conditions, and developmental opportunities) offered by the organization are equal or greater than the contributions (time, effort) required by the organization* » (March et Simon, 1958; Allen, 2008). Les conditions de travail, les relations de travail, les opportunités de développement et l'environnement de travail deviennent donc des motivations pour les employés, au même titre que la rémunération salariale. Ainsi, selon Allen *et al.* (2010), les gestionnaires peuvent activement influencer les décisions individuelles de roulement par la gestion des mécanismes, qui à leur tour contribuent à la motivation du personnel.

Attitudes clés

Toujours dans la figure 2, les auteurs Allen *et al.* (2010) identifient les attitudes clés que les gestionnaires et dirigeants peuvent influencer, notamment :

- la satisfaction au travail;
- l'engagement organisationnel;

- la relation avec le superviseur immédiat (ex. : les organisations peuvent s'assurer de mieux former les superviseurs ou les gestionnaires);
- la clarté du rôle (ex. : les organisations doivent s'assurer de bien gérer les attentes du personnel en s'assurant de bien définir les rôles et responsabilités);
- la relation avec les collègues (ex. : les organisations peuvent faciliter les échanges avec les collègues pour favoriser la cohésion du groupe de travail).

Selon les mêmes auteurs, lorsque l'organisation ne satisfait pas ces attitudes (ex. : insatisfaction au travail), celles-ci déclenchent le processus de retrait.

Chocs et les scripts

Selon Allen (2008), le départ de l'employé va également dépendre de son désir à vouloir quitter l'organisation. À cet effet, on identifie deux autres facteurs qui peuvent déclencher le processus de retrait, soit les chocs vécus par l'employé et les scripts préétablis par l'employé (tel qu'illustré à la figure 2).

Dans la littérature, un choc est décrit comme un événement qui déclenche les analyses psychologiques impliquées dans le processus de quitter un emploi (Allen *et al.*, 2010; Holtom *et al.*, 2008; Lee et Mitchell, 1994). Les chocs peuvent être prévus (ex. : la fin des études supérieures), non prévus (ex. : désaccord avec un ou des collègues); reliés à l'emploi (ex. : changement organisationnel), non reliés à l'emploi (ex. : déménagement de la famille); positifs (ex. : offre d'emploi), neutres (ex. : fusion et acquisition) ou encore négatifs (ex. : évaluation négative de l'employé par son supérieur immédiat) (Allen *et al.*, 2010; Holtom *et al.*, 2008).

Un script quant à lui est décrit dans la littérature comme un plan mental de départ en réponse à certains événements (Allen *et al.*, 2010). Bien souvent, les scripts sont plus présents chez les employés qui sont au début de leur carrière ou qui finissent un programme de formation. Selon plusieurs auteurs, ces individus élaborent un cheminement mental très précis et décident de quitter l'organisation lorsque leurs objectifs sont atteints (ex. : obtention d'un nouveau diplôme) (Allen *et al.*, 2010; Holtom *et al.*, 2008).

Enracinement

Allen (2008) suggère que le départ des individus va également être influencé par la facilité perçue à quitter son emploi. Cet élément dépend notamment du niveau d'enracinement des employés dans l'organisation, soit le niveau d'intégration dans leur poste et leur communauté (Mitchell, Holtom, Lee, Sablinski et Erez, 2001). L'enracinement des employés décrit les nombreux liens envers d'autres employés dans leur organisation et la communauté à laquelle ils appartiennent; il est le plus souvent la raison pour laquelle les individus décident de rester dans l'organisation (Allen *et al.*, 2010). Plus l'employé est intégré dans l'organisation et la communauté, plus il aura à sacrifier en quittant; il est donc plus susceptible de rester. Des pratiques de socialisation permettent de créer des connexions entre les employés et réduisent également la possibilité de roulement (Allen *et al.*, 2010).

Opportunités alternatives

Selon Lee *et al.* (1999), la satisfaction au travail représente moins de 50 % des causes de départs de personnel. Bien souvent, un employé satisfait de son travail décide de quitter l'organisation parce qu'il y a des opportunités plus attrayantes ailleurs. Les organisations doivent donc mettre en place des mécanismes qui influencent la rétention de la main-d'œuvre. Selon Allen *et al.* (2010), lorsqu'un employé quitte un emploi insatisfaisant, les stratégies communes de rétention sont les suivantes : évaluer les conditions et les attitudes au travail, ainsi que la gestion des causes les plus fréquentes d'insatisfaction. Lorsqu'un employé est tout à fait satisfait, mais quitte l'emploi pour une alternative plus attrayante, les stratégies communes de rétention comprennent : assurer que le lieu de travail est compétitif en termes d'incitatifs, d'opportunités et d'environnement de travail (Allen *et al.*, 2010).

En somme, la figure 2 permet d'illustrer les différents éléments qui contribuent au roulement du personnel. La littérature montre que la majorité des individus vont passer beaucoup de temps à évaluer les caractéristiques de leur poste actuel, ce qui provoque notamment l'intention de quitter, jusqu'à aboutir aux différents comportements de recherche d'emploi, puis enfin au départ réel.

Il importe donc de se questionner sur ces éléments.

Éléments qui prédisent le roulement

Dans la littérature, plusieurs recherches ont identifié des indicateurs qui influencent directement le roulement des employés. Allen *et al.* (2010) ont regardé plusieurs études individuelles et ont fait ressortir la force de l'impact des principaux éléments (ex. : Bauer, Bodner, Erdogan, Truxillo et Tucker, 2007; Griffeth *et al.*, 2000; Phillips, 1998). Le tableau ci-dessous résulte de cette méta-analyse.

Tableau 2 Éléments qui permettent de prédire le roulement du personnel⁵

Processus de retrait	Intention de quitter (+ 0,45)⁶
	Intention de recherche d'emploi (+ 0,34)
	Comportement de recherche d'emploi (+ 0,31)
	Penser à quitter (+ 0,29)
	Alternatives perçues (+ 0,15)
Attitudes clés	Engagement organisationnel (- 0,27)
	Satisfaction au travail (- 0,22)
Caractéristiques de l'emploi	Clarté du rôle (- 0,24)
	Conflit du rôle (- 0,22)
	Opportunités d'avancement (- 0,16)
	Envergure du poste (- 0,14)
	Surcharge de travail (+ 0,12)
	Routinisation (+ 0,11)
	Rémunération (-0,11)
Satisfaction de l'employé envers son salaire (- 0,08)	
Environnement de travail	Stress (+ 0,16)
	Communication (- 0,14)
	Participation dans les processus de décision (- 0,13)
	Justice distributive (- 0,11)
Caractéristiques individuelles	Poste (- 0,23)
	Enfant (- 0,16)
	Âge (- 0,11)
	Responsabilités familiales (-0,1)
	Éducation (+0,06)
	État civil (- 0,05)
	Sexe (- 0,03)
	Capacités cognitives (+ 0,02)
	Race (- 0,02)

⁵ Traduction libre de Allen et al (2010). Certains éléments sont identifiés en gras car ils démontrent avoir un effet plus élevé.

⁶ Les valeurs positives indiquent que plus la valeur augmente, plus la probabilité de départ d'un employé augmente; une valeur négative indique que plus la valeur augmente, plus la probabilité du départ de l'employé diminue.

Le tableau permet de constater que les éléments qui prédisent mieux le départ d'un employé sont particulièrement reliés au processus de départ, notamment l'intention de quitter et les comportements de recherche d'emploi. De plus, nous pouvons observer que les deux éléments qui permettent le mieux de diminuer les probabilités de départ sont l'engagement organisationnel et la satisfaction au travail; d'où l'importance pour les organisations de surveiller ces attitudes. Cette étude permet également de montrer l'importance de la clarté du rôle. Les organisations doivent s'assurer de bien définir les rôles, de bien communiquer et supporter les attentes afin d'éviter des conflits avec les rôles (Allen *et al.*, 2010). Notamment, les auteurs de l'étude recommandent aux organisations de favoriser une culture de soutien et de cohésion afin de promouvoir un environnement de travail et des postes de travail qui privilégient la satisfaction au travail. Une bonne communication, une participation à la prise de décision ainsi que la socialisation entre les collègues sont des mécanismes à considérer.

À la suite de ces constatations, il est important de noter qu'il n'existe pas de stratégies de rétention « *one-size-fits-all* » (Allen *et al.*, 2010). Certains éléments peuvent être plus importants que d'autres dans certains contextes. Il revient donc à chaque organisation d'identifier les indicateurs qui leur permettent de mesurer les moteurs de roulement des employés dans leur organisation. Ceci peut par exemple être réalisé lors des entrevues de départ. Cette information devient primordiale pour être en mesure d'établir des stratégies de rétention.

Dans la prochaine section, on identifie les facteurs qui sont associés à la rétention du personnel dans le domaine de la santé, plus précisément au personnel en soins infirmiers. Cet exercice est réalisé par le recensement des écrits dans la littérature.

2.1.3 Facteurs associés à la rétention du personnel en soins infirmiers

À cause d'une grave pénurie de personnel infirmier, les infirmières démontrent une diminution de la satisfaction au travail ainsi qu'une augmentation de l'absentéisme, du taux d'épuisement professionnel, des heures supplémentaires et des congés de maladie (Burke, 2004). Il devient donc impératif pour les établissements de santé d'établir des stratégies de rétention plus efficaces. Dans la littérature, on voit que les organisations tentent de plus en plus de développer des cultures centrées sur leurs employés afin d'améliorer la satisfaction de leur personnel infirmier (Rondeau, 2006). D'autres stratégies impliquent également de mettre en place des pratiques qui encouragent l'habilitation des employés, la participation et l'engagement (Rondeau, 2006). Ces différentes stratégies influencent de différentes façons l'attitude et le comportement des employés. L'objectif de cette section est de dégager les différentes dimensions qui affectent les attitudes et les comportements qui influent sur le maintien en poste du personnel infirmier.

Pour faire ressortir ces facteurs, nous avons retenu quatre études qui abordent ce sujet. Parmi les quatre études, les deux premières études abordent le sujet en mettant l'accent sur les facteurs qui peuvent influencer les conditions de travail ainsi que leur avancement professionnel, alors que les deux dernières études mettent l'accent sur les facteurs qui influencent le maintien en poste du personnel infirmier travaillant dans les régions éloignées.

La première étude retenue, réalisée par le Gouvernement du Québec (2003), détermine les facteurs qui influencent le choix du personnel infirmier au regard du statut d'emploi ainsi que les stratégies qui peuvent accroître leur disponibilité. Cette étude permet également de préciser ce que constitue pour les infirmières et les infirmiers un avancement ou un cheminement de carrière stimulant.

Ensuite, nous avons regardé une étude réalisée par Cowin, Johnson, Craven et Marsh (2008) qui examine la relation entre l'identité professionnelle, la satisfaction au travail

et la rétention du personnel infirmier. L'étude permet d'identifier les facteurs qui influencent chacun des trois éléments. Dans cette étude, les auteurs ont trouvé que le concept d'image professionnelle a un impact plus important sur la rétention que la satisfaction au travail. Il devient donc important d'étudier les antécédents de l'image professionnelle. Cowin *et al.* (2008) définissent le concept de l'image professionnelle comme les perceptions de confiance en soi et de sentiments positifs concernant leurs capacités générales reliées aux soins infirmiers. Afin de mieux comprendre ce concept, nous avons également retenu l'article de Johnson, Cowin, Wilson et Young (2012), qui postule que l'image de soi professionnelle des infirmières influencerait autant leur satisfaction au travail que leur intention de quitter.

Les deux autres études examinent les facteurs qui influencent la rétention dans les régions rurales, éloignées ou isolées, où la pénurie a des conséquences majeures sur l'accessibilité des services de santé. La première étude, Molanari, Jaswail et Hollinger-Forrest (2011), examine les relations entre les préférences de style de vie, les perceptions de la préparation pédagogique et l'intention de bouger. Cette étude est importante car elle permet de constater les perceptions des infirmières (n=106) travaillant dans une région rurale. Elle permet également de constater l'importance des pratiques de développement professionnel pour la rétention de la main-d'œuvre.

Enfin, le dernier article retenu est une revue systématique qui vise à synthétiser les données probantes actuelles sur l'efficacité des interventions visant à promouvoir la rétention infirmière dans les zones rurales ou éloignées. Les auteurs Mbemba, Gagnon, Paré et Côté (2013) présentent également une taxonomie des stratégies potentielles pour améliorer la rétention infirmière dans ces régions. Parmi les 517 publications examinées, les auteurs ont principalement retenues cinq revues systématiques, dont deux qui démontrent l'impact des programmes d'incitation financière et trois autres qui démontrent le rôle des relations de soutien en soins infirmiers, des TIC et du soutien à l'avancement de carrière sur la rétention de la main-d'œuvre. En nous basant sur ces quatre articles, nous présentons ci-dessous un tableau récapitulatif des principaux facteurs identifiés dans la littérature.

Tableau 3 Récapitulatif des facteurs influençant la rétention du personnel infirmier⁷

Dimensions	Éléments	Gouv. du Québec (2003)	Cowin <i>et al.</i> (2008)	Johnso <i>n et al.</i> (2012)	Molanari <i>et al.</i> (2011)	Mbemb <i>a et al.</i> (2013)
Aménagement du temps de travail	- Statut d'emploi	X	X			
	- Quart de travail, nb d'heures de travail/semaine, flexibilité					
	- Vacances, heures de repas, travail de fin de semaine.					
Organisation du travail	- Charge de travail, ratio patients-infirmier	X	X	X	X	X
	- Choix du temps d'activité (clientèle, unité, service) et d'établissement, transfert des connaissances, distribution des tâches, tâches connexes, ajout de personnel, stabilité des équipes de travail					
	- Clarté des rôles entre les membres de l'équipe de travail, encadrement					
	- Possibilité de mobilité interservices, collaboration avec les médecins, réunions d'équipe régulières					
	- Accessibilité à des postes correspondant à ses intérêts personnel ou à ses compétences en combinant des critères complémentaires d'ancienneté.					
Responsabilités et pratique professionnelle	- Formation continue et perfectionnement en cours d'emploi	X	X	X	X	X
	- Autonomie professionnelle, soutien du supérieur et des pairs					
	- Complexité des cas, transfert d'expertise de la part des infirmières plus expérimentées					
	- Nouveaux défis, latitude décisionnelle					
	- Support à l'intégration des nouvelles technologies.					
Conditions financières	- Salaire, primes plus élevées pour les quarts de soir, nuit et fin de semaine, compensations pour les jours fériés, bonification du régime de retraite, congés non payés, reconnaissance, monétaire des compétences, boni au rendement individuel ou d'équipe, possibilité de conserver l'ancienneté lorsqu'on change d'établissement.	X				X

Tableau 3 (suite) Récapitulatif des facteurs influençant la rétention du personnel infirmier⁷

Dimensions	Éléments	Gouv. du Québec (2003)	Cowin <i>et al.</i> (2008)	Johnso n <i>et al.</i> (2012)	Molanari <i>et al.</i> (2011)	Mbemb a <i>et al.</i> (2013)
Reconnaissance et valorisation	-Contact et reconnaissance des patients	X	X	X	X	X
	-Reconnaissance de l'équipe, des autres corps professionnels, du supérieur, de la direction, reconnaissance des compétences et de l'expérience, reconnaissance des bons coups, du travail bien fait, de la quantité de travail réalisé, reconnaissance d'équipe, respect mutuel.					
Environnement de travail	-Outils et équipements, santé et sécurité, ergonomie, climatisation, salubrité des lieux, aires de repos, locaux et corridors, stationnement, uniformes. Service de garderie ponctuel jour et soir ou liste de gardiennes accessibles jour, soir et nuit.	X				X
Pratiques de gestion	-Disponibilité et écoute du supérieur immédiat, soutien de la direction et du supérieur	X	X		X	X
	-Implication accrue dans les décisions, gestion participative.					
	-Appréciation régulière du rendement aux fins de reconnaissance et d'identification de formation continue, communication d'horaires à l'avance.					
Image de soi professionnelle	- Valeurs et croyances pré-existantes sur la profession		X	X		
	-Confiance en soi					
	-Compétence professionnelle et expertise technique					
	-Relations avec les collègues de travail, socialisation					
	-Qualité des soins					
	-Relation patient-infirmière					
	-Culture organisationnelle					

⁷ Traduction libre des éléments retrouvés dans la littérature

Le tableau ci-dessus permet de retenir quatre dimensions qui semblent avoir une influence plus importante que les autres, notamment l'organisation du travail, les responsabilités et la pratique professionnelle, la reconnaissance et la valorisation ainsi que les pratiques de gestion. De plus, puisque l'image de soi professionnelle est un nouveau courant, nous avons décidé de discuter davantage de ces cinq dimensions ci-dessous.

L'organisation du travail

Un constat général dans la littérature est que le personnel infirmier déplore la surcharge de travail, le manque de souplesse dans l'aménagement du temps de travail (ex. : horaires de soirs et de fin de semaines obligatoires), la faible autonomie qui leur est accordée ainsi que le manque d'écoute et de soutien de leurs supérieurs (Gouvernement du Québec, 2003). En fait, selon l'étude réalisée par le Gouvernement du Québec (2003), environ le cinquième des infirmières occupant un poste à temps partiel permanent (TPP) et plus de la moitié de celles ayant le statut de temps partiel occasionnel (TPO) accepteraient de donner plus de disponibilité si des améliorations étaient apportées aux conditions de travail. Selon les auteurs, le manque de disponibilité du personnel est largement lié au niveau d'insatisfaction au regard de leurs conditions de travail. En fait, l'insatisfaction marquée des infirmiers et infirmières est fort préoccupante. 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 reliées aux soins infirmiers, la surcharge de travail et le fait de ne pas se sentir en mesure de donner des soins de qualité (Gouvernement du Québec, 2003).

Selon Coomber *et al.* (2007), l'insatisfaction au travail est étroitement liée à l'intention de quitter son emploi. D'ailleurs, selon Price et Mueller (1981), l'intention de quitter agit comme médiateur entre la satisfaction au travail et le départ. À ce sujet, Gagnon *et al.*, (2012) ajoutent que la littérature démontre un lien étroit entre la satisfaction et la rétention des infirmières. On retient alors que plus la satisfaction au travail est élevée,

moins l'infirmière a l'intention de quitter et donc l'organisation est plus en mesure de maintenir son personnel.

À cet effet, le Gouvernement du Québec (2003) recommande aux établissements de s'efforcer pour réduire la surcharge de travail par la révision des processus dans tous les milieux de soins et par la stabilisation des équipes de soins (ex. : assurer plus de disponibilités, maximiser les postes dans les unités de soins, mieux distribuer les tâches parmi le personnel soignant et le personnel administratif). L'organisation du travail peut également être améliorée par la révision de **l'aménagement du temps de travail** (ex. : horaire flexible, quarts de travail distribués), par la **révision du champ de pratique professionnel** (ex. : fournir au personnel infirmier un environnement de travail favorable pour exercer l'entièreté de leur rôle, assurer leur autonomie dans leur pratique professionnelle, assurer un soutien accru et un suivi des orientations professionnelles), par **l'amélioration des processus de formation et de perfectionnement** (ex. : assurer l'acquisition de connaissance à temps opportun, assurer les conditions qui permettent le transfert des connaissances et des apprentissages, offrir des programmes pour appuyer les nouvelles infirmières), par **l'amélioration de l'encadrement** (ex. : mettre en place une culture de reconnaissance, assurer un soutien adéquat au personnel infirmier, adopter un mode de gestion qui mise sur la participation) et enfin par **l'amélioration de l'environnement de travail** (ex. : investir dans l'acquisition d'équipements utilisés dans la pratique infirmière et faire participer les infirmières dans le choix).

Les responsabilités et la pratique professionnelle

Dans l'étude réalisée par le Gouvernement du Québec (2003), les auteurs ont soulevé que 93% des infirmières de moins de 50 ans et 91% des infirmières de plus de 50 ans n'étaient pas très satisfaits concernant la pratique infirmière, notamment à cause de la difficulté de donner des soins de qualité et l'alourdissement des soins aux clientèles. En fait, selon Heinrich (2001), moins de 50% des infirmières expérimentées recommanderaient les soins infirmiers comme choix de carrière.

Pour changer ce taux, les établissements devront s'assurer de créer des cheminements de carrière plus stimulants. D'ailleurs, selon l'étude réalisée par le gouvernement du Québec (2003), les infirmières ont mentionné (entre autres éléments) être intéressées à se recentrer sur le travail de nursing, devenir une personne-ressource pour l'équipe, être plus près du patient et avoir le temps de parler avec lui et sa famille, donner plus de formation et favoriser le lien avec les autres professionnels de la santé (Gouvernement du Québec, 2003).

De plus, selon Cowin *et al.* (2008), l'amélioration des conditions entourant la pratique infirmière (ex. : l'autonomie, l'harmonisation du rôle) contribuent à une meilleure image professionnelle, ce qui résulte directement en un meilleur maintien en poste du personnel.

Molanari *et al.*, (2011) quant à eux soulèvent l'importance d'adapter les programmes de formation aux rôles évolutifs que jouent les infirmières au sein des établissements de santé, notamment dans les régions éloignées et rurales; où la préparation à la gestion des crises est primordiale. En effet, selon les auteurs, le manque d'exposition au champ de pratique propre aux régions rurales contribue au taux élevé de roulement.

Deux principales recommandations ressortent de la littérature, soit : l'importance de revoir les rôles et responsabilités des infirmières pour clarifier le champ de pratique professionnel (Gouvernement du Québec, 2003) et l'importance de s'assurer que les programmes de formation préparent adéquatement les jeunes infirmières aux différents cas auxquels elles seront confrontées (ex. : maladies chroniques, complexité des cas, la gestion des crises dans les régions éloignées) (Molanari *et al.*, 2011). En effet, le sentiment d'être préparé à affronter un situation réduirait le niveau de stress, le burnout et ultimement le roulement du personnel (Molanari *et al.*, 2011).

La reconnaissance et la valorisation

Un constat général sur la pratique professionnelle infirmière est que les infirmières valorisent le contact avec le patient. D'ailleurs, la reconnaissance des patients compte

parmi les principaux éléments positifs identifiés par les infirmiers et infirmières au regard de l'exercice de leur profession. En effet, selon le Gouvernement du Québec (2003), le sentiment d'accomplir un travail important contribue à la satisfaction au travail. Les établissements doivent donc s'efforcer à contribuer de façon positive à ce sentiment.

Les pratiques de gestion

Selon plusieurs auteurs, les pratiques de gestion sont un moyen d'influencer les attitudes et les comportements du personnel (ex. : Allen *et al.*, 2010; Allen, 2008; Gouvernement du Québec, 2003; Mbemba *et al.*, 2013). Notamment, les pratiques qui encouragent la participation et l'implication du personnel dans les prises de décision ainsi que les pratiques qui supportent le transfert de connaissances (ex. : le mentorat, préceptorat, la supervision directe) contribuent à la fois à mettre en place une culture de reconnaissance, à améliorer la satisfaction au travail et à générer une image de soi professionnelle positive (Gouvernement du Québec, 2003; Cowin *et al.*, 2007; Mbemba *et al.*, 2013; Johnson *et al.*, 2012).

L'image de soi professionnelle

La satisfaction au travail est souvent identifiée en termes extrinsèques et intrinsèques (Prothero *et al.*, 1999). Les valeurs extrinsèques comprennent les aspects concrets tels que les salaires, les prestations de travail, des réseaux et les bonis. Les valeurs intrinsèques quant à elles comprennent la situation, un sentiment d'accomplissement, la capacité d'interagir avec les autres, la confiance en soi, l'estime de soi, l'accumulation de connaissances / compétences et la capacité à utiliser et exprimer sa créativité (Herzberg *et al.*, 1959; Prothero *et al.*, 1999; Spector, 1997).

On constate une cohérence avec un nouveau courant de recherche qui postule que l'image de soi professionnelle des infirmières influencerait leur satisfaction au travail et leur intention de quitter (Johnson *et al.*, 2012). Selon plusieurs auteurs, l'image de soi professionnelle réfère à la perception que le personnel infirmier a de lui-même dans son environnement de travail (Cowin et Hengstberger-Sims, 2006; Cowin, Johnson,

Craven, & Marsh, 2008; Cowin, 2001; Siebens *et al.*, 2006). Plus précisément, l'image de soi professionnelle découle de la façon dont les infirmières perçoivent leur rôle, leur position et leurs contributions aux soins de santé.

Une image de soi professionnelle positive agit sur la motivation au même titre que les valeurs intrinsèques. En effet, selon Öhlén et Segesten (1998), leur capacité à développer une relation thérapeutique avec le patient reposerait sur une image de soi professionnelle positive. De plus, selon Siebens *et al.*, (2006), une perception positive augmenterait la capacité de rétention au sein des organisations. Selon Takase *et al.* (2006), les infirmières qui ont une image positive de leadership et de soins perçue ont également moins l'intention de quitter. Suite à cela, les chercheurs soulignent que la façon dont les infirmières se perçoivent dans leur environnement de travail est une source importante de satisfaction au travail; une image négative contribuerait à une insatisfaction au travail (Demira *et al.*, 2003; Holmes, 2006; Lu *et al.*, 2005; Takase *et al.*, 2006). À cet égard, Cowin *et al.* (2007) suggèrent que l'intention de quitter serait plus fortement liée à l'image de soi professionnelle qu'à la satisfaction au travail.

Il importe donc de regarder les trois dimensions qui composent l'image de soi professionnelle, soit: 1) le besoin de compétence, 2) le besoin d'autonomie et 3) le besoin d'appartenance (Siebens *et al.*, 2006).

Le besoin de compétence peut être satisfait par la perception d'être compétent, qui à son tour contribue à une meilleure estime de soi. À cet égard, Cowin et Hengstberger-Sims (2006) décrivent l'image de soi professionnelle comme englobant à la fois des descripteurs cognitifs (ex. : aptitudes à dispenser des soins) et des descripteurs affectifs (ex. : être une infirmière compétente).

Siebens *et al.*, (2006) décrivent le besoin d'autonomie comme étant la perception d'accomplir des activités importantes liées au rôle de l'infirmière. Cette dimension peut être évaluée par l'examen des conditions de travail et de la mesure dans laquelle ces conditions contribuent à la perception d'une bonne pratique professionnelle. Par

exemple, dans l'étude de Siebens *et al.*, (2006), les infirmières ont soulevé que l'accès à l'information permettaient de satisfaire le besoin d'autonomie en plus de supporter leur prise de décision et leur capacité à offrir des soins de qualité.

Le besoin d'appartenance s'appuie sur la théorie de l'identité sociale. Cette théorie stipule qu'un individu cherche à joindre une organisation et à en rester membre s'il s'identifie au groupe professionnel (Tajfel et Turner, 1985). Les mêmes auteurs ajoutent que l'individu cherche à demeurer membre d'un groupe professionnel si ce dernier est socialement reconnu et si l'appartenance renforce son image de soi (Tajfel et Turner, 1985). Dans le cas des soins infirmiers, on distingue deux types d'appartenance, soit l'appartenance à la profession et l'appartenance à l'organisation. L'appartenance à la profession dépendrait davantage de l'image projetée dans les médias, alors que l'appartenance à l'organisation dépendrait plus des contributions des infirmières dans l'organisation. Les hôpitaux qui mettent en place des pratiques de gestion d'attraction et de rétention valorisantes peuvent influencer l'appartenance organisationnelle et par le fait même rehausser l'image de soi professionnelle des infirmières. Par exemple, la valorisation peut être réalisée par la mise en place de programmes de développement de compétences, la participation aux décisions, la reconnaissance des efforts et le partage d'information (Öhlén et Segesten, 1998; Kramer et Schmalenberg, 2003). De plus, le besoin d'appartenance peut également être influencé par la mise en place de facilitation du travail d'équipe. Selon Siebens *et al.* (2006), l'amélioration de la collaboration mène à la perception d'être membre à part entière d'une équipe de soins efficace. Cette dernière dimension est d'autant plus importante car, selon Tyler et Lind (1992), les relations longs termes valorisantes avec leur équipe de soin contribueraient également à une meilleure estime de soi.

En somme, ces trois besoins seraient largement satisfaits par des pratiques de gestion liées à l'implication des employés. L'implantation de ces pratiques représente pour les infirmières la matérialisation du soutien managérial, ce qui provoquerait des attitudes et des comportements positifs et engendrerait une bonne image de soi professionnelle. À l'inverse, une mauvaise image de soi professionnelle engendre des attitudes et

comportement négatifs (Beeken, 1997; Bédard & Duquette, 1998). Par exemple, selon Price (2009), la perte du sentiment de compétence résultant d'un manque de soutien managérial agirait sur le niveau de stress des infirmières.

Pour conclure, cette section permet de dégager le rôle important des mécanismes de gestion sur la perception qu'ont les infirmières de leur rôle au sein des établissements. Les établissements doivent donc s'efforcer d'intégrer des solutions qui contribuent aux attitudes et comportements positifs chez les infirmières. Parmi les pratiques discutées dans la littérature, nous retrouvons des pratiques de gestion en ressources humaines très intéressantes. Dans le cadre de ce mémoire, nous allons plutôt regarder les contributions potentielles des outils de travail, notamment la télésanté, et montrer leur pertinence pour adresser la problématique.

2.2. La notion de la télésanté

Depuis quelques années, l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux encouragent l'utilisation des technologies de l'information et des communications par les infirmières pour atténuer la pression causée par la croissance des besoins (MISS, 2012; OIIQ, 2002). De plus, la télésanté fait maintenant partie des priorités ministérielles. L'objectif étant d'intégrer harmonieusement la télésanté dans l'ensemble des services de santé et des services sociaux, causant par le fait même un élargissement du rôle de l'infirmière dans ce domaine de pratique en exigeant le développement de nouvelles connaissances et des nouvelles façons de faire (OIIQ, 2002). Selon le Rapport du groupe de travail sur l'évaluation des systèmes d'information et de gestion des départements d'urgence, les bénéfices majeurs visés pour le personnel clinique (i.e. allègement du fardeau cléricale, augmentation de la disponibilité auprès des patients, instantanéité au point de service de l'information) représentent des facteurs favorables à la stabilité du personnel soignant et à une augmentation de la rétention à long terme (OIIQ, 2002). De plus, selon les mêmes auteurs, ces facteurs sont également directement proportionnels à l'augmentation du niveau de satisfaction (OIIQ, 2002).

Dans le contexte de la pénurie de main-d'œuvre, il semble pertinent d'analyser la littérature qui permet d'identifier les facteurs de rétention qui peuvent être affectés par l'introduction des TIC, notamment la télésanté.

Il importe d'abord de définir ce qu'est la télésanté.

2.2.1 La télésanté en bref

Définition

L'Office québécois de la langue française définit la télésanté comme suit :

« Utilisation des technologies de l'information et de la communication pour le transfert et l'échange à distance de données en matière de santé, que ce soit à des fins éducatives, de traitement, de recherche, de gestion ou de formation ».

Cette définition permet de faire ressortir cinq dimensions importantes de la télésanté, soit : l'éducation, le traitement, la recherche, la gestion et la formation. Ces dimensions seront utilisées plus bas pour catégoriser les différentes technologies utilisées dans la télésanté.

Gagnon *et al.* (2012) définissent les TIC dans le contexte du réseau de la santé comme englobant toutes les technologies numériques facilitant la saisie, le traitement, le stockage et l'échange électroniques d'informations, en plus de faire référence à un ensemble de projet ou services promouvant les soins à distance, le soutien clinique interdisciplinaire, ainsi que le transfert et la mise à jour des connaissances.

Plus précisément dans les soins infirmiers, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) identifie trois axes pour les technologies de l'information utilisées en santé, soit : les systèmes d'information clinique et clinico-administrative, le télénursing et les technologies de soins (OIIQ, 2002). L'OIIQ convient qu'un « système clinique est un système qui contient, entre autres, des plans de soins ou tout autre contenu se

rattachant à la pratique clinique (soins donnés au patient) et peut inclure une note narrative dans un champ de texte. [...] Certains permettent la consultation des plans de soins types, d'autres permettent d'en documenter une partie, qui est complétée de façon manuscrite, et d'autres encore offrent la possibilité de faire de la gestion de risque ou de lits et de gérer la médication des patients », alors qu'un système clinico-administratif est associé « aux fonctions de gestion liées aux soins et services données à la clientèle [...] systèmes d'index-patient, d'admission-départ-transfert, de pharmacie, de radiologie, d'information clientèle et de laboratoire » (OIIQ, 2002; p14). Le télénursing, quant à lui, est défini comme « la pratique des soins infirmiers regroupant toutes les activités centrées sur le patient et réalisées à l'aide des technologies de télécommunication » (OIIQ, 2002; p.34).

Pour une meilleure compréhension, l'étude de la littérature nous permet de relever des exemples plus concrets de télénursing et de technologies de soins. Le tableau suivant, tiré de While et Drewsbury (2011), permet de présenter brièvement les différentes technologies qui sont regroupées sous la télésanté ainsi que les différents termes employés :

Tableau 4 Technologies de l'information et de communication (TIC) et les termes fréquemment employés en télésanté⁸

TIC	Applications	Termes fréquemment employés en télésanté
Téléphone	Ligne fixe	Triage téléphonique, télésoins, télésanté, télésurveillance, télémédecine, portails de santé, mHealth, applications mobiles, assistants numériques personnels (PDAs), téléphone intelligent.
Internet	Informatisé	
Télévision par satellite	Télévision	
TIC mobile	Services mobiles	

⁸ Traduction libre de la figure présentée par While et Drewsbury (2011)

Ce tableau permet d’apprécier la variété des technologies qu’englobe le terme « télésanté ». Selon While et Drewsbury (2011), aujourd’hui la télésanté représente une composante clé dans la livraison des soins de santé puisqu’elle accroît l’accès à l’information, en plus de fournir un soutien à distance, d’où l’importance de bien comprendre chacun des termes reliés à la télésanté. Le tableau suivant permet de regrouper les différents éléments de définition trouvés dans la littérature.

Tableau 5 Éléments de définition trouvés dans la littérature

Dimension	Technologie	Définition	Référence
Gestion (approche de gestion des soins)	Télesurveillance à domicile (<i>aussi appelé télésoins à domicile</i>)	<p>Approche prometteuse de gestion des patients qui produit des données précises et fiables, qui permet l’habilitation des patients, qui influence leurs attitudes et leurs comportements, et qui améliore potentiellement leur état de santé.</p> <p>La télésurveillance à domicile est la transmission à distance (par les patients) et la collecte (par les professionnels de la santé) des données physiologiques et biologiques (comme les signes vitaux et les symptômes) et les données comportementales (telles que l’observance thérapeutique et le niveau d’activité) dans le but de la surveillance des patients, l’interprétation des données et la prise de décision clinique.</p> <p>Joue un rôle important dans la prestation de soins à domicile aux malades chroniques.</p>	<p>Paré <i>et al.</i> (2009a)</p> <p>Roine, Ohinmaa et Hailey (2001)</p> <p>Paré, Poba-Nzaou et Sicotte (2012)</p>
	Informatique mobile (mHealth), incluant : assistants numériques personnels (PDA), ordinateurs portables et les tablettes.	<p>Il permet à l’infirmière de gérer les données cliniques du patient, de planifier des visites, d’effectuer la planification des soins et de réaliser l’échange de données avec le reste de l’équipe de soins lors de sa visite à domicile.</p> <p>Des outils qui permettent d’accéder l’information pertinente directement au point de service et ainsi de soutenir la prise de décision.</p>	<p>Baraldi et Memmola (2006)</p> <p>Doran <i>et al.</i> (2010)</p>

Tableau 5 (suite) Éléments de définition trouvés dans la littérature

Dimension	Technologie	Définition	Référence
Traitement (soins cliniques)	Téléconsultation	La téléconsultation permet aux professionnels de la santé d'effectuer des consultations aux patients à distance et de donner accès à des services spécialisés.	Esterle et Mathieu-Fritz (2013)
	Télénursing	Soins infirmiers à distance. « pratique des soins infirmiers regroupant toutes les activités centrées sur le patient et réalisées à l'aide des technologies de télécommunication »	OIIQ (2002)
Formation et éducation	Télé-formation	La formation en vidéoconférence est basée sur l'utilisation de la technologie, telles que les lignes téléphoniques ou Internet, pour assurer la formation d'un site à distance par des professionnels présents dans un site central. Il existe un large éventail de systèmes vidéo utilisés et ils varient en termes de coûts et de la résolution des images.	Chipps, Brysiewicz et Mars (2012)

L'analyse des différentes formes de télésanté permet de soulever trois observations : 1) la diversité des interactions existantes entre les professionnels de la santé et les patients, 2) la présence du professionnel de santé auprès du patient n'est pas nécessaire pour l'utilisation de la télésanté, 3) la communication des données recueillies peut être synchrone ou asynchrone. Dans la prochaine section, nous discutons davantage du rôle que peuvent jouer les différentes formes de télésanté.

2.2.2 Rôle de la télésanté dans les soins infirmiers

Applications potentielles

While et Drewsbury (2011) contribuent à l'état des connaissances sur le sujet à l'étude en traçant un portrait de l'application des technologies de l'information dans la pratique infirmière. Principalement, nous pouvons regrouper l'application de la télésanté dans la pratique infirmière selon quatre axes : l'évaluation, la promotion de la

santé, l'intervention clinique et l'organisation des services (While et Dewsbury, 2011). Le tableau suivant permet d'illustrer le rôle de la télésanté dans les soins infirmiers en énumérant quelques exemples de technologies utilisées dans chacun des axes mentionnés.

Tableau 6 TIC et les applications potentielles dans la pratique infirmière⁹

<i>Évaluation</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Contact avec des centres de soins de santé éloignés - Triage téléphonique - Télésurveillance à domicile - Auto-évaluation par internet - Application mobile pour le suivi clinique - mHealth
<i>Promotion de la santé</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention ou communication par téléphone, SMS, courriel. - Portails sur la santé - Intervention par Webcast et Podcast
<i>Intervention clinique</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation à distance - Titrage à distance d'un traitement, incluant prescriptions à distance lorsque nécessaire - Thérapies psychologiques à distance - Soutien à distance aux professionnels de santé
<i>Organisation des services</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dossier de santé électronique / Dossier patient électronique - Gestion des plans d'intervention et plans thérapeutiques - Réseau professionnel clinique - Forums de discussion - Formation continue à distance pour professionnels

⁹ Traduction libre de la figure 4 tirée de While et Dewsbury (2011)

L'analyse des technologies utilisées dans la pratique infirmière nous permet de constater comment cette pratique évolue et inclut de plus en plus des activités à distance tel que l'évaluation, le partage d'information et le transfert de connaissances, en plus d'activités de support et de surveillance du patient à distance.

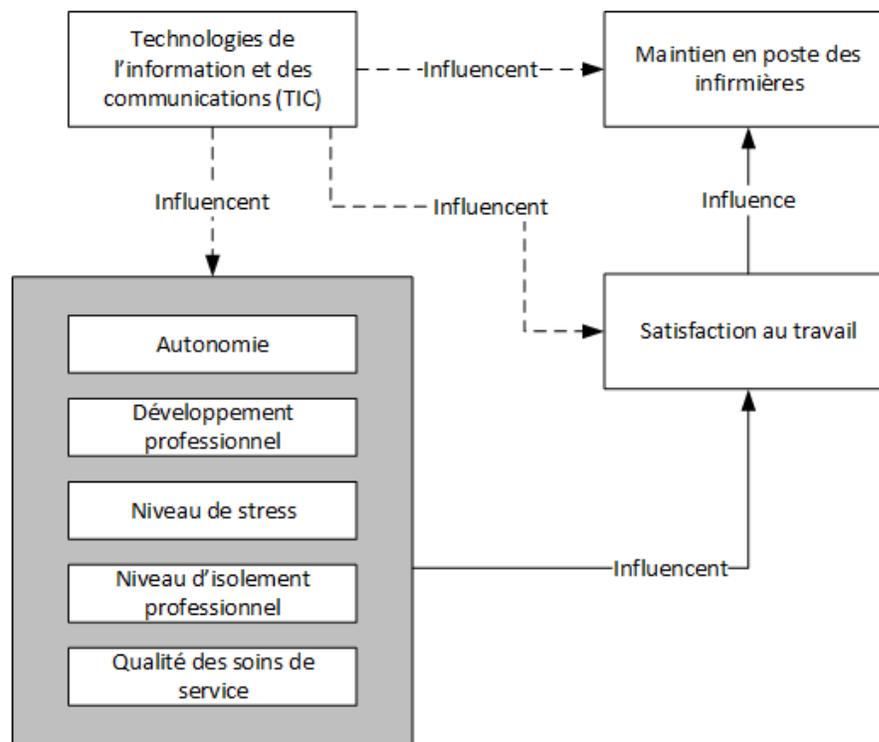
L'artefact TI faisant l'objet de ce mémoire fait partie des technologies de la dimension gestion des soins, plus précisément de la catégorie des technologies mobiles. Si on reprend les éléments de définition de l'OIIQ, l'artefact TI étudié est un **système clinique** qui contribue à l'organisation des services en soins infirmiers. Plus d'informations seront fournies dans les chapitres subséquents.

Dans la prochaine section, nous regardons la littérature qui nous permet de mieux comprendre les effets que l'utilisation des TIC peut avoir sur la rétention du personnel infirmier.

2.2.3 Effets de la télésanté sur les facteurs associés à la rétention du personnel infirmier

Selon Gagnon *et al.* (2012), la satisfaction au travail est un facteur qui est influencé par les technologies de l'information dans la pratique infirmière. De plus, dans leur cadre conceptuel (voir figure 3), ces auteurs soulèvent d'autres facteurs affectant la satisfaction au travail et qui pourraient aussi être influencés par les TIC, soit : l'autonomie professionnelle, le développement professionnel, le sentiment d'isolement, le niveau de stress et la qualité des soins offerts aux patients.

Figure 3 Cadre conceptuel de Gagnon *et al.* (2012)¹⁰



¹⁰ Les pointillés illustrent la proposition de recherche des auteurs Gagnon et al (2012) concernant l'influence potentielle des TIC sur le maintien en poste des infirmières. Les traits pleins quant à eux illustrent les facteurs du maintien en poste des infirmières basés sur la revue de la littérature effectuée par les auteurs Gagnon et al (2012).

Dans la figure ci-dessus, on constate deux types de relations. D'abord, le premier type de relations illustre l'influence potentielle des TIC sur le maintien en poste des infirmières et sur les facteurs intermédiaires. Ensuite, le deuxième type de relations illustre l'influence des facteurs sur le maintien en poste des infirmières, lesquels sont à leur tour affectés par les TIC. De plus, nous constatons que les auteurs basent leur analyse sur la prémisse que la satisfaction au travail est un facteur important pour le maintien en poste des infirmières, ce qui est cohérent avec la littérature retenue dans la sous-section précédente. Les auteurs illustrent également les facteurs affectant la satisfaction au travail et pouvant potentiellement être influencés par les TIC, soit : l'autonomie professionnelle, le développement professionnel, le sentiment d'isolement professionnel, le niveau de stress et la qualité des soins.

Dans cette section, nous allons examiner chacun de ces facteurs pour comprendre comment les TIC influencent la pratique infirmière. Plus précisément, nous voulons comprendre comment le personnel infirmier évolue à travers l'utilisation de la télésanté.

Il est tout de même important de noter que l'utilisation de la télésanté ne modifie pas la portée de la pratique ou les normes de pratique auxquelles adhèrent les infirmières. Les « infirmières à distance » doivent continuer à respecter les normes existantes et la portée de la pratique (Schlachta-Fairchild, 2001).

Satisfaction au travail

La satisfaction au travail est un facteur important à considérer dans la pratique infirmière, car la rétention à long terme est directement proportionnelle à l'augmentation du niveau de satisfaction (OIIQ, 2002).

En 1974, Quinn est une des premières infirmières à écrire sur la télésanté en milieu hospitalier. Dans son contexte, les TIC sont utilisées pour fournir la consultation médicale spécialisée à d'autres hôpitaux, comme par exemple fournir des consultations par des spécialistes en cardiologie à des patients dans des régions éloignées. Avec

l'utilisation de la télésanté, Quinn a identifié une évolution de son rôle comme recouvrant des actes de technicienne, de coordonnatrice, de planification, d'éducation des patients et de support au médecin qui fournit la consultation par la télésanté. En décrivant son expérience en tant qu'infirmière en télémédecine, Quinn a exprimé beaucoup d'enthousiasme quant à l'avenir de la pratique en soins infirmiers grâce à la télémédecine (Schlachta-Fairchild, 2001).

Au Québec, l'étude des bénéfices de l'utilisation d'un ordinateur a démontré l'amélioration des interventions des infirmières au domicile des patients. Les interventions étaient plus complètes et axées principalement sur l'évaluation du patient, le traitement de sa condition et l'éducation sur sa santé (Paré *et al.*, 2009). De plus, les infirmières ont perçu que les plans d'intervention suggérés dans l'application mobile leur permettaient de mieux structurer leurs visites avec les patients, d'éviter les oublis, en plus d'améliorer les notes prises dans le dossier du patient. Principalement, l'application a changé la perception que les infirmières avaient de leur travail, soit que l'accent n'était plus sur la tâche prescrite (ex : prendre des échantillons de sang) mais plutôt sur le patient dans son ensemble (Paré *et al.*, 2011; Paré *et al.*, 2009b).

Selon Hayes *et al* (2010), la collaboration entre les infirmières, leurs dirigeants et les autres professionnels de la santé contribue également à la satisfaction au travail des infirmières en soins infirmiers.

Qualité des soins de services

Une enquête récente auprès d'infirmières néerlandaises (n = 685) démontre que les infirmières associent l'implantation du dossier patient électronique à l'amélioration des soins et des conditions de travail (de Veer et Francke, 2010).

En Corée, un petit groupe d'infirmières a utilisé des assistants numériques personnels (PDA) dans les soins palliatifs à domicile. Les infirmières ont effectué des tâches telles que l'évaluation de l'état du patient, l'accès à des lignes directrices pour la gestion des patients atteints de cancer et la recherche d'informations antérieures sur le patient.

L'étude démontre des gains d'efficacité marginaux et des améliorations de la qualité des services (Hong *et al.*, 2009).

Par contre, l'analyse de cinq études différentes basées sur l'utilisation du dossier patient électronique par des infirmières (menées en Australie, aux États-Unis et en Angleterre) a dévoilée que les infirmières étaient généralement mécontentes avec l'utilisation de cette technologie car le manque d'une vue d'ensemble de l'état du patient dans les dossiers ne supportaient pas adéquatement la pratique infirmière. En outre, elles ont déclaré que les dossiers électroniques ne supportaient pas l'individualisation des soins et qu'elles ressentaient une tendance à contrôler leur travail à travers l'imposition de protocoles (Stevenson *et al.*, 2010).

Toutefois, une étude québécoise portant sur l'utilisation d'un ordinateur portable lors des visites à domicile a démontré que l'amélioration de la qualité des services était directement liée à l'utilisation de la technologie (Paré *et al.*, 2011). Les infirmières étaient en mesure de s'adapter rapidement à l'état de santé des patients car les notes cliniques étaient à jour et le patient ne devait pas constamment répéter les mêmes informations. Par exemple, l'étude comparative de 77 dossiers papier et 73 dossiers électroniques a démontré que les médicaments étaient deux fois plus documentés dans les dossiers électroniques que dans les dossiers papier.

Niveau de stress

Plusieurs éléments contribuent aujourd'hui à l'augmentation du niveau de stress du personnel infirmier, par exemple : les changements technologiques, les changements constants dans le domaine de santé, la surcharge de travail et la pénurie ainsi que le vieillissement de la main-d'œuvre infirmière (Schlachta-Fairchild, 2000). Les TIC peuvent donc avoir une incidence sur le niveau de stress des infirmières et, conséquemment, leur niveau de satisfaction au travail. De plus, le niveau de stress est grandement attribué au taux de roulement dans la pratique infirmière (Currie et Carr Hill, 2012; Laureen J. Hayes *et al.*, 2012).

Isolement professionnel

L'isolement professionnel affecte principalement les professionnels travaillant dans des régions éloignées ou périphériques. D'ailleurs, selon une étude de Hegney *et al.* (2002), qui a interrogé 443 infirmières travaillant dans une région éloignée en Australie, la principale raison pour laquelle les infirmières avaient quitté leur emploi était reliée à l'isolement. De plus, la littérature montre que le recrutement et la rétention du personnel dans les régions éloignées est une tâche ardue (Rheuban, 2006). Selon Rheuban (2006), les stratégies de recrutement et rétention doivent offrir des moyens pour réduire l'isolement professionnel, comme par exemple offrir des outils (ex : TIC) qui permettent de privilégier le contact à distance avec d'autres professionnels et l'amélioration continue.

Développement professionnel

Une enquête, par Doran *et al.* (2010), portant sur l'utilisation des technologies mobiles (PDA et tablette) pour permettre aux infirmières d'accéder à des ressources informationnelles, a démontré : 1) l'amélioration perçue de la qualité des soins dispensés, 2) l'amélioration perçue de la satisfaction au travail et 3) l'amélioration significative de la sensibilisation et de l'accessibilité aux ressources informationnelles. Ces résultats ont amené Doran *et al.* (2010) à recommander les technologies mobiles comme moyen pour améliorer l'accès aux ressources informationnelles pour les infirmières, pour ainsi assurer que l'information pertinente soit accessible pour supporter la prise de décision au moment des soins.

Cette étude est basée sur la prémisse qu'il est difficile pour les infirmières d'avoir accès à de l'information à jour et fiable sur leur pratique professionnelle. En outre, le manque de consultation d'information est attribué au fait que les infirmières de première ligne sont orientées plus vers la tâche à accomplir et font face à des charges de travail lourdes, ainsi elles ne portent pas leur attention à la reconnaissance des besoins d'informations potentiels et aux lacunes des connaissances (MacIntosh-Murray A. et Choo C.W., 2005).

2.3. Le cadre conceptuel

Sur la base de la présente revue de littérature, nous proposons un cadre conceptuel qui guidera la réalisation de notre étude. Le cadre conceptuel permet de formaliser l'étendue des impacts de la télésanté associés aux différents facteurs de rétention de la main-d'œuvre en soins infirmiers.

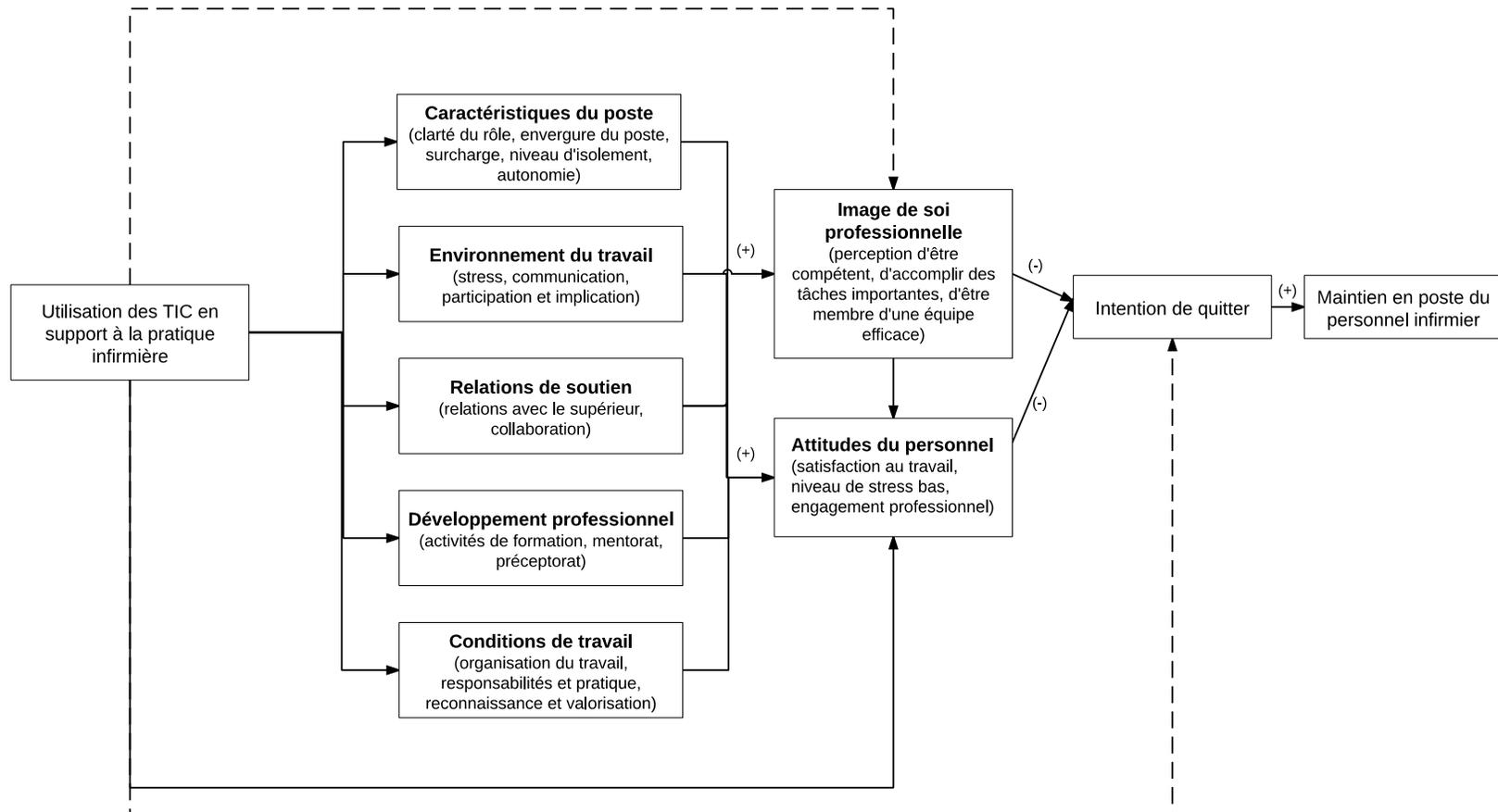
En nous basant sur certains constats généraux retrouvés dans la littérature (ex. : de façon générale les infirmières déplorent la surcharge de travail, le manque de souplesse dans l'aménagement du temps de travail, le niveau d'isolement et la faible autonomie) nous avons regroupé chacun des éléments sur lesquels les établissements de santé peuvent agir et sur lesquels les TIC peuvent avoir une influence. Par exemple, plusieurs des sources d'insatisfaction mentionnées dans la littérature sont liées aux conditions de travail (ex. : l'organisation du travail, la surcharge de travail, distribution des tâches). Pour d'autres infirmières, les autres facteurs d'insatisfaction peuvent être liés aux caractéristiques du poste, à l'environnement de travail, au niveau de développement professionnel offert, ainsi qu'aux relations de soutien.

Dans notre cadre conceptuel, nous illustrons deux types de liens. D'abord, le premier lien est en accord avec la littérature sur la rétention de la main-d'œuvre ainsi qu'avec les constats de Gagnon *et al.* (2012). Plus précisément, on retient de la littérature que l'utilisation des TIC peut avoir une influence directe sur les mécanismes de gestion mis en place dans une organisation. De plus, nous avons introduit un lien direct entre l'utilisation des TIC et les attitudes du personnel. Ce lien n'est pas présent dans la littérature. Toutefois, nous considérons que l'introduction des TIC dans la pratique infirmière peut être vécue au même titre qu'un choc. Rappelons que dans la littérature un choc est décrit comme un événement qui déclenche les analyses psychologiques impliquées dans le processus de quitter un emploi. De plus, les auteurs Allen *et al.* (2010), ajoutent qu'un choc peut être relié à un changement organisationnel ou au poste de travail et peut être perçu comme positif, négatif ou neutre.

Ensuite, le deuxième lien est en accord avec les résultats de Gagnon *et al.* (2012), qui établissent des liens indirects entre les TIC et la rétention du personnel infirmier. Toutefois, aucun lien n'est mentionné dans la littérature entre les TIC et l'image de soi professionnelle. Nous introduisons ce construit en nous basant sur la littérature sur la rétention de la main-d'œuvre, qui identifie l'image de soi professionnelle comme un antécédent qui permet d'expliquer le maintien en poste du personnel (Siebens *et al.*, 2006). De plus, selon certains auteurs, l'image de soi professionnelle représente également une source de satisfaction au travail (Demira *et al.*, 2003; Holmes, 2006; Lu *et al.*, 2005; Takase *et al.*, 2006).

Dans les chapitres suivants de ce mémoire, ce cadre sera validé auprès des infirmières ayant travaillé avec des outils technologiques depuis un certain temps.

Figure 4 Cadre conceptuel



Légende
 —→ : lien fort
 - -> : lien faible ou inexistant

Chapitre 3 – Méthodologie

3.1. Objectifs associés au chapitre

Ce mémoire vise à approfondir la compréhension du rôle des TIC sur les différents mécanismes influençant le maintien en poste des infirmières et infirmiers québécois. En effet, on s'efforcera d'abord à comprendre dans quelle mesure et de quelle façon les TIC influencent la pratique infirmière et, ensuite, comment elles contribuent aussi au maintien en poste de la main-d'œuvre infirmière. Afin d'obtenir des données valides et fiables, la mise en place d'une démarche rigoureuse et le respect de certains principes sont requis.

Le présent chapitre décrit la méthodologie de recherche sélectionnée pour atteindre nos objectifs de recherche. En premier lieu, ce chapitre présente la méthodologie de recherche choisie dans cette étude ainsi que les raisons justifiant ce choix. Dans un deuxième temps, nous exposons une description détaillée des outils de collecte de données, puis les méthodes d'analyses utilisées.

3.2. Approche méthodologique

Afin de répondre adéquatement aux objectifs de recherche énoncés précédemment, nous avons choisi d'effectuer une étude de cas exploratoire.

Selon Paré (2004), les études de cas sont appropriées lorsque le phénomène étudié est large et complexe, que la littérature est limitée, qu'une investigation en profondeur est nécessaire ou encore que le phénomène ne peut être étudié hors de son contexte. Dans l'objectif que nous poursuivons, toutes ces caractéristiques sont rencontrées. En effet, dans le cas de l'implantation d'une nouvelle technologie, les effets de l'utilisation de celle-ci ne peuvent pas être étudiés sans considération du contexte dans lequel elle est introduite (Benbasat, Goldstein et Mead, 1987).

Notre étude de cas est de type exploratoire, car elle vise à acquérir une meilleure compréhension d'un phénomène relativement nouveau qui doit être étudié dans son contexte et en tenant compte des expériences vécues par les acteurs afin d'être bien analysé (Benbasat *et al.*, 1987; Yin 1994).

3.3. Devis de recherche

Les étapes méthodologiques employées pour la réalisation de la présente étude de cas sont largement inspirées des recommandations émises par Eisenhardt (1989), Yin (2003) et Paré (2004). Principalement, on retient les trois phases suivantes :

1. Planifier l'étude de cas;
2. Réaliser l'étude de cas; et
3. Analyser les données et interpréter les résultats.

Dans cette section, nous présentons chacune de ces étapes ainsi que leur application dans la présente étude de cas.

3.3.1 Planifier l'étude de cas

La planification de l'étude a été réalisée en quatre étapes, tel que recommandé par Paré (2004), soit : 1) la définition des questions de recherche, 2) la spécification des construits et des théories, 3) la définition de l'unité d'analyse et 4) la sélection du cas. Chacune des étapes est discutée ci-dessous.

La définition des questions de recherche

Pour Yin (2003) la définition des questions de recherche est l'étape la plus importante dans la recherche par étude de cas. Selon Paré (2004), une bonne question de recherche doit être en lien avec l'objectif poursuivi. Notamment, Yin (2003) mentionne qu'une question de type « quoi » favorise l'étude de cas exploratoire.

De plus, selon Paré (2004), pour assurer la qualité et la pertinence de la question de recherche, une bonne question de recherche devrait être claire, simple, évidente, intéressante, réalisable selon le temps et les ressources disponibles, d'actualité ainsi que socialement et scientifiquement importante.

La question de recherche proposée tient compte de ces critères. Rappelons que la question au cœur de cette recherche est : « Dans quelle mesure et de quelle façon les TIC influencent-elles la pratique infirmière et contribuent-elles au maintien en poste de la main-d'œuvre infirmière? ». Cette question est en accord avec la recommandation de Yin (2003) puisque nous tentons d'identifier des éléments (le « quoi ») qui ont un impact sur la pratique infirmière et qui contribuent à la rétention de la main-d'œuvre. De plus, le critère de faisabilité, suggéré par Paré (2004), est également pris en considération. En effet, puisque la solution TI, qui fait l'objet de ce mémoire, a été implantée uniquement dans une seule unité du CSSS J-R, cela réduit le bassin d'intervenants qui sont touchés. Enfin, puisque l'artéfact TI est utilisé seulement depuis un an et qu'il vise à répondre à des problématiques démographiques d'actualité, nous considérons que le CSSS J-R se porte bien pour une étude de cas qui est socialement et scientifiquement importante.

La spécification des construits et des théories

Dans une étude de cas exploratoire, Paré (2004) suggère que le chercheur ne devrait pas se contraindre par des théories antérieures et devrait plutôt voir le développement de théories comme un objectif du projet. Or, Eisenhardt (1989) suggère qu'il est souvent difficile de débiter un projet de recherche avec aucune théorie ni construit en tête. Ainsi, la présente étude fera appel au cadre conceptuel présenté au chapitre 2 afin de guider la collecte des données et l'analyse des résultats.

La définition de l'unité d'analyse

Selon Yin (2003), définir l'unité d'analyse est une étape fondamentale et il s'agit de déterminer la principale entité faisant l'objet d'analyse dans une étude de cas. D'ailleurs, selon Dubé et Paré (2003), dans une étude de cas exploratoire, la définition

claire de l'unité d'analyse permet de définir les limites d'une théorie et celles de son application. Ainsi, l'examen de nos objectifs de recherche permet de définir le projet d'optimisation du SAD comme étant notre unité d'analyse. En effet, nous cherchons à comprendre comment l'établissement a mis à profit les TIC dans l'espoir d'améliorer la pratique infirmière et de retenir son personnel. Ainsi, le projet d'optimisation du SAD qui a eu lieu au sein du secteur des soins à domicile au CSSS Jardins-Roussillon, constitue le point de mire de la présente étude.

La sélection du cas

Une question centrale à cette étape est de sélectionner le nombre de cas à étudier. Selon Yin (2003), un seul cas est approprié lorsqu'il représente un cas unique, révélateur ou critique pour tester une théorie. Bien que, dans la littérature, on retrouve une critique fréquente face à ce choix, puisqu'une étude unique rend impossible la généralisation des conclusions, selon Markus (1989) un seul cas est suffisant pour infirmer une théorie.

Dans notre étude, l'établissement choisi est unique par son expérience en télésanté. Au Québec, le CSSS Jardins-Roussillon est reconnu comme un pilier pour leur recours aux nouvelles technologies en support à la pratique infirmière. D'ailleurs, la pratique infirmière du CSSS a subi un bon nombre de transformations au fil du temps grâce à l'utilisation des TIC, ce qui rend le cas très intéressant et pertinent pour l'atteinte de nos objectifs.

En outre, tout comme la majorité des CSSS au Québec, le site retenu fait face à une pression constante en lien avec la pénurie aiguë de ressources infirmières et il est soucieux de l'amélioration de leurs stratégies de rétention de la main-d'œuvre. Dans le prochain chapitre, plus de détails seront présentés sur l'organisation et son utilisation des technologies novatrices en support à la pratique infirmière.

3.3.2 Sélection des répondants et des outils de collecte de données

Afin de réaliser l'étude de cas, Paré (2004) suggère une combinaison de différentes méthodes de collecte de données. Nous avons opté pour la conduite d'entrevues semi-structurées, en plus de la collecte de documents pertinents. Le principal avantage de cette approche est le renforcement des données recueillies par la triangulation des données. D'ailleurs, selon Constantino et Westberg (2009), l'utilisation de la triangulation dans les études de cas favorise une plus grande richesse d'information en optimisant la profondeur de l'information. La collecte de données est discutée ci-dessous.

Les entrevues semi-structurées

Les entrevues semi-structurées sont la méthode de collecte de données privilégiée pour notre étude de cas. L'objectif est de définir des questions en fonction du cadre conceptuel présenté dans le chapitre précédent. Pour ne pas restreindre ou influencer les réponses des personnes interrogées, le guide d'entrevue est composé de questions ouvertes (voir annexe 1 et 2). Deux guides d'entrevues différents ont été élaborés afin d'adapter les questions aux acteurs auxquels elles s'adressent (gestionnaires et infirmières).

Les guides d'entrevue et le schème de codification ont été élaborés et soumis au directeur de recherche avant le début de la collecte des données. Suite à cela, nous avons déposé le dossier au comité d'éthique de la recherche (CER) de HEC Montréal. Le 11 juin 2013, nous avons obtenu le certificat d'approbation éthique, attestant la conformité de notre projet à la *Politique en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains*. Le processus de collecte de données a ensuite été entrepris.

Afin de valider notre grille d'entrevue, un entretien a été effectué auprès d'une infirmière; suite duquel des corrections mineures ont été apportées. Principalement, il s'agit de modification de reformulation de certaines questions pour éviter toute ambiguïté et pour mieux préciser les besoins d'information (voir annexe 3).

Un élément-clé de la recherche de cas est associé à la liberté de faire des ajustements pendant le processus de collecte des données. Ces ajustements permettent au chercheur de sonder les thèmes émergents (Eisenhardt, 1989). Ainsi, cette méthode a permis au chercheur de rester à l'écoute des propos des intervenants et d'ajuster les questions au fur et à mesure du déroulement des entrevues afin de prendre en compte certains éléments non considérés lors de l'élaboration des guides d'entrevue, tel que recommandé par Benbasat *et al.* (1987). Selon Eisenhardt (1989), cette flexibilité doit être contrôlée et elle recommande de bien documenter les changements au cours de la collecte de données. Ainsi, l'émergence de nouveaux thèmes et les changements aux guides d'entrevue ont été documentés afin de demeurer systématique dans l'approche employée (voir annexe 3).

Deux entrevues complémentaires ont été ajoutées lors de la collecte de données. Les répondants rencontrés nous ont mentionné que la solution SAD bénéficiait également à un groupe d'infirmières ne travaillant pas au sein de l'unité SAD. Nous avons donc jugé intéressant de les rencontrer et nous avons développé un guide d'entrevue adapté au profil des répondants (voir annexe 4). De plus, après l'analyse des données recueillies, nous avons décidé de présenter nos résultats au chargé de projet de l'implantation SAD pour valider nos analyses et pour recueillir ses impressions (voir annexe 5). Cette entrevue a été documentée et ajoutée à l'analyse des données pour enrichir la discussion des résultats.

La sélection des répondants

Selon Paré (2004), une des décisions importantes est liée à la sélection des participants. La détermination d'un nombre optimal de participants à interroger peut s'avérer un exercice très complexe (Paré, 2004). Dans notre étude, la sélection des participants et du nombre de participants à interroger est basée sur la stratégie de variation maximale. Cette stratégie est adéquate lorsque le chercheur veut obtenir la plus large gamme d'information et de points de vue sur le sujet à l'étude (Paré, 2004).

Pour ce qui est du bassin des répondants, il est constitué du personnel infirmier travaillant avec la solution SAD depuis un certain temps ainsi que de gestionnaires ayant été impliqués activement dans le projet technologique.

Nous avons débuté la collecte de données au mois de juillet 2013 et nous avons mis fin au processus au mois de septembre 2013. La fin du processus de collecte de données a été déterminée selon le critère de saturation, c'est-à-dire lorsque les propos ramassés apportent peu ou pas de nouveaux éléments par rapport aux entrevues précédentes (Stake, 1995). Le tableau suivant résume le profil des participants interrogés, ainsi que le nombre de participants.

Tableau 7 Profil des participants

Poste	Implication dans le projet	Nb de personnes interrogées
Directrice générale	Équipe projet	1
Directrice des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ)	Équipe projet	1
Adjointe DSIQ	Équipe projet	1
Directeur des services de première ligne et du maintien à domicile (et chargé de projet)	Équipe projet	1
Conseillère en soins infirmiers	Équipe projet	1
Conseillère en système d'information clinique	Développeur	1
Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI)	Équipe projet et Utilisatrice	1
Infirmière au soutien à domicile	Utilisatrice	5
Infirmière à l'urgence	Bénéficiaire	3
TOTAL		15

Tous les participants n'ont été rencontrés qu'une seule fois, sauf pour le chargé de projet qui a été rencontré une deuxième fois pour valider les résultats obtenus. En moyenne, les rencontres avec les personnes faisant partie de l'équipe projet ont duré

1 h, alors que les rencontres avec les infirmières ont duré 30 minutes. Toutes les rencontres ont été réalisées dans le lieu de travail des participants, soit à l'hôpital Anna-Laberge, au CLSC Kateri, au CLSC Châteauguay et au CLSC Jardin-du-Québec.

La documentation

La consultation de documents existants a permis de compléter les entrevues individuelles. Ces documents ont été consultés pour augmenter notre compréhension du contexte organisationnel choisi. Les documents consistent principalement en des documents corporatifs portant sur le projet, notamment :

Tableau 8 Liste des documents consultés¹¹

Projets et titres des documents consultés	Date de rédaction	Auteurs
Projet de modernisation des programmes en milieu de vie naturel		
Manuel d'organisation de projet – MOP	Février 2009	Chargé de projet
Portrait de la situation actuelle en soins infirmiers	Septembre 2009	Adjointe DSIQ
Évaluation du prototype (v1)	Avril 2010	Direction des ressources informationnelle
Organisation du travail - Problèmes / Objectifs / Cibles - Soins infirmiers et Assistance	Septembre 2010	Adjointe DSIQ
Sommaire exécutif des réalisations du volet soins infirmiers	Octobre 2010	Directrice des soins infirmiers et de la qualité
Rapport Final	Février 2011	Chargé de projet
Projet du dossier clinique informatisé au soutien à domicile		
Analyse de l'offre de services de soutien à domicile du CSSS JR	Juillet 2009	RCGT
Planification de l'implantation du DCI Hélios module SAD soins infirmiers		Comité de direction
Plan d'action soins infirmiers – Échéancier		Ajointe à la DSIQ
Rapport – Audit de qualité Documentation infirmière au dossier clinique informatisé	Mai- Juin 2013	Conseillère en soins infirmiers

¹¹ La liste des documents dans le tableau est triée par projet et par chronologie. Tous les projets mentionnés ont contribué au développement de la solution SAD. Ils seront discutés en détail dans le prochain chapitre.

Tableau 8 (suite) Liste des documents consultés

Projets et titres des documents consultés	Date de rédaction	Auteurs
Direction services de première ligne et du maintien à domicile		
Modèle de fonctionnement en soins infirmiers au soutien à domicile	Octobre 2010	Adjointe à la DSIQ
Utilisation efficiente des ressources humaines		
Cadre conceptuel	Avril 2013	Comité de direction
Projet d'optimisation au soutien à domicile		
Planification des phases de développement et d'implantation QCPR module première ligne (Phase 2) ➤ Solution SAD – volets OEMC et Psychosocial	Août 2013	Chargé de projet
Structure du projet – Solution SAD – volet OEMC et Psychosocial	Août 2013	Chargé de projet
Recrutement de personnel		
Plan Marketing	Mai 2013	Firme privée
Ressources en soutien à domicile	Février 2013	Firme privée
Estimation des besoins en soutien à domicile pour la clientèle PALV de la Montérégie en 2021-2022	Février 2013	ASSS de la Montérégie
Indicateurs – CSSS JR		
Tableau de bord 2012-2013 Optimisation des services de soutien à domicile longue durée		Direction Programme-clients maintien de l'autonomie
Liste des indicateurs – CSSS JR		ASSS de la Montérégie

3.3.3 Méthodes d'analyse des résultats

Le grand volume de données recueilli à la fin du processus de collecte exige une méthode d'analyse rigoureuse. Ainsi, nous avons retenu deux étapes d'analyse suggérées par Miles et Huberman (1994), soit 1) les premiers pas de l'analyse et 2) l'analyse de cas individuel (« within-case analysis »).

Les premiers pas de l'analyse

Paré (2004) suggère la codification comme outil pour supporter le chercheur dans les premiers pas de l'analyse. Deux principaux avantages de la codification sont la réduction de données et la réplification. De plus, selon le même auteur, il s'agit d'un outil qui permet de regrouper les propos des répondants selon des thèmes similaires pour faciliter l'interprétation de ceux-ci. Nous avons donc élaboré un schème de codification basé sur le cadre conceptuel présenté au chapitre 2 (voir l'annexe 6).

Avant de procéder à la codification, le chercheur a d'abord transcrit les entrevues. Cet exercice a permis de cumuler 320 pages de verbatim. Ensuite, afin de réduire la quantité de données, la grille de codification a été utilisée pour classer les propos des personnes interrogées selon les principaux thèmes. La codification a été effectuée selon leur pertinence par rapport au sujet à l'étude. Une grille a été utilisée pour chaque entretien. La grille de codification a été modifiée lorsque le chercheur identifiait un thème émergent. Finalement, cet exercice a permis de réduire à 37 pages le nombre de pages de verbatim structurés.

L'analyse de cas individuel (« within-case analysis »)

Une fois la codification accomplie, la première étape d'analyse a été d'utiliser la grille de codification, les documents recueillis ainsi que les notes du chercheur pour créer une narration détaillée du déroulement du projet. Nous avons également créé un tableau récapitulatif résumant la chronologie du projet, qui a d'ailleurs été validé auprès d'un membre de l'équipe de projet. Selon Paré (2004), il s'agit de l'utilisation d'une technique de chaîne d'évidence. Plus précisément, le chercheur vise à structurer et à organiser les résultats pour que le lecteur puisse suivre le raisonnement du chercheur (Yin, 2003).

La prochaine étape était d'identifier des éléments pouvant influencer la pratique infirmière ainsi que pouvant contribuer à la rétention de la main-d'œuvre. Pour y arriver, nous avons comparé les éléments du cas contre les éléments discutés dans notre

revue de la littérature. L'objectif était d'identifier si les éléments recensés dans la littérature se retrouvaient dans notre cas. Cet exercice a également permis d'identifier les éléments qui étaient présents dans notre cas, mais peu discutés dans la littérature. L'exercice fut largement inspiré par la méthode de « *pattern-matching* » de Yin (2003), qui recommande de réaliser cette analyse de façon itérative. D'ailleurs, avant qu'un élément soit identifié comme ayant une influence sur la pratique infirmière ou sur la rétention de la main-d'œuvre, nous avons comparé les différents propos recueillis des intervenants pour nous assurer de la validité de l'effet; pour s'assurer que nous avons au moins deux ou plusieurs sources d'évidence. Puis, lorsque nous avons identifié différents éléments et que nous avons abouti à un cadre d'analyse, nous avons rencontré un membre de l'équipe de projet afin de discuter des différents éléments et pour valider nos résultats. Tous ces éléments sont discutés dans le prochain chapitre.

Chapitre 4 – Résultats et discussion

Ce chapitre est divisé en deux grandes sections. La première présente l'étude de cas en se basant sur les informations recueillies lors des rencontres tenues avec le personnel infirmier et celles comprises dans les données documentaires (sections 4.1 et 4.2). La deuxième partie du chapitre présente l'analyse du cas en mobilisant les concepts liés au cadre conceptuel présenté au chapitre 2. L'objectif est de présenter les principaux éléments ayant eu une incidence sur la pratique infirmière et sur le maintien en poste du personnel infirmier (voir section 4.3).

Afin de réaliser ces objectifs, la première partie du chapitre s'articule de la manière suivante : 1) nous présentons d'abord le contexte organisationnel du CSSS Jardins-Roussillon (4.1) dans lequel évoluent les infirmières ainsi que les principaux défis auxquels fait face l'unité du soutien à domicile (SAD) et 2) on y détaille l'arrivée des TIC au sein de l'unité du SAD (4.2) en retraçant d'abord la situation initiale, en effectuant ensuite un survol chronologique des activités liées à leur introduction, et en présentant finalement la situation actuelle engendrée par les TIC. La troisième section du chapitre (4.3) présente une synthèse des effets de ces mêmes TIC sur la pratique infirmière et sur le maintien en poste de la main-d'œuvre infirmière ainsi que les éléments qui justifient les effets, puis nous confrontons ces éléments au cadre conceptuel présenté au chapitre 2.

4.1. Contexte organisationnel

4.1.1 Présentation du CSSS

Situé sur la Rive-Sud de Montréal, le Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon a été créé en 2004, suite à la fusion de l'Hôpital Anna-Laberge, de trois Centres locaux de services communautaires (CLSC), soit ceux de Châteauguay, de Kateri et de Jardin-du-Québec, ainsi que de trois centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), soit celui de Châteauguay, de La Prairie et de Saint-Rémi. L'objectif principal de cette fusion était de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus. Depuis sa création, le CSSS relève de l'ASSS de la Montérégie et du MSSS, c'est-à-dire qu'il doit communiquer ses résultats à ces deux instances.

Le CSSS Jardins-Roussillon (appelé CSSS J-R par la suite) est une grande organisation, qui bénéficie d'installations modernes, à la fine pointe et à l'avant-garde des technologies médicales et de l'information, où la clientèle constitue la première raison d'être¹². Le CSSS J-R dessert une population de 209 000 personnes résidant dans 25 municipalités et territoires autochtones, répartie sur un territoire de 1 346 km², ce qui en fait le troisième territoire le plus grand de la Montérégie quant à la taille de sa population et de sa superficie¹³.

La mission et la vision

La mission du CSSS est de « promouvoir, de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire » (CSSS Jardins-Roussillon, 2013 : 6). En plus d'offrir des services de santé et des services sociaux dans la communauté, en milieu hospitalier ainsi qu'en milieu de vie en hébergement, le CSSS vise à s'assurer que la population qu'elle dessert bénéficie d'une accessibilité exemplaire à des soins et services de qualité.

¹² <http://www.santemonteregie.qc.ca/jardins-roussillon/index.fr.html>, page consulté le 11 novembre 2013.

¹³ Tiré du Rapport annuel 2012-2013 du CSSS Jardins-Roussillon

Les valeurs

La culture organisationnelle du CSSS J-R est animée par des principes qui s’observent au quotidien dans les habitudes des membres de l’organisation et qui constituent des normes fortes aux yeux des employés. Elle s’actualise dans quatre grandes sphères : la façon de traiter les personnes, les pratiques avec la clientèle et les partenaires, la façon de résoudre les problèmes et la façon de prendre les décisions¹³. De plus, la culture organisationnelle est fortement teintée de valeurs qui animent le personnel, soit : la transparence, l’engagement, la responsabilisation et l’imputabilité, les choix éthiques, la qualité et l’équité, la pertinence et l’efficacité, le courage et la persévérance, le respect et la reconnaissance, l’ouverture et l’innovation, le plaisir au travail, l’ouverture aux communautés et l’empathie envers la clientèle (CSSS Jardins-Roussillon, 2013).

La structure

Pour réaliser sa mission, l’établissement met à la disposition de sa population des services généraux, spécialisés et surspécialisés de qualité. Son personnel multi-vocationnel vise essentiellement à prévenir, soutenir et guérir sa population. Le CSSS J-R est structuré autour de cinq programmes-clientèle, soit :

1. Famille, jeunesse et santé publique;
2. Première ligne et maintien de l’autonomie;
3. Santé physique (2e ligne);
4. Santé mentale et dépendances;
5. Hébergement.

Ces programmes sont sous l’autorité de la direction clinique et comptent sur les directions professionnelles et administratives pour des services transversaux (ex. : imagerie médicale, laboratoires, pharmacie, etc.) ainsi que pour les services professionnels (ex. : soins infirmiers, services professionnels) et administratifs transversaux (ex. : ressources humaines, ressources financières, ressources techniques et ressources informationnelles). Chaque programme-clientèle est géré par un directeur, dont l’objectif est de coordonner les activités autour des clientèles en travaillant en équipe interdisciplinaire (CSSS Jardins-Roussillon, 2013). L’organigramme du CSSS J-R est présenté aux annexes 7 et 8.

4.1.2 Présentation du secteur soutien à domicile

Les services

L'unité du soutien à domicile est sous la direction du programme-clientèle *Première ligne et maintien de l'autonomie*. Le CSSS J-R compte trois services de soutien à domicile (SAD) répartis dans ses 3 CLSC, soit ceux de Châteauguay, Kateri et Jardin-du-Québec. Le programme a été conçu pour assurer et coordonner des soins et des services de soutien aux personnes dans leur milieu de vie naturel. La large gamme de services inclut : les services d'accueil, qui reçoit les demandes et oriente les personnes vers le service approprié, les services de diagnostics et de gestion des cas, les services médicaux, les soins infirmiers, les services psychosociaux, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'inhalothérapie, la nutrition clinique, les services d'aide et d'assistance personnelles, l'administration d'allocation spécifique visant le soutien à la famille ainsi que les programmes de prêt d'appareils et d'accessoires fonctionnels.

Pour assurer ces services, le CSSS fait appel à des infirmières, des inhalothérapeutes, des diététistes, des médecins et du personnel administratif. Le rôle du CSSS est de rendre des services à domicile sécuritaires et de qualité qui répondent aux besoins de la clientèle, et ce, en temps opportun et de façon équitable. Pour ce faire, la direction générale doit assurer l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines, informationnelles et financières du SAD.

La clientèle

Les services énumérés ci-dessus s'adressent à toutes les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) ou présentant une déficience permanente et persistante nécessitant des soins de longue durée, dont la cause peut être physique, psychique ou psychosociale. La clientèle comprend également les personnes de tout âge qui présentent des besoins ponctuels de soins en santé physique à court terme (ex. : le suivi post chirurgical ou les soins palliatifs). Cette clientèle est définie selon les lignes directrices de la politique de soutien à domicile du MSSS « Chez soi : Le premier choix » qui fut adoptée en 2003.

Plusieurs orientations ministérielles et lois encadrent les services à domicile (voir annexe 9). En plus des lois, les services du SAD doivent constamment s'ajuster pour répondre à la demande croissante de la population. Depuis quelques années, la demande des services du SAD a changé à plusieurs égards. Notamment, on note l'ampleur importante de trois problématiques démographiques principales, soit : la pression constante liée au vieillissement de la population, l'alourdissement de la clientèle lié à la complexité et à la lourdeur des maladies (ex. : la comorbidité) ainsi que l'augmentation des maladies chroniques. Ces facteurs ont un impact sur les programmes du SAD du CSSS J-R. À cet égard, la prochaine section permet de tracer un portrait des principaux défis et enjeux actuels auxquels doit faire face le CSSS dans son ensemble, mais plus particulièrement l'unité du SAD.

4.1.3 Principaux défis et enjeux

Dans les services du SAD du CSSS J-R, les principaux défis peuvent être catégorisés selon les dimensions suivantes : la demande, les ressources insuffisantes et l'organisation des services.

La demande

Le CSSS doit faire face à une augmentation importante de la demande de services compte tenu des tendances démographiques (ex. : augmentation du vieillissement) et de l'évolution des besoins, notamment due à la croissance de la complexité des cas. Sur le territoire du CSSS, le vieillissement de la population se produit à un rythme légèrement plus rapide que dans le reste de la Montérégie. En effet, selon les données de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, entre 2013 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 63 % sur le territoire du CSSS J-R, comparativement à 56 % dans l'ensemble de la Montérégie.

De plus, en lien avec le vieillissement de la population, les maladies chroniques sont également en croissance et entraînent une augmentation de la consommation des soins

et des services. Le tableau suivant permet de présenter l'estimation des besoins en soutien à domicile pour la clientèle PALV de la Montérégie en 2021-2022. Les volumes projetés ont été calculés selon les 3 facteurs suivants : le poids démographique de la population âgée de 65 ans et plus des CSSS en 2021, l'accroissement du poids démographique de la population âgée de 75 ans et plus au sein des 65 ans et plus entre 2009 et 2010 et le profil de consommation de la population en 2009-2010.

Tableau 9 Estimation des besoins en soutien à domicile pour la clientèle PALV de la Montérégie en 2021-2022¹⁴

	Patients		Variation	Interventions à domicile		Variation
	2009-2010	2021-2022	%	2009-2010	2021-2022	%
CSSS J-R	2 519	4 320	71.5 %	44 158	106 170	140.4 %
Montérégie	24 384	40 493	66.1 %	526 796	1 226 111	132.7 %

Ce tableau permet de voir que, par rapport à la Montérégie, le CSSS J-R subit une croissance plus élevée que la moyenne. Ces projections sont alarmantes lorsqu'elles sont conjuguées aux défis liés aux ressources insuffisantes et à l'organisation du travail (présentés ci-dessous).

Les ressources insuffisantes

Les ressources humaines

À la lumière des estimations des besoins de la clientèle présentées ci-haut, l'ASSS de la Montérégie estime un besoin de doubler l'ensemble des effectifs d'ici 2021-2022³. Le besoin est plus marqué en soins infirmiers à domicile, avec une augmentation de 177 % d'effectifs équivalents à temps complet, passant de 212 en 2009-2010 à 588 en 2021-2022. Bien que ces projections soient inquiétantes, les indicateurs de pénurie sont tout aussi problématiques aujourd'hui. En effet, au cours de l'année 2012-2013, le nombre de postes vacants a presque doublé par rapport à 2009-2010, passant de 22 à 43

¹⁴ Estimations préparées par l'Agence des services de santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie et présenté le 28 février 2013

postes d’infirmières vacants. À ce nombre s’ajoutent les projections basées sur les départs à la retraite, ce qui signifie que le besoin actuel en main-d’œuvre infirmière du CSSS J-R s’élève à 100 infirmières à temps complet¹⁵.

Pour assurer son offre de services, le CSSS J-R doit donc avoir de plus en plus recours aux agences privées et/ou à du temps supplémentaire. En effet, une augmentation du pourcentage de recours à la main-d’œuvre indépendante infirmière a été enregistrée, passant de 6,8 % en 2011-2012 à 8,16 % en 2012-2013. Une augmentation du pourcentage d’heures supplémentaires travaillées par les infirmières est également observable, passant de 6,98 % en 2011-2012 à 7,37 % en 2012-2013¹⁴.

Face à ce contexte de pénurie de la main-d’œuvre, il demeure important pour le CSSS d’assurer un équilibre entre l’offre et la demande. Il s’est donc penché sur la recherche de solutions tangibles (ex. : recrutement, réorganisation du travail et rétention) pour pallier la problématique du manque de personnel (CSSS Jardins-Roussillon, 2013).

À titre d’exemple, la direction a mis sur pied une nouvelle image de recrutement intitulé « *Tjrs + pour toi, Tjrs + d’innovation, Tjrs + de défis* ». Le CSSS a saisi l’opportunité offerte par la notoriété et la réputation de ses installations pour faire face à la forte concurrence pour la main-d’œuvre infirmière et a mis de l’avant « son milieu innovateur et son ouverture à la relève telle que ses installations modernes, des équipes de travail jeunes et dynamiques, une organisation ouverte aux changements, un milieu avant-gardiste »¹⁶.

D’autre part, le CSSS est constamment à la recherche de solutions pour rendre les postes plus attrayants et stimuler le maintien en poste du personnel. Plusieurs programmes adaptés aux besoins des nouvelles générations de travailleurs voient graduellement le jour. Notamment, un système de rotation pour l’attribution des quarts

¹⁵ Tiré du rapport intitulé « Utilisation efficiente des ressources humaines », rédigé le 19 juin 2013

¹⁶ <http://www.santemonteregie.qc.ca/jardins-roussillon/index.fr.html>, consulté le 17 décembre 2013

de travail, ce qui signifie qu'une jeune infirmière est garantie 50 % du temps des quarts de travail de jour. Cette initiative est importante car, dans plusieurs hôpitaux, les nouvelles infirmières amorcent souvent leur carrière en travaillant les quarts de soir. Ainsi, le CSSS J-R vise à contribuer à la rétention et au mieux-être au travail de son personnel.

En somme, la direction de l'établissement voit un besoin d'aller chercher de la main-d'œuvre à l'extérieur de son bassin habituel. Actuellement, le CSSS J-R compte sur la relève provenant de deux principaux centres de formation, soit le cégep André-Laurendeau et le cégep de Valleyfield. Par contre, ceci ne suffit pas à la demande de main-d'œuvre actuelle. Le coût à payer pour assurer les services est donc très élevé : taux d'assurance-salaire élevés, absentéisme, épuisement de la main-d'œuvre, d'où l'importance de développer des outils qui supportent la pratique professionnelle et qui améliorent les conditions de travail.

Les ressources financières

Une croissance budgétaire constante est observable au niveau du secteur SAD au CSSS J-R. Notamment, de l'exercice de 2005-2006 à 2009-2010, ce secteur a vu ses dépenses de services de maintien à domicile augmenter de 6,3 %¹⁷. Cela signifie une nécessité de se pencher sur l'analyse de la performance de cette unité. En effet, l'écart entre l'offre et la demande de services SAD s'accroît avec le temps et augmente la nécessité d'une intervention majeure.

Les ressources informationnelles

Dès sa création, le Centre hospitalier Anna-Laberge a investi massivement dans les outils technologiques. En effet, en 1988, il s'est doté d'un dossier patient informatisé. Par contre, depuis la création du CSSS, le partage d'information entre les intervenants des CLSC et l'hôpital n'est toujours pas optimal. En effet, avant le projet d'optimisation du SAD (discuté dans la section 4.2), il n'existait aucune intégration des

¹⁷ Tiré du rapport « Modernisation des services de soutien à domicile supportée par les technologies de l'information » rédigé par Mme. Bélanger (2011) dans le cadre du programme Forces.

informations cliniques permettant de soutenir adéquatement la continuité des soins offerts aux usagers du secteur SAD en particulier.

L'organisation des services

La demande croissante et les ressources insuffisantes se répercutent sur la performance des services, notamment sur l'organisation des services et les listes d'attente des différents services du SAD.

La fusion des établissements en 2004 a résulté en un manque d'harmonisation dans l'organisation du travail. Particulièrement, on note le leadership et l'encadrement indépendant dans chacun des CLSC, ce qui a engendré une incapacité à répondre à l'augmentation de la demande et qui a forcé le CSSS à poser un regard sur l'ensemble de ses processus.

Pour améliorer la performance des services du SAD, le CSSS vise la mise en place d'une gestion optimale et imputable (CSSS Jardins-Roussillon, 2013). Plus précisément, le CSSS souhaite mettre en place une culture de révision et d'optimisation de l'utilisation des ressources. Pour y arriver, en 2009, une démarche de réorganisation du travail en soins infirmiers a été amorcée au sein du SAD. Dans la section suivante, nous présentons les éléments mis en place pour assurer cette réorganisation.

4.2. L'arrivée des TIC au sein de l'unité du SAD

Au début de l'année 2009, le CSSS J-R a amorcé les démarches pour instaurer une réorganisation et une optimisation du travail au sein de ses trois unités SAD. Les soins infirmiers ont été le premier groupe de professionnels visé par cette démarche, notamment dû au fait que les infirmières représentent une masse critique d'intervenants au sein de ce secteur. Cette décision a également été motivée par la sous-performance et les grands défis au niveau des soins infirmiers, notamment la pénurie, le recours à la main-d'œuvre indépendante, le nombre d'heures supplémentaires élevé, les taux d'assurance-salaire élevés, l'absentéisme et l'épuisement de la main-d'œuvre.

En consultant le plus récent rapport annuel du CSSS J-R, on note que l'optimisation du SAD constitue encore aujourd'hui une priorité. Le tableau ci-dessous permet de mettre en évidence les orientations stratégiques du CSSS et les différents axes d'intervention qui sont priorisés et qui sont en lien avec ce projet d'optimisation.

Tableau 10 Orientations stratégique du CSSS Jardins-Roussillon¹⁸

Orientation stratégique	Axe d'intervention
Améliorer l'accès aux services généraux	Services médicaux et infirmiers
Assurer un suivi interdisciplinaire des clientèles ayant des besoins particuliers	Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer
Favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités	Services de soutien à domicile
Assurer l'accès aux services dans des délais acceptables	Services sociaux
Assurer l'intégration et la circulation de l'information clinique	Dossiers cliniques informatisés (DCI)
Assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre qualifiée	Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
Offrir des conditions de travail et de pratique attrayantes et valorisantes	Rétention et mieux-être au travail
Améliorer la performance du système de santé et de services sociaux	Optimisation de l'utilisation des ressources
Assurer une gouvernance plus imputable	Partage des responsabilités et règles d'imputabilité

De façon générale, on constate que trois dimensions importantes ressortent de l'analyse des orientations stratégiques priorisées par la direction générale du CSSS J-R, soit : l'accès aux services, la qualité des services ainsi que l'attraction, la rétention et la

¹⁸ Selon le Rapport annuel 2012-2013 du CSSS Jardins-Roussillon

contribution optimale des ressources humaines. De plus, on constate que les services de première ligne sont l'axe d'intervention priorisé. Enfin, on remarque également que, pour le CSSS J-R, la qualité des services de santé passe par la disponibilité et l'accessibilité de l'information clinique. De cette façon, le projet d'optimisation du SAD est cohérent avec les priorités stratégiques énoncées par la direction générale du CSSS ainsi que l'utilisation des TIC pour supporter cette démarche.

4.2.1 Situation initiale du SAD

Pour mieux apprécier la réalisation de ce projet, il faut d'abord présenter la performance du SAD avant que la transformation ait eu lieu. Le tableau suivant permet de synthétiser les problèmes répertoriés par la direction des soins infirmiers :

Tableau 11 Problèmes répertoriés en soins infirmiers par la DSIQ¹⁹

Problèmes	Descriptions
Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Processus de travail non optimaux (ex. : multiplication des versions de dossiers, de formulaires, de rapports) • Actes et autres tâches infirmières qui pourraient être délégués • Gestion non optimale des équipements, instruments, fournitures médicales en l'absence d'un préposé • Gestion non optimale de la charge de cas • Insatisfaction du personnel
Accessibilités aux services	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité non optimale
Accès à l'information	<ul style="list-style-type: none"> • Accès difficile aux dossiers des patients • Utilisation non optimale des TI <ul style="list-style-type: none"> A. Manque d'information/formation sur les TI B. Déficience des mécanismes de transfert des demandes de l'Hôpital Anna-Laberge C. Manque de postes de travail D. Manque d'accès à distance

¹⁹ Tiré du rapport intitulé *Organisation du travail – Soins infirmiers (problèmes, objectifs et cibles)*, rédigé par l'adjointe DSIQ, publié en septembre 2010

Tableau 11 (suite) Problèmes répertoriés en soins infirmiers par la DSIQ¹⁹

Problèmes	Descriptions
Standardisation de la profession et amélioration continue	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de consultation des protocoles et des règles de soins • Besoin de revoir la hiérarchisation des tâches
Gestion administrative	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation trop importante de la main-d'œuvre indépendante (MOI) • Manque de soutien aux intervenants
Approches collaboratives	<ul style="list-style-type: none"> • Sur-utilisation des infirmières comme pivot • Difficulté à planifier les plans d'intervention • Manque de partage des champs de pratique

Dans un premier temps, ce tableau permet de démontrer un grand besoin d'harmonisation et de standardisation des pratiques de soins et de gestion dans les 3 CLSC. En effet, la présence de silos locaux, renforcés par des chefs de service dans chacun des CLSC, agissent comme entrave à la performance et à l'optimisation des soins offerts. Dans un deuxième temps, le tableau démontre un manque de support à la pratique infirmière ainsi qu'un manque important d'outils de travail.

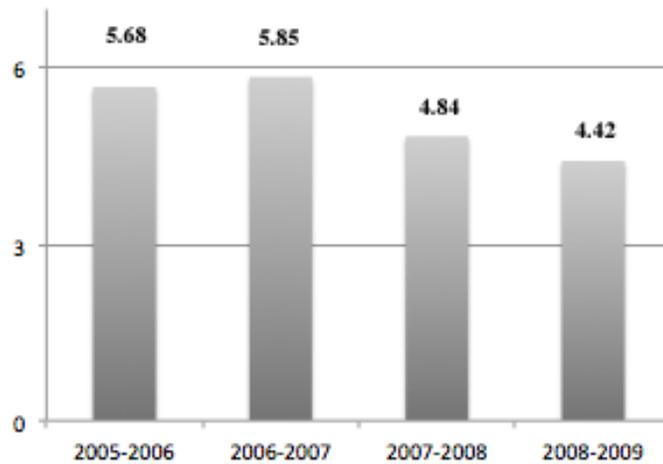
Ainsi, à l'été 2009, la firme de consultation Raymond Chabot Grant Thornton (RCGT) a été mandatée pour réaliser une analyse de l'offre de services de soutien à domicile au CSSS J-R. Nous résumons les grandes lignes de cette analyse dans les paragraphes ci-dessous.

Dans le cadre de son analyse, le groupe RCGT a identifié des groupes de comparaisons au Québec et a analysé la performance du CSSS J-R. Selon le rapport final, en comparaison avec les autres groupes et avec la moyenne régionale, la fréquence d'intervention et le taux de pénétration de l'organisation au CSSS J-R étaient moins élevés. Cela signifie que pour un territoire et une population similaires, les services SAD du CSSS J-R étaient moins accessibles à la population desservie. Les tableaux suivants permettent d'illustrer une diminution du nombre d'interventions par tranche de 7 heures de travail et du taux de pénétration dans le territoire desservi :

Tableau 12 Accessibilité des services (2007-2008)

	Nb d'intervention par tranche de 7hrs	Taux de pénétration
CSSS Jardins-Roussillon	10,31	182,53
Groupe de comparaison	11,45	195,66
Région (Montérégie)	10,50	181,10

Figure 5 Nb d'interventions infirmières au CSSS J-R par tranche de 7 heures travaillées



Le rapport du groupe RCGT a également permis d'identifier une structure d'effectif différente par rapport au groupe de comparaison. En effet, au CSSS J-R, l'unité du SAD était uniquement composée d'infirmières ou d'infirmières bachelières, alors que l'on retrouvait des infirmières auxiliaires dans les CSSS du groupe de comparaison. Le tableau ci-dessous présente les différentes catégories d'intervenant recensées :

Tableau 13 Répartition des interventions par catégorie de l'intervenant (2007-2008)

Catégorie d'intervenant	CSSS Jardins-Roussillon	Groupe de comparaison	Région de la Montérégie
Infirmier	66 %	59 %	67 %
Infirmier-bachelier	34 %	32 %	30 %
Infirmière auxiliaire	0 %	5 %	2 %
Autre intervenant du CSSS	0 %	3 %	0 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Bref, ces données démontrent la pression constante qui s'exerçait sur le secteur SAD et qui a d'ailleurs motivé la direction générale du CSSS J-R à entreprendre une démarche transformationnelle (présentée dans la prochaine section).

4.2.2 La chronologie des étapes de la transformation

Dans cette section, on mettra en évidence les choix stratégiques qui ont caractérisé la démarche du CSSS à travers un survol chronologique des étapes du projet. On fera également ressortir le rôle de levier qu'ont joué les TI dans l'optimisation du SAD.

Une série d'étapes et d'activités se sont succédées au sein du CSSS J-R en lien avec la démarche d'optimisation du SAD amorcée en 2009. Le tableau ci-dessous permet de résumer la chronologie des grandes étapes de la démarche. Chacune d'elles sera expliquée dans les paragraphes qui suivent.

Tableau 14 Chronologie des étapes²⁰

Étapes	Description	Dates
Planification	Élaboration et adoption du Manuel d'organisation du projet par le comité de direction du CSSS J-R	Mars 2009
	Planification détaillée pour chacun des volets par les comités de travail	Avril 2009
	Stratégies de changement organisationnel	Avril 2009
	Mise en place d'une structure d'implantation par phases :	Avril 2009
	<ul style="list-style-type: none"> • Phase 1 – Soins infirmiers • Phase 2 – Multidisciplinaire et Psychosociale • Phase 3 – Accueil • Phase 4 – Ergothérapie • Phase 5 – Physiothérapie • Phase 6 – Nutrition et Inhalothérapie • Phase 7 – Médecine • Phase 8 – Prêt d'équipement 	
	Lancement du projet	Avril 2009

²⁰ Les événements énumérés dans le tableau ont été consolidés suite à l'analyse des données des documents corporatifs reçus et de celles recueillies lors des entretiens.

Tableau 14 (suite) Chronologie des étapes²⁰

Étapes	Description	Dates
Portrait de la situation initiale	Portrait de la situation actuelle (évaluation de la performance) par RCGT.	Juillet 2009
	Modélisation de la situation actuelle (plus de 68 processus modélisés). Dépôt du portrait global en soins infirmiers au comité de coordination.	Septembre 2009
Détermination d'un nouveau modèle d'organisation du travail intégrant les TIC	Recensement des meilleures pratiques	Septembre 2009
	Analyse des écarts	Septembre 2009
	Détermination du modèle d'organisation du travail	Octobre 2009- Octobre 2010
Déploiement initial du nouveau mode de travail	Déploiement des activités en lien avec la loi 90 sur l'intégration des auxiliaires des services de santé et des services sociaux (ASSSS)	Octobre 2010
	Présentation des rôles et des responsabilités professionnelles attendus dans les différents titres d'emploi au SAD réalisée auprès des directions et des professionnels impliqués	Octobre 2010
	Formation des infirmières et des infirmières auxiliaires sur les nouveaux rôles et responsabilités dans les 3 CLSC	Octobre 2010
	Développement d'outils cliniques pour supporter le nouveau mode de travail	Janvier 2010 — Janvier 2011
	Organisation quotidienne du travail	Janvier 2010 — Janvier 2011
Développement du DCI-SAD	Prototype	Mars à Mai 2010
	Évaluation du prototype	Avril 2010
	Présentation du projet DCI-SAD (phase 1) au personnel SAD	Mars 2012
	Design et test de l'infrastructure pour supporter la mobilité du personnel	Octobre 2011 à Juin 2012
	Acquisition et configuration des postes de travail	Septembre 2011 — Mai 2012
	Développement du module DCI-SAD	Janvier — Juin 2012
	Tests intégrés avec nouveau module DCI-SAD, les nouveaux postes de travail et l'infrastructure	Juillet- Août 2012

Tableau 14 (suite) Chronologie des étapes²⁰

Déploiement DCI-SAD	Validation du DCI par les supers-utilisateurs (Go no Go)	31 août 2012
	Présentation du projet DCI-SAD à tout le CSSS	Septembre 2012
	Implantation du premier site pilote – CLSC Châteauguay	Septembre 2012
	Formation des utilisateurs – personnel infirmier du SAD	Début Septembre 2012
	Formation des utilisateurs – personnel des équipes spécialisées et hors SAD	Fin Septembre 2012
	Implantation des deux autres sites – CLSC Kateri et CLSC Jardin-du-Québec	Octobre à Novembre 2012
	Formation des utilisateurs – personnel infirmier du SAD	Octobre 2012
	Formation des utilisateurs – personnel des équipes spécialisées et hors SAD	Novembre 2012
	Modification au DCI en cours d'implantation	Septembre à Décembre 2012
	Bilan d'implantation	Janvier 2013
Suivi et amélioration continue	Mise en place d'un comité d'utilisateur et d'une équipe d'amélioration continue	Janvier 2013
	Audit de qualité	Mai-Août 2013

Étape 1 : La planification

Il a tout d'abord fallu rédiger et approuver un manuel d'organisation de projet qui a permis de définir la portée du projet, de réunir toutes les parties prenantes et de définir les principaux livrables requis pour accomplir les différents objectifs du projet. La portée de celui-ci inclus trois principaux axes d'amélioration, soit : « l'utilisation optimale de l'ensemble des capacités du personnel de ce secteur [le SAD], l'approche interdisciplinaire et la mise en valeur des supports informatiques disponible ou à

développer dans [l'organisation] »²¹. L'introduction de ces trois axes a certainement contribué au niveau de complexité du projet. Par contre, selon la direction générale, cette approche a permis au CSSS J-R d'assurer la réussite de la transformation en adressant, tout au long de la réalisation du projet, les intérêts du personnel soignant.

L'exercice d'optimisation s'est traduit en un certain nombre d'enjeux relationnels, interpersonnels et interprofessionnels, nécessitant un changement majeur au niveau de la culture organisationnelle, notamment en lien avec l'harmonisation des pratiques cliniques au sein des trois CLSC. Pour gérer cette complexité, un plan de gestion du changement et un plan de gestion des risques ont été développés. La **mobilisation des personnes** a été retenue comme stratégie de choix pour gérer le changement. Basé sur le modèle de Bareil (2003), un ensemble d'interventions a été défini et communiqué à l'équipe de projet. Les recommandations issues du plan de changement ont également permis de guider certains choix faits au moment du déploiement (ces choix sont discutés plus bas dans une autre sous-section).

Pour composer avec les défis liés à la réalisation du projet, une structure de projet à trois niveaux a été mise en place, soit : stratégique, tactique et opérationnel. Cette structure a permis d'assurer une gestion simple et efficace des différents livrables en plus d'aller chercher la collaboration et la participation des différentes parties prenantes en travaillant en partenariat avec l'équipe de direction, soit : la Direction générale (DG), les directions des Soins infirmiers et de la qualité (DSIQ), des Ressources professionnelles et de l'interdisciplinarité (DRPI), des services Première ligne et maintien de l'autonomie, des Ressources humaines (DRH) et des Ressources informationnelles (DRI) ainsi que les syndicats.

Au niveau opérationnel, un comité de travail a été mis en place pour chacun des volets du projet, soit :

²¹ Manuel d'organisation du projet préparé sous la direction de Sonia Bélanger, publié le 12 Février 2009

- **Le volet des soins infirmiers** : qui vise à réaliser la révision de l'organisation du travail et l'optimisation du personnel en soins infirmiers;
- **Le volet des services professionnels** : qui vise à réaliser la révision de l'organisation du travail et l'optimisation du personnel dans les services professionnels;
- **Le volet du soutien technique, cléricale et aide à domicile** : qui vise à réaliser la révision de l'organisation du travail et l'optimisation du personnel de soutien clinique et administratif;
- **Le volet des technologies de l'information** : qui vise à réaliser le déploiement du DCI de sorte à alléger la charge de travail du personnel et faciliter l'accès à l'information.

Ces quatre volets sont interdépendants et permettent d'encourager la collaboration et la mobilisation de toutes les parties prenantes. Chacun des comités de travail est composé de la direction et des membres du personnel des services respectifs. L'organigramme à l'annexe 10 illustre la structure du projet et présente les rôles et les responsabilités de chacun des comités mis sur pied.

Étape 2 : Le portrait de la situation initiale

Cette étape avait pour objectif la pose de diagnostic et l'identification des zones d'amélioration possible dans les processus et les pratiques professionnelles. Tout d'abord, des indicateurs de performance ont été identifiés par la firme de consultation RCGT. Tel que mentionné plus haut, l'analyse a soulevé un niveau de performance, en termes de services offerts au SAD, moins élevé que celui des groupes de comparaison du CSSS. Ce rapport a été présenté aux groupes de travail ainsi qu'aux gestionnaires du SAD.

À la lumière de ces informations, la modélisation des processus a été retenue comme moyen d'analyse de la situation actuelle. L'objectif poursuivi à cette étape était l'examen de la chaîne d'évènements (qui, quoi, pourquoi, comment, quand, à qui, pour qui), des pratiques professionnelles et des modes de fonctionnement. Selon les gestionnaires interrogés, cet exercice fut nécessaire car les données disponibles

n'étaient pas suffisantes pour identifier les pistes de solutions possibles. De plus, la modélisation des processus a permis d'identifier les irritants, les causes des problèmes (ex. gaspillages) ainsi que les pistes d'améliorations possibles.

Ce travail fut réalisé sous la responsabilité des divers comités de travail en collaboration avec le personnel de chacune des spécialités concernées. Par exemple, pour la phase 1 (soins infirmiers), le comité de travail était composé de l'adjointe de la direction des soins infirmiers, une conseillère en soins infirmiers, trois infirmières cliniciennes assistantes au supérieur immédiat (ICASI), une infirmière de chaque CLSC, une représentante syndicale et la chargée de projet.

Les travaux ont permis d'établir un portrait précis du mode de fonctionnement initial en soins infirmiers et d'identifier les zones d'amélioration tant au niveau clinique qu'au niveau administratif. En tout, 16 processus clés issus des consultations menées dans les trois CLSC ont été modélisés puis analysés, dont :

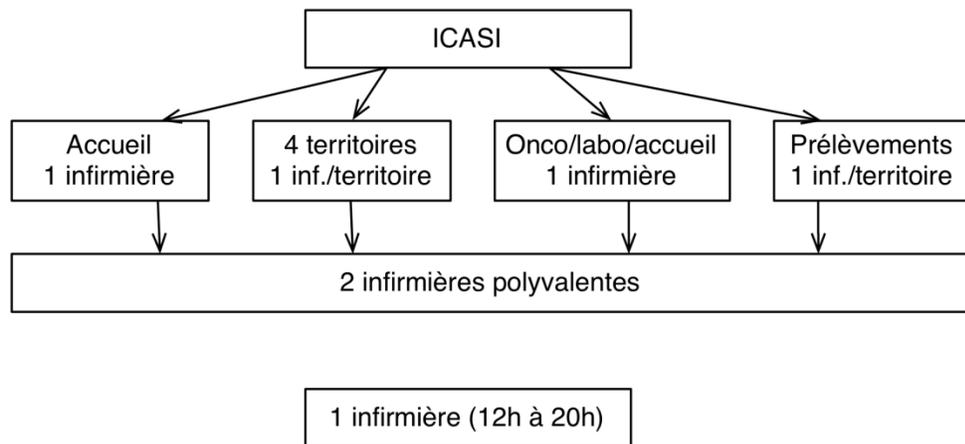
- la réception d'une demande de services;
- le traitement d'une demande de services;
- la visite à domicile;
- le retour au CLSC suite aux visites à domicile;
- la commande d'équipements;
- la fin d'épisodes de soins auprès de patients.

La prochaine étape a consisté à recenser les pratiques novatrices et à créer de nouveaux modèles ou modes de fonctionnement. Pour bien comprendre les changements proposés par le nouveau modèle (présenté plus bas), il est important d'abord de présenter le modèle initial ainsi que les principaux problèmes rencontrés. Nous présentons ci-dessous les grandes lignes du mode de fonctionnement au sein de chaque CLSC avant que la transformation ait lieu.

CLSC Kateri

Au total, dix infirmières étaient responsables des activités liées au soutien à domicile. Le CLSC Kateri était divisé en 4 territoires, chacun étant couvert par une infirmière. De plus, une infirmière assumait le suivi de la clientèle ambulatoire qui reçoit des soins d'oncologie, effectuait les prélèvements ponctuels et supportait l'infirmière à l'accueil. Une autre infirmière effectuait les prélèvements à domicile pour tout le territoire du CLSC. De plus, lors d'une augmentation du volume de la clientèle, 2 infirmières polyvalentes étaient assignées au territoire. Elles remplaçaient également les congés des intervenantes. Finalement, une infirmière, présente 5 jours par semaine (de 12 h à 20 h), procédait aux soins de la clientèle qui nécessite une deuxième visite. Par contre, elle n'avait pas de charge de cas attribuée. Enfin, l'infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat (ICASI) se charge d'encadrer tous les infirmières et de s'assurer de la coordination des activités du SAD de son CLSC. La figure suivante permet d'illustrer la structure des soins infirmiers au soutien à domicile du CLSC Kateri.

Figure 6 Structure des soins infirmiers au soutien à domicile du CLSC Kateri²²

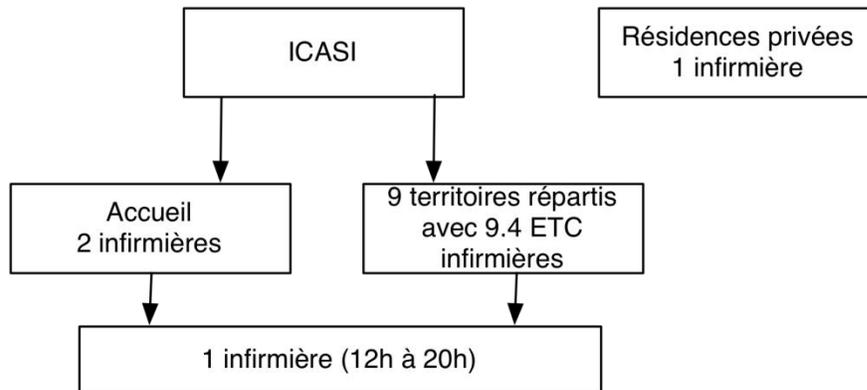
CLSC Châteauguay

Le CLSC Châteauguay comptait pour sa part 9,4 infirmières à temps complet (ETC), réparties dans 9 territoires, qui assumaient les soins de toute la clientèle et assuraient la charge des cas à domicile. L'ICASI assurait l'équilibre dans la répartition de la charge

²² Tiré du rapport Modèle de fonctionnement en soins infirmiers au soutien à domicile préparé par l'adjointe à la Direction des soins infirmiers et de la qualité, Octobre 2010.

de cas entre les infirmières. Deux infirmières étaient affectées à l'accueil des demandes. Lors des absences, les infirmières présentes se partageaient le travail, faisaient appel à la liste de rappel ou avaient recours à la main-d'œuvre indépendante. D'ailleurs, l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante était importante au CLSC Châteauguay. Il y avait également une infirmière présente de 12 h à 20 h, 5 jours par semaine. Elle n'avait pas de charge de cas attribuée, mais elle procédait aux soins de la clientèle qui nécessitait 2 visites par jour. La clientèle en résidence privée était assignée à une infirmière clinicienne. Les résidences privées pour aînés sont gérées par des intérêts privés et offrent une gamme étendue de services à leur clientèle. La figure suivante permet d'illustrer la structure des soins infirmiers au soutien à domicile du CLSC Châteauguay.

Figure 7 Structure des soins infirmiers au SAD du CLSC Châteauguay²²

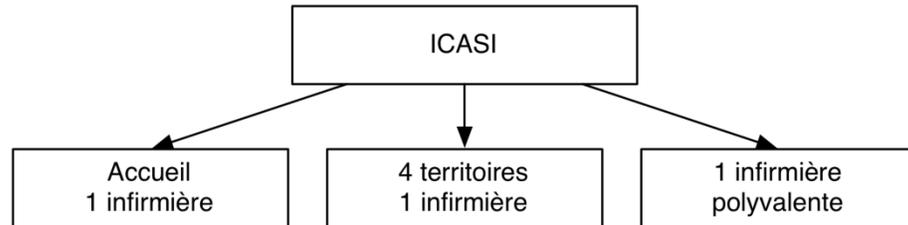


CLSC Jardin-du-Québec

Le contexte du CLSC Jardin-du-Québec est particulier car il couvre un territoire très large en milieu rural. Il était divisé en 4 territoires dont chacun était supervisé par une infirmière. De plus, il comptait une infirmière polyvalente pour assurer le remplacement des infirmières lors des congés. Il y avait également une infirmière à l'accueil. Il est à noter que les services se terminent à 16 h 30; il n'y avait aucune infirmière présente jusqu'à 20 h (comme dans les deux autres CLSC). Au besoin, le CLSC Jardin-du-Québec avait recours à de la main-d'œuvre indépendante. La figure

suivante permet d'illustrer la structure des soins infirmiers au soutien à domicile au sein de ce CLSC.

Figure 8 Structure des soins infirmiers au SAD du CLSC Jardin-du-Québec



En somme, cette répartition des services nous permet de constater que les modes de fonctionnement, les structures et les pratiques en soins infirmiers n'étaient pas harmonisés, ce qui contribua au manque d'uniformité dans les pratiques cliniques et aux problèmes dans l'organisation du travail à l'intérieur de chacun des services.

Le groupe de travail ayant effectué l'analyse de la situation initiale a par ailleurs souligné un manque de support professionnel dans la pratique clinique. Il a également soulevé des questionnements quant à la valeur ajoutée de certaines tâches et la pertinence de leur exécution. En effet, les infirmières ont identifié des tâches qui pourraient éventuellement être faites par d'autres catégories de professionnels. Notons qu'au moment de l'analyse de la situation initiale, il n'y avait aucune infirmière auxiliaire (IA) ni d'auxiliaire familiale et sociale (AFS) dans les trois CLSC. Par conséquent, les infirmières cliniciennes réalisaient plusieurs tâches qui ne relevaient pas de leur rôle professionnel. L'annexe 11 illustre toutes les activités quotidiennes réalisées par les infirmières dans chacun des trois CLSC.

Enfin, le tableau suivant permet de résumer les principaux problèmes liés au mode de fonctionnement initial, soit : la sous-performance en matière d'efficacité et d'efficience, l'accès difficile à l'information clinique, le manque de standardisation du cadre de pratique en soins infirmiers et une déficience des approches collaboratives.

Tableau 15 Problématiques liées au modèle de fonctionnement initial du SAD²³

Problématiques	Descriptions
Problèmes d'efficacité et d'efficience	<ul style="list-style-type: none"> • Faible répartition des tâches et actes infirmiers vers d'autres catégories de professionnels ou employés (aucune infirmière auxiliaire dans l'équipe de soins); • Charge de cas non optimale (environ 40 patients/infirmière); • Processus de travail non optimaux (16 processus identifiés dans 66 diagrammes de processus de travail répertoriés); • Lourdeur des processus de gestion administrative (recours aux agences privées = 20 % des heures infirmières et manque de soutien aux intervenants); • Accroissement des dépenses d'environ 6,3 % par année depuis 2005-2006; • Nombre d'usagers en perte d'autonomie suivis par le SAD en baisse depuis 2006-2007; • Insatisfaction du personnel (problème de reconnaissance et de valorisation, taux de satisfaction générale à 66 %, communication 56 %, reconnaissance 58 %); • Absence de soutien à la gestion du matériel et manque d'équipement.
Accès difficile à l'information clinique	<ul style="list-style-type: none"> • Accès difficile aux dossiers des usagers : <ul style="list-style-type: none"> - Recherche régulière de dossier auprès de 3 à 4 intervenants (accessibilité aux dossiers des patients souvent problématique, information clinique pas toujours disponible au moment opportun et présence accrue de dossiers en parallèle) - Multiplicité des formulaires (N=60) et des outils maison (N=39); - Multiples entrées manuelles des données démographiques (N=10); • Utilisation non optimale des TI : <ul style="list-style-type: none"> - Manque de formation et d'information sur les systèmes actuels, utilisation minimale des TI au sein du service du SAD (I-CLSC, Lotus Notes, DCI-Hélios); - Manque de fonctionnalité; - Déficience des mécanismes de transfert des demandes de services; - Manque de postes de travail; - Aucun accès à distance.
Manque de standardisation du cadre de pratique en soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté d'appropriation du cadre de référence sur la pratique SAD (une seule formation à l'arrivée du personnel); • Absence d'outils et manque de consultation des protocoles, règles de soins et méthodes de soins (désuétude des protocoles); • Pratique infirmière non standardisée dans le cadre de la loi 90.

²³ Tiré d'un rapport interne rédigé par la direction générale du CSSS J-R, Juillet 2011.

Tableau 15 (suite) Problématiques liées au modèle de fonctionnement initial du SAD²³

Approches collaboratives déficientes	<ul style="list-style-type: none"> • Surutilisation des infirmières comme pivot; • Difficulté de planification des plans d'interventions interdisciplinaires; • Manque de partage des champs de pratique.
---	--

Dans la prochaine section, nous illustrons les solutions mises de l'avant suite aux nombreux constats faits lors de l'étape de diagnostic.

Étape 3 : La détermination d'un nouveau modèle d'organisation du travail

Cette étape a consisté en la détermination d'un nouveau mode d'organisation du travail. Des ateliers de travail ont été organisés afin de permettre aux intervenants d'identifier les zones d'amélioration, de proposer des pistes de solutions et de voir ce qui relève de leur discipline, de l'interdisciplinarité et de la gestion. De plus, ces groupes de discussion ont permis d'assurer une certaine forme d'imputabilité chez les intervenants visés, notamment les infirmières car elles étaient parties prenantes des solutions proposées.

La vision à cette étape consistait à intégrer les meilleures pratiques professionnelles dans les modes de fonctionnement du personnel infirmier, faciliter les échanges, introduire la collaboration interdisciplinaire dans la pratique quotidienne et introduire les TIC dans la transformation des processus. Bien que la priorité était la réorganisation des processus de travail et des pratiques infirmières, l'utilisation des TIC était anticipée afin de mieux soutenir et optimiser les différents processus cliniques dédiés aux activités professionnelles à domicile. Celles-ci ont donc influencé l'élaboration du nouveau mode d'organisation de travail, en introduisant une approche d'analyse et une méthodologie qui faciliteraient l'introduction des supports informatiques.

Les objectifs poursuivis à cette étape étaient les suivants: l'optimisation des processus cliniques et des ressources humaines ainsi que l'amélioration du climat de travail. Pour y parvenir, une série d'analyses a été réalisée pour identifier les écarts. Les principales activités réalisées dans le cadre de cet exercice sont présentées ci-dessous.

A. *Révision des rôles professionnels et des champs de pratique*

La révision de l'organisation du travail a permis la mise en place d'une nouvelle structure et l'optimisation des modes de pratique. Cette dernière se traduit principalement par la révision des rôles de l'infirmière, par l'introduction des infirmières auxiliaires et par l'application du cadre législatif prescrit par la loi 90, adoptée en 2002.

Cette importante loi modifie la façon de partager les activités cliniques entre 11 professions de la santé (ex. : les infirmières, les infirmières auxiliaires, les inhalothérapeutes, etc.), en plus de reconnaître l'expertise et le rôle central des infirmières dans les soins de santé (OIIQ, 2003). Selon l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, « l'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs » (OIIQ, 2003).

L'analyse des 14 activités réservées aux infirmières par la loi 90 (voir annexe 12) permet de soulever 4 domaines de pratique principaux, soit : l'évaluation, le suivi, le diagnostic et le traitement. Plus particulièrement, l'évaluation devient l'assise de l'exercice infirmier, qui distingue les infirmières des autres professionnels et qui permet d'élargir l'autonomie de celles-ci. En effet, elles peuvent évaluer l'état d'un patient avant la visite du médecin. Dans le contexte des soins à domicile, les infirmières peuvent déterminer le plan de soins et déléguer des tâches aux auxiliaires familiales. Il importe de distinguer qu'au Québec il existe trois catégories d'infirmières, les principales différences sont présentées à l'annexe 13.

Enfin, la loi souligne la nécessité d'introduire l'aide de non-professionnels (ex. : les auxiliaires familiales). Dans un contexte de pénurie, tous s'entendent pour dire qu'une collaboration interprofessionnelle est de mise. Au sein du CSSS J-R, la loi 90 supporte les efforts de réorganisation du travail par la clarification des compétences et du champ

de pratique de chacun des professionnels sur le terrain, tout en favorisant la collaboration et la synergie.

B. Révision du mode d'organisation du travail

En plus de modifier le rôle de l'infirmière, l'application de la loi 90 sur la profession infirmière oblige l'utilisation du plan thérapeutique infirmier. Ce dernier comprend « l'ensemble des soins, des traitements infirmiers et des autres interventions déterminées par l'infirmière, ainsi que les soins et les traitements médicaux prescrits. C'est aussi un outil de collaboration interprofessionnelle, notamment avec les médecins et les infirmières auxiliaires » (OIIQ, 2003). Ceci signifie que l'infirmière est responsable de déterminer le plan thérapeutique et d'assurer sa réalisation. Plus précisément, elle doit évaluer la condition physique et mentale du patient, déterminer le plan d'intervention et assurer son suivi. Son évaluation enrichit le plan d'intervention interdisciplinaire.

Cette étape de révision des modes de fonctionnement était nécessaire afin d'introduire cette nouvelle forme de collaboration dans les activités quotidiennes. Ces nouveaux modes de fonctionnement seront discutés davantage dans la section suivante.

C. Révision des outils de travail et conception d'outils cliniques

À cette étape, la révision, l'harmonisation, l'intégration et le développement des outils de travail reliés aux soins infirmiers ont été effectués. Ces activités ont été réalisées par le comité de travail des soins infirmiers en collaboration avec les infirmières. De nouveaux protocoles, formulaires, guides de pratiques, ordonnances collectives et divers autres outils ont été développés en collaboration avec les directions-conseils, par exemple :

- Fiche mensuelle d'enregistrement des médicaments et traitements ;
- Protocoles de soins ;
- Feuilles d'évaluation disciplinaire.

D. Définition de l'offre de service des services infirmiers et professionnels

La firme RCGT a également suggéré une série de cibles de performance lors de l'évaluation réalisée en juillet 2009. Ces cibles ont aidé les responsables du projet de transformation à préciser le niveau d'implication et d'intensité des interventions pour chacune des disciplines, notamment les soins infirmiers. Les cibles de performance permettent aujourd'hui d'évaluer l'efficacité du nouveau mode d'organisation du travail.

E. Définition des rôles et de leurs contributions au sein des équipes multidisciplinaires

À la lumière du cadre législatif en vigueur et des objectifs poursuivis, tous les rôles et les responsabilités des professionnels (ex. : infirmière, infirmières auxiliaires, auxiliaires familiales, etc.) ont été révisés et redéfinis afin de mieux préciser leur contribution au sein des équipes multidisciplinaires.

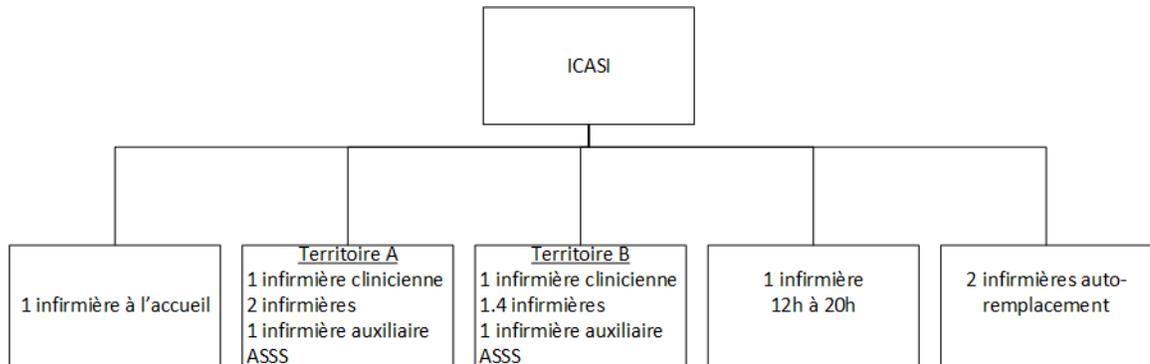
Dans la prochaine section, nous présentons le résultat de ces analyses et le nouveau mode d'organisation du travail mis en place dans chacun des trois CLSC.

Étape 4 : Le déploiement initial du nouveau mode de travail

Tel que mentionné plus haut, l'un des changements majeurs fut la révision des rôles et des responsabilités des divers groupes d'intervenants. Ainsi, le déploiement du nouveau modèle d'organisation du travail a d'abord nécessité la restructuration des équipes de soins infirmiers, résultant en un nouveau mode de fonctionnement (nouvelle structure d'équipe et nouveaux mécanismes de gestion). Nous présentons ci-dessous la nouvelle structure mise en place dans chaque CLSC, les principaux changements sont ensuite discutés.

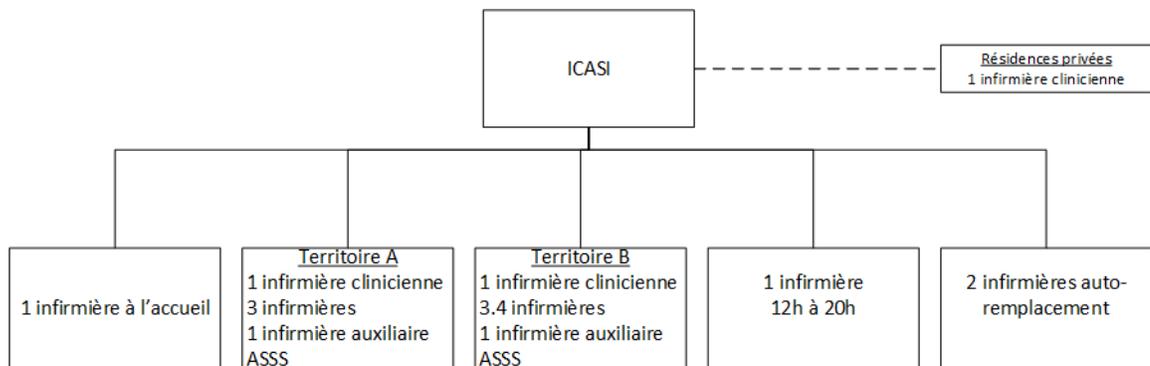
CLSC Kateri

Figure 9 Nouvelle structure des soins infirmiers au SAD du CLSC Kateri



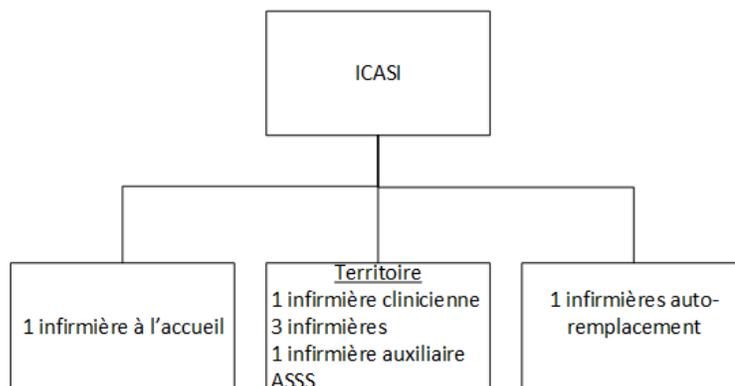
CLSC Châteauguay

Figure 10 Nouvelle structure des soins infirmiers au SAD du CLSC Châteauguay



CLSC Jardin-du-Québec

Figure 11 Nouvelle structure des soins infirmiers au SAD du CLSC Jardin-du-Québec



De façon générale, cinq postes d’infirmière auxiliaire ont été créés dans les équipes du SAD, répartis selon les besoins de chaque site comme suit : 2 au CLSC Châteauguay, 2 au CLSC Kateri et 1 au CLSC Jardin-du-Québec.

Le CSSS J-R a également décidé de déployer les activités permises par la loi 90 aux employés non professionnels, résultant en la création d’un poste d’auxiliaire familiale et sociale (AFS) dans chaque CLSC, également appelée auxiliaire en santé et en services sociaux (ASSS).

De plus, la notion d’auto-remplacement a été introduite dans la gestion des horaires de travail et des postes spécifiques d’auto-remplacement ont été créés dans les 3 CLSC. Cette mesure a permis de stabiliser les équipes de soins et de minimiser le recours à la MOI. Les infirmières provenant d’agences privées n’ont pas de charge de cas mais prennent la relève lors des absences des infirmières.

Enfin, un autre changement introduit est l’assignation d’une seule infirmière à l’accueil, au lieu des deux assignées à ce poste antérieurement.

Suite à l’introduction de ces changements, des formations ont été données aux infirmières, infirmières auxiliaires et aux AFS concernant leur rôle professionnel respectif ainsi que sur l’encadrement requis. Un document de référence sur la répartition des activités cliniques au SAD, tenant compte des rôles professionnels, leur a également été présenté et fourni.

Étape 5 : Le développement du DCI-SAD

Rappelons que l’introduction des TIC était prévue depuis le début du processus d’optimisation du SAD. Le choix définitif de la technologie fut basé sur une étude réalisée dans un service de SAD dans un établissement comparable à celui du CSSS J-R. L’étude en question démontre que l’utilisation d’un ordinateur portable comme outil de travail lors des visites à domicile produit plusieurs effets positifs notamment sur la productivité, la qualité de la documentation et la satisfaction des infirmières (Paré *et*

al., 2009). Puisqu'un dossier clinique informatisé était déjà en place, la direction du CSSS J-R a décidé de miser sur l'utilisation des actifs informationnels existant au lieu d'investir dans l'acquisition d'une nouvelle plateforme technologique et d'un nouveau système. De plus, l'ensemble des intervenants utilisait déjà le DCI existant, du moins en partie, et donc l'adoption de ce système par tous les intervenants serait plus facile.

L'outil en question correspond à l'ajout d'un module dans le DCI pour chacun des groupes d'intervenants (ex. : soins infirmiers, inhalothérapeutes, physiothérapeutes, médecins). Par exemple, pour les soins infirmiers, le module DCI-SAD visait des fonctionnalités propres à la pratique infirmière, soit : 1) l'élaboration des plans d'interventions à domicile, 2) le suivi des médicaments, 3) la réception et le traitement des demandes de visites à domicile, 4) la documentation des notes cliniques dans le dossier lors des visites à domicile et 5) les demandes de service à d'autres intervenants.

Avec l'introduction du module DCI-SAD, les infirmières qui rendent visite à leurs patients à domicile seront désormais munies d'un ordinateur portable. À leur arrivée à domicile, elles devront se connecter au réseau sans-fil à l'aide d'une clé internet pour accéder au dossier clinique de leurs patients à travers le système intégré de l'hôpital. Le DCI leur permettra de documenter les soins prodigués lors de chaque visite directement dans le système, plutôt que devoir attendre leur retour au CLSC afin d'accéder au dossier papier du patient. Pendant une visite, l'infirmière devra sélectionner, dans le DCI-SAD, le ou les formulaires qui correspondent aux soins à réaliser et devra documenter sa visite selon les données cliniques requises.

Puisque les intervenants travaillant au SAD doivent se déplacer chez les patients, le développement du DCI-SAD nécessitait la mise en place d'une infrastructure cellulaire pour permettre l'accès à distance au DCI. Ainsi, un prototype a été développé et testé pour évaluer les efforts requis, en plus d'identifier comment le DCI-SAD allait supporter la pratique infirmière. Il s'agit d'une étape importante où les moyens à mettre en place ont été convenus selon les principaux objectifs en lien avec le développement. Rappelons que les objectifs initiaux étaient :

- Réduire le temps de recherche de formulaires dans le dossier-patient;
- Améliorer la compréhension des notes aux dossiers (dans les dossiers papier, l'écriture est difficilement lisible);
- Faciliter une mobilité optimale : permettre aux intervenants de consulter et ajouter des informations cliniques chez le patient;
- Réduire la double saisie d'information et le risque d'erreur par des interfaces entre les systèmes d'information et entre les applications.

Pour chaque module du DCI-SAD (ex. : soins infirmiers, Inhalothérapie, etc.), l'équipe d'analyse et de développement fut composée des ressources suivantes : un intervenant terrain (selon la discipline), un intervenant des directions professionnelles et un intervenant expert en développement informatique. Pour la phase 1 (soins infirmiers), l'équipe était composée d'une infirmière ICASI, d'une conseillère en soins infirmiers et d'une infirmière travaillant dans le développement informatique.

Suite aux tests et aux premiers essais par prototype, le développement de la solution finale a débuté en janvier 2012 et fut complété en juin de la même année. Une méthodologie de développement de type agile fut privilégiée dans le cadre de ce projet. Plus précisément, l'équipe de développement s'est réunie dans une salle avec trois bureaux adjacents les uns aux autres, et a collaboré étroitement avec la directrice des soins infirmiers (sponsor) pendant 6 mois pour développer toutes les fonctionnalités du nouveau module. Cette méthodologie fut privilégiée pour assurer une livraison rapide du nouveau système.

Étape 6 : Le déploiement du DCI-SAD

La stratégie de déploiement du DCI-SAD a reposé sur les principes suivants : une implantation progressive après chaque phase de développement, un déploiement précédé de séances de validation sur le terrain (prototypage), une formation assurée par la ressource terrain de la discipline concernée (ayant participé au développement), un support technique dédié tout au long de l'implantation, l'identification de super

utilisateurs pour supporter la formatrice et la mise en place de soutien professionnel pour la prise de décision en regard des normes de documentation clinique.

Une fois que le module a été validé et accepté par les supers-utilisateurs, une présentation du DCI-SAD a été faite à tout le personnel concerné. Des formations ont ensuite été données au personnel infirmier du SAD, mais également au personnel hors SAD, notamment au personnel travaillant à l'urgence, qui a accès en lecture seule au nouveau module.

Initialement, le déploiement et la formation devaient être réalisés sur une période de trois mois, soit 1 mois par CLSC. Par contre, après le déploiement du premier CLSC et à la demande générale des infirmières, l'implantation a été accélérée et fut conclue sur deux mois plutôt que trois. Les utilisateurs avaient entendu parler du système de façon très favorable et ont fait pression afin que l'implantation dans leur propre unité soit devancée, ce qui était perçu comme un signe encourageant de la part des responsables du projet.

L'implantation du DCI a signifié le retrait complet des dossiers papier pour les infirmières du SAD. Aujourd'hui, elles utilisent le DCI pour mettre à jour tous les dossiers de leurs patients. Par contre, lorsqu'elles doivent consulter les notes d'un autre groupe d'intervenants (ex. inhalothérapeute), elles doivent avoir recours au dossier papier.

Lorsqu'interrogées sur la valeur du DCI-SAD, les infirmières ont identifié les bénéfices suivants : la réduction des activités cléricales, l'accès rapide aux données cliniques partageables et aux sources d'informations sur les meilleures pratiques ainsi que la réduction des saisies multiples.

Étape 7 : Le suivi et l'amélioration continue

La fin de la phase 1, en décembre 2012, a été marquée par la mise en place d'un comité d'utilisateurs chargé d'assurer la pérennité et l'amélioration continue du système. Le comité regroupe les supers-utilisateurs ainsi que d'autres utilisateurs identifiés après le déploiement.

Un audit de qualité des notes infirmières a été réalisé six mois après le déploiement du nouveau module. La direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ) fut responsable de cette démarche. En tout, 45 dossiers ont été audités, dont 18 au CLSC Châteauguay, 16 au CLSC Kateri et 11 au CLSC Jardin-du-Québec. Tous les dossiers ont été sélectionnés au hasard et examinés par une conseillère en soins infirmiers. Le tableau ci-dessous présente les principaux résultats issus de cet audit.

Tableau 16 Résultats de l'audit de qualité²⁴

	Château			Résultat
	guay	Kateri	Jardin	Global
Utilisation du formulaire en lien avec le soin	72%	88%	100%	87%
Utilisation du bon formulaire	50%	69%	82%	67%
Documentation complète selon les problèmes cliniques du patient	66%	75%	75%	72%
Pertinence des notes écrites dans "autres notes"	60%	64%	44%	56%
Formulaires incomplets	0%	0%	18%	6%
Boîte de réception mise à zéro à la fin de chaque quart de travail	44%	50%	80%	58%
Les données générales du patient sont entièrement complétées	17%	13%	0%	10%
Les données générales du patient sont partiellement complétées	83%	87%	82%	84%
Utilisation du PTI	89%	100%	100%	96%
Directives à l'ASS faites via le PTI	100%	100%	100%	100%
Utilisation des grilles d'évaluation de risque	50%	63%	91%	68%
Documentation des médicaments	67%	31%	100%	66%
Documentation des ressources communautaires	72%	44%	73%	63%

L'audit a soulevé un certain nombre de problèmes, dont :

- l'absence de formulaires pour certains soins
- la présence de formulaires qui devraient être abolis
- la présence de formulaires qui devraient être regroupés en 1 seul formulaire

²⁴ Tiré du rapport d'audit réalisé par la direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ), Juin 2013

- l'absence de directives nécessaires / présence de directives non nécessaires
- directives de plan de travail pas claires.

Suite aux constats de l'audit, une formation de consolidation sur les points à améliorer a été donnée à tous les utilisateurs du DCI-SAD. Cette formation a notamment permis de communiquer les meilleures pratiques à toutes les infirmières.

De plus, un deuxième audit interne a été réalisé concernant l'utilisation du portable à domicile. Voici les principaux constats dans chacun des CLSC. D'abord, on observe que seulement 45% des infirmières du CLSC Kateri documentent au domicile de l'utilisateur. Ce faible taux d'adoption est lié aux facteurs suivants : 1) 2 infirmières sur 9 n'ont pas accès au portable (ce sont des infirmières de fin de semaine et aucun accès n'est prévu pour elles) et 2) 3 infirmières sur 7 (ayant un accès) documentent peu à domicile et le font principalement au CLSC l'après-midi. Au CLSC Jardin-du-Québec, 75% des infirmières documentent au domicile de l'utilisateur. Enfin, au CLSC Châteauguay, seulement 36% des infirmières documentent au domicile de l'utilisateur selon les résultats de l'audit. Ce faible taux d'utilisation du portable à domicile est lié aux facteurs suivants : 1) 3 infirmières sur 17 n'ont pas accès au portable et 2) 8 infirmières sur 17 documentent surtout au retour au CLSC, ce qui représente près de 50% des dossiers. Lorsque interrogées sur ces résultats, les infirmières ont mentionné documenter au CLSC lorsque la condition du patient est très sévère (ex. : soins palliatifs) ou lorsque les conditions de salubrité ne sont pas adéquates. On retient donc que la sous-utilisation du portable à domicile n'est pas reliée à la qualité du système, mais bien plus aux conditions environnementales particulières.

Pour conclure, la démarche d'optimisation du SAD au CSSS J-R fut caractérisée par l'introduction des TIC pour supporter la réorganisation du travail. Selon les gestionnaires interrogés, la réorganisation du travail avant l'introduction des TIC est une caractéristique distinctive de la démarche d'optimisation du SAD, un facteur qui a grandement contribué à la réussite du projet et à l'acceptation des nouvelles pratiques chez les infirmières et autres intervenants concernés. La prochaine section mettra en évidence les améliorations et impacts associés à ce projet de transformation.

4.2.3 Situation post transformation

Globalement, la démarche de transformation menée au CSSS J-R a permis de contribuer à instaurer une nouvelle culture « intersites, interprofessionnelle et intersyndicale » (CSSS Jardins-Roussillon, 2013), notamment par la réorganisation du travail et l'introduction des TIC. L'instauration d'une nouvelle culture a grandement été favorisée par la mobilisation du personnel tout au long de la démarche de transformation. On constate que l'implication des infirmières lors de l'étape de diagnostic de la situation initiale, lors de la modélisation des processus existants et lors de la réingénierie des processus et des modes de travail a largement favorisé l'engagement du personnel concerné. De plus, selon les gestionnaires interrogés, l'implication des infirmières était nécessaire à l'élaboration d'une solution qui répond à leurs besoins, qui élimine toutes les sources d'inefficacité et qui instaure une nouvelle culture organisationnelle dans l'optique de promouvoir la collaboration, l'entraide et l'amélioration continue.

Dans le tableau suivant nous résumons les principales solutions mises en place et les résultats observés jusqu'ici. L'objectif est de faire ressortir les éléments ayant contribué à l'atteinte des objectifs visés initialement par la direction générale du CSSS J-R.

Tableau 17 Éléments de la réorganisation du travail ayant contribué à l'atteinte des objectifs visés

Objectifs visés	Rappel des problématiques	Solutions introduites	Résultats
Amélioration de l'efficacité et d'efficience	<p>Faible répartition des tâches. Processus de travail non optimaux.</p> <p>Lourdeur des processus de gestion administrative.</p> <p>Insatisfaction du personnel.</p> <p>Absence de soutien.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification et harmonisation des rôles et des responsabilités dans les trois CLSC. • Introduction des infirmières auxiliaires (IA) et des auxiliaires familiale et sociale (AFS). • Transfert des tâches réalisées par les infirmières aux non professionnels (IA et AFS). • Développement d'un nouveau modèle de fonctionnement (organisation des équipes infirmières par territoire.). • Formation sur les rôles de chacun des intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du temps consacré par les infirmières à des tâches clinico-administratives. • Diminution de la charge de travail par l'utilisation des TIC. • La nouvelle structure d'équipe facilite le remplacement, élimine le recours au temps supplémentaire et diminution du recours aux agences privées (diminution de 33% dans les 3 sites). • Élimination des listes d'attente. • Augmentation du temps passé à domicile avec les patients. • Charge de cas n'a pas changée (en moyenne 40 patients/infirmière). • Renforcement du soutien à la gestion du matériel et d'équipement. • Les tâches exécutées par les infirmières sont recentrées sur les activités importantes reliées au rôle d'infirmière.

Tableau 17 (suite) Éléments de la réorganisation du travail ayant contribué à l'atteinte des objectifs visés

Objectifs visés	Rappel des problématiques	Solutions introduites	Résultats
Accès à l'information clinique	Accès difficile aux dossiers des usagers.	<ul style="list-style-type: none"> • Création du module DCI-SAD et installation de l'accès à distance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune recherche de dossier nécessaire.
	Utilisation non optimale des TI déjà en place.	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition de postes de travail (1 ordinateur par intervenant). • Harmonisation des documents et suppression des outils maison. • Formation donnée à tout le personnel du SAD sur l'utilisation du nouveau module DCI-SAD et sur les TIC au sein du service du SAD (ex. : I-CLSC, Lotus Notes). 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'entraide entre infirmières du SAD. • Optimisation de la qualité des notes infirmières grâce à l'ajout de nouvelles fonctionnalités. • Accès rapide à l'information. • Aucune duplication des formulaires.
Standardisation du cadre de pratique en soins infirmiers	Difficulté d'appropriation du cadre de référence sur la pratique du SAD.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un nouveau cadre de référence sur la pratique SAD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Appropriation du cadre de référence sur la pratique infirmière du SAD facilitée par l'utilisation du DCI-SAD et le développement d'outils cliniques et administratifs.
	Absence d'outils et manque de consultation des protocoles, règles de soins et méthodes de soins (désuétude des protocoles).	<ul style="list-style-type: none"> • Pratique infirmière standardisée selon le cadre de la loi 90. • Introduction du plan thérapeutique infirmier (PTI). 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité des notes cliniques des infirmières au SAD.
	Pratique infirmière non standardisée au sein du SAD parmi les 3CLSC	<ul style="list-style-type: none"> • Développement d'outils cliniques et administratifs pour structurer les méthodes de soins (ex. : protocoles, formulaires). 	

Tableau 17 (suite) Éléments de la réorganisation du travail ayant contribué à l'atteinte des objectifs visés

Objectifs visés	Rappel des problématiques	Solutions introduites	Résultats
Renforcement de la collaboration interdisciplinaire	Sur-utilisation des infirmières comme pivot. Difficulté de planification des plans d'interventions interdisciplinaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Introduction du plan thérapeutique infirmier. • Révision des champs de pratique de chaque intervenant. • Rédaction d'un cadre de référence sur les mécanismes de collaboration interprofessionnelle. • Formation des intervenants sur les approches collaboratives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la continuité et la qualité des services • Amélioration du partage des champs de pratique entre les intervenants. • Amélioration de la collaboration interdisciplinaire.

4.3. Éléments liés à la pratique infirmière et la rétention du personnel

Dans cette section, nous présentons la réponse à notre question de recherche initiale. Rappelons que nos objectifs de recherche étaient de comprendre dans quelle mesure et de quelle façon les TIC influencent la pratique infirmière et comment elles peuvent contribuer au maintien en poste de la main-d'œuvre infirmière.

Afin de répondre à la question initiale, il importe de mettre l'accent sur l'expérience vécue par les infirmières. Jusqu'à présent, nous avons présenté l'étude de cas (section 4.1 et 4.2) et les principaux résultats issus de l'effort d'optimisation de l'unité du SAD au CSSS J-R (section 4.2.3) ; mettant ainsi l'accent sur la vision organisationnelle sous-jacente au projet de transformation. Dans la présente section, il importe de discuter du rôle qu'ont joué les TIC dans cette transformation (section 4.3.1) ainsi que des éléments qui sont liés directement ou indirectement à la pratique infirmière et la rétention de main-d'œuvre infirmière (section 4.3.2).

L'analyse des éléments liés à la pratique infirmière et la rétention de la main-d'œuvre infirmière passe par l'analyse des attitudes des infirmières suite à la mise en place des nouveaux modes de travail et de l'utilisation des TIC. Ainsi, on discutera d'abord du rôle des TIC et leur adéquation dans le projet d'optimisation du SAD (section 4.3.1). Ensuite, on se penchera sur les effets des changements introduits sur la pratique infirmière dans son ensemble (section 4.3.2.1) puis sur le maintien en poste des infirmières (section 4.3.2.2). Enfin, on présentera une mise à jour du cadre conceptuel présenté au chapitre 2 afin de mettre en relation l'ensemble des éléments observés au CSSS J-R (section 4.3.3).

4.3.1 Rôle des TIC dans l'optimisation du SAD

Tel qu'expliqué précédemment, la direction générale du CSSS J-R a décidé d'investir dans un projet d'optimisation du SAD à cause de la réalisation d'une incapacité de répondre à l'accroissement de la demande liée à la pénurie de la main-d'œuvre et aux pratiques jugées non performantes au sein des trois unités SAD. De plus, le besoin d'agir a été renchéri par le rôle central des services de première ligne au sein des activités du CSSS. À cet égard, les principaux objectifs visés par l'optimisation du SAD étaient : 1) d'augmenter graduellement le nombre de patients visités par les infirmières du SAD lors d'un même quart de travail tout en maintenant le même niveau de qualité, 2) d'améliorer l'accessibilité aux services sociaux et de santé ainsi que 3) de mettre en place une gestion optimale et imputable à travers une plus grande harmonisation des pratiques infirmières dans les unités concernées.

Pour y arriver, la direction du SAD a changé la structure de travail du personnel infirmier, notamment par l'introduction de nouveaux postes (IA et AFS) et de nouveaux modes de travail afin d'encourager la collaboration entre les professionnels et les non-professionnels. Le module DCI-SAD a ensuite été développé puis déployé afin d'informatiser certains protocoles (ex. : la préparation des plans thérapeutiques, l'assignation des responsabilités aux non-professionnels par les infirmières, la saisie en temps réel des notes cliniques lors des visites à domicile).

L'analyse des éléments exposés précédemment nous permet de constater le rôle de levier des TIC dans la mise en place des différents changements au sein de l'unité SAD. Selon la DSIQ, la réorganisation du travail a été réalisée avec l'objectif d'introduire dans un deuxième temps les TIC pour soutenir la pratique quotidienne des infirmières. Il importe donc de souligner que les TIC ne constituent pas le principal moteur de la transformation mais bien un levier important nécessaire pour assurer le succès des efforts liés à la réorganisation du travail. Tel que mentionné à la section 4.2.2, suite à la réorganisation du travail et à l'implantation du nouveau mode de travail, les infirmières étaient en attente d'améliorations concrètes; elles souhaitaient

voir l'implantation d'outils qui leur permettraient d'améliorer leur pratique au quotidien. L'introduction du module DCI-SAD a donc permis de répondre à ces attentes, tout en restant cohérent avec les objectifs organisationnels. Dans la section suivante, nous discuterons des éléments ayant été améliorés ainsi que les perceptions des infirmières en lien avec ceux-ci.

4.3.2 Les effets des TIC et leurs explications

Éléments liés à la pratique infirmière

Afin d'apporter une réponse à la question « dans quelle mesure et de quelle façon les TIC influencent-elles la pratique infirmière? », il faut d'abord examiner le champ d'exercice infirmier dans son entièreté.

L'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* définit le champ d'exercice de la profession comme suit : « L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs »²⁵. Dans cette définition, on retient quatre domaines de pratique, soit : l'évaluation, le diagnostic, le suivi et le traitement.

S'inspirant des travaux de Savoyant (2005), nous retenons trois dimensions importantes de la pratique infirmière, soit : 1) la dimension **technique** qui recouvre les soins infirmiers dispensés, 2) la dimension **relationnelle** liée à l'entretien avec l'état particulier du patient au moment du soin et 3) la dimension **organisationnelle** qui prend en compte le cadre collectif constitué par le personnel de l'unité de soins en relation avec d'autres unités et services. Selon cet auteur, il est important de souligner que ces trois dimensions sont présentes simultanément. Elles indiquent l'essence de

²⁵ http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_8/I8.htm, consulté le 17 février 2014

l'identité professionnelle des infirmières et décrivent également comment les compétences professionnelles peuvent être acquises et développées.

Nous aurons ainsi recours aux trois dimensions et aux quatre domaines de pratique pour identifier les éléments associés à l'utilisation des TIC ayant une incidence sur la pratique infirmière. Il est à noter que les intervenants interrogés ont rarement mentionné de telles incidences dans leur propos, mais nous avons pu néanmoins déceler la présence de nouveaux comportements et de nouvelles façons de faire.

A. La dimension technique

La dimension technique est définie par l'ensemble des activités « d'application de procédures, de protocoles et de prescriptions » (Savoyan, 2005 ; p.4). Cette définition ne s'arrête pas uniquement à l'exécution de ces activités mais inclut aussi la compréhension des procédures et leurs justifications (Savoyant, 2005). Plus précisément, Savoyant (2005) distingue les procédures d'exécution et la planification des soins. Regardons comment cette dimension a été influencée par la démarche de transformation réalisée au sein de l'unité du SAD du CSSS J-R.

Situation Pré (avant la démarche transformationnelle)

Rappelons qu'une des problématiques initiales au sein de la pratique infirmière du SAD était le manque d'appropriation du cadre de référence des infirmières. En effet, la direction du SAD avait identifié un manque de consultation des protocoles et des règles de soins, résultant en des processus de travail non optimaux (ex. : multiplication des versions de dossiers, de formulaires, de rapports) et en une gestion non optimale de la charge de cas. De plus, le manque de planification des plans de soins et des interventions infirmières provoquait une sur-utilisation des infirmières comme pivot, ce qui signifie que les infirmières se retrouvaient à faire des actes normalement délégués à d'autres catégories d'intervenants (ex. : commis, secrétaire, infirmière auxiliaire ou AFS). Ainsi, le manque d'appropriation des protocoles et des règles occasionnait un certain flou quant à la compréhension du rôle infirmier au sein de l'unité SAD dans son ensemble.

De plus, tel que présenté dans ce chapitre, le manque d'appropriation du cadre de référence de la pratique infirmière SAD était lié au manque d'harmonisation des pratiques au sein des trois CLSC. La présence des silos locaux était renforcée par la présence de trois chefs de service, soit un par CLSC.

Situation Per (après la réorganisation du travail, mais avant l'utilisation des TIC)

Avant d'introduire les TIC, une révision de la hiérarchisation des tâches était nécessaire lors de la démarche de transformation, permettant du même coup l'introduction des infirmières auxiliaires et la clarification des frontières de la pratique professionnelle et des modes de fonctionnement requis pour une meilleure performance des soins infirmiers au sein du SAD. Les principaux processus révisés incluaient : la réception d'une demande de services, le traitement d'une demande de services, la visite à domicile, le retour au CLSC suite aux visites à domicile, la commande d'équipement ainsi que la fin d'épisodes de soins auprès des patients.

Lors des entrevues menées auprès des infirmières visées, on constata que la réorganisation du travail avait généré un grand nombre de changements au niveau de la dimension technique de la pratique infirmière. Les principaux changements introduits furent liés à : 1) l'application de la loi 90, résultant en une clarification des rôles et des compétences de chaque membre de l'équipe de soins, 2) la nouvelle structure d'équipe et hiérarchisation, 3) la révision des protocoles et des règles de fonctionnement et 4) la réduction des tâches clinico-administratives faites par le personnel soignant.

D'abord, l'application de la loi 90 a nécessité l'introduction d'infirmières auxiliaires et d'AFS. Une redéfinition des rôles et des responsabilités de chacun des intervenants des soins infirmiers au sein du SAD était donc nécessaire; provoquant ainsi de grands changements dans l'ensemble des tâches réalisées par les infirmières. Plus précisément, les infirmières auxiliaires et les AFS permettent d'alléger la charge de travail des infirmières puisqu'une série de soins (ex. : piqûres, prises de sang) est dorénavant sous

la responsabilité des infirmières auxiliaires. Les infirmières peuvent alors s'occuper des cas complexes, requérant leur expertise.

« L'arrivée des auxiliaires [c'est] une grande réorganisation de plusieurs choses en même temps, qui nous fait faire peut-être un petit peu moins de soins à domicile en tant qu'infirmière. [Aujourd'hui] puisque'on a un peu plus de [planification] à faire, on délègue beaucoup de soins qu'on faisait avant aux infirmières auxiliaires » Infirmière 5

« On s'occupe des cas plus complexes, qu'on ne peut pas donner à des infirmières auxiliaires, parce que c'est pas elles qui font les demandes de services, les références aux médecins ou aux autres intervenants et l'évaluation des plaies [...] Le rôle d'infirmière [est centré] comme évaluatrice, comme pivot dans un dossier et on fait moins de soins directs» Infirmière 2

On constate donc que les activités quotidiennes réalisées par les infirmières au SAD sont de moins en moins centrées sur l'exécution des soins mais bien plus sur la planification de ceux-ci.

« Ma pratique infirmière [est maintenant composée de] 40% de soins directs aux patients et 60% de [planification] des soins » Infirmière 5

On voit comment le rôle principal des infirmières au sein du SAD devient alors centré sur l'évaluation du patient, la planification des soins, l'assignation des tâches aux infirmières auxiliaires et aux AFS en plus du suivi des soins prodigués aux patients. Par ailleurs, lorsque nécessaire, elles réalisent des soins plus complexes ou spécialisés, soit ceux qui ne peuvent être assignés aux autres catégories d'intervenants (ex. : traitement des plaies). En ce sens, le rôle de l'infirmière est enrichi par la nécessité de garder une vision globale du patient. Un réel besoin de prendre du recul apparaît, duquel les infirmières auxiliaires et les AFS jouent un excellent rôle de support.

Tous ces changements ont été répertoriés dans le nouveau cadre de référence de la pratique infirmière au sein du SAD. Le cadre est composé de procédures (ex. : planifier un soin à l'aide du plan thérapeutique infirmier) et de nouvelles règles. Ce cadre de référence devient donc l'assise de la pratique infirmière et permet d'assurer la qualité des soins dispensés au sein du SAD.

Situation Post (après l'introduction des TIC)

Avec l'informatisation des outils de travail et l'introduction de nouveaux outils (ex. : module DCI-SAD), on constate que les protocoles de soins sont davantage acceptés et généralement respectés.

« Les protocoles sont très aidants et très complets. Cela permet d'uniformiser nos notes infirmières, de les rendre plus claires aux yeux de tous » Infirmière 3

En outre, on constate que les infirmières ont été libérées de tâches clinico-administratives, d'une part grâce à l'introduction des infirmières auxiliaires et des AFS et, d'autre part, grâce à l'introduction du module DCI-SAD. Ce dernier a notamment permis d'informatiser les protocoles, permis un meilleur accès à l'information ainsi qu'une réduction considérable du dédoublement d'information, de la recherche constante de dossier patient et de la retranscription des notes papiers (prises à domicile) dans les dossiers des patients.

« [Dans le DCI-SAD] j'ai toutes mes questions [relatives à un soin en particulier], j'ai seulement qu'à répondre aux questions, souvent que par oui ou non, c'est bien structuré pour chaque technique qu'on fait [...] au lieu qu'on répète tout le temps un peu les mêmes affaires dans le dossier » Infirmière 1

« [Le module DCI-SAD] c'est vraiment un plus, une belle innovation qui nous simplifie beaucoup la vie » Infirmière 4

On voit donc que l'introduction de ce module a permis de renforcer l'application des protocoles des soins infirmiers. De plus, l'allègement des tâches clinico-administratives du personnel soignant a favorisé, par le fait même, l'appropriation du cadre de référence de la pratique infirmière.

On constate ainsi que la démarche de transformation au sein de l'unité SAD fut principalement caractérisée par la réorganisation du travail, par l'optimisation des modes de travail et, ultimement, par l'introduction d'outils informatiques jugés performants. Ces nouveaux outils de travail permettent d'améliorer le support offert au personnel soignant en favorisant notamment une meilleure appropriation des nouveaux protocoles de soins infirmiers.

Plus précisément, l'utilisation du module DCI-SAD permet de guider la prise de décision clinique des infirmières. Lorsque les infirmières se rendent à domicile, les soins sont documentés dans le DCI-SAD selon le type de problèmes ou interventions. En effet, le système contient des listes personnalisées pour les soins infirmiers SAD (ex. : problèmes/interventions). Chaque intervention vient avec des formulaires cliniques à documenter (ex. : évaluation respiratoire, gestion de la médication, retrait de suture et agrafes, évaluation de la plaie). De plus, une grille horaire affiche les documentations antérieures et celles à venir. Au besoin, l'infirmière peut également consulter l'ensemble des problèmes et interventions de tous les intervenants du dossier. Tous les formulaires de suivi clinique ont été conçus spécialement pour les soins infirmiers du SAD. Ils intègrent donc tous les soins cliniques que doivent réaliser les infirmières lors des visites à domicile et permettent de les guider lors de l'exécution. Toutefois, il importe de mentionner qu'il ne s'agit pas de formulaires obligatoires, mais qui sont quand même largement utilisés comme moyen de guider la pratique. On s'assure donc que le personnel soignant conserve leur jugement professionnel et leur autonomie.

Enfin, il importe de mentionner que nous soulevons un changement important au niveau des compétences requises par les infirmières. Notamment, les changements mis

en place exigent que les infirmières acquièrent de nouvelles compétences informatiques.

Lors de l'implantation du module DCI-SAD, des formations ont été offertes à tout le personnel du SAD et particulièrement aux infirmières afin de permettre une appropriation rapide de ce dernier. Pour les nouvelles infirmières, les compétences informatiques ne font pas partie des critères d'embauche, mais une formation obligatoire est prévue lors de l'intégration de l'infirmière au sein de l'équipe SAD.

B. La dimension relationnelle

Toujours selon Savoyant (2005), la dimension relationnelle met en exergue les activités qui ne sont pas constituées ni formalisées de savoirs théoriques. En effet, cette dimension permet de mettre en évidence les activités qui « impliquent la prise en compte du vécu du patient, c'est-à-dire d'une personne, un être qui vit sa maladie » (Savoyant, 2005 ; p.9).

Nous souhaitons ici faire ressortir le fait que l'aspect relationnel constitue un champ d'activités propre pour le personnel infirmier et complémentaire à l'exécution des soins. Cette dimension valorise les « compétences d'observation, d'écoute et de compréhension adaptées aux problèmes individuels que font preuve les infirmières » (Savoyant, 2005 ; p.9).

Lors des entrevues menées avec les infirmières du SAD, nous avons constaté que l'utilisation des TIC semble avoir eu une influence positive sur la relation patient-infirmière. Selon les infirmières, les patients se sentent rassurés car l'utilisation du portable permet aux infirmières de mieux répondre à leurs questions. En effet, grâce à l'accès à distance au DCI-SAD, les infirmières peuvent consulter le dossier du patient, incluant : ses visites à l'urgence, la liste de ses médicaments et prescriptions, les résultats de laboratoires en plus de la bibliothèque, laquelle comprend des ressources

informationnelles sur certaines maladies et médicaments. Cette vue d'ensemble permet donc à l'infirmière d'acquérir une meilleure compréhension de l'état actuel du patient.

« En arrivant chez le patient, j'ouvre mon DCI et j'ai accès à son dossier, j'ai accès à son plan thérapeutique infirmier, j'ai accès aux soins qui sont documentés, y'a les prises de sang futures, les rendez-vous à l'hôpital, même si je ne connaissais pas y'a deux minutes le patient que je viens voir [...] ça je pense que c'est très aidant » Infirmière 4

Par le fait même, les infirmières peuvent mieux informer le patient sur sa maladie et mieux adapter leurs conseils. D'ailleurs, le personnel interrogé a mentionné avoir une meilleure relation d'aide avec le patient grâce à l'accès à l'information en temps réel, car les infirmières ont notamment accès à l'information nécessaire pour faire l'enseignement au patient. En effet, pour le patient, il devient plus rassurant d'obtenir l'information sur sa maladie rapidement. Selon le personnel interrogé, lorsque le patient doit attendre pour obtenir de l'information sur sa maladie, cela peut occasionner un stress supplémentaire, nuisible à sa condition.

Toutefois, les statistiques présentées plus tôt indiquent que, dans certains cas, l'infirmière préfère ne pas utiliser le portable pour prendre ses notes en temps réel à domicile. Certaines ont soulevé le fait que dans le cas des soins palliatifs de fin de vie notamment, il est préférable de mettre le portable de côté et de porter toute leur attention au patient et à sa famille. Ce comportement est réalisé afin de démontrer une sensibilité face à la condition du patient et une meilleure attention envers la famille et les proches. Dans de telles situations, l'infirmière prend ses notes sur un papier et complète le dossier patient à son retour au CLSC, comme auparavant.

Un autre impact important résultant de l'utilisation des TIC est l'amélioration du support qui encourage l'infirmière à faire plus d'enseignement au patient sur sa maladie. En effet, lorsque possible, les protocoles incluent un volet « auto-soin », qui

permet de guider l'infirmière dans l'enseignement au patient. De plus, il existe également un formulaire de suivi clinique uniquement orienté vers l'enseignement.

C. La dimension organisationnelle

Enfin, Savoyant (2005) mentionne que les dimensions techniques et relationnelles sont toujours mises en relation dans un contexte d'unité de soins, ce qui signifie qu'une infirmière doit prendre en charge des patients d'un territoire donné et partager la charge de travail avec un ensemble d'infirmières au sein de son unité. On voit donc apparaître le concept d'équipe où la bonne coordination et continuité des soins dépendent d'une communication constante entre les intervenants concernés. De plus, Savoyant (2005) fait ressortir l'importance du principe d'équité qui préside l'organisation du travail, plus précisément, qui vise à équilibrer la charge de travail entre les infirmières d'une même unité de soins.

En ce qui a trait à la répartition de la charge de travail au sein de l'unité SAD, nous avons constaté que, depuis l'introduction du module DCI-SAD, le partage de la charge de travail est largement facilité.

« Ça va bien, il y a de l'entraide. Si t'es débordé, tu sais qu'il y a une façon là de redistribuer les patients entre nous directement à partir du DCI-SAD [en raison de la transparence de l'information] » Infirmière 3

Bien que le sentiment d'entraide au sein des différentes équipes (dans chacun des trois CLSC) soit présent indépendamment de l'utilisation des TIC, on constate que l'accès à l'information permet d'assurer une meilleure continuité des soins.

« Il est difficile de ne pas faire le même soin avec la même qualité que la personne [infirmière] qui est intervenue avant toi parce que là tu as accès à ses notes détaillées » Infirmière 4

L'amélioration de la continuité des soins est également apparente à l'extérieur de l'unité SAD. En effet, lorsqu'un patient du SAD se présente à l'urgence, les infirmières rencontrées à l'urgence peuvent l'identifier grâce au DCI en plus de lire les notes cliniques de l'infirmière SAD.

D'autre part, on constate que le module DCI-SAD permet également d'atténuer considérablement les problèmes de coordination rencontrés auparavant au sein de l'équipe SAD. Autrefois, les infirmières devaient d'abord trouver le dossier du patient, qui pouvait se trouver soit dans le bureau du médecin soignant, d'un autre intervenant ou encore dans le bureau d'une infirmière ayant effectué un remplacement. Une fois le dossier en main, cela ne garantissait pas que l'information recherchée soit à jour. L'infirmière pouvait donc effectuer plusieurs appels pour obtenir l'information nécessaire au suivi. Aujourd'hui, chacune des infirmières dispose d'un portable avec un accès au DCI-SAD, donc nul besoin de chercher le dossier du patient. De plus, puisque l'utilisation du DCI-SAD est obligatoire, la disponibilité de l'information est assurée.

Une autre fonctionnalité intéressante du DCI-SAD, qui permet d'améliorer la coordination du travail au sein de chaque équipe, est la possibilité d'imprimer un résumé du dossier patient. Ce résumé est utilisé lorsqu'une infirmière est absente et qu'une autre infirmière (qui ne connaît pas le patient) doit assurer le suivi ou encore lorsqu'une infirmière répartit sa charge de travail avec ses collègues. En ce sens, le recours au DCI-SAD a permis d'améliorer la coordination des équipes de travail et de supporter une meilleure répartition de la charge de travail globale entre les infirmières. D'un point de vue organisationnel, cela résulte en une meilleure gestion des effectifs.

En outre, nous avons constaté un léger changement dans l'aménagement des horaires de travail. Ce changement est principalement relié au déploiement du module DCI-SAD. En effet, alors qu'avant une infirmière du SAD réalisait le matin ses visites à domicile et était de retour au CLSC en début d'après-midi pour rédiger ses notes dans le dossier patient et accomplir d'autres tâches connexes, l'infirmière passe aujourd'hui

plus de temps aux domiciles des patients et complète ses notes en temps réel à l'aide du nouveau module DCI-SAD (sauf dans des cas exceptionnels). Les infirmières constatent toutefois qu'elles ont moins de temps l'après-midi pour effectuer leurs retours d'appel et la planification de leur route du lendemain. Malgré tous les aspects positifs liés à l'utilisation du module DCI-SAD, le manque de temps l'après-midi a été soulevé par une majorité des infirmières interrogées comme étant un inconvénient.

Enfin, toujours en lien avec la dimension organisationnelle, Savoyant (2005) fait ressortir le rôle important de l'organisation à fournir aux infirmières de bons outils pour développer leurs compétences professionnelles. Selon les propos recueillis, nous constatons que les infirmières se sentent mieux outillées pour prodiguer des soins de qualité. De plus, rappelons que lors du développement du module DCI-SAD, plusieurs formulaires ont été ajoutés afin d'actualiser la pratique infirmière et d'intégrer les nouvelles normes professionnelles. De plus, le module DCI-SAD comprend une bibliothèque, qui fournit un accès direct à différents sites web souvent utilisés par les infirmières. Parmi les ressources les plus utilisées, on retrouve :

- le site *Up to date*
- le manuel CPS
- le manuel de soins de l'AQESSS
- l'intranet *Aide nursing* (conçu pour les infirmières du CSSS J-R dans lequel la DSIQ dépose les informations pertinentes, par exemple la préparation pour les examens, les guides pour les plaies)
- les ressources documentaires fournies par le RUIS Université de Montréal
- d'autres documents de références pertinents (ex. : Loi 90, Ordonnances collectives, Protocole, fonctionnement des appareils).

Globalement, ces nouveaux outils contribuent à l'amélioration de la qualité des soins.

Enfin, on peut résumer les effets sur la pratique infirmière dans le tableau suivant :

Tableau 18 Récapitulatif des effets sur la pratique infirmière

Dimensions	Pré	Per	Post
Technique	<ul style="list-style-type: none"> - Manque d'appropriation du cadre de référence des infirmières. - Manque de planification des plans de soins. - Sur-utilisation des infirmières comme pivot, soit exécution de plusieurs tâches qui pourraient être déléguées à d'autres intervenants. - Manque de compréhension du rôle infirmier au sein de l'unité SAD. - Manque d'harmonisation des pratiques entre les unités du SAD des trois CLSC du CSSS J-R. - Aucune utilisation du plan thérapeutique infirmier (PTI) 	<ul style="list-style-type: none"> - Clarification des rôles et des compétences de chaque membre de l'équipe de soins. - Nouveaux modes de travail, protocoles et règles de fonctionnement. - Réduction des soins exécutés par les infirmières. - Augmentation des activités de planification de soins et de suivi exécutées par les infirmières. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des tâches clinico-administratives faites par le personnel soignant. - Meilleure respect des protocoles et des règles composant le cadre de référence de la pratique infirmière au SAD. - Utilisation du PTI dans le DCI-SAD. - Augmentation des tâches d'évaluation, de planification et de suivi réalisées par le personnel soignant ; - Nouvelles compétences informatiques nécessaires pour le personnel soignant.
Relationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Aucun accès aux notes cliniques antérieures lors des visites à domicile. - Aucun accès au dossier patient lors de la visite à domicile. 		<ul style="list-style-type: none"> - Meilleur accès à l'information lors de la visite à domicile donc : <ul style="list-style-type: none"> - Vision globale du dossier patient. - Meilleure relation d'aide. - Capacité à faire plus de prévention sur sa maladie grâce aux ressources disponibles dans le DCI-SAD (ex : la bibliothèque du DCI).

Tableau 18 (suite) Récapitulatif des effets sur la pratique infirmière

Dimensions	Pré	Per	Post
Organisationnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion non optimale de la charge de cas, occasionnant une surcharge de travail pour chacune des infirmières. - Recherche constante des dossiers patients. 		<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la coordination des équipes de travail et diminution de la surcharge de travail ; - Amélioration de l'organisation du travail grâce à une nouvelle hiérarchisation des activités ; - Léger changement dans l'aménagement des horaires de travail. - Actualisation des formulaires et des protocoles pour inclure les nouvelles normes professionnelles. - Amélioration de l'accessibilité des soins de santé du SAD (élimination des listes d'attentes) ; - Meilleure gestion des effectifs ; - Amélioration des outils de travail et du soutien managérial offert aux infirmières et aux jeunes professionnelles; - Amélioration de la qualité des soins ; - Amélioration de la continuité des soins.

Éléments liés à la rétention de la main-d'œuvre

Rappelons qu'un des objectifs sous-jacents à la mise en place du projet d'optimisation au CSSS J-R était d'améliorer la rétention de la main-d'œuvre infirmière. Au chapitre 2, nous avons présenté comment les organisations peuvent influencer la rétention du personnel par la mise en place de mécanismes qui provoquent des attitudes positives chez le personnel (ex. : améliorer les conditions de travail, enrichir les tâches du personnel, etc.). Ainsi, lors des entrevues menées au sein du CSSS J-R, nous avons tenté de relever si la transformation réalisée au sein de l'unité SAD avait modifié les attitudes des infirmières et, ultimement, favorisé la rétention de celles-ci.

D'abord, résumons les moyens mis en place dans le cadre de cette transformation organisationnelle :

- optimisation des compétences de chaque membre de l'équipe de soins, suite à l'introduction des infirmières auxiliaires et AFS ;
- clarification des rôles et des responsabilités de chaque membre de l'équipe de soins du SAD ;
- mise en place de nouveaux modes de travail ;
- révision des processus, des protocoles et des règles de travail ;
- développement d'outils de travail et utilisation des TIC (module DCI-SAD).

Les principaux effets provoqués par ces changements ont été présentés dans le tableau 18. Ci-après nous présentons les principales attitudes observées; celles-ci sont ensuite mises en relation dans un cadre conceptuel final (figure 12).

A. La satisfaction au travail

Au chapitre 2, nous avons démontré à quel point la satisfaction au travail est un facteur important à considérer dans la pratique infirmière, notamment parce que la rétention à long terme est fortement corrélée avec le niveau de satisfaction au travail. Ainsi, lors de nos entrevues, nous avons tenté d'identifier les attitudes qui démontrent une

meilleure satisfaction au travail chez les infirmières du SAD après l'introduction des TIC. Nos constats sont discutés ci-dessous.

Satisfaction à l'égard des nouveaux outils de travail

On constate d'abord un haut taux de satisfaction à l'égard du module DCI-SAD. En effet, le personnel infirmier rencontré a mentionné de façon unanime être très satisfait avec l'outil en raison de sa très grande utilité. Selon eux, cet outil informatique permet aux infirmières d'être mieux informées sur leurs patients, autant sur ce qui se passe à domicile qu'au sein de l'établissement (ex : s'il a été hospitalisé dernièrement).

« Je ne retournerais pas en arrière, c'est sûr, je suis contente d'avoir cet outil » Infirmière 3

« Pour moi, c'est un changement majeur dans la pratique, pour tout ce qui est la logistique, le papier, les notes au dossier, c'est, d'après moi, là une très belle innovation » Infirmière 5

On constate que la qualité du système influence la satisfaction des utilisateurs. En effet, selon les personnes rencontrées, le DCI-SAD offre des fonctionnalités qui facilitent beaucoup le travail des infirmières. Notamment, l'utilisation des formulaires (1 formulaire par soin réalisé) permet de contribuer à l'amélioration de la qualité des notes cliniques.

Il importe de mentionner que l'utilisation des formulaires pour les notes cliniques était presque inexistante avant le déploiement du module DCI-SAD.

« [Avant le DCI-SAD], on n'avait pas de formulaires pour tout. On avait un formulaire pour les soins palliatifs, pour l'insuffisance cardiaque, pour les thromboses veineuses et c'est tout. Pour tous les autres soins, il fallait écrire toute la technique, c'était très long. [...] On sauve beaucoup de temps en fin de compte juste en faisant nos notes directement dans le DCI-SAD, c'est beaucoup plus rapide. » Infirmière 1

La satisfaction des utilisateurs est donc influencée par l'utilisation des nouvelles fonctionnalités offertes par le DCI-SAD mais également par la qualité de l'information disponible dans le système. Notamment, on constate l'accès direct à l'information sur l'état général du patient. Plus précisément, le personnel infirmier peut voir des données (ex. : analyses sanguines, dose de coumadin prise) auxquelles il n'avait pas accès avant.

« Je vois les résultats antérieurs et c'est intéressant car ça facilite un peu notre travail à domicile. » Infirmière 1

« On a accès à une bibliothèque et on peut avoir accès aux demandes de prélèvement ou aux informations sur un médicament qu'on connaît pas. [Le DCI-SAD] nous donne accès à certaines informations qu'on n'avait pas avant. On ne connaît pas tout non plus et là [le DCI-SAD] nous donne accès à certaines informations qu'on peut transmettre au patient lors de notre visite à domicile. » Infirmière 2

On observe comment le DCI-SAD permet, par le fait même, de supporter la prise de décision clinique à domicile. En effet, la disponibilité de l'information en temps réel permet de mieux outiller l'infirmière pour sa prise de décision, tout en conservant une autonomie dans sa pratique.

En somme, on constate que la satisfaction avec le module DCI-SAD résulte des caractéristiques suivantes du système : 1) l'ajout de nouvelles fonctionnalités qui facilitent le quotidien des infirmières (ex. : envoi automatique d'une référence ou d'une demande, formulaire d'évaluation initiale d'un patient, rapport d'incident/d'accident, documentation de la médication, résumé du dossier, retours de labo/radiologie, formulaire par problème, suivi multidisciplinaire, PTI), 2) l'amélioration de l'accès à l'information, 3) l'ajout de la disponibilité d'information pertinente pour la pratique professionnelle (ex. : liste des médicaments, résultats des

labo/radio) et 4) la rapidité d'exécution des tâches avec le système (ex. : accès à temps réel aux données, formulaires faciles à remplir).

Amélioration au niveau des conditions de travail

D'autre part, on constate dans le discours des infirmières une nette amélioration des conditions de travail. En effet, l'intégration des TIC a notamment permis d'éliminer plusieurs irritants de la pratique quotidienne des infirmières, par exemple : la recherche constante des dossiers, la retranscription des notes dans les dossiers papier des patients ainsi que les notes ambiguës écrites à la main. Tel qu'on pouvait s'y attendre, les infirmières rencontrées manifestent une plus grande satisfaction au travail suite à l'amélioration des conditions de travail.

« [Avant, les notes cliniques] c'était beaucoup de paperasse, beaucoup d'écriture, beaucoup trop long, c'était ardu. Je trouvais ça long et ardu comme travail, c'est peut-être personnel mais je pense que ça reflète l'opinion de mes collègues. [Maintenant] c'est beaucoup plus rapide, beaucoup plus efficace. [...] C'est déjà un irritant de moins. En plus, il y a aussi des formulaires qui sont déjà tous préprogrammés et organisés. On répond que par un oui, un non ou un crochet, c'est beaucoup plus rapide que d'écrire dans un dossier évidemment. » Infirmière 1

« C'est vraiment bien fait, c'est bien structuré pour chaque technique qu'on fait. Au lieu qu'on répète tout le temps un peu les mêmes informations dans le dossier. Là on répond aux mêmes questions à chaque semaine, mais avec des détails qui ne sont pas oubliés, certaines choses que parfois on oubliait parce qu'on allait trop vite ou on se dépêchait aussi. » Infirmière 2

On voit donc comment l'utilisation des TIC permet de réduire les tâches clinico-administratives réalisées par le personnel infirmier. Rappelons qu'avant l'introduction du module DCI-SAD, le personnel soignant réalisait les visites à domicile le matin et retournait au CLSC l'après-midi pour écrire leurs notes dans les dossiers des patients.

Aujourd'hui, les infirmières et infirmiers passent plus de temps à domicile car ils prennent également le temps d'écrire les notes dans le dossier lors de leur passage. Le sens du travail est donc recentré sur le patient.

De plus, nous avons constaté une grande satisfaction du personnel résultant de l'amélioration de la lisibilité des notes cliniques aux dossiers des patients.

« J'ai une très mauvaise calligraphie alors [avec le DCI-SAD] tout le monde est capable de me lire maintenant, chose qui était peut-être plus difficile avant. Pis tu peux voir les notes antérieures aussi, j'aime beaucoup ça. Je trouve que c'est plus efficace, beaucoup plus rapide [avec le DCI-SAD]. » Infirmière 3

« J'écris très mal alors les autres étaient désavantagés, parce qu'ils n'étaient vraiment pas capable de me lire. [Avec le DCI-SAD] les gens aiment plus ça parce qu'ils peuvent me lire maintenant. » Infirmière 4

Tel que mentionné plus haut, l'intégration du PTI dans le module DCI-SAD a permis une meilleure gestion des effectifs. Notamment, la redéfinition des rôles et des responsabilités a contribué à une meilleure coordination de la charge de travail collective. Par exemple, plusieurs des tâches, qui étaient auparavant assignées aux infirmières, peuvent aujourd'hui être assignées aux infirmières auxiliaires directement par le DCI-SAD. De plus, les demandes de références ou de services d'autres intervenants (ex. : physio, ergo, nutritionniste) se font également dans le DCI-SAD, ce qui facilite beaucoup la gestion et le suivi des demandes de consultation.

« Les infirmières auxiliaires ça l'a une grande amélioration sur notre travail, on a délégué beaucoup pis ça a été très aidant. Pour ce qui a trait aux autres intervenants, [le DCI-SAD] facilite les demandes en consultation. Mais encore là c'est encore en implantation alors les autres intervenants ne peuvent pas les traiter aussi rapidement. » Infirmière 5

Malgré que le DCI-SAD facilite le suivi des demandes en consultation auprès des autres intervenants, tout le personnel infirmier interrogé a mentionné être en attente que le DCI-SAD soit déployé auprès des autres catégories d'intervenants. En effet, selon eux, les impacts seront encore plus significatifs lorsque tous les professionnels du SAD utiliseront le DCI-SAD. En effet, l'amélioration de la collaboration, de la qualité des soins et de la continuité des soins sont déjà visibles, notamment l'élimination de la liste d'attente en soins infirmiers. Ainsi, les mêmes résultats sont attendus auprès des autres intervenants (ex. : nutrition, physio, ergo, inhalo, travailleur social).

En somme, lors des entrevues réalisées auprès du personnel infirmier, nous avons pu relever plusieurs éléments qui ont contribué à l'amélioration de la satisfaction au travail du personnel infirmier. On retient notamment 1) l'amélioration de l'organisation du travail et de la gestion des effectifs (ex. : utilisation du PTI pour assigner des tâches), 2) l'élimination des irritants, 3) le sens du travail recentré sur les activités de planification et exécution des soins et 4) l'amélioration des notes cliniques. De plus, nous avons constaté une grande satisfaction associée à l'utilisation du nouveau module.

B. Une image de soi positive

Rappelons que selon la littérature examinée au chapitre 2, l'image de soi professionnelle découle de la façon dont les infirmières perçoivent leur rôle, leur position et leurs contributions aux soins de santé. En ce sens, nous avons tenté de comprendre les éléments qui auraient pu avoir influencé l'image de soi des infirmières.

Le sentiment accru d'efficacité

D'abord, nous avons constaté que l'utilisation des TIC au sein de la pratique infirmière a provoqué un sentiment accru d'efficacité.

« Je sens que je fais un meilleur travail au niveau de mes notes »

Infirmière 1

« Je me sens plus efficace, plus rapide » Infirmière 5

« [Sans le DCI-SAD,] je me [vois] moins bien performer, je me [vois] en surcharge de travail, en train de sortir mes dossiers papiers» Infirmière 4

En ce sens, on constate comment l'utilisation de nouveaux outils de travail (ex. : module DCI-SAD) permet de satisfaire le besoin de compétence. Rappelons que selon la littérature, ce dernier est étroitement lié à l'image de soi professionnelle. En effet, plus l'intervenant a le sentiment d'être compétent dans sa pratique, plus il percevra une image de soi professionnelle qui sera positive.

La confiance en soi

D'autre part, nous avons constaté que la perception d'accomplir des activités centrées sur le rôle d'infirmière (ex. : planification et exécution des soins) provoque une meilleure confiance en soi. Selon la littérature, un changement de comportement contribuerait à modifier la perception de soi.²⁶ Dans le cas des infirmières travaillant au SAD, les principaux changements de comportement ayant contribué à une meilleure image de soi sont liés à la clarification du rôle professionnel et des compétences de chacun des membres de l'équipe SAD, la diminution des tâches clinico-administratives du personnel soignant ainsi que l'introduction des TIC comme support à la prise de décision au moment de prodiguer les soins.

De plus, les infirmières ont mentionné recevoir beaucoup plus de commentaires positifs de la part de leurs patients quant à leur « performance ». Cette reconnaissance contribue au sentiment de compétence et à une meilleure estime de soi chez plusieurs infirmières.

Enfin, nous considérons que la mise en place de mécanismes qui améliorent le partage d'information et qui facilitent la coordination des équipes de travail a contribué à satisfaire un sentiment d'efficacité individuel et collectif. Rappelons que, selon Siebens *et al.* (2006), la perception d'être membre à part entière d'une équipe efficace favorise

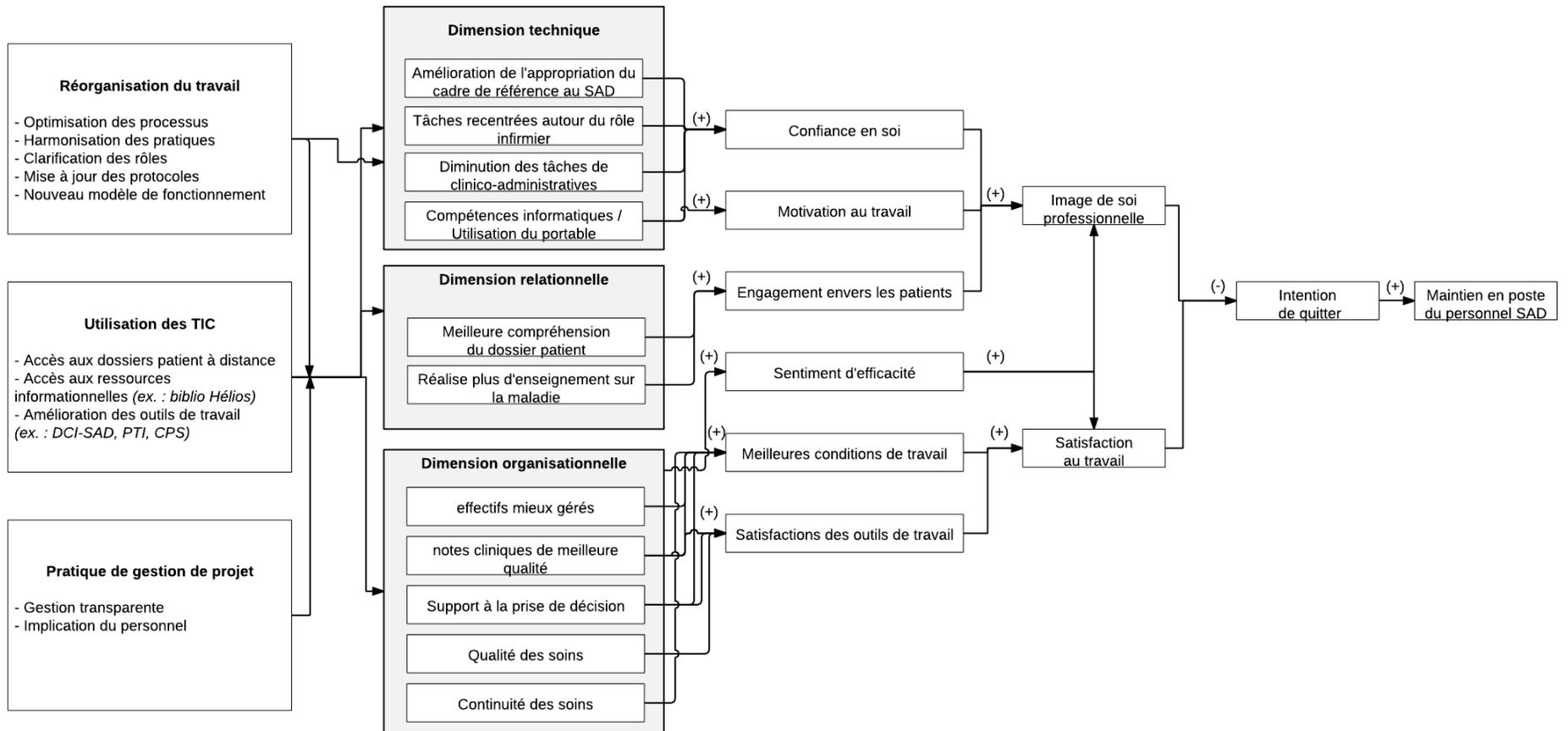
²⁶ <http://www.redpsy.com/infopsy/confiance.html>, consulté le 25 juin 2014.

les relations à long terme avec les autres membres de l'équipe de soins et contribuerait également à une meilleure estime de soi. En effet, grâce à l'utilisation du portable et du module DCI-SAD, les infirmières peuvent se rendre à domicile avec une meilleure compréhension du besoin du patient et ainsi mieux adapter leurs interventions cliniques. Selon les infirmières rencontrées, plusieurs patients communiquent leur appréciation des soins, qu'ils jugeraient mieux adaptés.

À la suite de ces constats, on retient donc que l'unité SAD a mis en place des modes de travail et des outils qui ont permis d'améliorer les conditions de travail, le partage d'information et la coordination de la charge de travail, en plus de satisfaire les besoins de compétence, d'autonomie et d'appartenance des infirmières, contribuant ainsi à une image de soi professionnelle positive.

Suite aux résultats présentés ci-dessus, nous avons mis à jour le cadre conceptuel présenté au chapitre 2. La figure 12 (ci-dessous) met en évidence les éléments discutés dans les deux sections antérieures (4.3.2.1 et 4.3.2.2).

Figure 12 Mise à jour du cadre conceptuel



Pour conclure ce chapitre, on constate dans la figure 12 l'effet important de l'utilisation des TIC dans la pratique infirmière. Toutefois, on constate également que la réorganisation du travail réalisée avant l'introduction des TIC et les pratiques de gestion mis en place tout au long du projet ont agi catalyseurs importants du changement qui fut appuyé par le déploiement des TIC.

En effet, on constate d'abord que la réorganisation du travail a permis de changer les habitudes de travail et d'instaurer de nouvelles façons de faire. Suite à l'application de la loi 90, le CSSS a pu intégrer du personnel non professionnel (IA et AFS) afin de supporter les infirmières et d'alléger leur charge de travail. Ceci a résulté en une clarification des rôles et des compétences de chaque membre de l'équipe de soins. De plus, la nouvelle structure d'équipe et la hiérarchisation instaurées dans chacun des trois CLSC a permis au CSSS de standardiser les protocoles et les règles de fonctionnement à travers les trois sites, tout en introduisant de meilleures pratiques infirmières documentées par l'OIIQ. Conséquemment, on a constaté une réduction des tâches clinico-administratives faites par le personnel soignant. Ces changements ont influencé la dimension technique de la pratique infirmière et ont contribué à augmenter la perception d'une meilleure confiance en soi chez les infirmières ainsi qu'une meilleure motivation au travail par l'allègement de la charge du travail et en recentrant les tâches au rôle infirmier.

Ensuite, en encourageant l'implication des infirmières tout au long du projet (ex. : comité de travail, équipe de développement composée uniquement d'infirmières et implication constante dans les décisions de gestion) le CSSS a facilité l'adoption et l'appropriation des nouveaux outils technologiques. Plus précisément, le module DCI-SAD est perçu à l'interne comme un outil de travail développé par des infirmières pour des infirmières. Il existe donc un alignement parfait entre les besoins du personnel et les fonctionnalités comprises dans la solution informatique. À cet égard, on constate deux effets importants à la dimension relationnelle de la pratique infirmière. D'abord, on voit que l'utilisation des TIC contribue à offrir aux infirmières une meilleure vue d'ensemble de la condition du patient. Ensuite, les directives intégrées à chacun des

soins mettent l'accent sur l'auto-soin. Ainsi, les infirmières réalisent plus d'enseignement auprès de chaque patient, une tâche qu'elles valorisent beaucoup. Ces deux effets combinés contribuent à générer une meilleure compréhension du besoin de celui-ci ainsi que du plan de travail réalisé pour lui. Conjugué avec les effets au niveau de la confiance en soi et la motivation au travail, ceci permet de contribuer à une image de soi professionnelle plus positive. Principalement, l'intégration d'outils de travail alignés aux besoins des infirmières contribue à la perception d'accomplir des tâches importantes reliées au rôle d'infirmier.

Enfin, au niveau de la dimension organisationnelle, le module DCI-SAD représente un artefact qui supporte la pratique infirmière du SAD dans son entièreté. Les divers protocoles et formulaires disponibles dans l'outil permettent notamment de guider la prise de décision des infirmières. De plus, l'intégration du PTI permet de renforcer la collaboration entre les infirmières, les infirmières auxiliaires et les AFS. Collectivement, ceci résulte en une meilleure coordination de la charge de travail et des effectifs du SAD. Par ailleurs, nous avons observé une amélioration au niveau de la qualité des soins prodigués (notamment par l'amélioration de l'accès à l'information clinique et l'amélioration du support professionnel dans la pratique) ainsi qu'une amélioration de la continuité des soins. En effet, le module DCI-SAD est disponible (en lecture seule) à tous les professionnels de santé travaillant au sein du SAD et à l'extérieur du SAD. Par exemple, lorsqu'un patient se présente à l'urgence, les infirmières au triage et à l'urgence peuvent consulter les notes cliniques des infirmières SAD. Le patient peut donc être traité selon le plan thérapeutique établi par l'infirmière. À cet égard, les infirmières du SAD ont mentionné être très satisfaites avec les nouveaux outils de travail en plus d'avoir la perception d'être plus efficaces. Les infirmières ont également mentionné voir une amélioration de leurs conditions de travail, notamment par l'élimination de plusieurs irritants (ex. : avoir à répéter plusieurs fois la même information), ce qui contribue à une satisfaction au travail plus élevée.

Globalement, on constate donc que l'utilisation des TIC a contribué à créer une image de soi professionnelle positive et à améliorer le niveau de satisfaction au travail chez les infirmières du SAD. À moyen et long terme, ces facteurs devraient contribuer à améliorer la rétention des infirmières au sein de l'unité de soins.

Chapitre 5 - Conclusion

Ce chapitre rappelle d'abord les objectifs et la méthodologie empruntée pour la réalisation de ce mémoire. Ensuite, il expose les principaux résultats et leurs liens avec la littérature. Finalement, nous discutons des limites et implications de nos résultats pour la recherche et la pratique.

5.1 Rappel des objectifs et des principaux résultats

5.1.1 Rappel des objectifs

La pénurie actuelle de personnel soignant menace la qualité des soins de santé offerts dans les établissements publics. Les organisations doivent donc trouver des solutions face à ce problème dans un contexte où la demande de soins infirmiers, tant à domicile qu'en établissement, est en constante augmentation. Tel qu'expliqué plus tôt, ceci est en grande partie dû au vieillissement de la population québécoise. L'attraction et la rétention de la main-d'œuvre constituent particulièrement des défis dans les régions éloignées et périphériques où la profession infirmière présente des conditions de travail difficiles telles que l'isolement, la surcharge de travail et le manque de support pour favoriser l'évolution du champ d'exercice et des compétences. Nous constatons facilement que dans ce contexte, combler la demande croissante pour des soins à domicile est un défi majeur.

Dans le cadre de la présente recherche, nous avons eu l'occasion d'étudier une importante démarche de transformation visant à optimiser la performance des soins infirmiers dispensés à domicile. Depuis 2009, le CSSS Jardins-Roussillon a amorcé l'optimisation de l'unité SAD, en réalisant d'abord une réorganisation du travail et ensuite l'intégration des TIC comme principal outil de travail (le module DCI-SAD). Le projet d'optimisation englobe tous les intervenants travaillant au sein du SAD (les

soins infirmiers, les travailleurs sociaux, les inhalothérapeutes, les nutritionnistes, les physiothérapeutes et les médecins). Au moment de réaliser l'étude, le DCI-SAD était largement utilisé par tout le personnel des soins infirmiers, et ce, depuis 1 an. L'un des objectifs principaux de la mise en place de ce projet était associé à l'amélioration de la rétention de la main-d'œuvre infirmière. À ce titre, nous nous sommes attardés à comprendre dans quelle mesure et de quelle façon les TIC influençaient la pratique infirmière et comment elles contribuaient au maintien en poste de la main-d'œuvre infirmière.

Pour ce faire, nous avons d'abord analysé la vaste littérature en lien avec deux principaux thèmes, soit : la rétention du personnel et la télésanté (qui englobe l'utilisation des TIC dans le domaine de la santé). Par la suite, nous avons étudié en profondeur le cas du CSSS J-R à la lumière de ces deux mêmes thèmes. Lors de notre démarche, nous avons suivi un protocole d'étude de cas exploratoire. Le premier objectif était d'identifier les mécanismes qui témoignent de la progression vers de nouvelles façons de faire et leur maintien au sein d'une équipe de soins. Le second objectif était d'identifier les attitudes qui en découlent et qui contribuent au maintien en poste du personnel infirmier. Nous avons donc interrogé plusieurs gestionnaires et infirmières travaillant au sein de l'unité du SAD. Nous avons réalisé une étude de cas rétrospective puisqu'au moment de nos rencontres, les changements au niveau des modes de travail et des outils avaient été implantés au sein de l'unité SAD depuis plus d'un an.

5.1.2 Principaux résultats

Notre recherche a mené à trois principaux résultats. Tout d'abord, nous exposons comment les TIC favorisent la satisfaction au travail. Ensuite, nous présentons comment l'intégration d'outils de travail influence positivement l'image de soi professionnelle. Ces deux éléments contribuent à la rétention de la main-d'œuvre. Enfin, nous constatons que les TIC ne constituent pas l'unique déclencheur des attitudes positives observées. En effet, le cas du CSSS J-R démontre l'importance de

développer puis d'implanter des outils technologiques alignés avec les aspects professionnels et structureaux de la transformation.

Premièrement, nous nous sommes attardés aux éléments qui influencent la rétention du personnel dans les organisations. Selon la littérature répertoriée dans le cadre de cette recherche, nous avons retenu que le roulement du personnel est, d'une part, initié par l'insatisfaction face aux différents éléments organisationnels (ex. : les conditions de travail, les relations de soutien, l'environnement de travail, les caractéristiques du poste et les mécanismes de développement professionnels disponibles). À cet égard, notre recherche soulève trois principaux éléments ayant influencé la satisfaction au travail des infirmières œuvrant au sein de l'unité SAD du CSSS J-R. Tout d'abord, il existe une grande satisfaction à l'égard des outils de travail qui ont été implantés dans le cadre du projet d'optimisation, notamment le module DCI-SAD. Les principaux catalyseurs sont associés à l'amélioration de la qualité des notes cliniques, une meilleure coordination de la charge de travail qui résulte de l'utilisation du PTI et l'important support à la prise de décision clinique. Deuxièmement, les infirmières perçoivent avoir de meilleures conditions de travail. Celles-ci sont influencées par l'élimination des irritants (ex. : retranscription des notes cliniques), le sens du travail est recentré sur les tâches orientées vers le patient, l'amélioration de l'organisation du travail via l'intégration des infirmières auxiliaires et des AFS, en plus de l'harmonisation des pratiques et des protocoles. Troisièmement, tous ces changements ont provoqué un sentiment d'efficacité accru.

Deuxièmement, nos résultats corroborent le fait qu'il ne semble pas exister de stratégies de rétention universelle ou de type « *one-size-fits-all* » (Allen *et al.*, 2010). Certains éléments peuvent être plus importants que d'autres dans certains contextes. Il revient donc à chaque organisation d'identifier les indicateurs qui leur permettent de mesurer les moteurs de roulement des employés au sein de leur organisation. Dans le domaine des soins infirmiers, le construit d'image de soi professionnelle est ressorti comme ayant une grande influence sur la rétention de la main d'œuvre (Siebens *et al.*

2006; Cowin *et al.*, 2008; Johnson *et al.*, 2012). Dans notre recherche, nous avons constaté que l'intégration d'outils de travail en support à la pratique infirmière (ex. : le module DCI-SAD) résulte en un sentiment d'efficacité accru chez les infirmières provoquant du coup un effet à la hausse au niveau de l'image de soi professionnelle. En effet, les changements apportés à la dimension technique de la pratique infirmière (ex. : appropriation du cadre de référence, diminution des tâches clinico-administratives) ont provoqué un sentiment d'accomplir davantage d'activités centrales liées au rôle d'infirmière et d'être plus proche du patient.

Troisièmement, nous concluons que les attitudes positives résultant de l'utilisation des TIC (image de soi professionnelle et satisfaction au travail) permettent de concevoir qu'à moyen et long terme cela réduit l'intention de quitter des infirmières. Toutefois, il importe de mentionner la réorganisation du travail et les pratiques de gestion mises en place tout au long du projet d'optimisation du SAD étaient un préalable essentiel. Tout d'abord, l'effort dégagé pour assurer une gestion transparente du projet en plus d'encourager la participation du personnel infirmier tout au long de l'analyse des besoins a contribué à établir une vision partagée des problèmes, d'établir des objectifs communs bien enlignés sur les problèmes avec des cibles précises. Plusieurs recherches ont identifié la mobilisation et l'implication du personnel soignant comme étant des facteurs de succès lors du développement et de l'implantation des TIC (Gouvernement du Québec, 2003). De plus, selon Barki et Spears (2010), l'effort investi par les utilisateurs pendant le développement d'un système d'information crée une perception de pertinence et d'importance. La participation des utilisateurs augmenterait également la qualité du produit final, car il y a une meilleure compréhension des besoins d'affaires (Barki et Spears, 2010). Ensuite, la réorganisation du travail a également agi comme condition facilitante. En effet, l'optimisation et l'harmonisation des processus de travail a permis de modifier la structure, de mettre en place des nouveaux processus de travail ainsi que de revoir les rôles et les responsabilités de chacun des membres de l'équipe des soins infirmiers au sein du SAD, et ce, avant d'introduire la composante technologique. L'étude souligne

donc l'importance de l'alignement avec les autres aspects de la transformation organisationnelle.

5.2 Contributions

5.2.1 Apports théoriques

Notre recherche aura permis quatre apports théoriques importants. Tout d'abord, nous avons documenté un cas de réussite lié à la mise en place et l'utilisation des TIC comme moyen pour améliorer les conditions de travail et ultimement la rétention de la main-d'œuvre infirmière. Cette documentation est importante car elle permet de valider les résultats obtenus à ce jour et pourra servir comme référence pour mesurer les résultats des prochaines étapes du projet d'optimisation du SAD. De plus, ce cas pourra servir d'exemple pour d'autres établissements de santé qui envisageraient introduire les TIC dans leurs unités de soins à domicile.

Dans un deuxième temps, notre recherche a permis de faire une revue détaillée de la littérature sur la rétention de la main-d'œuvre infirmière. De plus, elle a permis d'observer l'influence des TIC sur la main-d'œuvre par rapport aux approches préconisées en gestion des ressources humaines pour le maintien en poste du personnel.

Dans un troisième temps, la présente étude a permis d'observer l'influence positive de l'utilisation des TIC sur l'image de soi professionnelle. La recherche sur l'image de soi professionnelle s'est principalement centrée sur l'identification des facteurs organisationnels, professionnels et éducationnels associés au maintien en poste du personnel infirmier mais très rarement sur les facteurs technologiques. Notre recherche aura donc permis d'étendre le champ d'application de ce construit.

Enfin, la présente étude aura permis de réitérer l'importance de l'alignement des pratiques de gestion avec la démarche transformationnelle. En effet, l'utilisation de l'artéfact TI ne constitue pas l'unique déclencheur des attitudes positives mentionnées.

La réorganisation du travail effectuée avant l'implantation des TIC, l'implication du personnel et la gestion transparente du projet ont également contribué aux effets majeurs. Il ne s'agit pas uniquement du séquençement des étapes de la démarche transformationnelle mais bien plus du fait d'avoir développé puis implanté un outil technologique aligné avec les autres aspects de la transformation (la structure, les processus de travail, la technologie ainsi que les rôles et les compétences du personnel).

5.2.2 Apports pratiques

Sur le plan pratique, la présente étude offre aux praticiens une meilleure compréhension des différentes dimensions de la pratique infirmière qui sont influencées par l'utilisation des TIC. Rappelons que l'optimisation des services de SAD du CSSS J-R s'inscrit dans un programme d'optimisation des façons de faire dans toutes les sphères du système de santé québécois, mais en particulier dans les services de première ligne. Il devient donc pertinent de présenter les effets d'une telle transformation sur les dimensions techniques, relationnelles et organisationnelles ainsi que leurs explications.

Pour les gestionnaires préoccupés par le roulement de leur personnel, on retient qu'il devient primordial de débiter par un examen rigoureux de la situation initiale (diagnostic de l'existant), tout en établissant une structure de projet qui encourage la participation du personnel infirmier. De plus, nous considérons que l'introduction d'outils de travail dans l'optique de contribuer favorablement au maintien en poste du personnel peut avoir plus de succès lorsqu'il y a une meilleure compréhension de la perception des infirmières. En effet, tel que mentionné, notre recherche soulève que l'introduction d'outils de travail, qui supportent la pratique infirmière, contribue à générer la perception d'être compétent, de réaliser des tâches importantes reliées au rôle d'infirmière et de faire partie d'une équipe efficace.

D'autre part, le cas du CSSS J-R témoigne de l'importance de développer puis implanter des outils technologiques alignés avec les autres aspects de la transformation, notamment la structure, la stratégie, les processus de travail ainsi que les rôles et compétences des personnes. L'établissement de santé qui s'engage dans une longue et complexe démarche de transformation organisationnelle, telle celle en cours au CSSS J-R, doit être en mesure d'assurer une cohérence à travers les différentes dimensions de l'organisation pour influencer positivement la mobilisation du personnel.

L'analyse menée dans le cadre de cette étude peut également être présentée auprès d'équipes de direction et de cadres intermédiaires d'établissements publics au Québec désirant entreprendre une démarche d'organisation du travail similaire. De plus, les leçons apprises pourraient faire l'objet d'une communication lors d'un colloque ou congrès en soins infirmiers ou en gestion des services de santé afin d'élargir la discussion sur les effets positifs de l'utilisation des TIC sur le maintien en poste du personnel infirmier.

5.3 Limites et avenues de recherches futures

La principale limite de la présente étude repose sur les limites connues de l'approche employée, soit l'utilisation d'un seul cas. En effet, les résultats obtenus sont propres à l'expérience vécue au sein de l'unité SAD du CSSS J-R. Ainsi, tout au long de l'analyse des données, nous avons fait attention de ne pas généraliser les résultats obtenus. La compréhension du contexte et de l'exhaustivité de la démarche de transformation est donc très importante afin de situer chacun des éléments observés. D'ailleurs, nous réalisons que les attitudes observées sont fortement dépendantes de la culture qui caractérise l'établissement étudié. Bien que l'expérience du CSSS J-R soit très pertinente pour effectuer ce type de recherche, il faudra documenter d'autres cas pour valider le cadre conceptuel proposé au chapitre 4.

D'autre part, le projet de transformation ayant fait l'objet de la présente étude a été amorcé en 2009, soit il y a 5 ans. Pour cette raison, la fiabilité des propos recueillis

dépend de la mémoire des personnes interrogées. La triangulation et l'analyse de la documentation nous a permis de minimiser ce biais potentiel. Afin d'atténuer davantage cette limite, une étude prospective et longitudinale plutôt que rétrospective serait souhaitable pour documenter l'incidence d'une telle démarche transformationnelle sur les attitudes des infirmières et, ultimement, leur rétention.

Enfin, dans la recherche en ressources humaines portant sur la rétention de la main-d'œuvre, nous avons remarqué une prévalence des approches quantitatives, notamment les enquêtes par questionnaire. Ainsi, il pourrait être intéressant d'enrichir les observations faites dans la présente étude avec des données quantitatives pour mesurer l'avis des principales intéressées (les infirmières) quant aux incidences des TIC sur leur rétention. La réalisation d'une étude quantitative permettrait notamment de mesurer la force de chacun des liens du cadre conceptuel présenté au chapitre précédent.

Pour conclure, quelques avenues de recherche peuvent également être suggérées. La première concerne l'évolution de la transformation organisationnelle présentement en cours au CSSS J-R. Il serait très intéressant de continuer de documenter sa progression dans une perspective longitudinale et documenter l'effet du projet en cours sur le taux réel de rétention au cours des prochains mois, voire prochaines années. Deuxièmement, il serait intéressant de réaliser une recherche comparative avec d'autres établissements comparables qui souhaitent intégrer les TIC au sein de leur secteur SAD afin de comparer leurs trajectoires, les méthodes utilisées et les résultats atteints. Une telle analyse permettrait d'enrichir la littérature en mettant l'accent sur les différences organisationnelles, notamment. À cet égard, on chercherait à savoir si l'influence des TIC sur la main-d'œuvre varie selon la culture, les particularités organisationnelles ou d'autres éléments.

Annexes

Annexe 1 – Guide d’entrevue semi-structurée - Gestionnaire

Sujet : Gestionnaires

Date : Été 2013

Lieu : CSSS Jardins-Roussillon

Introduction :

- Présentation du chercheur.
- Présenter les objectifs de l’étude et de l’entrevue.
 - Expliquer que l’entretien s’insère dans une étude visant à tracer un portrait des effets de l’utilisation des technologies pour supporter la pratique infirmière, ainsi qu’à comprendre comment elles contribuent au maintien en poste de la main-d’œuvre infirmière.
 - *Objectif de l’entrevue* : Comprendre les stratégies mises en place par la direction au sein des services soins à domicile pour soutenir l’optimisation des ressources infirmières.
- Explication du déroulement de l’entrevue :
 - Durée estimée de 45 à 60 minutes
 - Toutes les réponses sont bonnes.
- Réitérer l’anonymat et la confidentialité des propos qui seront tenus :
 - Faire signer le formulaire de consentement.
 - Demander l’autorisation d’enregistrer l’entretien.

Contenu :

Profil du répondant

- Pouvez-vous décrire brièvement votre rôle au sein de l’établissement?
- Quelle est votre vision globale en matière d’utilisation des technologies de l’information en support aux soins infirmiers? Les principaux objectifs?

Les TIC et la pratique infirmière

- Pouvez-vous décrire des interventions concrètes en matière d’utilisation des technologies de l’information pour soutenir les pratiques infirmières?
- Comment les TIC ont-elles permis de répondre à vos préoccupations?
 - Au besoin, faire référence aux problématiques identifiées :
 - Problème d’efficacité et d’efficience
 - Accès à l’information clinique

- Besoin de standardisation du cadre de pratique en soins infirmiers
- Besoins d'approches collaboratives
- Pénurie de la main-d'œuvre

Accomplissements et défis

- Quels sont les accomplissements en matière d'utilisation des TIC faits à ce jour?
 - Au besoin faire référence à :
 - Meilleure accessibilité des données cliniques
 - Qualité des soins
 - Continuité des soins
 - Autonomie professionnelle
- Quels sont les défis rencontrés lors de l'utilisation des TIC ? Expliquez
- Selon vous, est-ce que les TIC contribuent à la rétention du personnel infirmier au sein de votre établissement? Expliquez.

Améliorations souhaitées

- Quelles sont les améliorations souhaitées en matière de technologies de l'information pour optimiser les pratiques infirmières?
- Quelles actions devraient être prises ou quelles conditions devraient être mises en place afin de maximiser les bénéfices associés à l'utilisation des TIC ?
- Quelles sont les prochaines étapes souhaitées?

Conclusion

- Souhaiteriez-vous ajouter d'autres éléments en lien avec le rôle des TIC dans la pratique infirmière?
- Remercier le répondant, arrêter l'enregistrement et conserver les formulaires.

Annexe 2 - Guide d'entrevue semi-structurée - Infirmières

Sujet : Infirmières travaillant au sein du SAD et concernée par les TI

Date : Été 2013

Lieu : CSSS Jardins-Roussillon

Introduction :

- Présentation du chercheur.

- Présenter les objectifs de l'étude et de l'entrevue.
 - Expliquer que l'entretien s'insère dans une étude visant à tracer un portrait des effets de l'utilisation des technologies pour supporter la pratique infirmière, ainsi qu'à comprendre comment elles contribuent au maintien en poste de la main-d'œuvre infirmière.
 - *Objectif de l'entrevue* : Comprendre comment et quand l'infirmière utilise les technologies pour accomplir ses tâches quotidiennes et saisir les effets qui résultent de cette utilisation.

- Explication du déroulement de l'entrevue :
 - Durée estimée de 20 à 30 minutes
 - Toutes les réponses sont bonnes.

- Rétérer l'anonymat et la confidentialité des propos qui seront tenus :
 - Faire signer le formulaire de consentement.
 - Demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien.

Contenu :

Profil du répondant

- Quel poste occupez-vous au sein de l'établissement? Depuis combien de temps occupez-vous ce poste? Combien d'années d'expérience comme infirmière possédez-vous? Pourquoi avez-vous choisi cette voie?

Les TIC et les changements à la pratique infirmière

- Pouvez-vous décrire en quoi les technologies supportent votre travail quotidien?
- En quoi l'utilisation des technologies modifie-t-elle votre pratique par rapport à celle avant l'implantation? Quelles sont les principales différences au niveau de

votre travail avant et après l'implantation des technologies? (positifs ou négatifs)

Appropriation des technologies

- Quelle a été votre réaction face à l'introduction des technologies dans votre quotidien?
- Avant l'implantation, sentiez-vous la nécessité d'introduire les technologies dans l'accomplissement de votre travail?

Effets perçus de l'utilisation

- En ce qui a trait à la réalisation de vos activités quotidiennes :
 - Quels sont les bénéfices (avantages) que vous apporte l'utilisation des technologies?
 - Quels sont les inconvénients rencontrés lors de votre utilisation des technologies?

Au besoin faire référence aux effets mentionnés dans la littérature :

- i. Changement du rôle et des responsabilités / routine
 - ii. Nouvelle charge de travail
 - iii. Niveau de stress
 - iv. Cohésion avec le groupe de travail
- Selon vous, quelles sont les conditions qui ont eu des incidences sur ces effets?

Améliorations souhaitées

- Quelles sont les améliorations souhaitées en matière de technologies de l'information pour améliorer votre pratique? Quelle est l'évolution souhaitée?
- Quelles actions devraient être prises ou quelles conditions devraient être mises en place afin de maximiser les bénéfices associés à l'utilisation des TIC au sein de votre unité?

Conclusion :

- Souhaiteriez-vous ajouter d'autres éléments en lien avec le rôle des TIC dans la pratique infirmière?
- Remercier le répondant, arrêter l'enregistrement et conserver les formulaires.

Annexe 3 - Guide d'entrevue semi-structurée révisé - Infirmières

Sujet : Infirmières travaillant au sein du SAD et concernée par les TI

Date : Été 2013

Lieu : CSSS Jardins-Roussillon

Introduction :

- Présentation du chercheur.
- Présenter les objectifs de l'étude et de l'entrevue.
 - Expliquer que l'entretien s'insère dans une étude visant à tracer un portrait des effets de l'utilisation des technologies pour supporter la pratique infirmière, ainsi qu'à comprendre comment elles contribuent au maintien en poste de la main-d'œuvre infirmière.
 - *Objectif de l'entrevue* : Comprendre comment et quand l'infirmière utilise les technologies pour accomplir ses tâches quotidiennes et saisir les effets qui résultent de cette utilisation.
- Explication du déroulement de l'entrevue :
 - Durée estimée de 20 à 30 minutes
 - Toutes les réponses sont bonnes.
- Répéter l'anonymat et la confidentialité des propos qui seront tenus :
 - Faire signer le formulaire de consentement.
 - Demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien.

Contenu :

Profil du répondant

- Quel poste occupez-vous au sein de l'établissement? *Depuis combien de temps occupez-vous ce poste? Pourquoi avez-vous choisi cette voie? Qu'est-ce que vous aimez, qu'est-ce qui vous motive?*

Les TIC et les changements à la pratique infirmière

- *Pouvez-vous décrire les changements qui ont eu lieu au soutien à domicile ?*
 - Nouveaux processus, nouveaux formulaire, protocoles, DCI
- *Quels sont les impacts de ces changements sur votre pratique ?*
 - Harmonisation des pratiques au sein de l'équipe
 - Qualité des soins dispensés aux patients
 - Meilleures continuités des soins (échange avec les autres intervenants)

- Sentiments d'avoir une plus grande responsabilité à l'égard des soins offerts
- Effet sur la charge de travail (hausse ou baisse)
- Engagement vis-à-vis le CSSS
- Autonomie
- Pouvez-vous décrire en quoi les technologies supportent votre travail quotidien?
- En quoi l'utilisation des technologies modifie-t-elle votre pratique par rapport à celle avant l'implantation? Quelles sont les principales différences au niveau de votre travail avant et après l'implantation des technologies? (positifs ou négatifs)
 - Meilleure accessibilité au résumé de dossier
 - Plus grande efficacité en raison de la prise de notes en temps réel

Effets perçus de l'utilisation

- En ce qui a trait à la réalisation de vos activités quotidiennes :
 - Quels sont les bénéfices (avantages) que vous apporte l'utilisation des technologies?
 - Quels sont les inconvénients rencontrés lors de votre utilisation des technologies?
- Au besoin faire référence aux effets mentionnés dans la littérature :
- i. Changement du rôle et des responsabilités / routine
 - ii. Nouvelle charge de travail
 - iii. Niveau de stress
 - iv. Cohésion avec le groupe de travail
- Selon vous, quelles sont les conditions qui ont eu des incidences sur ces effets?

Améliorations souhaitées

- Quelles sont les améliorations souhaitées en matière de technologies de l'information pour améliorer votre pratique? Quelle est l'évolution souhaitée?
- Quelles actions devraient être prises ou quelles conditions devraient être mises en place afin de maximiser les bénéfices associés à l'utilisation des TIC au sein de votre unité?

Conclusion :

- Souhaiteriez-vous ajouter d'autres éléments en lien avec le rôle des TIC dans la pratique infirmière?
- Remercier le répondant, arrêter l'enregistrement et conserver les formulaires.

Annexe 4 - Guide d'entrevue semi-structurée - Urgences

Sujet : Infirmières travaillant à l'urgence de l'hôpital Anna-Laberge

Date : Automne 2013

Lieu : CSSS Jardins-Roussillon

Introduction :

- Présentation du chercheur.
- Présenter les objectifs de l'étude et de l'entrevue.
 - Expliquer que l'entretien s'insère dans une étude visant à tracer un portrait des effets de l'utilisation des technologies pour supporter la pratique infirmière, ainsi qu'à comprendre comment elles contribuent au maintien en poste de la main-d'œuvre infirmière.
 - Objectif de l'entrevue : Comprendre dans quelle mesure le DCI utilisé au SAD a des retombées à l'extérieur de ce même secteur, notamment à l'urgence étant donné la nature du lien avec le SAD. Il s'agit d'entrevues complémentaires à celles effectuées avec les infirmières au soutien à domicile, sous la recommandation de Stéphane Dubuc.
- Explication du déroulement de l'entrevue :
 - Durée estimée de 10 à 15 minutes
 - Toutes les réponses sont bonnes.
- Réitérer l'anonymat et la confidentialité des propos qui seront tenus :
 - Faire signer le formulaire de consentement.
 - Demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien.

Contenu :

Utilisation du DCI par les infirmières de liaison et les infirmières à l'urgence

- Pouvez-vous décrire dans quelle mesure l'information comprise dans le DCI SAD est consultée ?
- Qu'est-ce qui vous amène à consulter ce dossier électronique (motifs qui les mènent à consulter le DCI).
 - Si elles ne le consultent pas ou très peu, comprendre pourquoi.
 - Est-ce lié à la *nature du système*, la *qualité de l'information* comprise dans le DCI, le fait que les infirmières ne sont pas *sensibilisées à l'existence de ce dossier*, etc..
- Quelles sont les informations les plus utiles ?
 - *Comprendre le niveau de consultation des notes des infirmières SAD.*

- *Quels sont les bénéfices de ces informations pour l'infirmière à l'urgence et infirmière de liaison.*
- *Comprendre l'effet sur la charge de travail (hausse ou baisse).*
- **Quels sont les bénéfices que vous en tirés ?**
 - *meilleure continuité des soins,*
 - *meilleur échange avec les autres intervenants.*
 - *meilleure qualité des soins.*
 - *Comprendre si l'accès à l'information réduit le stress (en situation d'urgence).*
 - *Voir si la consultation des notes au dossier informatisé fait parti des « routines ».*

Améliorations souhaitées

- Quelles sont les améliorations souhaitées en matière de technologies de l'information pour améliorer votre pratique? Quelle est l'évolution souhaitée?
- Quelles actions devraient être prises ou quelles conditions devraient être mises en place afin de maximiser les bénéfices associés à l'utilisation des TIC au sein de votre unité?

Conclusion :

- Souhaiteriez-vous ajouter d'autres éléments en lien avec le rôle des TIC dans la pratique infirmière?
- Remercier le répondant, arrêter l'enregistrement et conserver les formulaires.

Annexe 5 - Guide d'entrevue semi-structurée – Gestionnaire de projet

Sujet : Gestionnaire de projet

Date : Mai 2014

Lieu : CSSS Jardins-Roussillon

Introduction :

- Présenter les objectifs de l'étude et de l'entrevue.
 - Expliquer que l'entretien vise à faire un suivi suite aux entrevues réalisées auprès des infirmières et des gestionnaires ainsi qu'à valider le cadre conceptuel final résultant de nos analyses.
 - *Objectif de l'entrevue* : Valider les effets observés sur la pratique infirmière suite à l'utilisation des technologies ainsi que les dynamiques qui en découlent et qui contribuent au maintien en poste de la main-d'œuvre infirmière au sein du SAD.
- Explication du déroulement de l'entrevue :
 - Durée estimée de 60 à 75 minutes
- Répéter l'anonymat et la confidentialité des propos qui seront tenus :
 - Faire signer le formulaire de consentement.
 - Demander l'autorisation d'enregistrer l'entretien.

Contenu :

Rappel des objectifs du mémoire

- Comprendre dans quelle mesure et de quelle façon les TIC soutiennent la pratique infirmière et, ultimement, le maintien en poste de la main-d'œuvre infirmière.

Retour rapide sur le projet de transformation

- Valider les grandes étapes du projet qui ont été documentées :
 - Présenté la chronologie du projet avec les grandes lignes de chacune des phases et activités.

Présentation du cadre conceptuel

- Présenter les effets observés sur la pratique infirmière (voir annexe 2).
 - Dimension technique
 - Tâches clinico-administrative (-)
 - Tâches d'évaluation, planification et de suivi (+)

- Appropriation (harmonisation?) des modes de pratique SAD (+)
- Compétences informatiques (+)
- Dimension relationnelle
 - Compréhension du cas (+)
 - Accès à l'information = (+) d'enseignement auprès du patient sur sa maladie
- Dimension organisationnelle
 - Accès à l'information (+)
 - Coordination de la charge de travail (+)
 - Meilleure gestion des effectifs (+)
 - Qualité des soins (+)
 - Continuité des soins (+)
 - Mise à jour des compétences (protocoles, règles, etc.) (+)
- Présenté les effets observés sur les antécédents liés à la rétention de la main-d'œuvre infirmière
 - Image de soi professionnelle
 - Perception d'être compétente (+)
 - Estime de soi (+)
 - Satisfaction au travail
 - Sentiment d'efficacité (+)
 - Satisfaction face aux outils de travail (+)
 - Conditions de travail (+)
 - Niveau de stress (-)

Réactions sur le cadre conceptuel

- Quelles sont vos perceptions par rapport aux effets observés? Êtes-vous en accord ou en désaccord ? Pourquoi?
- Selon vous, il y a-t-il d'autres effets non mentionnés dans notre cadre que vous avez vécus ?

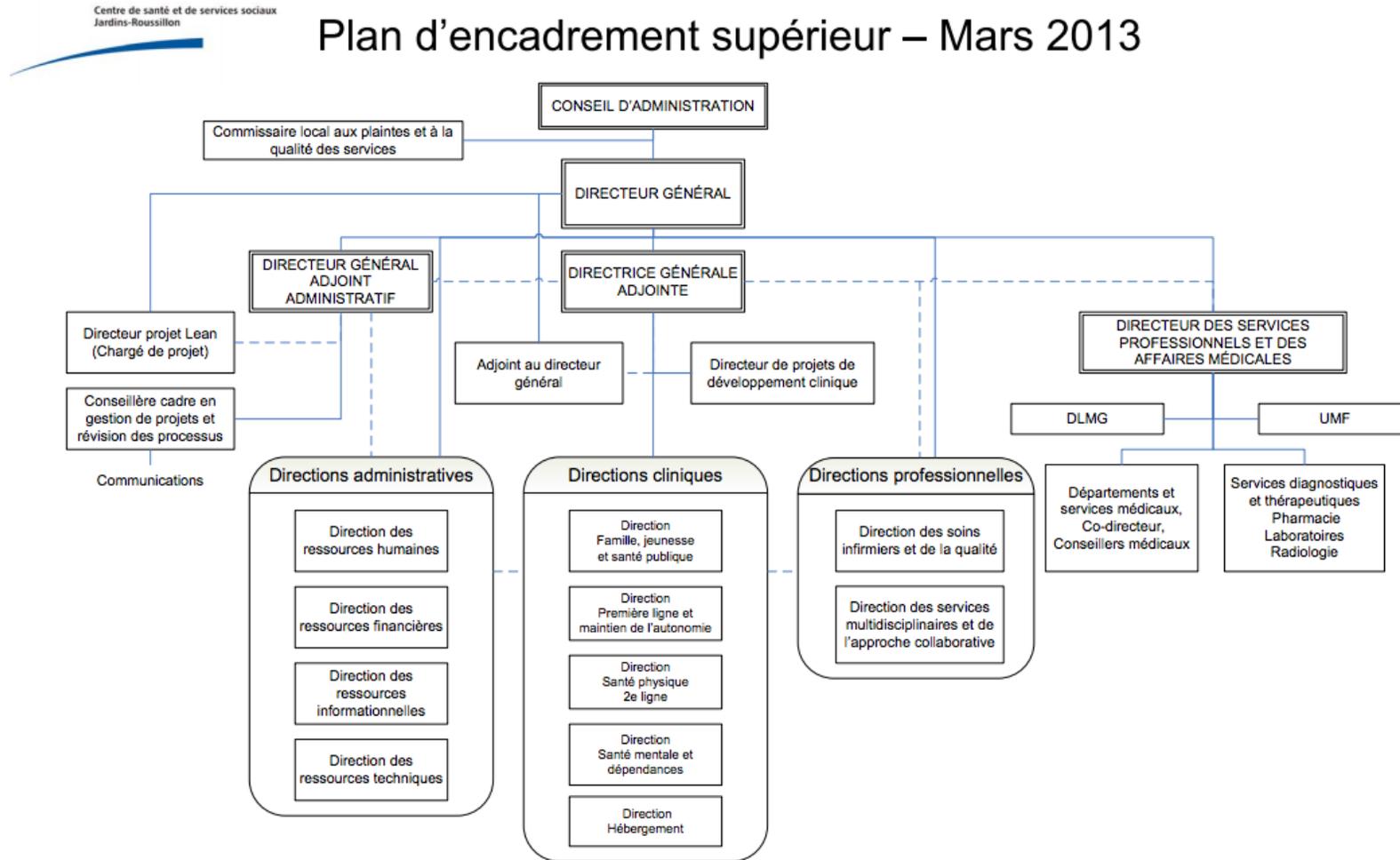
Conclusion

- Souhaiteriez-vous ajouter d'autres éléments en lien avec le rôle des TIC dans la pratique infirmière?

Annexe 6 - Schème de codification

Mécanismes	
Autonomie professionnelle	
Professionnalisation	
Caractéristiques du poste	
Environnement du travail	
Enracinement	
Aménagement du temps	
Organisation du travail	
Pratiques politiques	
Productivité et efficacité	
Développement professionnel	
Formation continue	
Attitudes	
Satisfaction au travail	
Engagement organisationnel	
Stress	
Relation avec le superviseur	
Clarté du rôle / Conflit du rôle	
Relations avec les collègues	

Annexe 7 - Structure organisationnelle du CSSS Jardins-Roussillon²⁷

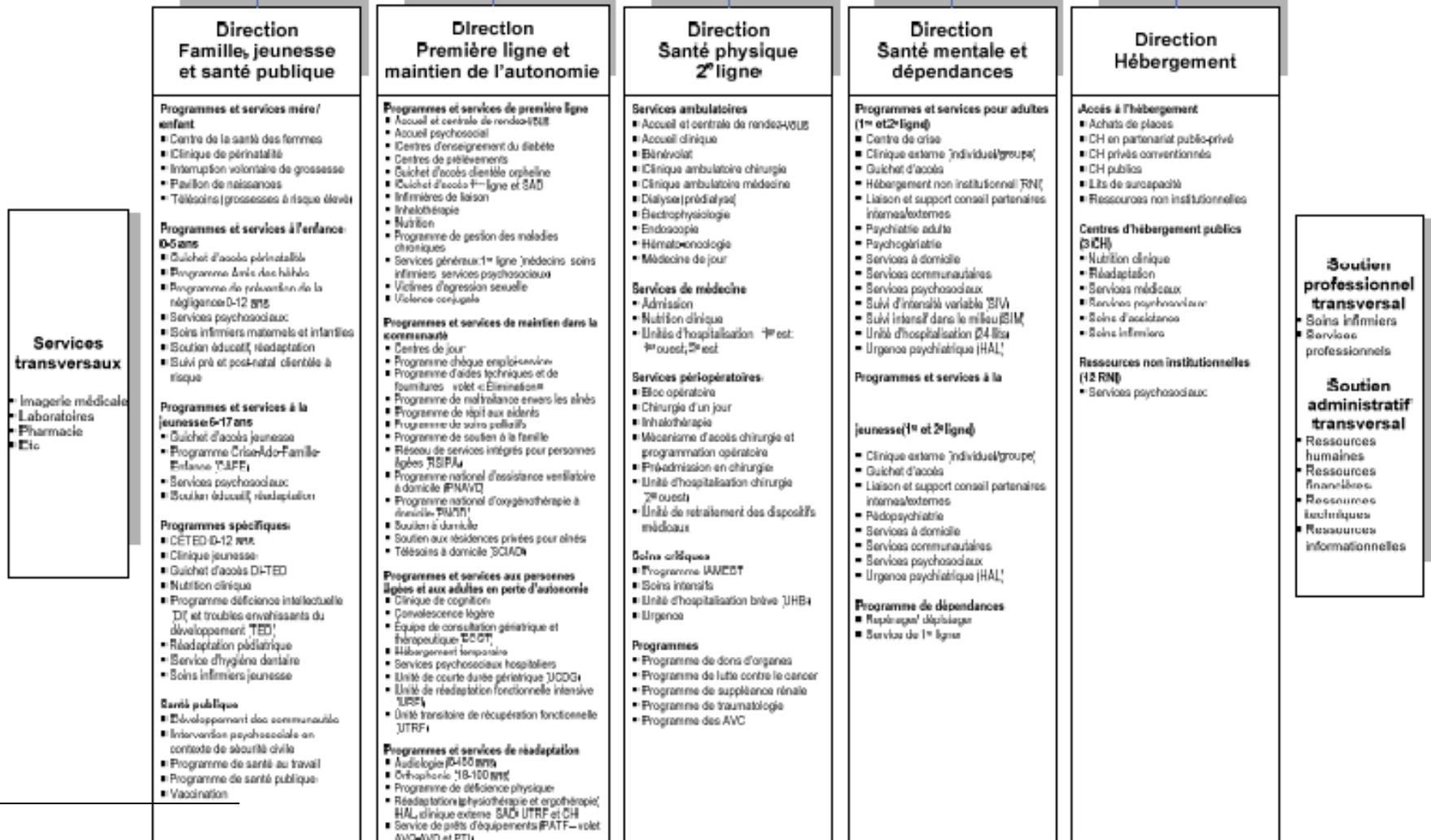


²⁷ Rapport Annuel 2012-2013 du CSSS Jardins-Roussillon

Annexe 8 - Modèle d'organisation des programmes²⁸

Plan d'organisation clinique

Liaison avec les partenaires de 2^e et 3^e lignes spécifiques aux clientèles

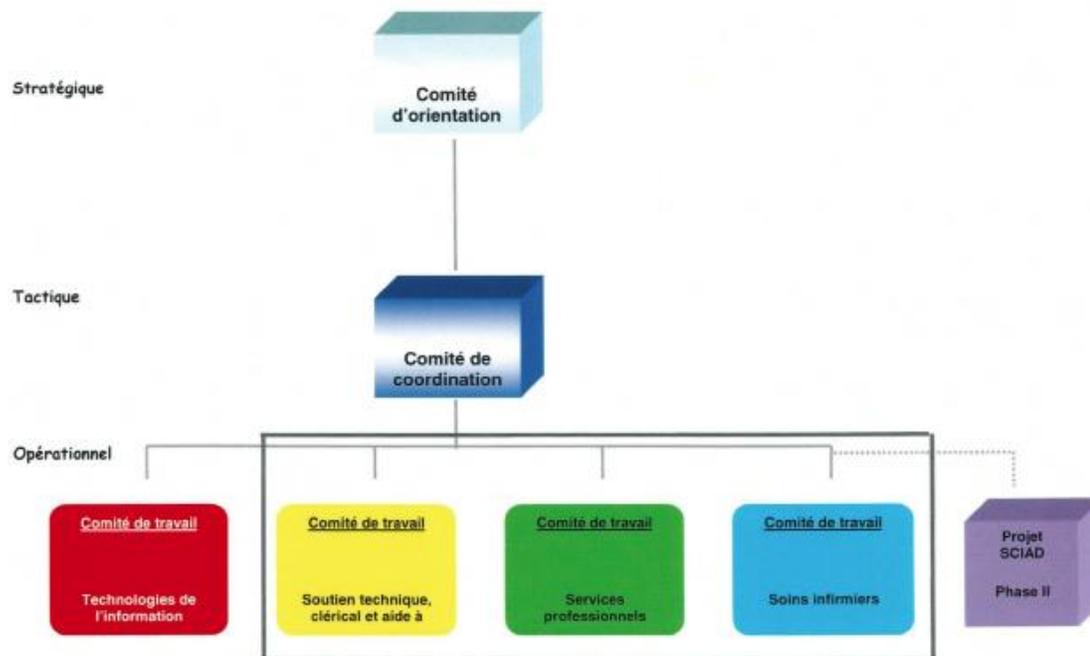


²⁸ Rapport Annuel 2012-2013 du CSSS Jardins-Roussillon

Annexe 9 - Orientations ministérielles et lois qui encadrent les SAD

<i>Années</i>	<i>Lois, orientations</i>	<i>Descriptions</i>
2001	<i>Orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie</i>	Permettent de situer l'ensemble des actions qui doivent être entreprises pour adapter les services aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.
2002	<i>Loi 90 – Modification au code des professions</i>	Prévoit un nouveau partage des champs d'exercices professionnels dans le domaine de la santé (notamment les infirmières). Les dispositions permettent aux non professionnels d'exercer certaines activités afin de mieux répondre aux besoins de la population.
2003	<i>Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »</i>	S'adresse à toutes les clientèles qui ont une incapacité temporaire ou permanente. Définit les modes d'évaluation, les critères pour établir les priorités des demandes et la délivrance des services.
2003	<i>Loi 25 – Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux</i>	Création des CSSS.
2005	<i>Entente de gestion et d'imputabilité</i>	Vise l'amélioration de l'accessibilité aux services. Une priorité particulière est accordée aux maladies chroniques.
2005	<i>Plan d'action 2005-2010. Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie</i>	Met en place des services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie, incluant les outils informatiques pour soutenir les processus cliniques et les mécanismes d'échange et d'intégration.
2006	<i>Loi 33 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives</i>	Vise à améliorer l'accès des services médicaux spécialisés et sur-spécialisés. Prévoit l'instauration d'un mécanisme central de gestion de l'accès à ces services.
2007	<i>Projet de Loi 50 – Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines</i>	Nouveau partage des champs d'exercices professionnels dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Notamment, il prévoit l'encadrement de la pratique de la psychothérapie.
2008	<i>Cadre de référence concernant les actions terrain en matière d'organisation du travail</i>	Stratégie ministérielle sur la main-d'œuvre en soins infirmiers, comportant neuf leviers, dont l'organisation du travail comme premier levier d'action.

Annexe 10 - Structure du projet



Comité	Rôle	Responsabilités
Comité d'orientation	Assurer le suivi stratégique du projet dans son ensemble (orientation, contenu, échéance, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les orientations • Approuver les principaux livrables • Effectuer un suivi stratégique du projet • Recevoir les recommandations du comité de coordination • Assurer les arrimages nécessaires pour la réalisation du projet • Approuver tout changement majeur relatif à l'échéancier
Comité de coordination	Assurer un suivi tactique de la réalisation du projet en se référant au Manuel d'organisation de projet et d'encadrer les travaux des comités de travail.	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la réalisation des travaux reliés à l'élaboration du projet • Soutenir les travaux des comités de travail • Recevoir les livrables des comités de travail, les analyser et en faire le suivi • Assurer la cohérence entre les travaux des différents comités de travail et leur convergence vers l'atteinte des objectifs du projet • Faire des recommandations au comité d'orientation.
Comité de travail	Réaliser les travaux reliés à l'élaboration du projet	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer un plan d'action en fonction des mandats • Identifier tout au long du projet les impacts possibles des solutions retenues sur les travaux des autres comités de travail • Réaliser les travaux

Annexe 11 - Résumé des activités quotidiennes réalisées par les infirmières cliniciennes²⁹

CLSC CHATEAUGUAY	CLSC KATERI	CLSC JARDIN-DU-QUÉBEC
PRÉPARATION DE MATÉRIEL		
<ul style="list-style-type: none"> • Préparation des valises pour prélèvements • Préparation des sacs pour la route • Nettoyage et désinfection des valises des infirmiers non fait 	<ul style="list-style-type: none"> • Valises pour prélèvements • Préparation des sacs pour la route 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation des valises pour prélèvements • Préparation des sacs pour la route • Nettoyage et désinfection des valises des infirmières • Transport du matériel propre et souillé du domicile
STÉRILISATION		
		<ul style="list-style-type: none"> • Procédures de stérilisation
COMMANDES		
<ul style="list-style-type: none"> • Rechercher les nouveaux produits ou les produits peu utilisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux produits 	<ul style="list-style-type: none"> • Faits les commandes, faire les inventaires, distribuer et placer la commande • Rechercher les nouveaux produits ou les produits peu utilisés
LABORATOIRE		
<ul style="list-style-type: none"> • Planification de tous les prélèvements; faire les feuilles de prélèvements 	<ul style="list-style-type: none"> • Planification de tous les prélèvements; faire les feuilles de prélèvements 	<ul style="list-style-type: none"> • Planification de tous les prélèvements; faire les feuilles de prélèvements, produire les étiquettes • Centrifuge tube • Transvider urine • Changer les heures dans l'ordinateur
DOSSIERS		
<ul style="list-style-type: none"> • Sortir et chercher les dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Chercher les dossiers • Retranscrire les données nominatives 	<ul style="list-style-type: none"> • Adressographe dans le bureau des infirmières, donc réduit la retranscription

²⁹ Bilan des travaux du groupe de travail, préparé par l'adjointe à la DSIQ, le 18 novembre 2008.

<ul style="list-style-type: none"> • Retranscrire les données nominatives • Il y a une secrétaire à temps complet de jour pour la tenue de dossiers : les résumés à faire, les dossiers à fermer et à classer pour 80 intervenants. Lors de ces absences, se sont les infirmières qui le font. • Création d'un dossier parallèle avec feuilles nursing • Tenue de dossiers en souffrance : pas de commis de soir • Plusieurs copies d'un même dossier • Secrétaire aux archives : pas toujours remplacée • Les infirmières complètent les feuilles des infirmières familiales et sociales • Système de traçage de dossier « boycotté » par certains intervenants • Lorsque le nursing a besoin du dossier mais on priorise les autres intervenants • Les infirmières font la transmission d'information inter-établissement, inter-direction, bureau de médecin soit par fax, téléphones, photocopies. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demande des dossiers du lendemain avant 14 h • Création d'un dossier parallèle avec feuilles nursing • Tenue de dossiers en souffrance • Plusieurs copies du même document dans les dossiers • Système de traçage de « boycotté » par certains intervenants • Lorsque le nursing a besoin du dossier mais on priorise les autres intervenants • Les dossiers restent dans les bureaux des autres intervenants plusieurs jours. • Les infirmières font la transmission d'information inter-établissement, inter-direction, bureau de médecin soit par fax, téléphones, photocopies. 	<p>des données</p> <ul style="list-style-type: none"> • Classement mal fait, perte de documents, outils multi perdus • Recherche des dossiers • Présence de dossiers parallèles • Système de traçage de « boycotté » par certains intervenants • Lorsque le nursing a besoin du dossier mais on priorise les autres intervenants • Certaines notes sont collées dans le dossier jusqu'à la note de fin de semaine • Déplacement de l'infirmière entre deux établissements pour faire ces notes au dossier (Napierville vs St-Rémi) • Les dossiers restent dans les bureaux des autres intervenants plusieurs jours. • Les infirmières font la transmission d'information inter-établissement, inter-direction, bureau de médecin soit par fax, téléphones, photocopies.
LISTE D'ATTENTE DES AUTRES INTERVENANTS		
<ul style="list-style-type: none"> • Gérer la liste d'attente des autres professionnels : Ergo, Physio, O/C 		
LISTE DE RAPPEL		
<ul style="list-style-type: none"> • Gérer la liste de rappel 		

SECRETARIAT		
<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour des ressources, télécopies, photocopies • Secrétaire de direction : pas toujours remplacée 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour des ressources, télécopies, photocopies 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise à jour des ressources, télécopies, photocopies, kit d'enseignement • Secrétaire pas toujours remplacée
PRÊT D'ÉQUIPEMENT		
<ul style="list-style-type: none"> • Faire les demandes, signatures, envois pour les différents comités : CAR, CAM, CES. • Dans le cas de l'intervenant pivot, il doit gérer le côté clérical des services accordés au CAR, CAM, CES. 		<ul style="list-style-type: none"> • Faire les demandes, signatures, envois pour les différents comités : CAR, CAM, CES. • Dans le cas de l'intervenant pivot, il doit gérer le côté clérical des services accordés au CAR, CAM, CES.
ACTIVITÉS NON NURSING COMMUNES AUX TROIS CLSC		
<ul style="list-style-type: none"> • Entrée des statistiques à l'ordinateur • Mise à jour du module de garde • Commis pour appeler les patients la veille de la visite et appels pour laboratoire • Informer si préparation spécifique 		

Abréviations :

CAR : Comité allocation ressources

CAM : Comité allocation matériel

CES : chèque emploi services

Annexe 12 - Les 14 activités réservées aux infirmières selon la loi 90³⁰

Domaines	Activités
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier
	<ul style="list-style-type: none"> Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal Contribuer au suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance
	<ul style="list-style-type: none"> Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la <i>Loi sur la santé publique</i> Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent
	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance
	<ul style="list-style-type: none"> Appliquer des techniques invasives
	<ul style="list-style-type: none"> Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la <i>Loi sur la santé publique</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance Décider de l'utilisation des mesures de contention

³⁰ Adapté de OIIQ, 2003

Annexe 13 – Récapitulation des différents types d’infirmières³¹

Titre	Formation professionnelle	Champs de pratique
Infirmière auxiliaire	<ul style="list-style-type: none"> • AEC 	<ul style="list-style-type: none"> • Prises de sang • Administration des médicaments sauf I.V. • Lavement, Pansements • Ponctions veineuses • Information et renforcement de l’enseignement
Infirmière	<ul style="list-style-type: none"> • Diplôme d’études collégiales (DEC) en soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Exerce en soins généraux • Évalue l’état de santé de la personne • Détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers • Prodige des soins et des traitements infirmiers et médicaux
Infirmière clinicienne	<ul style="list-style-type: none"> • Baccalauréat (BAC) en sciences infirmières 	<ul style="list-style-type: none"> • Exerce en soins complexes (i.e. soins intensifs, traumatologie, santé communautaire, santé mentale) • Évalue l’état de santé de la personne • Détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers • Prodige des soins et des traitements infirmiers et médicaux • Conçoit et applique des programmes de soins • Coordonne les soins et les services • Participe à des projets de recherche
Infirmière clinicienne spécialisée	<ul style="list-style-type: none"> • Formation de 2e cycle universitaire (DESS) • Détient un certificat de spécialiste émis par l’OIIQ 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifie les facteurs qui ont une incidence sur la survenue des infections • Surveille les infections à temps réel • Analyse les risques infectieux présent • Réalise des enquêtes épidémiologiques • Met en place des moyens et stratégies pour prévenir la transmission des infections.
Infirmière praticienne spécialisée	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise en sciences infirmières • Diplôme d’études supérieures spécialisées 	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience dans un domaine clinique (ex. : néonatalogie, néphrologie, cardiologie, soins de première ligne) • Dépense des soins infirmières et médicaux et prescrit des examens diagnostiques, des médicaments et des traitements selon son domaine de spécialité.

³¹ Adapté de OIIQ, <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession/infirmiere-praticienne-specialisee>, consulté le 29 septembre 2014

Bibliographie

- Ajzen, I (1985). « From intentions to actions: A theory of planned behavior », *In Action-control: from cognition to behavior*, p. 11-39.
- Allen, D. G. (2006). « Do organizational socialization tactics influence newcomer embeddedness and turnover? », *Journal of Management*, no 32, p. 237-256.
- Allen, D. G. (2008). *Retaining talent: A guide to analyzing and managing employee turnover*, Alexandria, VA, USA, 43 p.
- Allen, D. G., P. C. Bryant et J. M. Vardaman (2010). « Retaining Talent: Replacing Misconceptions With Evidence-Based Strategies », *The Academy of Management Perspectives*, vol. 24, no 2, p. 48.
- Baraldi, S et M Memmola (2006). « How healthcare organization actually use the internet's virtual space: a field study », *International Journal of Healthcare Technology and Management*, vol. 7, no 3, p. 187-207.
- Bauer, T. N., T. Bodner, B. Erdogan, D. M. Truxillo et J. S. Tucker (2007). « Newcomer adjustment during organizational socialization: a meta-analytic review of antecedents, outcomes, and methods. », *Journal of Applied Psychology*, vol. 92, p. 707-721.
- Bédard, D. et A. Duquette (1998). « Le concept de soi professionnel », *L'infirmière canadienne*, p. 43-45.
- Beeken, J.E. (1997). « The relationship between critical thinking and self-concept in staff nurses and the influence of these characteristics on nursing practice. », *Journal of Nursing Staff Development*, vol. 13, no 5, p. 272-278.
- Beeuwkes Buntin, M., Matthew F. Burke, Michael C. Hoaglin et David Blumenthal (2011). « The Benefits Of Health Information Technology: A Review Of The Recent Literature Shows Predominantly Positive Results », *Health Affairs*, vol. 30, no 3, p. 464-471.
- Benbasat, Izak, David K. Goldstein et Melissa Mead (1987). « The Case Research Strategy in Studies of Information Systems » [Article], *MIS Quarterly*, vol. 11, no 3, p. 369-386.

- Breugh, J. A. et M. Starke (2000). « Research on employee recruitment: So many studies, so many remaining questions », *Journal of Management*, no 26, p. 405-434.
- Breukelen, Wim van, René van der Vlist et Herman Steensma (2004). « Voluntary Employee Turnover: Combining Variables from the 'Traditional' Turnover Literature with the Theory of Planned Behavior », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 25, no 7, p. 893-914.
- Burke, R.J. (2004). « Implementation of hospital restructuring and nursing staff perceptions of hospital functioning », *Journal of Health Organization and Management*, vol. 18, no 4, p. 279-289.
- Cascio, W. F. (2006). *Managing human resources: Productivity, quality of work life, profits* 7^e éd., Burr Ridge, IL, Irwin/McGraw-Hill.
- Chippis, Jennifer, Petra Brysiewicz et Maurice Mars (2012). « A systematic review of the effectiveness of videoconference-based tele-education for medical and nursing education », *Worldviews On Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society Of Nursing*, vol. 9, no 2, p. 78-87.
- Constantino, Stavros et Kate Westberg (2009). « Using triangulation and multiple case studies to advance relationship marketing theory », *Qualitative Market Research*, vol. 12, no 3, p. 307-320.
- Coomber, Billie et K. Louise Barriball (2007). « Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 44, no 2, p. 297-314.
- Cossette, M. et A. Gosselin (2012). « Quitter, rester ou progresser? Les profils d'intentions des agents en centre d'appels. », *Relations Industrielles / Industrial Relations*, vol. 67, no 4, p. 703-725.
- Cowin, L. S. (2001). « Measuring nurses' self-concept », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 23, no 3, p. 313-325.
- Cowin, Leanne S. et Cecily Hengstberger-Sims (2006). « New graduate nurse self-concept and retention: A longitudinal survey », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 43, no 1, p. 59-70.
- Cowin, Leanne S., Maree Johnson, Rhonda G. Craven et Herbert W. Marsh (2008). « Causal modeling of self-concept, job satisfaction, and retention of nurses », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 45, no 10, p. 1449-1459.

- CSSS Jardins-Roussillon (2013). *Rapport annuel 2012-2013*, Châteauguay.
- Currie, Elizabeth J. et Roy A. Carr Hill (2012). « What are the reasons for high turnover in nursing? A discussion of presumed causal factors and remedies », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 49, no 9, p. 1180-1189.
- Davis, Fred D., Richard P. Bagozzi et Paul R. Warshaw (1989). « User Acceptance of Computer Technology: A Comparison of Two Theoretical Models », *Management Science*, vol. 35, no 8, p. 982-1003.
- de Veer, Anke J. E. et Anneke L. Francke (2010). « Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: a questionnaire survey », *International Journal Of Nursing Studies*, vol. 47, no 7, p. 846-854.
- Demira, A. , M. Ulusoyb et M.F. Ulusoya (2003). « Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. », *Int. J. Nurs. Stud.*, vol. 40, no 3, p. 807-827.
- Doran, Diane, R. Brian Haynes, André Kushniruk, Sharon Straus, Jeremy Grimshaw, Linda McGillis Hall, *et al.* (2010). « Supporting evidence-based practice for nurses through information technologies », *Worldviews On Evidence-Based Nursing / Sigma Theta Tau International, Honor Society Of Nursing*, vol. 7, no 1, p. 4-15.
- Dubé, L. et G. Paré (2003). « Rigor in Information Systems Positivist Case Research: Current Practices, Trends, and Recommendations » [Article], *MIS Quarterly*, vol. 27, no 4, p. 597-635.
- Eisenhardt, Kathleen M. (1989). « Building Theories from Case Study Research », *Academy of Management Journal*, vol. 14, no 4, p. p. 532-550.
- Émond, J-G., J. Pettigrew, J. Côté, J. Lalancette, DL. Sasseville, A. Mageau, *et al.* (2005). *Devenir un GMF: Guide d'accompagnement.*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Esterle, Laurence et Alexandre Mathieu-Fritz (2013). « Teleconsultation in geriatrics: Impact on professional practice », *International Journal of Medical Informatics*, vol. 82, no 8, p. 684-695.
- FCSII (2009). *Énoncé de position sur les heures supplémentaires obligatoires*, Ottawa, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers.
- FCSII (2011). *De la recherche à l'action : Des solutions appliquées dans un milieu de travail infirmier.* , Ottawa, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers.

- Finances Québec (2012). *Budget 2012-2013. Le Québec et ses aînés. Pour mieux vieillir chez soi.*, Gouvernement du Québec.
- FIQ (2010). *Consultation Planification stratégique 2010-2015*, Montréal.
- Fishbein, M. et I Ajzen (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Reading, MA, Addison-Wesley.
- Fishbein, M. et I. Ajzen (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach.*, New York Psychology Press (Taylor & Francis). .
- Fitz-enz, J. (2002). *How to measure human resources management* 3^e éd., New York, McGraw-Hill.
- Fortin, JP, R Landry, MP Gagnon, J Duplantie, R Bergeron, Y Galarneau, *et al.* (2006). *La télésanté une stratégie pour soutenir la pratique des médecins en régions éloignées.*
- Gagnon, M-P., G Paré, E Breton, F Courcy, J Côté, A Trépanier, *et al.* (2012). « Le maintien en poste des infirmières et l'intégration des TIC et de la télésanté dans les régions éloignées, intermédiaires et périphériques au Québec », *Working paper*.
- Gagnon, M-P., G. Paré, H. Pollender, J. Duplantie, J. Côté, J-P. Fortin, *et al.* (2011a). « Supporting work practices through telehealth: impact on nurses in peripheral regions », *BMC Health Services Research*, vol. 11, no 27.
- Gagnon, Marie-Pierre, Hugo Pollender, Amélie Trépanier, Emmanuel Duplâa et Birama Apho Ly (2011b). « Supporting health professionals through information and communication technologies: a systematic review of the effects of information and communication technologies on recruitment and retention », *Telemedicine Journal And E-Health: The Official Journal Of The American Telemedicine Association*, vol. 17, no 4, p. 269-274.
- Gouvernement du Québec (2003). *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières au Québec*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux. Récupéré de http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDEFile/infirmieres.PDF?Archive=194230291241&File=16983_PDF%5D
- Gouvernement du Québec (2013). *Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie* Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Griffeth, R. W. et P. W. Hom (2001). *Retaining valued employees*, Thousand Oaks, CA, Sage.

- Griffeth, Rodger W., Peter W. Hom et Stefan Gaertner (2000). « A Meta-Analysis of Antecedents and Correlates of Employee Turnover: Update, Moderator Tests, and Research Implications for the Next Millennium » [Article], *Journal of Management*, vol. 26, no 3, p. 463-488.
- Hayes, Bronwyn, Ann Bonner et Julie Pryor (2010). « Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature », *Journal Of Nursing Management*, vol. 18, no 7, p. 804-814.
- Hayes, Lauren J., Linda O'Brien-Pallas, Christine Duffield, Judith Shamian, James Buchan, Frances Hughes, *et al.* (2012). « Nurse turnover: A literature review – An update », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 49, no 7, p. 887-905.
- Hegney, Desley, Alexandra McCarthy, Cath Rogers-Clark et Don Gorman (2002). « Why nurses are resigning from rural and remote Queensland health facilities », *Collegian (Royal College Of Nursing, Australia)*, vol. 9, no 2, p. 33-39.
- Heinrich, J. (2001). « Nursing Workforce: Multiple Factors Create Nurse Recruitment and Retention Problems. », Washington, DC. Récupéré de <http://www.gao.gov/assets/110/108900.pdf>
- Heneman, H. G. et T. A. Judge (2006). *Staffing organizations* 5^e éd., Burr Ridge, IL, Irwin/McGraw-Hill.
- Herzberg, F., B. Mausner et B. Snyderman (1959). *The Motivation to Work*, 2^e éd., New York., John Wiley & Sons.
- Holmes, C.A. (2006). « The slow death of psychiatric nursing: what next? », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 13, no 4, p. 401-415.
- Holtom, Brooks C., Terence R. Mitchell, Thomas W. Lee et Marion B. Eberly (2008). « Turnover and retention research: A glance at the past, a closer review of the present, and a venture into the future », *The Academy of Management Annals*, vol. 2, no 1, p. 231-274.
- Hom, P. W. et R. W. Griffeth (1995). *Employee turnover.* , Cincinnati, OH, South-Western.
- Hong, Hae Sook, Il Kon Kim, Sung Hee Lee et Hwa Sun Kim (2009). « Adoption of a PDA-based home hospice care system for cancer patients », *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, vol. 27, no 6, p. 365-371.

- Informetrica (2013). *Tendances : absentéisme en raison de maladie ou incapacité personnelle, et heures supplémentaires chez le personnel infirmier autorisé du secteur public (2012)* Ottawa, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. Récupéré de http://www.fcsii.ca/sites/default/files/overtime_and_absenteeism_quick_factsfr.pdf
- Jean, S. (2005). *Projection de la main-d'oeuvre infirmière, de 2004-2005 à 2019-2020*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Johnson, M., L. S. Cowin, I. Wilson et H. Young (2012). « Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges », *International Nursing Review*, vol. 59, no 4, p. 562-569.
- Kramer, Marlene et Claudia E. Schmalenberg (2003). « Magnet Hospital Nurses Describe Control Over Nursing Practice », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 24, p. 434.
- Lacoursière, A. (2011). « Côte-Nord: recours aux agences privées coûteuses et dangereuses », *La Presse*.
- Lee, Thomas W. et Terence R. Mitchell (1994). « An alternative approach: The unfolding model of voluntary employee turnover », *Academy of Management. The Academy of Management Review*, vol. 19, no 1, p. 51.
- Lee, Thomas W., Terence R. Mitchell, Brooks C. Holtom, Linda S. McDaniel et John W. Hill (1999). « The unfolding model of voluntary turnover: A replication and extension », *Academy of Management Journal*, vol. 42, no 4, p. 450-462.
- Levy, Y. et T.J. Ellis (2006). « A Systems Approach to Conduct an Effective Literature Review in Support of Information Systems Research », *Informing Science*, vol. 9, p. 181.
- Lu, Hong, Alison E. While et K. Louise Barriball (2005). « Job satisfaction among nurses: a literature review », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 42, no 2, p. 211-227.
- MacIntosh-Murray A. et Choo C.W. (2005). « Informational behavior in the context of improving patient safety », *Journal of the American Society for Information Science and Technology* vol. 56, p. 1332-1345.
- March, J. G. et H. A. Simon (1958). *Organizations*, New York, John Wiley.

- Markus, M. L. (1989). « Case selection in a disconfirmatory case study », *The information systems research challenge: qualitative research methods*, vol. 1, p. 20-26.
- Mbemba, G., M-P. Gagnon, G. Paré et J. Côté (2013). « Intervention for Supporting Nursing Retention in Rural and Remote Areas: An Umbrella Review », *Working paper*.
- Miles, M. B. et A. M. Huberman (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*, SAGE publications, Inc.
- MISS (2012). *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Mitchell, T. R., Brooks C. Holtom et Thomas W. Lee (2001). « How to keep your best employees: Developing an effective retention policy », *Academy of Management Executive*, vol. 15, p. 96-108.
- Mitchell, Terence R., Brooks C. Holtom, Thomas W. Lee, Chris J. Sablinski et Miriam Erez (2001). « Why people stay: Using job embeddedness to predict voluntary turnover », *Academy of Management Journal*, vol. 44, no 6, p. 1102-1121.
- Mobley, William H. (1977). « Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover », *Journal of Applied Psychology*, vol. 62, no 2, p. 237-240.
- Molanari, DL, A Jaiswal et T Hollinger-Forrest (2011). « Rural Nurses : Lifestyle preferences and education perceptions », *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, vol. 11, no 2.
- Öhlén, J. et K. Segesten (1998). « The professional identity of the nurse: Concept analysis and development. », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 28, p. 720-727.
- OIIQ (2002). *Inventaire des systèmes d'information dans le réseau de la santé et leur utilisation dans le cadre de la pratique infirmière* Québec Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- OIIQ (2013). *Portrait de la relève infirmière 2012-2013*, Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Paré, G. (2004). « Investigating Information Systems with Positivist Case Research », *Communications of the Association for Information Systems* vol. 13, no 18.
- Paré, G. , C. Sicotte et P. Poba-Nzaou (2012). *Analyse des effets d'un programme de télésoins à domicile déployé au CSSS Jardins-Roussillon*, Montréal.

- Paré, G., M. Jaana et C. Sicotte (2007). « Systematic Review of Home Telemonitoring for Chronic Disease: The Evidence Base », *Journal of American Medical Informatics Association*, vol. 14, no 3.
- Paré, G., K Moqadem, G Pineau et C St-Hilaire (2009a). *Revue systématique des effets de la télésurveillance à domicile dans le contexte du diabète, des maladies pulmonaires et des maladies cardiovasculaires.* , Montréal, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Récupéré de http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Telesante/ETMIS2009_Vol5_No3.pdf
- Paré, G., P. Poba-Nzaou et C. Sicotte (2013). « Home Telemonitoring for Chronic Disease Management: An Economic Assessment », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 29, no 2, p. 155-161.
- Paré, G., P. Poba-Nzaou et Claude Sicotte (2012). « Home Telemonitoring for Chronic Disease Management: An Economic Assessment », *Cahier de la Chaire de recherche du Canada en technologie de l'information dans le secteur de la santé*, vol. 12, no 01.
- Paré, G., C Sicotte, M-P Moreault, P Poba-Nzaou, G Nahas et M Templier (2011). « Mobile computing and the quality of home care nursing practice », *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 17, p. 313-317.
- Paré, G., C. Sicotte, M. Chekli, M. Jaana, C. De Blois et M. Bouchard (2009b). « A Pre-Post Evaluation of a Telehomecare Program in Oncology and Palliative Care », *Telemedicine and e-Health* vol. 15, no 2, p. 154-159.
- Phillips, J. M. (1998). « Effects of realistic job previews on multiple organizational outcomes: A meta-analysis. », *Academy of Management Journal*, vol. 41, p. 673-690.
- Price, James L. et Charles W. Mueller (1981). « A causal model of turnover for nurses », *Academy of Management Journal (pre-1986)*, vol. 24, no 3, p. 543.
- Price, S.L. (2009). « Becoming a nurse: a meta-study of early professional socialization and career choice in nursing. », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65, p. 11-19.
- Prothero, M.M. , E.S. Marshall et D.M. Fosbinder (1999). « Implementing differentiated practice: personal values and work satisfaction among hospital staff nurses. », *Journal of Nurses in Staff Development*, vol. 15, no 5, p. 185-192.

- Ramsay, C. S. (2006). « Engagement at Intuit: It's the people. », communication présentée au *Society of Organizational and Industrial Psychology 21st Annual Conference*, Dallas, TX.
- Rheuban, Karen S. (2006). « The role of telemedicine in fostering health-care innovations to address problems of access, specialty shortages and changing patient care needs », *Journal Of Telemedicine And Telecare*, vol. 12 Suppl 2, p. S45-S50.
- Roine, R, A Ohinmaa et D. Hailey (2001). « Assessing telemedicine: A systematic review of the literature. », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 165, no 6, p. 765-771.
- Rondeau, Kent V. et Terry H. Wagar (2006). « Nurse and resident satisfaction in magnet long-term care organizations: do high involvement approaches matter? », *Journal Of Nursing Management*, vol. 14, p. 244-250.
- Santé Canada (2000). *Atelier vision 2020 sur les technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé du point de vue de la profession infirmière*, Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada et Bureau de la santé et l'inforoute.
- Santé Canada (2007). *Bureau de la politique des soins infirmiers: Traitement des enjeux propres aux soins infirmiers*, Gouvernement du Canada. Récupéré le February 1, 2013 <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/spb-dgps/onp-bpsi/issues-enjeux-fra.php>
- Santé Canada (2011). *Partenariat fédéral pour les soins de santé : Symposium du Bureau des ressources humaines en santé*, Ottawa, Bureau de la politique des soins infirmiers.
- Schlachta-Fairchild, Loretta (2000). *The 2000 U.S. Telenursing Role Study*.
- Schlachta-Fairchild, Loretta (2001). « Telehealth: A new venue for health care delivery », *Seminars in Oncology Nursing*, vol. 17, no 1, p. 34-40.
- Siebens, Kaat, Bernadette Dierckx de Casterlé, Ivo Abraham, Katrien Dierckx, Tom Braes, Elisabeth Darras, *et al.* (2006). « The professional self-image of nurses in Belgian hospitals: A cross-sectional questionnaire survey », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 43, no 1, p. 71-82.
- Spector, P.E. (1997). *Job satisfaction: Application, Assessment, Cause, and Consequences*, Thousand Oaks, CA., Sage Publications.
- Stake, RE (1995). *The Art of Case Study Research*, Thousand Oaks, Sage Publication.

- Statistique Canada (2012). *Population selon l'âge et le sexe*. Récupéré le 25 janvier 2013 de <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2012000/part-partie2-fra.htm>
- Stevenson, Jean E., Gunilla C. Nilsson, Göran I. Petersson et Pauline E. Johansson (2010). « Nurses' experience of using electronic patient records in everyday practice in acute/inpatient ward settings: A literature review », *Health Informatics Journal*, vol. 16, no 1, p. 63-72.
- Tajfel, H. et J. C. Turner (1985). "The social identity theory of intergroup behavior". In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* 2^e éd., Chicago, Nelson-Hall.
- Takase, M. , P. Maude et E. Manias (2006). « Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behaviour », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 53, no 3, p. 333–343.
- Trépanier, Amélie, Marie-Pierre Gagnon, Gisèle Irène Claudine Mbemba, José Côté, Guy Paré, Jean-Paul Fortin, *et al.* (2013). « Factors associated with intended and effective settlement of nursing students and newly graduated nurses in a rural setting after graduation: A mixed-methods review », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 50, no 3, p. 314-325.
- Tyler, Tom R. et E. Allan Lind (1992). « A Relational Model of Authority in Groups », dans P. Zanna Mark (dir.), *Advances in Experimental Social Psychology*, vol Volume 25, Academic Press, p. 115-191.
- While, A. et G. Dewsbury (2011). « Nursing and information and communication technology (ICT): A discussion of trends and future directions », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48, no 10, p. 1302 - 1310.
- Yin, R.K. (1994). *Case Study Research, Design and Methods*, 2^e éd., Beverly Hills Sage.
- Yin, R.K. (2003). *Case Study Research, Design and Methods* 3rd ^e éd., Beverly Hills, CA, Sage Publications.