MEM
615

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

LES MODÈLES D'ORGANISATION OU DE PRESTATION DE SOINS ET L'OPÉRATION «DÉFI QUALITÉ-PERFORMANCE» DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE

DE LA MAÎTRISE

EN ADMINISTRATION PUBLIQUE

(TYPE B)

PAR

SYLVIE LAVOIE

MAI 1997

BIBLIOTHÈQUE
ENAP
QUÉBEC

© Droits réservés 1997

À mon très cher Vincent,

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS vii

LISTE DES TABLEAUX ix

RÉSUMÉ xi

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I
CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE 8

1.1 Les concepts généraux reliés à l'étude 8

1.1.1 Les modèles d'organisation ou de prestation de soins 8

1.2 La revue de la documentation 10

1.2.1 Caractéristiques des modèles d'organisation ou de prestation de soins 10

1.2.2 Les facteurs de contexte 19

1.2.3 Les modèles d'organisation de soins et leur impact sur les résultats 21

1.2.4 Synthèse de la revue de la documentation 30

1.3 Le modèle théorique privilégié et le cadre d'analyse 30

1.4 La description des concepts reliés au cadre d'analyse 33

1.4.1 Les facteurs d'influence externes et internes 33

1.4.2 Les résultats 35

CHAPITRE II 44
MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

2.1 Type de recherche 44

2.2 Les avantages d'une étude de cas 45

2.3 Les limites d'une étude de cas 45

2.4 Les critères de choix de l'établissement et des unités de soins 46

2.5 La stratégie de recherche 47

2.5.1 Les choix méthodologiques 48

2.5.2 Le déroulement de la recherche 55

CHAPITRE III 63
LA PRÉSENTATION ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS

3.1 Présentation des deux établissements retenus 63

3.1.1 Le premier établissement 63

3.1.2 Le second établissement 64

3.1.3 Le modèle d'organisation ou de prestation de soins : les caractéristiques pour chacune des deux unités 64

3.2 Résultats et analyse des paramètres à l'étude pour chacune des deux unités 67

3.2.1 Les facteurs de contexte 67

3.2.2 Les résultats et leur analyse 84

3.3 Discussion des résultats 123

CONCLUSION 128

APPENDICE A 130
ORGANIGRAMME DE L'UNITÉ 1

APPENDICE B 132
ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION POUR L'UNITÉ 2

APPENDICE C 134
QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE POUR ANALYSE DES FACTEURS D'INFLUENCE INTERNES

APPENDICE D 139
PRÉSENTATION SOMMAIRE DU PROJET DE RECHERCHE AUX ÉTABLISSEMENTS À L'ÉTUDE

APPENDICE E 144
GRILLE DE RÉPARTITION DU PERSONNEL INFIRMIER : STRUCTURE QUOTIDIENNE DE PRÉSENCE

APPENDICE F 146
GRILLE D'ANALYSE DE MUNSON ET CLINTON

APPENDICE G 148
QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DE LA DIMENSION QUALITATIVE « GLOBALITÉ » AUPRÈS DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE

APPENDICE H 150
GRILLE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE

APPENDICE I 152
QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION POUR LES RÉSIDENTS

APPENDICE J 167
QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION POUR LES FAMILLES

APPENDICE K 182
ENQUÊTE DE DIAGNOSTIC SUR LES EMPLOIS

APPENDICE L 204
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PERSONNEL SOIGNANT

APPENDICE M 206
LETTRE TRANSMISE À LA PERSONNE SIGNIFICATIVE POUR L'EXPLICATION DU PROJET

APPENDICE N 208
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR RÉSIDENT-FAMILLE POUR LE QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

APPENDICE O 210
CRITÈRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

BIBLIOGRAPHIE 212

Avant-propos

Le mémoire est une activité obligatoire à l'obtention de la maîtrise en administration publique de type B à l'École nationale d'administration publique. Il représente une démarche et des résultats de recherche où l'étudiant se sert de théories, modèles et méthodes propres à sa discipline pour effectuer l'analyse systématique d'une question, pour résoudre un problème ou pour apporter une certaine contribution aux connaissances ou aux façons de faire en ce domaine.

Mener à terme un projet de recherche sollicite la collaboration de nombreuses personnes qui, par leurs encouragements, leur confiance et leurs suggestions, contribuent à sa réalisation.

Cette recherche a été dirigée par M. André Belley. Je tiens à lui exprimer toute ma reconnaissance pour sa grande disponibilité, ses conseils professionnels et son soutien constant. Son expérience et son sens pratique m'ont grandement éclairée et aidée dans cet exercice.

Ma reconnaissance s'adresse également aux directrices des soins infirmiers des deux milieux à l'étude ainsi qu'à leur personnel, pour leur collaboration exceptionnelle, de même qu'aux résidents et aux membres de leur famille qui ont contribué à la réalisation de cette recherche.

Je ne saurais trop insister sur la grande disponibilité de Mme Line Caron et sur la qualité de son travail de production des textes.

Enfin, je me dois de souligner le support et la patience de mon conjoint Vincent, de sa fille Orélie, de mon fils Simon et de notre fille Joëlle.

LISTE DES TABLEAUX

1.1	Cadre conceptuel de Munson et Clinton	31
1.2	Cadre d'analyse - Ensemble de facteurs reliés aux méthodes de prestation de soins	32
1.3	Modèle des caractéristiques des tâches	37
2.1	Plan de la recherche	57
2.2	Cadre méthodologique de cueillette de l'information	60
3.1	Guide de répartition du personnel infirmier - Structure quotidienne de présence pour l'unité 1 et l'unité 2	71
3.2	Synthèse comparative de la cueillette d'information - Facteurs d'influence internes : unité 1 et unité 2	74
3.3	Répartition de la clientèle ayant un plan de soins selon les étapes de la planification des soins et selon l'unité à l'étude	85
3.4	Indice global de connaissance des résultats visés au plan de soins	86
3.5	Répartition des membres de l'équipe de soins selon le nombre de jours assignés à un même groupe de clients sur une période de 4 semaines (28 jours), selon l'unité à l'étude, selon la section et selon le quart de travail	89

3.6	Fréquence observée des inscriptions au dossier selon l'unité à l'étude, sur une période de 4 semaines (28 jours)	91
3.7	Fréquence observée des rencontres interdisciplinaires selon l'unité à l'étude	94
3.8	Profil de la clientèle	96
3.9	Résultats quant à la satisfaction des familles - Unité 1 et Unité 2	98
3.10	Résultats quant à la satisfaction des résidents - Unité 1 et Unité 2	100
3.11	Résultats quant à la satisfaction des résidents en comparaison avec les membres de leur famille - Unité 2	103
3.12	Caractéristiques des répondants au test de diagnostic sur les emplois	107
3.13	Résultats du test de diagnostic sur les emplois pour les infirmières	110
3.14	Résultats du test de diagnostic sur les emplois pour les préposées aux bénéficiaires	118

RÉSUMÉ

Cette recherche s'est inspirée a priori des grands objectifs de l'opération «Défi Qualité-Performance». Dans ce contexte, nous étions préoccupée par la recherche d'un modèle optimal d'organisation ou de prestation de soins pour les milieux cliniques de soins de longue durée.

Le projet avait comme but principal de mieux connaître les caractéristiques des modèles d'organisation ou de prestation de soins infirmiers, de mieux comprendre l'influence d'un contexte sur le choix du modèle en soins de longue durée et de délimiter des impacts sur un certain nombre de variables en relation avec la qualité des soins, la satisfaction des clients, la satisfaction du personnel et les coûts du service.

La recherche fut menée auprès de deux établissements de soins de longue durée du réseau de la santé et des services sociaux. Dans une première institution, on applique le modèle de soins intégraux adaptés, et dans l'autre institution, on applique le modèle de soins d'équipe. Il s'agit d'une étude de type exploratoire, plus spécifiquement, une étude de cas.

Un cadre théorique d'analyse a permis la comparaison de ces modèles par le choix de concepts permettant de faire ressortir la relation entre les facteurs de contexte, les modèles et les résultats qualitatifs et quantitatifs de soins.

Un devis de recherche a permis l'exploration systématique des variables retenues. Des entrevues avec les gestionnaires, le personnel, les résidents et les membres de leur famille ont été réalisées en complément avec une analyse de la documentation clinique et de gestion.

Au terme de la recherche, les résultats présentent au niveau de l'impact du modèle, des différences sur des aspects qualitatifs de soins soit la globalité et la coordination, et cela, en faveur du modèle de soins intégraux adaptés. Pour les autres variables, telles la continuité des soins, la satisfaction de la clientèle et du personnel, il n'y a pas de différence significative. Quant à la dimension coûts, le modèle de soins intégraux adaptés démontre un coût en heures/soins directs légèrement plus élevé.

L'influence du contexte sur le choix d'un modèle se traduit par les variables suivantes qui ont présenté un poids relatif plus élevé : la complexité accrue des soins de longue durée et l'histoire de l'organisation en relation plus spécifiquement avec la vision de la direction des soins infirmiers.

Notre conclusion fait ressortir d'abord l'importance qu'exercent les facteurs de contexte ou de contingence sur l'adaptation des modèles d'organisation de soins, ce qui fait en sorte que ces modèles deviennent des formes hybrides des modèles théoriques. L'organisation choisit son modèle à partir de contingences, lequel modèle s'apparente à l'une ou à l'autre des configurations structurelles théoriques. Ce qui voudrait dire en fait qu'il n'y a pas nécessairement un modèle plus performant qu'un autre, mais des modèles bien ajustés à leurs facteurs de contingence qui donnent de bons résultats.

À la lumière de nos résultats, nous avons également questionné certaines variables retenues au niveau de l'impact du modèle; celles-ci s'étant principalement inspirées de la documentation en soins de courte durée, il y aurait peut-être lieu de revoir dans une recherche future leur nature et leur spécificité pour les soins de longue durée.

INTRODUCTION

- Problématique

Le réseau de la santé et des services sociaux connaît actuellement d'importants changements et cela, en grande partie en réponse à la montée considérable des dépenses de santé. En effet, ce secteur occupe 30 % du budget des dépenses du gouvernement du Québec. Il s'agirait d'une proportion parmi les plus élevées au monde. En 1991, ce réseau a subi une refonte en profondeur de son régime juridique avec comme toile de fond le recentrage du système sur la personne et sur des objectifs de résultats.

La trajectoire d'application de cette réforme fut marquée par un ralentissement sensible de la croissance des ressources budgétaires qui, il faut bien le dire, a interpellé considérablement le secteur de la santé. La nécessaire contribution du secteur de la santé et des services sociaux à l'assainissement des finances publiques a pris le nom en 1994 de «Défi Qualité-Performance». Cette opération d'envergure engageait plus spécifiquement les intervenants du réseau à maintenir des services de qualité et à poursuivre les objectifs de santé et de bien-être déjà fixés et cela, dans le respect des cibles budgétaires établies (ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994). Elle présentait les priorités d'action suivantes :

- Au niveau de l'organisation et de la configuration de services plus efficients et moins coûteux,
  - ♦ de faire l'expérience de nouveaux modes d'organisation de soins et de services et d'évaluer le potentiel d'efficience et d'efficacité.

- Au niveau de l'accroissement de la productivité,
  - ♦ d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la pratique professionnelle en établissement;
  - ♦ de favoriser le développement et la diffusion des pratiques innovatrices permettant de réaliser des gains d'efficience et d'efficacité;
  - ♦ de développer des indicateurs opérationnels d'efficience de la gestion et de la prestation de soins et services.

- Au niveau de l'amélioration de la qualité des soins et des services aux personnes,
  - ♦ de promouvoir des approches et des pratiques visant une plus grande humanisation et personnalisation des services;
  - ♦ de développer des services qui atteignent de hauts standards professionnels, qui respectent les droits de la clientèle, qui soient des plus personnalisés, et qui fassent l'objet d'une plus grande continuité et d'un meilleur suivi.

- Au niveau de la valorisation des ressources humaines,
  - ♦ d'instaurer des mécanismes de communication et de consultation pour permettre la participation active du personnel et des professionnels à la mise en oeuvre des orientations et des priorités d'action de leur organisation.

Pour soutenir cette opération, un plan triennal d'orientation et une stratégie d'intervention (1994-1997) furent présentés aux diverses institutions du réseau. Cette opération a constitué le moyen par lequel s'est incarnée dans le réseau de la santé et des services sociaux la stratégie de réalignement de l'ensemble des dépenses de l'administration publique. L'essence même du «Défi Qualité-Performance» conviait chaque établissement à revoir ses façons de faire et à faire preuve d'innovations dans la prestation de soins et de services.

Malgré la stratégie étapiste proposée dans ce cadre d'interventions (1994-1997), la forte pression pour une réduction des dépenses a accéléré considérablement la modification de l'organisation des services de santé. Le réseau a ainsi vécu au cours de l'année 1996, une reconfiguration des services pour chacune des régions. L'opération «Défi Qualité-Performance» proposée en 1994 a servi de trame à cette importante reconfiguration.

Notre étude s'inspire des grands objectifs de l'opération «Défi Qualité-Performance». Ce contexte visant la réduction des dépenses et une meilleure qualité de services nous a conduit à un questionnement portant sur l'organisation du travail au niveau des soins infirmiers. Nous nous sommes intéressée à un aspect de la pratique professionnelle qui concerne plus particulièrement les modèles d'organisation ou de prestation de soins infirmiers. En effet, la contribution des infirmières aux soins occasionne une large proportion des coûts (environ 45 % du budget d'un établissement de santé) et constitue une cible intéressante lorsqu'on vise à réduire les dépenses. L'organisation du travail qui est exprimée ici par ces modèles d'organisation ou de prestation de soins infirmiers a un impact sur la qualité et l'efficience des soins. Le contexte économique nous a amenée à questionner ces modèles sur ces aspects.

La revue de la documentation nous permet d'avancer que les défis à relever au niveau des soins infirmiers ces prochaines années vont dans le sens des orientations du «Défi Qualité-

Performance» et doivent faire converger trois objectifs : le contrôle des coûts, la qualité des soins et la satisfaction des membres de l'équipe de soins, notamment celle des infirmières, si on se réfère aux diverses problématiques qu'a connues et que connaît la profession au plan de l'attrait et de la rétention de ces intervenantes (O.I.I.Q., 1994). L'organisation des soins est un élément de la profession ayant un impact sur ces variables.

Dans ce contexte, nous explorons deux modèles différents d'organisation de soins appliqués dans deux établissements de soins de longue durée et nous cherchons à mieux comprendre comment ils influencent la qualité des soins, la satisfaction des clients, la satisfaction du personnel soignant et les coûts. Nous serons préoccupée tout au cours de l'étude de l'influence des facteurs de contexte sur le choix des modèles. Cette relation entre les facteurs de contexte et la façon dont les modèles d'organisation de soins sont structurés nous réfère à l'hypothèse sur l'efficacité structurelle de Mintzberg (1982) et plus spécifiquement, « à l'hypothèse de congruence » qui fait ressortir « l'adéquation étroite entre les facteurs de contingence et les paramètres de conception » où ces deux composantes s'interinfluencent.

Nous avons retenu une étude de cas de type explicative (Yin, 1994), avec un modèle de type exemplaire plutôt que représentatif, qui vise, d'une part, à dégager les facteurs de contexte qui peuvent influencer le choix d'un modèle d'organisation ou de prestation de soins et, d'autre part, à évaluer l'impact de ces modèles sur certaines variables portant sur les dimensions qualitatives et quantitatives des soins. Ces variables permettront une évaluation systématique et critique des deux modèles d'organisation de soins.

Le phénomène étudié se situe en quelque sorte au confluent des orientations du «Défi Qualité-Performance» et des caractéristiques et résultats de deux modèles d'organisation de prestation de soins.

La revue des écrits fait ressortir d'abondantes recherches sur les modèles d'organisation ou de prestation de soins. Ces évaluations révèlent l'influence de ces divers modèles sur la qualité des soins, sur les coûts, sur la satisfaction du client et du personnel. Elles montrent également qu'il existe de la diversité dans les résultats de recherche (Kerouac, Duquette et Sandhu, 1990). Les recherches documentées font principalement référence aux milieux de soins de courte durée. Il y a ainsi peu de recherches effectuées sur la valeur des modèles d'organisation de soins pour les milieux de soins de longue durée; de là l'intérêt d'effectuer notre étude sur les modèles en longue durée.

Les milieux de soins de longue durée sont actuellement en croissance. De fait, la reconfiguration des services de santé, par son objectif de mieux répondre aux besoins de la population vieillissante, a transformé la mission de plusieurs établissements de soins de courte durée en longue durée, ce qui amène les administrateurs à se questionner pour tenter de déterminer les modèles d'organisation de soins à privilégier pour assurer le délicat équilibre entre la qualité des soins et la réduction des coûts. L'agencement des effectifs en soins infirmiers doit permettre de maintenir la qualité des soins et cela, principalement, dans un contexte d'intensification et de complexité accrus des soins. À l'heure où les organisations vivent ces transformations importantes avec des pertes considérables d'effectifs, l'opportunité de réorganiser le travail ressort de façon plus significative. Cette recherche veut donc apporter un éclairage supplémentaire dans la compréhension des modèles d'organisation des soins pour guider le décideur dans ses choix.

- Objectifs de l'étude

L'objectif de cette recherche est d'abord de comprendre les caractéristiques des modèles d'organisation et de prestation de soins principaux au sein de la documentation et ensuite, d'analyser et de comparer deux de ces modèles d'organisation ou de prestation de soins en milieu clinique de soins de longue durée. Dans une première institution (l'unité 1), on applique le modèle de soins intégraux adaptés et dans une seconde institution (l'unité 2), on applique le modèle de soins d'équipe. Nous souhaitons faire ressortir les facteurs de contexte qui sont susceptibles d'influencer le choix d'un modèle et l'impact de ces modèles sur la qualité des soins, la satisfaction des clients, la satisfaction du personnel et les coûts du service, lesquelles variables furent inspirées des orientations visées par l'opération «Défi Qualité-Performance».

- Plan du mémoire

Le premier chapitre présente une revue de la documentation sur les caractéristiques des différents modèles d'organisation ou de prestation de soins et sur les résultats d'étude en relation avec l'application de trois de ces modèles. Suivra le cadre d'analyse retenu avec la description des concepts qui lui sont associés.

Le second chapitre présente le cadre méthodologique pour recueillir l'information, le type de recherche préconisé, le mode de détermination de l'échantillon et les outils privilégiés pour la collection d'information.

Le troisième chapitre se consacre à la présentation, à l'analyse et à la discussion des résultats pour les deux milieux à l'étude et il présente les liens existants avec la documentation. Les limites de la recherche y sont également présentées.

Nous terminons par un certain nombre de conclusions et suggérons quelques avenues de recherche future.

CHAPITRE I

CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

Dans ce chapitre, nous exposerons en premier lieu les principaux concepts généraux reliés à l'étude pour ensuite présenter la revue de la documentation portant sur les caractéristiques des modèles d'organisation ou de prestation de soins et sur les facteurs de contexte ayant une influence sur eux. Nous présenterons ensuite les principaux résultats de recherche portant sur trois de ces modèles d'organisation de soins qui émergent pour les soins de longue durée. Suivront le modèle théorique privilégié ainsi que le cadre d'analyse qui en découle. En terminant, nous décrirons les concepts clés reliés à ce cadre d'analyse.

1.1 LES CONCEPTS GÉNÉRAUX RELIÉS À L'ÉTUDE

1.1.1 Les modèles d'organisation ou de prestation de soins

Les soins infirmiers sont régis par des modalités d'application qui en caractérisent l'organisation et l'exécution. Ces modalités sont nommées méthodes d'organisation ou de prestation de soins. « Elles réfèrent à la façon dont les rôles et les tâches sont répartis entre les membres du personnel » (Kerouac, Sandhu et Duquette, 1990, 1992): infirmière-chef, infirmière, infirmière auxiliaire et préposée et à la politique structurelle qui affecte l'allocation du personnel. Wake (1990) définit ces modèles comme étant une série d'éléments structurels en interaction qui contrôlent la façon dont les soins sont donnés.

L'évolution des systèmes d'organisation de soins est reliée aux valeurs sociales prévalentes et subit l'influence des écoles de pensée en sciences infirmières et en gestion. L'organisation des soins traduit une approche de gestion, une philosophie de soins et une réponse aux pressions de l'environnement externe (O.I.I.Q., 1993).

La documentation très abondante sur le sujet montre que diverses tendances existent au sein des modèles de distribution de soins appliqués dans les établissements de santé. Manthey (1991) a formulé cinq questions fondamentales qui permettent de bien saisir les rôles, les tâches et les responsabilités du personnel infirmier et qui, par conséquent, permettent la différentiation de ces modèles. Ces questions sont les suivantes :

- Qui est responsable des décisions cliniques (l'infirmière, l'assistante-infirmière-chef, l'infirmière-chef, etc.)?

- Quelle est la durée de la responsabilité de l'infirmière (quart de travail, de l'admission du client à son congé, etc.)?

- De quelle façon le travail est-il divisé (par tâche, par client, par tâche et par client, par secteur géographique, selon les besoins du client, selon les compétences individuelles des professionnels, etc.)?

- Qui communique avec les médecins et les autres professionnels (l'infirmière , l'infirmière-chef)?

- Comment sont dirigés l'unité, le service, le programme?

Les modèles d'organisation ou de prestation de soins répertoriés au sein de la documentation sont :

- le système par cas;
- le système fonctionnel;
- le système d'équipe;
- le système de soin global;
- le système de soins intégraux;
- le système modulaire;
- la gestion de cas ou le suivi systématique de clientèles.

Pour les soins de longue durée, les principaux modèles émergeant au sein de la documentation sont le système d'équipe, le système de soins intégraux et le système modulaire. Dans la pratique, le système d'équipe est celui qui domine au sein des milieux de longue durée.

1.2 LA REVUE DE LA DOCUMENTATION

1.2.1 Caractéristiques des modèles d'organisation ou de prestation de soins

La revue des écrits vise à présenter les différents modèles et à mieux comprendre leurs caractéristiques et leur évolution au cours des dernières décennies. Elle cherche également à mieux saisir les facteurs qui peuvent influencer le choix d'un modèle et les bénéfices

attendus en relation avec l'application du modèle sur des variables telles que la satisfaction de la clientèle et du personnel soignant, les coûts et la qualité des soins.

1.2.1.1 Système de soins par cas

Ce mode de prestation fut un des premiers documenté au début du siècle. C'est un système de prestation qui privilégie la continuité des soins. Nous y retrouvons ainsi une infirmière pour un ou quelques clients nécessitant des soins avec un haut niveau de complexité. Le soin est donc donné globalement par l'infirmière qui a un pouvoir de décision sur le processus clinique. C'est une méthode qui est principalement appliquée dans les unités de soins intensifs et qui requiert uniquement l'affectation d'infirmières. L'infirmière-chef est responsable de la supervision et de la qualité des soins.

1.2.1.2 Système fonctionnel

Cette modalité de soins est apparue au début du siècle et se caractérise par une spécialisation et une division du travail. Elle met l'accent sur l'excellence technique. Ce modèle est hautement inspiré par le courant classique de gestion, notamment le taylorisme. Les activités de soins sont concentrées sur les tâches. "Des tâches spécifiques sont confiées à du personnel selon le degré de complexité de la tâche et selon l'habileté de l'intervenant. » (Munson et Clinton, 1979)

L'équipe est composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposées aux bénéficiaires, les deux dernières catégories étant supérieures en nombre. L'infirmière-chef est considérée comme une experte qui a une influence très importante sur l'équipe. Elle

assure le lien direct avec le médecin et c'est elle qui prend toutes les décisions relatives aux soins des clients sur l'unité de soins. Elle est imputable des soins.

Selon Beswetherick, tel qu'il est cité par Desrosiers et Thibault, 1990, l'organisation des soins est basée sur le principe suivant : les personnes en autorité sont celles qui sont capables de penser et de planifier. « L'employé est perçu comme ayant besoin d'une supervision immédiate et une direction de tous les instants. »

Cette méthode de prestation de soins tend à disparaître dans les unités de soins. C'est encore cependant pour certains centres hospitaliers la méthode qui prévaut à l'urgence.

1.2.1.3 Système d'équipe

Ce modèle est apparu après la Deuxième guerre mondiale alors que l'insatisfaction dans les milieux de soins était plutôt grande. Son application a suivi l'évolution des écoles de management où l'on parlait davantage de motivation au travail. Ce modèle est fondé principalement sur le principe qu'une équipe de soignants procure des soins à un groupe de bénéficiaires sous la supervision d'une infirmière qui est le chef d'équipe. C'est un système hiérarchisé (O.I.I.Q., 1994), où nous retrouvons des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposées aux bénéficiaires. Le chef d'équipe planifie les soins et distribue les tâches au personnel sous sa supervision selon leurs habiletés. Il demeure responsable de la qualité des soins. Il doit posséder des habiletés de leadership et de gestion. Munson et Clinton (1979) affirme que cette modalité a été conçue pour optimiser l'utilisation des talents à tous les échelons et pour assurer la rentabilité des soins. Plusieurs modèles d'organisation du système d'équipe existent; nous remarquons une flexibilité dans les différents titres d'emploi utilisés et la grandeur des équipes, ainsi que dans le temps passé auprès d'un

groupe de clients pour la durée du séjour hospitalier. Plusieurs milieux ajoutent une assistante-infirmière-chef pour faciliter la coordination des soins.

Un des postulats principaux de cette modalité est la différentiation des fonctions des soignants qui s'appuie selon Leeno (Desrosiers et Thibault, 1990) sur une hiérarchisation des activités de soins allant des activités les plus simples aux plus complexes. L'organisation est structurée en fonction de la formation et des habiletés de chacun. Elle correspond à la spécialisation horizontale du travail telle que décrite par Mintzberg (1982) où nous y retrouvons également un niveau de spécialisation verticale par le contrôle exercé par le chef d'équipe.

Bien que cette modalité ait des similitudes avec le système fonctionnel, son origine visait une concentration sur les besoins des clients plutôt que sur les tâches. L'objectif selon Auld tel que cité par Munson et Clinton (1979), était le développement de l'initiative de l'infirmière et le partage de la responsabilité avec l'infirmière-chef. Ce mode d'organisation a reçu des critiques quant au rôle de l'infirmière qui, étant la personne la mieux qualifiée de l'équipe, est pratiquement retirée du soin direct au client pour consacrer la majeure partie de son temps à superviser les membres de son équipe et à coordonner leurs activités. Le modèle de soins d'équipe n'a pas nécessairement atteint les objectifs pour lesquels il fut mis en place.

Cette modalité de soins est encore très présente dans les milieux cliniques de soins et elle est dominante dans les milieux de soins de longue durée.

1.1.2.4 Système de soins globaux

Cette modalité de soins est apparue également au cours des années 50, comme une méthode voulant contrer la fragmentation des soins occasionnée par le système de soins d'équipe. Lydia Hall, son auteure, affirmait que la conception des soins infirmiers à la base de ce modèle est que les soins infirmiers professionnels (soins directs) sont thérapeutiques. Ce modèle préconise donc le retour au chevet de l'infirmière (Desrosiers et Thibault, 1990).

Pour Hall, le soin d'équipe est un système centré sur les tâches et non sur le client, ce qui en atténue en quelque sorte les différences qu'il a avec le système fonctionnel. Dans l'approche globale le soin direct est très valorisé parce qu'il est le support de la contribution originale de l'infirmière auprès du client, le «care ». C'est donc une méthode de prestation de soins où l'infirmière est responsable de l'ensemble des soins pour un groupe de clients pour une période de huit heures. On introduit ici le concept de l'infirmière gestionnaire de cas où il est davantage question d'individualisation des soins.

Ce système encourage la prise de décision par l'infirmière dans le processus de soins. L'infirmière est donc responsable de sa pratique et l'infirmière-chef joue ici plutôt un rôle de support pour l'aider à faire évoluer sa pratique. Ce modèle a tendance à réduire les niveaux hiérarchiques. On verra qu'il fut la référence principale pour le développement du système de soins intégraux (Desrosiers et Thibault, 1990).

1.1.2.5 Système de soins intégraux

Ce modèle est apparu au début des années 1970. Marie Manthey, son auteure, fut fortement inspirée par les travaux de Lydia Hall pour le développement du soin global. Manthey voulait alors répondre aux problèmes de fragmentation des soins et

d'insatisfaction des infirmières au regard de l'accomplissement de leurs tâches. L'évolution des sciences infirmières a influencé la venue de ce modèle par le fait que les universités ont modifié autour des années 60 le profil de formation des infirmières pour les rendre plus habiles sur le plan clinique, plutôt que d'axer la formation sur l'éducation et l'administration.

L'objectif principal de Manthey était l'humanisation des soins. Elle avait alors constaté trois problèmes majeurs dans l'organisation des soins : les soins sont fragmentés, les communications passent par trop d'intermédiaires et trop d'intervenants se partagent la responsabilité du client. Elle visait donc par ce modèle le retour de l'infirmière au chevet du client, dispensant elle-même tous les soins (Balbir et coll., 1991).

Ce modèle se particularise aussi par une prise en charge intégrale du client par l'infirmière pour la durée du séjour hospitalier. Cette dernière est accompagnée d'une infirmière associée qui la remplace lors de la prise de ses congés. Chaque client connaît ainsi très bien son infirmière.

Le système de soins intégraux est selon Marram (1980) une modalité qui met l'emphase sur la globalité et la coordination des soins, l'individualisation, la continuité des soins, avec l'apport d'une infirmière qui accepte l'autorité, l'autonomie et l'imputabilité pour planifier, administrer et évaluer ses soins à un petit groupe de clients : habituellement 4 ou 5. Elle est responsable de la planification et des résultats de soins pour un groupe de clients (« case load ») pour une période de 24 heures. Celle-ci prévoit des mécanismes de communication écrite et verbale pour le suivi nécessaire pour son groupe de clients. Sellick (1983) a défini cette modalité comme étant un système organisationnel qui permet l'application des variables énoncées par Marram. Ce modèle s'appuie sur une philosophie de soins centrée sur les besoins du client.

Anderson et Choi (1980) identifie ce système comme un modèle qui facilite la pratique professionnelle et qui est étroitement relié à la structure organisationnelle de l'établissement.

La documentation fait apparaître une diversité dans l'organisation des ressources pour l'application de ce modèle. Dans certains établissements, le personnel de soins est essentiellement composé d'infirmières alors que d'autres favorisent une combinaison d'infirmières avec des infirmières auxiliaires ou des préposées. C'est l'infirmière soignante principale qui détient le pouvoir décisionnel quant au processus de soins, lequel est facilité par une consultation avec ses collègues. La documentation est cependant moins abondante sur la composition d'équipes avec différents titres d'emploi pour le soin intégral.

Desrosiers et Thibault (1990) ont repris les caractéristiques organisationnelles suivantes comme étant des facteurs d'influence positive pour la mise en place des soins intégraux. Il s'agit :

- d'une décentralisation des prises de décision;
- d'une gestion participative;
- d'une imputabilité et d'une autonomie professionnelle élevées;
- de soins complets et continus;
- de standards professionnels élevés;
- d'une modification au niveau du leadership de l'infirmière-chef qui se veut plus un leadership de compétence, agissant ici plutôt comme personne ressource et agent facilitateur.

Dans ce modèle, l'infirmière-chef détient en effet un rôle clé. Elle doit être à l'aise avec un processus décisionnel décentralisé et développer des conditions favorables pour susciter

l'apprentissage, la collaboration et la consultation. Elle doit encourager l'autonomie sans mettre de côté ses responsabilités.

Shannon (1987) rapporte les principaux aspects du rôle de l'infirmière-chef qui consiste à encourager la réflexion et l'analyse, à promouvoir l'entraide au sein de son personnel et à favoriser la collaboration entre médecins, infirmiers et autres professionnels.

1.2.1.6 Système de soins modulaires

La méthode des soins infirmiers modulaires est une évolution du système d'équipe. Elle est présentée dans la documentation comme étant une méthode englobant les caractéristiques du système de soins d'équipe et du système de soins intégraux. Duquette (1994) la qualifie d'interface entre ces deux modèles. Cette modalité de soins se particularise par des soins individualisés dispensés à un petit groupe de clients par un personnel peu nombreux, dans un secteur géographique appelé module. Elle fait donc apparaître le contexte de l'environnement physique dans l'efficacité des soins. Ce qui, selon Magarcal (1987), aurait un effet d'individualisation des soins par la proximité du client avec le soignant et une continuité accrue des soins. Les modules sont organisés de façon à ce que le personnel ait tout à la portée de la main ce qui permet d'éviter les déplacements inutiles. Les membres de l'équipe assignés à un module peuvent être soit deux infirmières, soit une infirmière et une infirmière auxiliaire, soit une infirmière, une infirmière auxiliaire et une préposée aux bénéficiaires. Il y a toujours une infirmière comme responsable du module. Les membres du module sont responsables de tous les soins que le client requiert. La structure organisationnelle décentralise le pouvoir décisionnel vers l'infirmière responsable du module. L'imputabilité de l'infirmière quant à la planification et à l'évaluation est pour son quart de travail seulement. L'infirmière-chef joue un rôle de facilitateur et de personne ressource.

1.2.1.7 Gestion de cas ou suivi systématique des clientèles

Le suivi systématique des clientèles se définit comme une méthode interdisciplinaire de prestation de soins où plusieurs professionnels de la santé visent, à l'aide de cas type, à atteindre un juste équilibre entre la qualité et le coût des soins. C'est un processus qui s'allie au mode de prestation de soins existant (soin global, soin d'équipe, soin intégral) et qui vise à optimiser l'atteinte des résultats cliniques à l'intérieur d'une période donnée. Il s'agit d'une approche d'évaluation et de coordination axée sur l'épisode de soins, de la préadmission à la période de l'après-congé. Une série d'étapes normalisées et un processus d'interaction entre les réseaux de services assurent au client l'accès à des services humanisés et efficaces au meilleur coût possible à l'intérieur d'une période donnée (McKenzie 1989). On peut considérer que le suivi systématique des clientèles résulte d'une évolution du modèle des soins intégraux et qu'il s'inspire fortement des nouveaux courants de gestion centrés sur l'amélioration continue de la qualité. C'est un modèle qui vise à intégrer les principes de gestion au processus clinique. Il accroît la responsabilité de l'infirmière, car c'est elle qui coordonne l'épisode de soins et qui analyse les causes d'écart par rapport au cheminement prévu pour un problème de santé spécifique.

Au préalable, dans ce modèle, les étapes suivantes doivent être franchies pour chaque population cible (Zander, 1988) :

- l'analyse de la population de clients ciblés (par exemple, la clientèle choisie peut générer des coûts élevés soit par la complexité de la problématique de santé, soit par le haut risque de complication);
- l'identification des problèmes communs des clients;

- l'identification des résultats de soins à rencontrer à l'intérieur d'une période donnée;
- la détermination des interventions par discipline.

Au niveau de l'organisation des ressources pour l'application de ce modèle, diverses expériences ont pris forme. Ainsi, des infirmières coordonnatrices du suivi de ces clientèles peuvent gérer l'épisode de soins. Dans d'autres cas, l'infirmière soignante peut coordonner l'épisode de soins.

1.2.2 Les facteurs de contexte

Notre revue de la documentation nous a permis de faire ressortir certains facteurs de contexte qui ont une influence sur le choix des modèles de distribution de prestation de soins.

Des paramètres de contexte émergent des écrits comme étant des facteurs contribuant au choix du modèle d'organisation ou de prestation de soins. Ils sont plutôt documentés de façon générale comme pouvant avoir une influence sur l'un ou l'autre de ces modèles. Certains de ces paramètres réfèrent au contexte externe de l'organisation. Ce sont principalement l'évolution des écoles de pensée en gestion et l'évolution de la conception des soins infirmiers (Sandhu, Kerouac, Duquette, Turchon, 1992).

D'autres paramètres font ressortir le lien entre l'environnement organisationnel interne et le modèle de distribution de soins. Ils mettent alors en évidence la culture organisationnelle, les valeurs et les croyances des personnes qui la composent, et les caractéristiques propres au leadership des gestionnaires qui dirigent l'organisation des soins et la formation du personnel (HegyVary, 1988) tel que cité par Armanasco, Harter et Goddard (1991).

Sandhu, Kerouac et Duquette (1992) insistent sur la prise en compte des besoins de la clientèle, sur les ressources disponibles et sur le processus décisionnel (la politique structurelle) de la direction. Homans, tel que cité par Guay (1994), a fait ressortir plus largement l'influence de l'histoire de l'institution sur l'organisation du travail et son impact sur des dimensions de résultats, tels la qualité des services, l'interaction entre les individus, le niveau de productivité du personnel et le degré de développement personnel des membres de l'organisation. Les facteurs de contexte sont principalement cités comme facteurs d'influence pour l'ensemble des modèles de distribution ou de prestation de soins. Outre le système de soins intégraux, nous n'avons pas relevé d'étude portant spécifiquement sur le lien entre des facteurs de contexte et l'un ou l'autre des modèles de distribution ou de prestation de soins.

Anderson et Choi (1980) montrent comment les organisations influencent l'efficacité du modèle de soins intégraux. Ce modèle reflète ainsi une philosophie de soins centrée sur les besoins de la clientèle, avec une compréhension claire de ce que doit être la contribution de l'infirmière pour la satisfaction de ses besoins. Ils relèvent l'importance d'un leadership de la haute direction favorisant la décentralisation du processus décisionnel et mettant l'emphase sur la responsabilité de l'infirmière à l'égard du client. Elle est décrite comme «l'avocate du client qui prodigue des soins individualisés et qui protège ses droits et sa dignité humaine. » La direction doit également supporter le fait que les soins nécessitent l'apport de ressources professionnelles en raison de leur complexité. De plus, elle doit créer un système de valeurs visant l'excellence des soins et susciter les apprentissages et le développement continu des compétences de son personnel. Dans l'application de ce modèle de soins intégraux, l'infirmière-chef doit être un modèle de collaboration et d'excellence dans les soins cliniques. Son rôle en est un de facilitateur et de guide pour le développement professionnel des membres de son équipe.

La prochaine section présente les résultats de recherche portant sur les modèles d'organisation ou de prestation de soins émergeant en soins de longue durée. Il s'agit des modèles de soins intégraux, soins d'équipe et soins modulaires. Nous concentrons donc à cette étape-ci la recherche documentaire sur ces trois modèles.

1.2.3 Les modèles d'organisation de soins et leur impact sur les résultats

Des études de nature descriptive ou comparative ont examiné comment les modèles d'organisation ou de prestation de soins influencent certaines variables de nature qualitative et quantitative qui concernent tant la structure que le processus et les résultats de soins. Les dimensions relatives à la qualité des soins, à la satisfaction des clients et des membres de l'équipe de soins ainsi que la dimension des coûts furent rapportées dans la documentation. Nous relevons tout d'abord les résultats pour les soins intégraux en comparaison avec les soins d'équipe pour terminer par les soins modulaires.

1.2.3.1 Les soins intégraux et les soins d'équipe

Plusieurs recherches ont comparé l'efficacité du modèle des soins intégraux avec le modèle des soins d'équipe. Nous présenterons ici une synthèse des principaux résultats de ces recherches en regard des principales variables retenues soit la qualité des soins, la satisfaction du client et de sa famille, la satisfaction du personnel infirmier et les coûts.

- La qualité des soins

Diverses variables ont été privilégiées pour apprécier la dimension qualitative des soins. La qualité des soins étant une variable plus subjective, elle est donc plus difficile à circonscrire.

Elle dépend selon Donabedian (1984) de la justesse des objectifs de soins et des interventions choisies et du niveau d'atteinte de ces objectifs. Il existe une grande diversité de variables qui peuvent interférer dans la qualité des soins, ce qui rend son appréciation complexe.

Nous présentons ici les principales variables relatives à la qualité des soins retrouvées au sein de la documentation qui sont attribuables aux modèles d'organisation de soins et qui concernent le processus et les résultats de soins. Chacune de ces variables peut inclure plusieurs indicateurs plus opérationnels de mesure de la qualité qui peuvent différer d'un auteur à l'autre.

Les variables reliées au processus de soins :

- le temps passé pour les activités directes de soins infirmiers;
- la qualité de la documentation écrite de soins, plan de soins, notes d'observation;
- le temps passé aux communications entre les membres du personnel;
- la collaboration interdisciplinaire;
- la satisfaction du personnel soignant;
- la continuité des soins;
- la globalité des soins;
- la coordination des soins.

Les variables reliées aux résultats de soins :

- le bien-être du client;
- la satisfaction du client;

- les omissions de soins;
- le niveau d'apprentissage du client;
- les indicateurs de gestion de risques :
  - les erreurs d'administration de médication,
  - les chutes de la clientèle,
  - les infections nosocomiales.

Plusieurs études portant sur l'analyse de l'une ou l'autre de ces variables ont fait ressortir que la qualité de soins est significativement plus élevée avec le modèle de soins intégraux comparativement notamment au modèle de soins d'équipe (Felton, 1975; Daefler, 1977; Munson et Clinton, 1979; Marram, 1980; Culpepper et al., 1986; Steeling, 1987).

D'autres études moins nombreuses cependant rapportent qu'il n'y a pas de différence significative au niveau de la qualité des soins entre le système de soins intégraux et le système de soins d'équipe (Shukla, 1981; Giovanetti, 1986).
Nous n'avons pas recensé d'études portant sur des effets négatifs du modèle de soins intégraux sur la qualité des soins.

Une étude plus spécifique au milieu de soins de longue durée a mesuré la dimension qualitative des soins par la sélection de variables relatives à la continuité des soins et à la cohérence des soins. Il en ressort que le soin intégral améliore sensiblement la continuité des soins (Wilson et Dawson, 1989).

- La satisfaction de la clientèle

La satisfaction de la clientèle ou de sa famille est un autre aspect de la qualité des soins. C'est une dimension qui mesure une partie des résultats de soins. Le service de qualité est

déterminé dans une institution de santé par le niveau de performance des membres de l'équipe de soins mais également, par la réponse aux besoins et attentes de la clientèle. Des études portant sur la satisfaction des clients/familles démontrent de la diversité; certaines d'entre elles sont favorables au modèle de soins intégraux du fait qu'il augmente la qualité des soins (Sellick, 1983; Marram, 1976); d'autres études qui comparent le modèle de soins intégraux avec le modèle d'équipe ne font pas ressortir de différence significative quant à cette variable (Steckel, 1980; Ventura, 1982).

Quant à la satisfaction de la clientèle, Giovanetti (1980) a fait ressortir par son étude un impact plus positif pour le modèle d'équipe comparativement à un modèle de soins intégraux.

Shukla énonce que la principale variable reliée à la satisfaction du client est la compétence de l'infirmière plutôt que la structure de soins (Mac Donald, 1988). Elle rejoint l'hypothèse de Manthey (1980) selon laquelle la qualité des soins est influencée par la compétence de l'infirmière.

Toutes ces études sur la satisfaction de la clientèle apportent certaines limites quant à l'analyse de cette variable compte tenu de l'ensemble des facteurs qui peuvent influencer le client et de la difficulté d'isoler la dimension soins infirmiers pour mesurer son impact sur la satisfaction du client. Ces études furent conduites dans les milieux de courte durée. Une seule étude de type longitudinal et descriptive fut conduite dans un milieu gériatrique utilisant un système de soins intégraux (Jacox, 1977 par Wilson et Dawson, 1989). Elle démontrait une diminution des problèmes soulevés par le client et une augmentation de la satisfaction du client dans ses auto-soins. Cependant, elle ne compare pas ce modèle à un autre.

- La satisfaction du personnel infirmier

La satisfaction du personnel a constitué une variable clé dans l'analyse des modèles d'organisation de soins. Les résultats diffèrent cependant d'une étude à l'autre. Un des éléments qui ressort est l'importance de bien connaître les attributs du modèle de soins intégraux pour les soignants afin de leur permettre d'en apprécier les impacts.

Sellick (1983), dans une étude expérimentale, a testé l'hypothèse que les infirmières sur l'unité expérimentale (soins intégraux) avaient un niveau de satisfaction plus élevé par rapport à l'unité contrôle. Les résultats ne font cependant pas ressortir de relation entre le modèle et le niveau de satisfaction.

Wilson et Dawson (1989) ont rapporté des résultats d'études qui ne présentaient pas de différence significative quant à la satisfaction du personnel en comparant le modèle d'équipe et le modèle de soins intégraux (Steckel et al, 1980; Hegedus, 1980). Cependant, l'étude de Hegedus a démontré une différence significative pour les facteurs d'hygiène de Herzberg en faveur du système de soins intégraux. Giovanetti (1980) a rapporté un niveau de satisfaction moins élevé des infirmières dans le soin intégral comparativement au soin d'équipe.

Joy et Malay (1992) ont relevé un niveau de satisfaction générale plus élevé avec le soin intégral. Cependant, un des aspects de cette évaluation fait voir une diminution de la satisfaction quant au niveau d'interaction avec les pairs. En relatant leur expérience d'implantation d'un système de soins intégraux dans un milieu de soins de longue durée, Dionne et coll. (1987) ont également fait ressortir cet aspect par le fait que les infirmières s'éloignaient d'une solidarité professionnelle et interprofessionnelle.

Marram (1976) rapporte un plus haut niveau de satisfaction du personnel soignant avec le modèle de soins intégraux. Les infirmières expriment un plus haut niveau de professionnalisme et apprécient le fait qu'elles se sentent plus impliquées avec leurs clients dans la prestation de soins.

- Les coûts

La variable coût fut également une dimension documentée par les auteurs (Armanaso, Harter et Goddard, 1991). Il s'agit d'une variable plus objective qui peut inclure les éléments suivants : le coût des activités de soins directs en termes d'heures totales de soins et de salaire versés pour ces heures et le coût des activités de soins indirects qui inclut le temps relié à la gestion et au temps non productif tels la maladie, les vacances, la formation ainsi que les coûts administratifs reliés aux activités de support nécessaires.

Des chercheurs ont abordé cette dimension du coût du modèle des soins intégraux en comparaison du modèle des soins d'équipe. Marram (1976) a trouvé que le coût par client par jour en relation avec les heures travaillées du personnel soignant et le taux d'absentéisme était plus bas au niveau du soin intégral que du soin d'équipe. Felton (1975) a également rapporté ce fait. L'étude de Giovanetti (1980) rapporte des coûts légèrement plus bas avec le système d'équipe. L'étude quasi-expérimentale de Wilson et Dawson (1989) effectuée en milieu de longue durée n'a pas rapporté de différence significative au niveau des coûts entre le modèle d'équipe et le modèle de soins intégraux.

De façon plus globale, Marram (1980) et Munson et Clinton (1979) ont rapporté dans leurs études les résultats suivants : Marram (1980) a fait ressortir les éléments suivants quant à l'évaluation du modèle de soins intégraux : un haut niveau de qualité quant aux résultats de soins, une grande satisfaction du client et du personnel, un soin plus personnalisé, une meilleure performance des tâches professionnelles, des notes

d'observation plus complètes et un plan de soin plus détaillé indiquant les besoins spécifiques du client. Il fait également ressortir une diminution du coût client/jour qui a par conséquent une influence sur la réduction de la durée de séjour dans les milieux de courte durée.

Munson et Clinton (1979) ont inclus les avantages suivants pour le modèle de soins intégraux : une plus grande imputabilité des infirmières, une meilleure continuité et globalité des soins, une meilleure récupération pour le client qui a pour effet de réduire la durée de séjour, une augmentation de la participation du client aux soins et une diminution des erreurs au niveau de l'administration des soins. Par ailleurs, ces deux auteurs ont fait état des avantages du modèle d'équipe, soit la disponibilité du jugement et des habiletés de l'infirmière pour un plus grand nombre de clients, une plus grande opportunité d'initiative et de partage de responsabilités du personnel et un sentiment d'appartenance à une équipe de travail.

1.2.3.2 Les soins modulaires

Nous avons recensé des écrits portant sur la définition et les avantages théoriques que pouvaient présenter le modèle de soins modulaires, principalement, en soins de longue durée. Selon Magarcal (1987), le modèle modulaire contribue favorablement à l'atteinte des objectifs suivantes : soins orientés vers le client, continuité des soins, imputabilité de l'infirmière au regard de la qualité des soins et amélioration de la coordination des activités.

Nous avons relevé deux études portant sur l'application de ce modèle. Shukla (1982) a examiné l'impact des structures de soins (équipe, modulaire, intégral) sur la quantité de soins infirmiers qu'il traduit en heures passées directement avec le client. Son étude indique que l'infirmière dans le modèle modulaire a un plus haut pourcentage d'activités de soins

directs auprès du client, cette différence étant statistiquement significative. Il énonce le fait que le modèle de prestation de soins modulaires offre une combinaison des effets positifs du modèle de soins intégraux et du modèle de soins d'équipe.

L'infirmière responsable d'un module passerait moins de temps à coordonner que l'infirmière-chef d'équipe. Ce modèle minimise également le temps de marche entre les clients, ceux-ci étant concentrés géographiquement. Selon cet auteur, le modèle modulaire est donc le plus productif. Les résultats de l'étude ont aussi indiqué que ce modèle occasionnerait des soins légèrement meilleurs, mais qu'il n'y avait pas de différence significative quant à la satisfaction du personnel et du client si on le comparait aux modèles de soins d'équipe et de soins intégraux. Anderson et Hughes (1993) ont évalué un projet d'implantation d'un modèle modulaire dans des unités de soins de longue durée. Les indices d'évaluation retenus ont été la continuité des soins, l'imputabilité du personnel soignant et la productivité. Il y a eu une amélioration significative de la continuité des soins pour deux unités sur 3 avec l'implantation de ce mode de prestation de soins. La continuité était mesurée dans ce cas par le taux de roulement du personnel soignant sur une période donnée. L'imputabilité a été vérifiée surtout en regard des attentes du personnel quant à cette variable. Le personnel a fait ressortir les conditions nécessaires à l'imputabilité soit la continuité des soins, les rôles clairement définis et la présence d'un petit groupe de clients sous la supervision de la responsable de module. Les infirmières pensent que le système modulaire est favorable à l'exercice de l'imputabilité.

L'utilisation maximale des habiletés de chacun des membres du module et par le temps passé en activités directes de soins. Il apparaît que les infirmières développent une connaissance plus approfondie de leurs clients et qu'elles passent moins de temps à organiser les soins. Les entrevues avec les préposées font ressortir qu'elles se sentent

plus impliquées dans la planification des soins et que leurs suggestions sont davantage retenues. Pour les infirmières, cette modalité facilite l'exercice de leur leadership.

Quant à la dimension coûts, Glandon, Kenneth, Colbert et Thomasma (1989), dans une étude portant sur l'influence des modèles de prestation de soins sur les coûts, indiquent que le modèle modulaire est le deuxième moins coûteux sur cinq modèles étudiés.

1.2.4 Synthèse de la revue de la documentation

Il ressort de notre revue de la documentation des variables significatives quant à l'influence de facteurs de contexte sur le choix des modèles d'organisation de soins. Nous avons pu voir toute une génération et une séquence de modèles développés dans le temps. Les écoles de pensée en gestion et en soins infirmiers et la complexité croissante de la technologie ont notamment influencé l'évolution de des modèles d'organisation de soins. L'environnement organisationnel interne fut également documenté comme une composante reliée au choix des modèles. Sur ce plan, la revue des auteurs présente les variables suivantes comme étant significatives sur le choix d'un modèle par rapport à l'autre. Il s'agit plus particulièrement de l'histoire de l'organisation, des valeurs et croyances des individus, des caractéristiques propres au leadership du gestionnaire en place, de sa vision, du processus décisionnel de l'organisation, des besoins de la clientèle et des ressources disponibles.

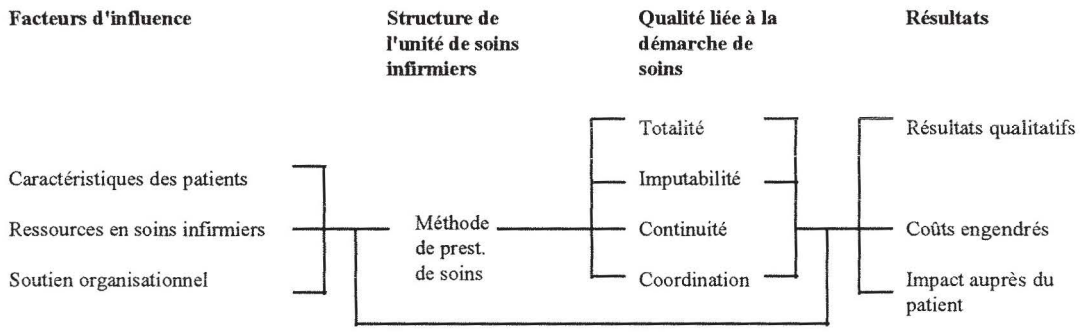
Les modèles d'organisation de soins ont été étudiés par plusieurs auteurs quant à leur impact sur des variables qualitatives telles la qualité des soins, la satisfaction de la clientèle et du personnel et des variables quantitatives notamment celle du coût. Il ressort beaucoup de diversité dans ces résultats de recherche.

1.3 LE MODÈLE THÉORIQUE PRIVILÉGIÉ ET LE CADRE D'ANALYSE

Un cadre conceptuel permet la description graphique ou narrative de variables ou de concepts clés à étudier (Huberman et Miles, 1991). Sandhu, Duquette et Kerouac (1991) ont analysé les modèles de prestation de soins à l'aide du cadre conceptuel de Munson et Clinton (1979). Ce cadre fait ressortir les principaux éléments inhérents aux modèles de distribution de soins. Il s'intéresse tout d'abord aux variables qui

affectent les méthodes de prestation de soins, soit les caractéristiques de la clientèle, le type de ressources en soins infirmiers et les éléments du soutien organisationnel. Par ailleurs, chaque modèle influencerait la manière de prodiguer les soins et pourrait faire varier les attributs qui ont un impact sur les résultats et sur le processus de soins. Ces attributs concernent la globalité du soin (totalité), l'imputabilité, la continuité et la coordination des soins. Ils vont affecter les variables de résultats au niveau de la qualité du soin, de la satisfaction du client, et des coûts engendrés par l'application du modèle d'organisation ou de prestation de soins. Le tableau 1.1 reproduit les principales composantes de ce cadre conceptuel. Ce modèle permet la définition d'un groupe de facteurs pertinents à la situation étudiée d'une part, et d'autre part, à la revue de la documentation effectuée et, il propose les relations qui peuvent exister entre ces facteurs.

Tableau 1.1
Cadre conceptuel de Munson et Clinton



Nous nous inspirons de ce cadre conceptuel pour la présente recherche car il met en lumière des éléments reliés aux modèles de distribution et de prestation de soins que rejoignent les exigences du «Défi Qualité-Performance». Par ailleurs, nous adapterons ce modèle pour l'ajuster aux variables retenues par la revue de la documentation. Nous élargissons ainsi la dimension des facteurs d'influence pour tenir compte d'une part, du contexte externe en y ajoutant les variables suivantes : l'évolution

technologique, et les écoles de pensées prévalentes en soins infirmiers et, d'autre part, du contexte interne en y ajoutant la variable histoire de l'organisation. Nous élaborons davantage au plan du soutien organisationnel en tenant compte de la philosophie de soins et de la philosophie de gestion. Nous modifions également la variable résultats en y intégrant les attributs de qualité reliés à la démarche de soins et y modifions la variable imputabilité par l'impact pour le personnel soignant où nous traiterons cet aspect plus largement. Le tableau 1.2 présente le cadre conceptuel que nous avons adopté pour réaliser notre étude.

Tableau 1.2

Cadre d'analyse - Ensemble de facteurs reliés aux méthodes de prestation de soins

Facteurs d'influence externes et internes	Structure de l'unité de soins	Résultats
Le contexte externe Évolution technologique Évolution des soins infirmiers **Le contexte interne** Histoire de l'organisation Caractéristiques de la clientèle Ressources en soins infirmiers Philosophie de soins Philosophie de gestion	Méthode d'organisation ou de prestation de soins	RÉSULTATS QUALITATIFS DE SOINS • globalité • continuité • coordination EFFICIENCE • coûts heures soins/client/jour • taux de satisfaction (réponse aux besoins) SATISFACTION CLIENT/FAMILLE • variables reliées à l'information, l'attitude, le respect des valeurs, etc. IMPACT POUR LE PERSONNEL SOIGNANT • La satisfaction générale • La motivation interne • La satisfaction du besoin de croissance personnelle et professionnelle

1.4 LA DESCRIPTION DES CONCEPTS RELIÉS AU CADRE D'ANALYSE

Nous exposerons ici la définition de chacun des concepts du tableau 1.2.

1.4.1 Les facteurs d'influence externes et internes

1.4.1.1 Évolution technologique

La complexité croissante des soins et l'apport de nouvelles connaissances et moyens thérapeutiques peuvent exercer une influence sur le choix des modèles de prestation de soins. La formation requise et l'agencement des effectifs peuvent être évalués selon la complexité des besoins de la clientèle.

1.4.1.2 Évolution des soins infirmiers

Nous référons ici aux écoles de pensée en sciences infirmières et principalement au rôle de l'infirmière et au niveau de formation requis pour l'exercice de ses fonctions.

1.4.1.3 Histoire de l'organisation

Nous faisons référence à l'évolution du milieu quant à sa mission, son mode de gestion, ses valeurs et ses choix au plan des modes d'organisation de soins et de prestation.

1.4.1.4 Caractéristiques de la clientèle

Ces caractéristiques sont définies selon la clientèle se retrouvant dans l'unité à l'étude. Elles réfèrent à la complexité des soins et au type de spécialité (médecine, chirurgie, gériatrie, etc.).

1.4.1.5 Ressources en soins infirmiers

Ce concept correspond aux différentes catégories de personnel en soins infirmiers qui dispensent des soins.

1.4.1.6 Philosophie de soins

La philosophie de soins est un énoncé du système de croyances et de valeurs qui oriente les soins infirmiers dans un organisme de santé qui permet d'expliquer le pourquoi et la manière dont les choses se font. C'est la base du fonctionnement quotidien (Kerouac et coll., 1990). Par exemple, l'utilisation d'un schème de référence en soins infirmiers peut avoir un impact sur le choix d'un modèle de prestation de soins et, implicitement, sur la contribution visée par l'infirmière pour l'opérationalisation de ce schème. La multidimensionnalité des besoins de la clientèle fait en sorte que les liens à effectuer entre ces besoins et les problématiques de santé sont plus complexes. Le « prendre soin » peut exiger de nouvelles habiletés et conséquemment influencer l'organisation des soins.

1.4.1.7 Philosophie de gestion

La philosophie de gestion telle qu'entendue dans la présente recherche fait référence aux valeurs privilégiées au sein de la direction des soins infirmiers quant à la centralisation ou à la décentralisation du processus de prise de décision et au style de leadership du gestionnaire.

1.4.2 Les résultats

1.4.2.1 Résultats qualitatifs de soins

- Globalité des soins (« comprehensiveness »)

Cet indice réfère à un cadre de soins qui comprend une évaluation des besoins du client, une identification des problématiques de soins, une planification d'objectifs/résultats de soins et d'interventions ainsi qu'une évaluation des résultats atteints.

- Continuité des soins

La continuité des soins reflète le degré de fragmentation des soins donnés au client. L'indice retenu est le taux de roulement du personnel.

- Coordination

Cet indice reflète le niveau de collaboration entre les soins infirmiers et les autres professionnels de la santé. Il fait principalement référence à la coordination du processus interdisciplinaire.

1.4.2.2 Efficience

Nous retenons pour la variable efficience :

- le coût en heures/soins directs travaillées par client, par jour, pour chaque unité à l'étude en relation avec le taux de satisfaction des besoins de la clientèle représentée par la proportion des heures/soins réelles travaillées sur les heures/soins requises selon les besoins de la clientèle.

1.4.2.3 Satisfaction client/famille

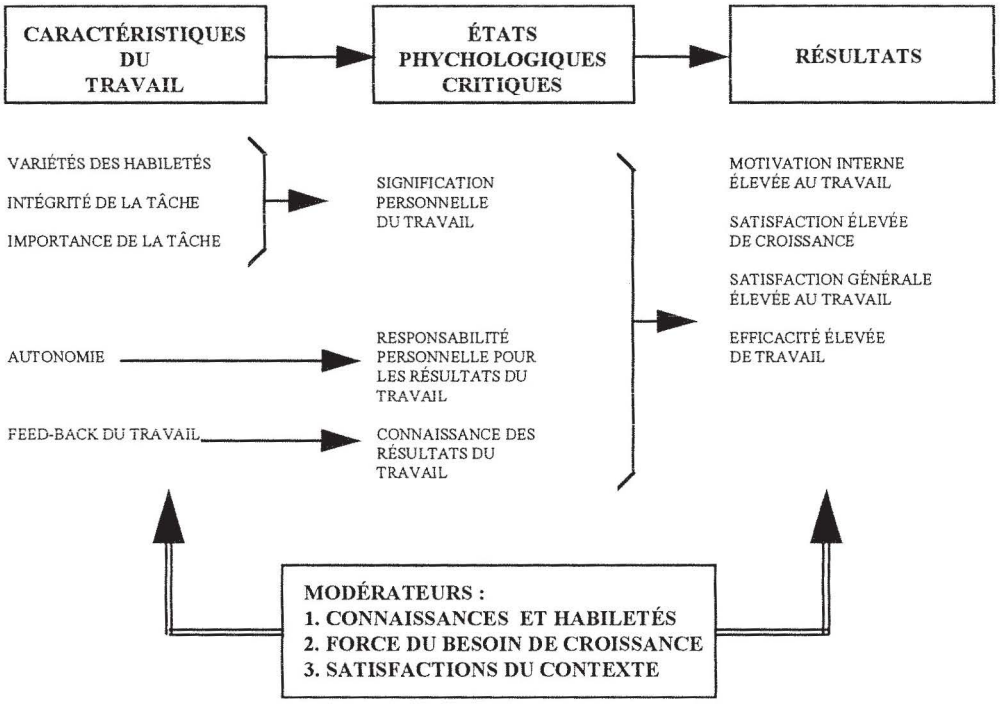
Quatre valeurs jugées importantes en soins de longue durée feront l'objet d'une appréciation soit :

- le respect de la dignité;
- le respect de l'intimité;
- l'information; et,
- l'autonomie.

1.4.2.4 Impact pour le personnel soignant

La théorie de Hackman et Oldman (1980) a inspiré le choix de cette variable. Elle permettra de vérifier des aspects relatifs à la satisfaction au travail pour chacun des modes de prestation de soins à l'étude. Le modèle des caractéristiques des tâches présente trois variables principales : les caractéristiques du travail, les états psychologiques critiques et les résultats. Le tableau 1.3 résume ce modèle.

Tableau 1.3
Modèle des caractéristiques des tâches



Tiré de : Michel Paquin, L'organisation du travail (1986), p. 38

Hackman et Oldham (Paquin, 1986) ont présenté un cadre général pour l'organisation du travail appelé la théorie des caractéristiques des tâches. Cette théorie postule que la motivation interne au travail dépend de trois états psychologiques critiques : la signification du travail, la responsabilisation pour les résultats du travail et la connaissance des résultats effectifs des activités du travail. Ces trois états critiques sont internes et ne sont pas manipulables directement. Ils sont cependant reliés à des caractéristiques des tâches qui elles peuvent être manipulables. Plus spécifiquement, l'expérience significative au travail est reliée à la variété des habiletés, à l'intégrité de la tâche et à l'importance de la tâche. L'expérience quant à la responsabilité pour les résultats de travail est étroitement reliée au niveau d'autonomie. Ainsi, un haut niveau d'autonomie pourrait avoir un impact positif sur l'expérience relative à la responsabilité pour les résultats de travail. La connaissance des résultats est influencée par le feed-back sur le travail. Nous présentons ici une description détaillée de chacun des éléments relatifs au modèle. Ce modèle permettra d'évaluer l'impact du mode de prestation de soins auprès des membres de l'équipe de soins (Hackman et Oldham, 1980).

- Les caractéristiques du travail

  - La variété des habiletés : le degré selon lequel un emploi implique une variété d'activités différentes dans l'accomplissement du travail faisant appel à divers habiletés et talents;

  - L'intégrité de la tâche : le degré selon lequel un travail est accompli du début jusqu'à la fin avec un résultat tangible;

- L'importance de la tâche : le degré selon lequel un travail a un impact sur la vie d'autres personnes, que ces personnes appartiennent ou non à l'organisation;

- L'autonomie : le degré selon lequel un travail procure à l'employé la liberté, l'indépendance et la discrétion nécessaires pour planifier son travail et déterminer les procédures à utiliser lors de sa réalisation;

- Le feed-back du travail : le degré lequel la réalisation des activités requises par le travail fournit à l'individu une information directe et claire sur son efficacité ou sa performance.

Deux autres variables complémentaires sont étudiées par le test de diagnostic sur les emplois soit le feed-back des autres (supérieurs et collègues) et la relation avec les autres. Elle ne sont cependant pas incluses dans les caractéristiques ayant un impact sur les états psychologiques critiques.

- le feed-back des autres : réfère au degré selon lequel l'intervenant reçoit de l'information claire sur sa performance en provenance de ses supérieurs ou de ses collègues.

- la relation avec les autres : réfère au degré selon lequel l'emploi requiert de l'intervenant de travailler avec d'autres personnes dans l'organisation du travail; cela inclut également la relation avec ses supérieurs.

- Les états psychologiques critiques du travail

  Le test de diagnostic sur les emplois permet la mesure de trois états psychologiques critiques.

  - Le travail significatif (l'expérience significative du travail) : réfère au degré selon lequel l'intervenant expérimente le travail comme étant généralement plein de sens et qu'il en vaut la peine.

  - La responsabilité (l'expérience de la responsabilité pour les résultats de travail) : réfère au degré avec lequel l'intervenant se sent personnellement imputable et responsable pour les résultats du travail qu'il accomplit.

  - La connaissance des résultats : réfère au degré selon lequel l'intervenant connaît et comprend sur une base continue dans quelle mesure il performe réellement au travail.

- La position affective au travail

  Cette dimension concerne la mesure quant à un certain nombre de réactions personnelles et affectives qu'un intervenant peut ressentir en relation avec son travail. Deux volets caractérisent cette dimension. Il s'agit des résultats de nature affective et de la satisfaction à l'égard du contexte.

- Les résultats de nature affective

  - ♦ La motivation interne : réfère au degré selon lequel l'intervenant est lui-même motivé pour performer efficacement au niveau de son travail.

  - ♦ La satisfaction générale : réfère au degré selon lequel l'intervenant ressent une satisfaction générale quant à son travail.

  - ♦ La satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle : il s'agit d'opportunités quant à la croissance personnelle et aux possibilités de développement dans le travail actuel.

- La satisfaction à l'égard du contexte

  - ♦ Les satisfactions spécifiques : réfèrent à divers éléments de mesure qui procurent une satisfaction relative :

    * au salaire;
    * à la sécurité d'emploi;
    * aux relations sociales;
    * à l'égard de la supervision.

- Besoin individuel de croissance

  Cet élément vient mesurer la force avec laquelle l'intervenant désire obtenir une réelle satisfaction quant aux possibilités de croissance personnelle que lui offre son travail. Il permet de saisir les caractéristiques individuelles qui, prévoit-on, vont affecter positivement le potentiel de motivation de l'intervenant.

- Score potentiel de motivation

  Le potentiel de motivation constitue une information additionnelle qui consiste en l'application de la formule suivante :

$$SPM = \frac{[\text{Variété des habiletés} + \text{Intégrité de la tâche} + \text{Importance de la tâche}]}{3} \times \text{Autonomie} \times \text{Feed-back}$$

Il s'agit donc d'une combinaison de cinq caractéristiques du travail qui en un seul indice reflète le potentiel de motivation global. Ce potentiel objectif de l'emploi crée des conditions qui permettront à l'individu de ressentir un sentiment positif ou négatif en regard de son emploi, selon le niveau de performance réalisé. En d'autres mots, ce potentiel n'a pas comme conséquence de motiver l'individu, mais de créer des conditions qui font en sorte que, si le travail est bien fait, il sera encouragé à poursuivre et à déployer des énergies.

- Les facteurs modérateurs

Trois facteurs sont retenus comme modérateurs sur les liens que peuvent avoir les caractéristiques du travail avec les états psychologiques du travail et les résultats sur la satisfaction générale, la motivation interne et la performance. Il s'agit ici de tenir

compte de différences personnelles entre les individus. Ces modérateurs sont les connaissances et les habiletés, la force du besoin de croissance et la satisfaction du contexte signifié par Herzberg comme des facteurs d'ambiance (Paquin, 1986). Ces caractéristiques semblent spécialement importantes pour savoir qui va répondre positivement ou non à des emplois avec un potentiel de motivation élevé.

La revue de la documentation fait ressortir une relation positive entre les facteurs de contexte, les modèles de prestation de soins et les résultats qualitatifs et quantitatifs de soins et cela, principalement pour les milieux de courte durée. La satisfaction du personnel infirmier est également une variable qui ressort comme étant reliée au choix du modèle. Nous allons tenter de vérifier si cette relation est aussi valable pour les soins de longue durée.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, nous détaillerons en premier lieu le type de recherche privilégiée par la présente étude avec les avantages et les limites qu'elle comporte. Nous présenterons ensuite les critères de choix retenus pour les milieux à l'étude et la stratégie de recherche utilisée avec les étapes prévues pour le déroulement de la recherche.

2.1 TYPE DE RECHERCHE

L'analyse de cas de type explicatif a été privilégiée pour cette étude. L'étude de cas est une exploration intensive d'une unité d'étude, ou d'un nombre limité d'unités, personne, groupe, situation ou un groupe restreint de sujets. Le modèle explicatif prévoit l'analyse de relation entre les variables pertinentes. Notre premier objectif étant de mieux comprendre l'influence d'un contexte sur le choix du modèle de prestation de soins et de délimiter des impacts sur un nombre de variables, nous croyons que l'étude de cas de type explicatif permet cette analyse. Nous avons retenu principalement le modèle de Yin (1994) et plus spécifiquement, le modèle exemplaire plutôt que représentatif avec des cas multiples différents. Bien qu'il s'agisse d'une étude de cas, nous qualifions l'étude de nature quantitative.

2.2 LES AVANTAGES D'UNE ÉTUDE DE CAS

L'étude ce cas de type explicatif :

- permet de recueillir de l'information sur plusieurs variables et d'établir des liens entre elles pour une meilleure compréhension du phénomène à l'étude;

- amène le chercheur à l'intérieur de la situation et permet d'acquérir une perception plus solide de la réalité locale;

- permet une analyse en profondeur d'une situation donnée;

- conduit à la construction d'hypothèses de recherche (Huberman et Miles, 1991).

2.3 LES LIMITES D'UNE ÉTUDE DE CAS

L'étude de cas peut représenter :

- une contrainte à la généralisation des résultats, notamment avec le modèle retenu qui est de nature exemplaire plutôt que représentatif;
- peu de contrôle sur les variables indépendantes et intermédiaires;
- un grand nombre de sources de données à utiliser par le chercheur;
- une difficulté d'établir des liens entre les variables.

2.4 LES CRITÈRES DE CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS ET DES UNITÉS DE SOINS

Le choix des établissements et des unités à l'étude a été effectué en fonction du modèle exemplaire et non représentatif. Les critères suivants ont été privilégiés :

- La clientèle : il s'agissait de sélectionner un milieu de soins de longue durée;

- Le modèle d'organisation et de prestation de soins en application dans le milieu d'étude : l'unité 1 fut retenue en raison du modèle de soins intégraux et l'unité 2 en raison du modèle de soins d'équipe.

- Le modèle d'organisation de soins devait être en application depuis plus d'une année;

- L'organisation et l'unité de soins à l'étude ne devait pas avoir subi de transformation ou de réorganisation majeure au cours de la dernière année.

Quant aux unités de soins retenues pour chacun des milieux, elles devaient se comparer entre elles sur le plan du nombre de résidents. Dans le premier établissement, il s'agissait de la seule unité totalisant 33 lits. Pour le second établissement, nous avons choisi au hasard une des deux unités totalisant 32 lits.

Pour la réalisation de la recherche, nous visions un échantillon de 50 % de la clientèle pour chacune des unités. Il s'agit d'un échantillonnage stratifié ou pour l'unité 1, la clientèle étant divisée en quatre sections, nous avons alors choisi au hasard deux de

ces sections. Pour l'unité 2, la clientèle étant partagée en deux sections, nous avons également choisi au hasard une section sur 2. Notre échantillon client est donc composé de quatorze clients pour l'unité 1 et de seize clients pour l'unité 2.

Pour chacun des échantillons clients, nous avons retenu 100 % du personnel qui leur était affecté sur les trois quarts de travail. Cela représente pour l'unité 1, cinq infirmières et cinq préposées et, pour l'unité 2, trois infirmières et six préposées.

2.5 LA STRATÉGIE DE RECHERCHE

Pour mener à bien une étude de cas, Yin (1993) insiste sur l'importance de préparer un protocole rigoureux portant sur l'information à recueillir et le déroulement séquentiel de la collecte d'information en relation avec les variables retenues. Il suggère de conserver une certaine flexibilité pour permettre cependant le recueil de données supplémentaires sur le terrain.

Huberman et Miles (1991) présentent deux possibilités quant à la préparation de la recherche. La première possibilité est celle où, dans le domaine de la recherche de terrain, celle-ci se présente plutôt de façon inductive et peu structurée à l'avance ou le chercheur explore un phénomène mal connu. Ce dernier doit disposer de beaucoup de temps. La deuxième possibilité est l'approche rigoureuse et préstructurée. Ces deux auteurs privilégient cette méthode et cela, plus particulièrement, lors d'une recherche inter-site (deux cas ou plus). « Si les chercheurs opèrent inductivement, sans cadre ou instrumentation communs, ils finiront sûrement par se retrouver devant le double dilemme de la surcharge de données et de l'impossibilité de comparer les différents cas. »

Cela vient confirmer l'avancé de Yin sur le sujet et nous retenons pour la présente étude le choix d'un cadre d'analyse et de cueillette d'information structurés. La stratégie utilisée s'inspire principalement du modèle de Yin (1994) qui est de nature quantitative. Il s'agit d'une approche de type hypothético-déductive.

2.5.1 Les choix méthodologiques

Pour la réalisation de notre étude nous avons retenu les méthodes suivantes :

- l'entrevue;
- l'analyse de contenu de la documentation disponible dans les milieux d'étude;
- le questionnaire.

Pour les facteurs d'influence externe et interne, nous avons fait en sorte que, pour une même variable, nous utilisions plus d'un outil de mesure pour recueillir une même information. Il s'agit de vérifier l'information recherchée à plus d'un niveau, ce qui constitue le principe de triangulation, lequel principe est indiqué dans la réalisation d'une étude de cas (Yin, 1993).

2.5.1.1 L'entrevue

L'entrevue est une méthode de cueillette de l'information et de données de recherches basée sur l'interaction entre deux individus. Elle se caractérise par le fait qu'il s'agit d'une communication verbale dynamique. Cette interaction permet une influence des propos de l'un sur l'autre et cela, principalement pour l'entrevue semi-structurée (Bordeleau, 1987). L'entrevue est réalisée pour un ou des objectifs précis. Les données recueillies lors de l'entrevue permettent d'effectuer des liens avec l'information extraite lors de l'analyse documentaire.

L'entrevue peut prendre diverses formes, du directif au non-directif en passant par le semi-directif ou semi-structuré. Pour cette étude, nous avons retenu deux types d'entrevue. Tout d'abord, l'entrevue semi-directive avec les gestionnaires où nous avons développé une grille de questions avec des thématiques sous-jacentes. Cette grille se retrouve en appendice C. Ce type d'entrevue permet, selon les réponses de la personne interviewée d'approfondir la réponse générale par des sous-questions (Bordeleau, 1987).

Elle permet dans ce cas un contact direct avec le gestionnaire pour explorer plus à fond la dimension des facteurs d'influence internes. Elle permet la validation ou l'explication plus détaillée d'éléments retrouvés au sein de la documentation. Du fait qu'elle concerne trois individus, le temps qu'elle peut exiger ne nous posait pas de limites.

Ensuite, nous avons retenu l'entrevue directive pour la clientèle. Pour ce type d'entrevue, le canevas de rencontre est standardisé; celui-ci se retrouve en appendice I. Cette méthode s'apparente sensiblement au questionnaire à la différence que la transmission de l'information se fait verbalement plutôt que par écrit.

L'entrevue directive qui s'adressait aux résidents se devait de dégager des données plus standardisées compte tenu de l'objectif initial qui était de rencontrer l'ensemble des résidents/familles à l'étude et de comparer les données recueillies.

2.5.1.2 L'analyse de la documentation

L'analyse du contenu de la documentation est une méthode d'observation qui permet au chercheur de recueillir l'information et d'en systématiser le contenu. Elle permet l'enrichissement du schéma théorique et la validation des perceptions ou des valeurs véhiculées lors des entrevues. Elle exige beaucoup de rigueur quant à l'analyse des données. Selon Bordeleau (1987) « le contenu manifeste doit être le seul considéré dans l'analyse mais il n'exclut pas toute extrapolation ou référence au contenu latent : valeurs, attitudes, motifs, etc. ».

Lors de la réalisation de cette étude nous avons eu accès à plusieurs sources d'information. Les documents consultés au sein des deux milieux ont porté sur :

- la philosophie de soins;
- les comités de la direction des soins;
- la philosophie de gestion de la direction des soins;
- le plan d'objectifs annuels de la direction et de l'unité à l'étude;
- le modèle d'organisation des soins;
- les rôles et responsabilités des membres de l'équipe de soins;
- le taux de réponse aux besoins de la clientèle (taux de satisfaction);
- le profil de formation des infirmières;

- la proportion du budget investie au niveau de la formation;
- le coût en heures/soins travaillées par client par jour;
- le plan de la répartition du personnel sur l'unité à l'étude pour les trois quarts de travail.

Le matériel consulté fut défini en fonction de l'objectif à l'étude et du complément d'information avec les autres méthodes retenues. L'information fut analysée autour de thématiques regroupées.

L'analyse de contenu présente des avantages en termes de temps au niveau de la collecte d'information dans le milieu, tout le matériel disponible pouvant être recueilli et consulté à une période donnée. Elle requiert cependant du chercheur beaucoup de temps pour l'analyse. Elle évite le contact direct avec les sujets et ainsi, l'influence que le chercheur peut exercer sur leurs perceptions.

2.5.1.3 Le questionnaire

Bordeleau (1987) définit le questionnaire à l'aide des caractéristiques suivantes. Il s'agit d'un instrument :

- de nature empirique pour explorer divers phénomènes;
- qui permet une bonne compilation et une standardisation des données;
- testé préalablement;
- qui permet de recueillir de l'information relative aux perceptions, aux valeurs, aux attitudes;
- qui permet le recueil de données subjectives et objectives;

- qui permet de dégager une perspective collective.

Cet auteur fait ressortir l'importance du respect des étapes suivantes soit, la préparation du questionnaire qui doit s'appuyer sur l'objet de l'étude, les concepts à la base de la situation étudiée qui doivent être appréhendés par le biais du questionnaire et le choix du type de questionnaire qui doit se faire selon le problème à étudier. Il importe en premier lieu de vérifier s'il existe un questionnaire adéquat déjà validé ou, s'il est nécessaire, d'en élaborer un.

Nous avons retenu trois types de questionnaires pour la réalisation de cette étude, selon les clientèles à qui ils s'adressaient. En premier lieu, nous avons élaboré un questionnaire pour l'analyse des facteurs d'influence internes. Nous avons tout d'abord dresser la liste des thèmes à aborder avec le gestionnaire et déterminer la séquence logique pour l'entrevue semi-structurée. La plupart des questions sont ouvertes. Ce questionnaire fut testé préalablement auprès de deux gestionnaires d'un milieu de soins. Suite à ce prétest, nous avons modifié la séquence de ces questions. Ce questionnaire se retrouve à l'appendice C.

En deuxième lieu, nous avons retenu un questionnaire pour apprécier la satisfaction des résidents et le même questionnaire fut adapté pour qu'il soit complété par une personne significative, lorsque le client ne pouvait le faire lui-même. Le questionnaire choisi (Halikas, 1994) fut adapté pour apprécier la dimension satisfaction principalement reliée aux soins infirmiers. Nous avons également procédé à un test préalable pour le mettre à l'essai et nous avons corrigé par la suite quatre questions dans leur formulation.

Ce questionnaire fait ressortir les valeurs fondamentales à respecter pour un client en soins de longue durée. Nous avons fait l'hypothèse que la perception du respect de ses valeurs par le résident et sa famille pouvait représenter un indice significatif de la satisfaction relative aux soins infirmiers.

Troisièmement, pour la dimension « Appréciation de l'impact auprès du personnel soignant », nous avons retenu le questionnaire élaboré par Hackman et Oldham (1980), le « Job Diagnostic Survey » (test de diagnostic sur les emplois). Il s'agit d'un questionnaire comprenant 83 énoncés que mesurent les dimensions suivantes :

- Les caractéristiques du travail (la variété des habiletés, l'intégrité de la tâche, l'importance de la tâche, l'autonomie, le feed-back du travail, le feed-back des autres)

- Les états psychologiques critiques (la signification du travail, la responsabilité pour les résultats du travail et la connaissance des résultats)

- Les résultats affectifs (la satisfaction générale, la motivation interne au travail et la satisfaction du besoin de croissance)

- La satisfaction à l'égard du contexte (la sécurité d'emploi, la paie, les collègues de travail et les superviseurs)

- La force du besoin de croissance.

Ce test (JDS) présente plusieurs avantages. Il a été conçu à partir d'une théorie et il permet la comparaison avec des données d'une étude effectuée par Hackman et

Oldham où le JDS a été utilisé auprès de 658 employés représentant 62 types d'emploi et appartenant à sept organisations différentes.

Nous avons respecté les règles énoncées par Hackman & Oldham pour l'utilisation de ce questionnaire.

- La formation des catégories d'emploi : dans ce cas-ci, nous avons deux catégories : les infirmières et les préposées aux bénéficiaires.

- L'administration du questionnaire par une personne autre que le supérieur hiérarchique : le questionnaire fut dans ce cas-ci administré par le chercheur.

- L'administration du questionnaire à un petit groupe de répondants à la fois : pour la présente étude, chacun des groupes représentait entre deux et quatre personnes.

- L'administration du questionnaire doit se faire dans un endroit retiré du travail. De fait, chacun des groupes fut retiré du travail pour une période d'environ 45 minutes et le questionnaire fut administré la même journée pour chacun des groupes sur les trois quarts de travail, pour minimiser la possibilité que les membres de l'équipe aient des échanges sur le contenu des questions. Une période de quinze minutes fut réservée pour l'explication des objectifs de l'étude et il y eût une explication des consignes relatives au questionnaire pour chacune des parties. Le questionnaire devait être complété sur une base volontaire. Un consentement fut signé par chaque intervenant. Une période de 30 à 35 minutes était allouée pour compléter le questionnaire. Une des règles préconisées par les auteurs est de maintenir l'anonymat lorsqu'on procède à une étude globale de l'organisation du travail. Le consentement a pu nuancer l'application de cette règle. Il s'agissait ici de se

conformer à une règle du comité d'éthique et de la recherche qui était spécifique au premier milieu. Nous avons procédé de la même façon dans les deux institutions.

2.5.2 Le déroulement de la recherche

En s'appuyant sur les critères essentiels à la réussite d'une étude de cas, nous présentons ici le plan du déroulement de la recherche (tableau 2.1).

2.5.2.2 Le déroulement de la recherche

Tout d'abord, une demande écrite avec une description sommaire du projet fut présentée à la directrice de soins de chacun des deux milieux en septembre 1995. Le contenu de cette présentation se retrouve en appendice D. Par la suite, une rencontre fut planifiée pour chacun des deux milieux en novembre 1995 pour présenter le projet d'étude d'une façon plus détaillée avec les avantages que cela pouvait représenter pour le milieu, le cadre d'analyse, ainsi que la méthodologie de cueillette de l'information. Cela nous a permis un premier contact pour faire connaissance avec le milieu.

Pour le milieu 1, toute la documentation nécessaire fut préparée pour le comité d'éthique et de la recherche qui s'est réuni en décembre 1995.

La réalisation de l'étude s'est effectuée dans le premier milieu au début juin 1996, et en juillet 1996 pour le second milieu. La cueillette de l'information au niveau des documents de la direction, des outils cliniques de soins et les entrevues avec les gestionnaires, le personnel et les résidents ont été réalisées sur une période de quatre jours pour chacun des milieux. La réalisation du questionnaire auprès des familles s'est effectuée trois semaines plus tard.

Le tableau 2.1 présente de façon schématique les étapes du déroulement de la recherche.

Tableau 2.1 Plan de la recherche

Activités	Particularités	Échéancier
Premier contact avec les milieux de soins retenus pour l'étude • objectif de l'étude • avantages pour l'organisation • présentation du cadre d'analyse • modalités de cueillette de l'information		Septembre 1995
Visite des deux milieux à l'étude pour présentation plus détaillée du projet de recherche		Novembre 1995
Présentation du projet au comité d'éthique de la recherche	Spécifique à un des milieux à l'étude (U_1)	Novembre 1995
Réalisation de l'étude dans les milieux retenus - analyse de la documentation : • documents de la direction • plan de soins • notes d'observation • plan de distribution du travail - entrevues semi-structurées avec les gestionnaires		Juin - juillet 1996

Tableau 2.1 Plan de la recherche (suite)

Activités	Particularités	Échéancier
Réalisation de l'étude dans les milieux retenus : (suite)		
- choix de l'échantillon à l'étude : • résidents • personnel soignant		Juin-juillet 1996
- entrevues avec les résidents (appréciation de leur satisfaction) • explication du formulaire de consentement • entrevues et questionnaires		Juin-juillet 1996
- planification de la cueillette de l'information auprès des familles • contacts téléphoniques par une personne ressource de l'établissement • lettre de présentation du projet et d'explication du consentement au projet	U_1 : lien établi par la conseillère aux admissions U_2 : lien établi par la travailleuse sociale	Juin-juillet 1996
- réalisation de l'étude de satisfaction des familles • distribution des questionnaires avec le formulaire de consentement		Août 1996
- application du questionnaire JDS (personnel jour-soir-nuit) • explication de l'objectif de l'étude • formulaire de consentement explication signature • réalisation du test		Juin-juillet 1996
- entrevue avec les membres de l'équipe de soins pour évaluation de la connaissance des résultats visés au plan de soins		Juin-juillet 1996

Nous présentons ici le tableau 2.2 des choix méthodologiques retenus pour l'étude où chacun des concepts du cadre d'analyse cité au tableau 1.2 est évalué avec une méthode privilégiée, des outils spécifiques et un échantillon déterminé.

Les données quantitatives ont été traitées sur le chiffrier Excel. Les fonctions de ce logiciel ont été utilisées pour les calculs de moyenne, d'écart type et pour les tests de différence de moyenne par Student, le « test t ». Le test de Khi^2 a également été utilisé pour deux des paramètres.

Tableau 2.2 Cadre méthodologique de cueillette de l'information

Indices	Méthode	Outils	Clientèle visée	Échantillonnage
Facteurs externes				
1. Évolution technologique	Revue de la documentation			
2. Évolution de la nature des soins infirmiers				
Facteurs internes				
1. Historique de l'organisation	Entrevue semi-structurée et analyse de contenu de documents de la direction des soins (1,2,4,5.)	Questionnaire avec questions ouvertes sur les facteurs d'influence (App. C)	Directrice des soins infirmiers et infirmière-chef de l'unité de soins	
2. Caractéristiques de la clientèle				
3. Ressources en soins infirmiers	Entrevue semi-structurée et analyse de contenu	Grille de répartition du personnel infirmier (App. E)	Infirmière-chef de l'unité de soins	
4. Philosophie de soins				
5. Philosophie de gestion				

Tableau 2.2 Cadre méthodologique de cueillette de l'information (suite)

Indices	Méthode	Outils	Clientèle visée	Échantillonnage
Résultats qualitatifs de soins				
1. Globalité	Analyse de contenu des cueillettes de données et des plans de soins	Grille d'analyse de Munson et Clinton (App. F)	Cueillette de données et plan de soins des clients visés par l'étude	• 50 % de la clientèle de l'unité à l'étude
	Entrevue avec les soignants	Questionnaire d'appréciation de la dimension qualitative « globalité » auprès des membres de l'équipe soignante (App. G et H)	Infirmières et préposées	• 100 % des intervenants affectés à l'échantillon client Jour-Soir-Nuit pour la période d'observation
2. Continuité	Analyse de contenu des plans journaliers de distribution du travail	Grille d'analyse de la continuité des soins (App. H)	Membres de l'équipe soignante	Le personnel soignant de l'unité à l'étude sur une période de 4 semaines
	Analyse quantitative des notes d'observation	Grille d'analyse Munson et Clinton (App. F)	Dossiers des clients visés par l'étude	• 50 % de la clientèle de l'unité à l'étude
3. Coordination	Analyse de contenu des dossiers	Grille d'analyse Munson et Clinton (App. F)	Dossiers des clients visés par l'étude	• 50 % de la clientèle de l'unité à l'étude

Tableau 2.2 Cadre méthodologique de cueillette de l'information (suite)

Indices	Méthode	Outils	Clientèle visée	Échantillonnage
Efficience				
1. Coût hres/soins travaillées/client/jour	Analyse de contenu de rapports financiers à la direction des soins		Directrice des soins infirmiers	
2. Taux de satisfaction des besoins de la clientèle	Analyse de contenu des documents de la direction des soins (heures soins requises)		Directrice des soins infirmiers, infirmière-chef de l'unité	
Satisfaction client/famille	Entrevue avec les résidents Questionnaire aux familles	Questionnaire de satisfaction • Résident (App. I) • Famille (App. J)	Résidents et/ou personne significative	50 % de la clientèle de l'unité à l'étude
Impact pour le personnel soignant	Questionnaire	Questionnaire « Enquête de diagnostic sur les emplois » (App. K)	Personnel soignant Jour-Soir-Nuit	100 % des intervenants pour l'échantillon client

CHAPITRE III

LA PRÉSENTATION ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS

Nous exposons dans ce chapitre les résultats pour chacun des paramètres du cadre de référence pour les deux unités à l'étude. Nous présentons au fur et à mesure l'analyse de ces résultats en faisant ressortir les liens avec la documentation.

3.1 PRÉSENTATION DES DEUX ÉTABLISSEMENTS RETENUS

3.1.1 Le premier établissement

Il s'agit d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée public de 252 lits, situé dans la région de Montréal. Ce centre offre des services à une clientèle âgée en hébergement et à une clientèle en courte durée gériatrique dans ses programmes visant l'évaluation, le diagnostic, le traitement et la réadaptation. Un centre de recherche en géronto-gériatrie lui est également affilié.

3.1.2 Le second établissement

Il s'agit d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée privé conventionné de 66 lits qui offre des services à une clientèle âgée en hébergement. Ce centre est situé dans la région de Québec.

3.1.3 Le modèle d'organisation ou de prestation de soins : les caractéristiques pour chacune des deux unités

3.1.3.1 L'unité 1

L'organisation fait référence à un système de soins intégraux adaptés. L'analyse du modèle, lors de la réalisation de l'étude, fait ressortir les éléments suivants correspondant au système de soins intégraux :

- Le retour au chevet de l'infirmière;

- L'existence de mécanismes de communication écrite tels que décrits par Marram (1980) : la qualité de la planification écrite des soins dans ce milieu confirme cet énoncé;

- Un modèle qui s'appuie sur une philosophie de soins centrée sur les besoins du client, ce qui est confirmé par l'analyse de contenu de l'entrevue avec les gestionnaires et l'analyse de la documentation;

- La présence de facteurs d'influence internes favorisant la mise en place du système de soins intégraux :

  - la décentralisation de la prise de décision vers l'infirmière;
  - la gestion participative;
  - l'autonomie et l'imputabilité élevée visée pour les infirmières.

Cependant, il nous apparaît que certains éléments inhérents au système de soins intégraux ne s'y retrouvent pas.

- ♦ L'apport d'une infirmière principale qui accepte l'autorité, l'autonomie et l'imputabilité pour planifier, administrer et évaluer les soins. Elle est responsable de la planification et des résultats de soins pour une période de 24 heures. En contrepartie, il n'y a pas d'infirmière responsable 24 heures, mais l'infirmière du quart de jour est principalement responsable de la planification et de l'évaluation des soins. Ce n'est cependant pas toujours la même infirmière.

- ♦ La prise en charge intégrale du client pour la durée du séjour hospitalier, lequel critère est possiblement davantage appliqué en soins de courte durée.

- ♦ Une préposée qui assiste l'infirmière dans les soins. La documentation n'est pas abondante sur ce jumelage, principalement lorsque la préposée exerce des activités de soins directes sous la supervision de l'infirmière.

La direction des soins infirmiers qualifie le modèle d'organisation de soins comme étant un système de soins intégraux adaptés. Il nous apparaît cependant que des dimensions stratégiques importantes au système de soins intégraux ne sont pas présentes dans son application, ce qui nous amène à conclure que le système de distribution de soins en application à l'unité 1 est davantage modulaire. Cette modalité de soins modulaires s'appuie sur les principes du soin intégral où l'imputabilité de l'infirmière quant à la planification et l'évaluation porte sur son quart de travail seulement, ce qui est une caractéristique du milieu à l'étude.

3.1.3.2 L'unité 2

Le système présenté ici réfère à un système de soins d'équipe où nous retrouvons seulement deux titres d'emploi différents soit l'infirmière-chef d'équipe et la préposée aux bénéficiaires. En comparaison avec le premier milieu, le nombre de préposées aux bénéficiaires est plus élevé. L'analyse du modèle lors de la réalisation de l'étude fait ressortir les éléments suivants correspondant au système de soins d'équipe.

- Une équipe de soignants procure des soins à un groupe de résidents sous la supervision d'un chef d'équipe.

- L'infirmière n'est pas directement au chevet du client. Elle coordonne plutôt leurs activités.

- L'organisation est structurée en fonction de la formation et des habiletés de chacun.

3.2 RÉSULTATS ET ANALYSE DES PARAMÈTRES À L'ÉTUDE POUR CHACUNE DES DEUX UNITÉS

3.2.1 Les facteurs de contexte

3.2.1.1 Les facteurs d'influence externes

Une première réflexion s'impose pour chacune des unités quant aux facteurs externes. La préoccupation à l'égard des coûts et la pression très forte du réseau sur la réduction des dépenses font ressortir davantage pour chacune des directions de ces deux unités l'importance de bien connaître les assises du modèle et leur impact au niveau des variables qualitatives et quantitatives et cela, pour s'assurer de la pertinence de leur modèle.

L'alourdissement des clientèles et la complexité croissante des soins gériatriques questionnent chacune de ces directions sur le type de ressources à privilégier pour offrir les soins à cette clientèle. La gériatrie est devenue au cours des dernières années une spécialité qui exige l'acquisition de connaissances spécifiques pour le personnel infirmier oeuvrant auprès de cette clientèle. Cela fait référence à l'évolution technologique et à l'évolution de la nature des soins infirmiers qui furent documentés comme ayant une influence sur le choix du mode d'organisation de soin.

Nous constatons à partir de la documentation que le premier établissement exerce sur son environnement externe un leadership de compétence. Ce dernier investit beaucoup sur l'accroissement de sa visibilité et de son apport dans le développement de l'expertise des nouveaux milieux de soins gériatriques. Il lui importe d'être un modèle de référence et cela est inscrit dans ses priorités. D'ailleurs, il est en voie d'obtenir le

statut d'institut universitaire de gériatrie pour la région de Montréal. Ce milieu met beaucoup d'emphase sur le développement des connaissances et habiletés pour faire face à cette augmentation de la complexité des soins. L'expertise professionnelle lui est primordiale.

Le second établissement est devenu au cours des dernières années un modèle pour le réseau quant à l'organisation de son milieu de vie. Il exerce également un leadership sur son environnement externe mais à un autre niveau que l'expertise clinique de soins. Son leadership se situe davantage au plan de l'attraction qu'il exerce sur la clientèle, ce qui incite les autres organisations à se comparer à lui. Son environnement architectural témoigne de l'importance accordée au concept du milieu de vie.

Étant donné ces situations, ces deux établissements sont influencés par la pression de l'environnement. Ils doivent continuer à être novateur et à la fine pointe du progrès dans les soins gériatriques. Ils sont tous les deux particulièrement sensibles à la qualité des services et cela, nous croyons, aura un impact sur le maintien ou l'ajustement de leur modèle de prestation de soins.

3.2.1.2 Les facteurs d'influence internes

- Ces facteurs ont été observés principalement à l'aide de l'entrevue semi-structurée avec le gestionnaire et de l'analyse de la documentation disponible pour chacun des deux établissements.

- Histoire de l'organisation

L'histoire organisationnelle peut-elle avoir eu un impact sur le choix du modèle d'organisation de soins? Pour le premier établissement, ce choix fut historiquement relié à la présence d'une directrice de soins qui, en fonction de la complexité croissante des soins, trouvait essentiel pour offrir des services de qualité à la clientèle, d'ajouter une expertise infirmière pour un petit groupe de résidents. Elle croyait fermement aux avantages du système de soins intégraux. La directrice actuelle entérine cette position.

Le deuxième établissement est né d'une tradition familiale où les membres de cette famille ont été propriétaires de petits centres d'accueil pour en arriver à bâtir cette nouvelle organisation autour des années 1990. Le personnel qui était à leur emploi les a suivi et le choix d'un système d'équipe avec deux niveaux d'intervenants fut alors privilégié. Le principe sous-jacent était de minimiser les niveaux hiérarchiques et conséquemment, les conflits de corporations professionnelles. Une très grande importance était accordée au développement du milieu de vie.

- Caractéristiques de la clientèle

Nous retrouvons dans la première unité à l'étude, une clientèle âgée en sévère perte d'autonomie et dont la majorité présente des déficits cognitifs assez importants. La moyenne des heures/soins travaillées requises pour chacun des clients sur une période de 24 heures est de 4,57. Cela surpasse la moyenne des milieux de soins de longue durée au Québec qui se situe autour de 4,2 .

Pour la deuxième unité à l'étude, nous retrouvons également une clientèle âgée avec cependant plus de jeunes adultes lourdement handicapés. La proportion de clients avec des déficits importants de nature cognitive est moins importante pour cette unité : 31 % de l'échantillon client ne présentait pas de déficit important de nature cognitive comparativement à 15 % pour l'unité 1. La moyenne des heures/soins requises pour chacun des clients sur une période de 24 heures est de 3,98.

- Ressources en soins infirmiers

Nous présentons dans le tableau 3.1 la répartition des membres de l'équipe de soins sur les trois quarts de travail pour les deux unités à l'étude. Nous notons une présence plus importante d'infirmières pour l'unité 1. Les deux postes d'infirmières auxiliaires sont remplacés par des préposées aux bénéficiaires lorsque nous avons réalisé l'étude, ce qui nous est apparu comme étant une façon de s'harmoniser à la structure des autres unités et cela, sur une base permanente. Une infirmière-chef supervise directement l'unité 1. Elle partage son temps avec une autre unité. Également, une infirmière clinicienne offre des services conseils spécialisés neuf heures par semaine. Pour l'unité 2, la supervision directe s'exerce par la directrice des soins. Elle est supportée par une coordonnatrice pour les activités reliées à la gestion de la liste de rappel et de l'approvisionnement.

Tableau 3.1
Grille de répartition du personnel infirmier
Structure quotidienne de présence pour l'unité 1 et l'unité 2

Ressources	Quart de travail	Unité 1	Unité 2
Infirmières	Jour	4	2
	Soir	2	2
	Nuit	1	1
Infirmières auxiliaires	Jour	2 (1)	0
	Soir	-	-
	Nuit	-	-
Préposées aux bénéficiaires	Jour	3	6
	Soir	3 (2)	3 (3)
	Nuit	1	1
Infirmières-chef	Jour	1	1
Infirmières cliniciennes	Jour	1 (4)	-
Coordonnatrice	Jour	-	1 (5)
Coordonnatrice aux activités de soins	Soir	1 (6)	1 (7)
Coordonnatrice aux activités de soins	Nuit	1	-
Réceptionniste	Jour	1 (8)	-

(1) Lors de la réalisation de l'étude, les deux postes d'infirmières auxiliaire de l'unité étaient remplacés par des préposées aux bénéficiaires.
(2) Deux de ces préposées ont un poste de 4 h 75.
(3) Une de ces préposées a un poste de 4 heures.
(4) Une infirmière clinicienne pour 4 unités.
(5) La coordonnatrice ne supervise pas directement l'unité. Son rôle principal est axé sur la gestion de l'approvisionnement et la liste de rappel.
(6) La coordonnatrice aux activités de soins supervise l'ensemble des unités de soins.
(7) Lors de la réalisation de l'étude, la coordonnatrice était absente pour une longue période et non remplacée.
(8) Une demi-journée par semaine.

- Philosophie de soins

Les deux établissements préconisent l'utilisation d'un cadre de référence en soins infirmiers guidant la pratique quotidienne des soins infirmiers. Ils accordent autant d'importance l'un et l'autre à la personnalisation des soins et des services et à l'implication des familles dans la planification et la réalisation du plan d'intervention. Le premier établissement préconise l'harmonisation du milieu de soins et du milieu de vie et le second établissement accorde une très grande importance au développement du milieu de vie.

- Philosophie de gestion

Dans l'unité 1, on vise beaucoup la décentralisation du processus de gestion vers l'infirmière-chef. L'infirmière doit avoir un leadership de décision clinique. Le leadership visé par cette unité est plutôt participatif, teinté d'une approche ouverte et facilitante.

Pour l'unité 2, le leadership de la direction est exercé directement sur la base, ce qui peut avoir un effet plus contrôlant pour les équipes malgré le souhait d'une gestion participative. Pour les infirmières, leur rôle d'encadrement et de supervision est clairement énoncé.

- Information complémentaire

Les deux unités ont formalisé le comportement attendu du personnel par une description détaillée des rôles de chacun. La spécialisation horizontale du travail est plus largement définie dans l'unité 1, notamment pour les préposées aux bénéficiaires.

On observe également une formalisation des qualifications pour chacune des deux unités. Le niveau de formation des infirmières est cependant plus élevé, et cela globalement, pour toutes les unités dans le premier établissement et l'importance accordée au développement des connaissances et de l'expertise est plus documentée dans cet établissement.

La division hiérarchique du travail permet un premier niveau de supervision de l'infirmière-chef pour l'unité 1 et une supervision directe de la directrice des soins infirmiers avec le support d'une coordonnatrice pour l'unité 2.

Le système de planification et de contrôle est beaucoup plus formalisé pour l'unité 1, on y voit beaucoup de standards de pratique établis. On y rencontre une définition d'objectifs pour chacun des niveaux avec une traduction de ces objectifs en programme. Pour la seconde unité, on y travaille davantage avec les mécanismes d'ajustement mutuel et de prise de décision ad hoc selon les problèmes rencontrés.

Le tableau 3.2 présente une synthèse comparative de l'information quant aux dimensions reliées aux facteurs d'influence internes. Il dresse un sommaire des constats et des observations effectuées sur ce plan lors de la recherche.

Tableau 3.2 Synthèse comparative de la cueillette d'information : Facteurs d'influence internes : unité 1 et unité 2

Composantes	Observations	
	Unité 1	**Unité 2**
Le modèle de gestion	Une structure mixte : • gestion par programmes pour les activités cliniques qui s'apparente à une structure matricielle • gestion par service pour le volet financier Une systématisation annuelle des priorités autour des trois volets suivants : • qualité des soins et des services • ressources humaines • ressources financières	Une gestion par programme qui s'apparente à une structure matricielle : Les priorités de travail ont été systématisées pour l'année 1991-1992. Depuis les priorités s'établissent au fur et à mesure que les problèmes se présentent.
Division du travail	L'unité présente à l'organigramme une spécialisation horizontale du travail : infirmière, infirmière auxiliaire, préposée aux bénéficiaires. Lors de la réalisation de l'étude, les postes d'infirmière auxiliaire sont temporairement remplacés par des préposées aux bénéficiaires. Une infirmière-chef supervise l'unité. Elle partage son temps cependant avec une autre unité. Une infirmière clinicienne offre des services conseils pour 25 % de son temps. Une directrice des soins, avec une adjointe à la direction des soins, supervise l'ensemble des unités.	L'unité présente une spécialisation horizontale du travail soit infirmière et préposée. Une directrice de soins qui supervise l'ensemble des fonctions et activités du centre. Elle est accompagnée par une coordonnatrice qui voit principalement à la gestion des ressources matérielles et à la gestion de la liste de rappel.

Tableau 3.2 Synthèse comparative de la cueillette d'information : Facteurs d'influence internes : unité 1 et unité 2 (suite)

Composantes	Observations	
	Unité 1	**Unité 2**
Mécanismes de coordination et de liaison	L'infirmière-chef rencontre son personnel périodiquement. L'infirmière rencontre hebdomadairement la préposée qui l'accompagne pour la préparation de la synthèse des besoins du client en vue d'une rencontre interdisciplinaire. Plusieurs politiques et sous-programmes de soins en vigueur. Nous y retrouvons des cadres intégrateurs pour faciliter la liaison au niveau des activités cliniques. 8 comités permanents au sein de la direction. Quelques comités ad hoc. Implication du personnel soignant pour 4 de ces comités. 13 autres comités au sein de l'établissement (interdépartemental) qui impliquent la direction des soins infirmiers.	La direction des soins rencontre régulièrement les équipes de travail sur les unités de soins pour faire le point sur l'organisation du travail et les priorités de soins. La coordonnatrice aux activités de soins la supporte principalement dans des activités de gestion des ressources humaines (préparation des horaires de travail et liste de rappel) et la gestion des ressources matérielles (approvisionnement sur les unités). La coordonnatrice de soir, en plus de ses activités de supervision, planifie et actualise les rencontres interdisciplinaires. La directrice des soins infirmiers prend la relève lors de ses absences. Des comités existent sur le plan clinique. - Comité d'aide aux mourants; - Comité multidisciplinaire pour plans d'intervention de clientèle; - Comité des résidents. Il n'y a pas de comité sur le plan des activités de gestion compte tenu du petit nombre de gestionnaires. C'est la directrice qui intervient en première ligne quant aux situations de soins. Un comité est mis en place, le comité interdisciplinaire, pour la définition de plans d'intervention.

Tableau 3.2 Synthèse comparative de la cueillette d'information : Facteurs d'influence internes : unité 1 et unité 2 (suite)

Composantes	Observations	
	Unité 1	**Unité 2**
Valeurs de gestion	Décentralisation du processus décisionnel et imputabilité principalement vers l'infirmière-chef 24 heures sur 24. Responsabilisation. Implication des intervenants dans le processus décisionnel Le gestionnaire de l'unité est la personne clé pour harmoniser les relations entres les membres de l'équipe.	Volonté de décentralisation du processus décisionnel sur le plan clinique vers les infirmières chefs-d'équipe et les assistantes infirmières-chefs. Valorisation du personnel. Maintien d'un climat de type familial.
Mode d'actualisation des valeurs	Motivation du personnel par l'attitude du directeur et de l'infirmière-chef (modèle de rôle) Questionnement individuel et collectif. Rencontres régulières avec adjointe, chef d'unité et conseillères pour suivi des orientations (DSI). Rencontres régulières du personnel (chef d'unité). Visent une approche humaniste et individualisée (DSI et infirmière-chef).	Motivation du personnel par l'attitude du directeur (modèle de rôle). Des gestes concrets (ex. : la direction offre une journée annuelle de congé aux employés où elle prend la relève avec l'aide des familles).

Tableau 3.2 Synthèse comparative de la cueillette d'information : Facteurs d'influence internes : unité 1 et unité 2 (suite)

Composantes	Observations	
	Unité 1	**Unité 2**
Style de leadership	<u>Visé par la directrice des soins</u> • Adaptatif; • Animatrice d'une équipe; • Communicatrice. <u>Gestionnaire de l'unité</u> Le gestionnaire de l'unité se voit comme démocratique avec des exigences de qualité de soins prédéterminées.	Vu par la directrice des soins comme un mélange d'un style directif et participatif.
Philosophie quant à la prestation de soins	Harmonisation du milieu de vie et du milieu de soins. Personnalisation des soins - réponse à leurs besoins - respect de leurs droits. Préconise l'application d'un schème conceptuel de référence en soins infirmiers pour la personnalisation des soins et la satisfaction des besoins fondamentaux de la clientèle.	Très grande importance accordée au développement d'un milieu de vie. Personnalisation des soins et des services. Préconise l'utilisation d'un schème de référence en soins infirmiers pour l'assurance de soins de qualité, la continuité et la personnalisation des soins. Animation du milieu avec l'implication des familles.

Tableau 3.2 Synthèse comparative de la cueillette d'information : Facteurs d'influence internes : unité 1 et unité 2 (suite)

Composantes	Observations	
	Unité 1	**Unité 2**
Philosophie quant à la prestation de soins (suite)	Implication des familles : planification et réalisation du plan d'intervention Valeurs préconisées : respect, sollicitude, confiance. Accorde une grande importance à la qualification du personnel.	Vise l'implication de la famille dans la planification et la réalisation du plan d'intervention. Valeurs préconisées : respect du client dans son droit d'être informé, consulté et son droit de décider et de choisir, respect de l'intimité.
Critères de choix du modèle d'organisation de soins	Le modèle de soins intégraux adaptés favorise un meilleur suivi quant aux interventions et aux résultats de soins (infirmières vs préposées) pour un nombre restreint de clients. Il favorise une meilleure évaluation clinique. Il facilite l'interdisciplinarité et la coordination des soins. Il améliore la continuité et l'imputabilité.	La directrice des soins a privilégié un modèle de soins d'équipe en choisissant cependant seulement deux paliers d'intervenants soit l'infirmière et la préposée, ce qui facilite selon elle l'organisation du travail (en comparaison avec trois paliers existant dans des systèmes d'équipe).

Tableau 3.2 Synthèse comparative de la cueillette d'information : Facteurs d'influence internes : unité 1 et unité 2 (suite)

Composantes	Observations	
	Unité 1	**Unité 2**
Appréciation du modèle d'organisation de soins	Il n'y a jamais eu d'évaluation systématique à l'interne des résultats reliés à l'application du modèle dans le milieu. Les appréciations des organismes externes (ordre professionnel, organisme d'accréditation) ont fait ressortir des impacts positifs de l'application du modèle (satisfaction de la clientèle, continuité des soins, etc.) L'appréciation interne Bon niveau de satisfaction à l'égard du modèle. Charge de travail de l'infirmière plus élevée cependant. Nécessite de mieux clarifier le rôle de l'infirmière principale et de l'infirmière associée. Amélioration à viser quant à la période de rotation des équipes. Ouverture quant à un ajustement du modèle.	Il n'y a jamais eu d'évaluation systématique à l'interne des résultats reliés à l'application du modèle dans le milieu. L'appréciation interne Pour la directrice des soins, cela lui paraît donner de bons résultats auprès de la satisfaction de la clientèle et de la qualité des soins. La formation de base des préposées à l'embauche lui paraît comme étant un critère indispensable de succès. Le défi est de maintenir le niveau de motivation des préposées aux bénéficiaires. Constate une difficulté pour les infirmières d'exercer leur leadership sur l'équipe de préposées. Ouverture quant à l'ajustement du modèle.

Tableau 3.2 Synthèse comparative de la cueillette d'information : Facteurs d'influence internes : unité 1 et unité 2 (suite)

Composantes	Observations	
	Unité 1	**Unité 2**
Vision du rôle de l'infirmière et de la préposée aux bénéficiaires	L'infirmière La description de fonction de l'infirmière fait ressortir : l'importance de l'utilisation du schème conceptuel en soins infirmiers par l'application rigoureuse des étapes de la démarche systématique. le leadership clinique nécessaire à une bonne planification des soins et la coordination des activités de soins et l'évaluation des résultats. le support clinique de l'infirmière auxiliaire et/ou de la préposée. la participation au développement de programmes de soins et d'enseignement pour la clientèle. la prise de décision quant à l'identification des problèmes de santé et la planification des interventions. Au niveau de la continuité des soins, il n'y a pas d'information consignée dans les descriptions de fonctions quant à l'imputabilité de l'infirmière principale pour les 24 heures. Un volet « responsabilités administratives » prévoit la participation de l'infirmière à l'application des objectifs de la direction des soins.	L'infirmière-chef d'équipe La description de l'infirmière-chef d'équipe prévoit que cette intervenante prodigue des soins à un groupe de résidents et coordonne les activités des membres de l'équipe de soins avec qui elle travaille en étroite collaboration. Elle fait ressortir : l'importance de l'utilisation du schème conceptuel en soins infirmiers et définit les activités à réaliser pour chacune des étapes de la démarche systématique. la participation au développement de programmes de soins et d'enseignement. l'encadrement et l'animation du personnel dans la réalisation des activités cliniques.

Tableau 3.2 Synthèse comparative de la cueillette d'information : Facteurs d'influence internes : unité 1 et unité 2 (suite)

Composantes	Observations	
	Unité 1	**Unité 2**
Vision du rôle de l'infirmière et de la préposée aux bénéficiaires (suite)	La préposée aux bénéficiaires La description de fonction de la préposée fait ressortir de façon très détaillée son implication dans l'utilisation du schème conceptuel en soins infirmiers. Elle fait également ressortir : l'importance de sa participation à l'identification des besoins de santé afin d'améliorer et d'individualiser la qualité des soins; sa contribution à l'atteinte des objectifs de la direction est demandée; le niveau d'autonomie requis pour sa fonction est clairement explicité.	La préposée aux bénéficiaires La description de fonction de la préposée fait ressortir sa participation à l'atteinte des objectifs fixés au plan de soins et l'exécution d'activités planifiées par l'infirmière. La participation de la préposée aux activités récréatives avec le résident est fortement sollicitée. Quatre zones d'activités ressortent : accueil des résidents, soins d'assistance, hygiène et bien-être, entretien de l'équipement. La participation de la préposée à la mise à jour du plan de soins est sollicitée.
Formation des membres de l'équipe de soins	La DSI attribue une grande importance au développement des connaissances pour permettre au personnel d'être à la fine pointe de la gériatrie. Globalement, pour l'institution, 27 infirmières sur 180 sont bachelières; les autres ont une formation technique. Depuis 5 ans, le critère d'embauche pour les préposées est une formation de base d'une institution d'enseignement. Pour une année financière donnée (période 1994-1995), un montant de 79 703 $ fut investi pour les soins infirmiers sur un total disponible de 146 000 $ pour l'ensemble des directions. Pour un total de 450 employés à la DSI, cela représente une moyenne de 177 $ par individu.	La direction accorde de l'importance à la formation, dans la mesure de ses moyens. Globalement, pour l'institution, les 35 infirmières ont une formation technique. Une bonne proportion des 70 préposées ont une formation de base d'une institution d'enseignement. Pour une année financière donnée (période 1994-1995), un montant de 10 000 $ fut investi, ce qui représente pour les soins une moyenne de 95 $ par individu

3.2.1.3 L'analyse des facteurs d'influence internes

Pour mieux comprendre l'influence des facteurs d'influence internes sur le choix d'un modèle d'organisation ou de prestation de soins, il est important de mettre tout d'abord en relation les différences qui existent au niveau de ces facteurs pour les deux unités à l'étude. Quelles sont les conditions spécifiques qui pourraient avoir des impacts sur le modèle d'organisation des soins?

Tout d'abord les éléments d'histoire sont reliés de très près selon nous à l'influence de la vision de la direction des soins et de sa perception de la nature des soins infirmiers. Pour l'unité 1, l'histoire nous indique qu'il y a eu une directrice des soins infirmiers qui, de par sa vision de l'importance de l'expertise infirmière pour la planification et la coordination des soins, a mis en place un modèle sollicitant davantage cette expertise infirmière. Cette vision s'est perpétuée dans le temps, et la directrice des soins infirmiers en poste actuellement est en accord avec ce choix. De plus, elle mise sur l'accroissement des connaissances et des compétences pour être à la fine pointe de l'évolution des connaissances en gériatrie, l'expertise infirmière étant, selon elle, le pivot de la planification et de la mise en place du plan d'intervention inter-disciplinaire. Nous pensons que cette vision de la conception des soins et du rôle que l'infirmière y exerce vont influencer nécessairement le choix et le maintien du modèle.

Pour l'unité 2, l'influence de la fondation par une famille et l'importance accordée au milieu de vie peuvent avoir à notre avis une influence sur le choix des qualifications des intervenants. Il est alors possible que la dimension soins ait un poids relatif moins important et, conséquemment, qu'elle ait un impact sur l'équilibre de la structure professionnelle et non professionnelle.

Cela est en lien avec la thèse de Homan tel que cité par Guay (1994) qui a fait ressortir l'influence de l'histoire de l'institution sur l'organisation du travail. Ici cet historique est concentré plus spécifiquement sur la vision de la direction des soins.

Par ailleurs, il apparaît que la clientèle de l'unité 1 a des caractéristiques différentes telles, qu'elle nécessite plus d'heures/soins. Nous croyons que cela peut influencer le choix du type d'expertise en soins infirmiers et, en l'occurrence, cette unité présente un modèle avec une structure professionnelle plus importante.

Nous observons une formalisation plus importante, une plus grande standardisation et des contenus et des mécanismes de coordination et de liaison plus nombreux dans la première unité. Cela, nous pensons, vient appuyer la thèse de Mintzberg (1982) à l'effet que la taille de l'organisation constitue un des facteurs de contingence qui vient moduler les paramètres de conception.

La philosophie des soins préconise pour les deux unités l'utilisation d'un schème conceptuel de référence en soins infirmiers avec l'objectif de personnalisation des soins et l'implication des familles. La notion de milieu de vie ressort davantage pour la seconde unité.

Nous remarquons que la vision du rôle de l'infirmière fait ressortir davantage l'imputabilité clinique pour l'unité 1, ce que Munson et Clinton (1979) ont avancé dans leur recherche, soit une plus grande imputabilité des infirmières avec le modèle de soins intégraux.

Quant aux valeurs de gestion, nous retenons une délégation administrative vers l'infirmière-chef pour l'unité 1, l'imputabilité clinique étant concentrée sur l'infirmière. Pour l'unité 2, nous retenons plutôt une volonté de décentralisation vers les infirmières-chefs d'équipe mais qui dans les faits semble moins s'appliquer.

3.2.2 Les résultats et leur analyse

3.2.2.1 Les résultats qualitatifs de soins

- La globalité des soins : présentation des résultats

La globalité des soins fut étudiée tout d'abord par l'analyse des documents de planification des soins soit la cueillette des données et le plan de soins. Le tableau 3.3 fait ressortir les résultats quant à la documentation écrite pour chacune des étapes de la démarche systématique de soins infirmiers.

Tableau 3.3
Répartition de la clientèle ayant un plan de soins
selon les étapes de la planification des soins et selon l'unité à l'étude

Étapes de la planification des soins	Unités à l'étude				Niveau de signification « Khi^2 »
	Unité 1		Unité 2		
	Fréquence absolue	Fréquence relative	Fréquence absolue	Fréquence relative	
Évaluation des besoins (cueillette de données)	13	93 %	5	31 %	0,005
Problématiques de soins (diagnostic infirmier)	11	78 %	5	31 %	0,01
Objectifs/résultats de soins	11	78 %	5	31 %	0,01
Interventions de soins	11	78 %	5	31 %	0,01
Évaluation des résultats	8	57 %	0	0 %	0,005
Objectifs révisés	5	36 %	0	0 %	0,01
Interventions révisées	3	21 %	0	0 %	NS

Nous avons retenu 100 % de l'échantillon client pour chacune des deux unités à l'étude. Six des 7 dimensions mesurées quant à la planification des soins ressortent significativement différentes en faveur de l'unité 1 selon le test de Khi Carré. Des clients pour l'unité 1, 93 % ont eu une évaluation de leurs besoins qui se traduisait par une cueillette de données complète, comparativement à 31 % des clients pour l'unité 2. Des clients pour l'unité 1, 78 % ont plus d'une problématique de soins identifiée, ont également des objectifs fixés au plan de soins et des interventions prévues en lien avec ces objectifs par rapport à 31 % pour l'unité 2.

Par rapport à 0 % pour l'unité 2, 57 % des clients de l'unité 1 ont eu ou auront une évaluation pour l'atteinte des objectifs/résultats qui aura pour effet de provoquer une révision des objectifs (36 %) ou une révision de la nature des interventions (21 %).

Ensuite, à partir de cette documentation écrite, nous avons vérifié auprès du personnel soignant la connaissance d'une des dimensions de la planification des soins soit les résultats/objectifs visés auprès des clients et cela, tant chez les infirmières que chez les préposées aux bénéficiaires.

Le tableau 3.4 présente un indice global de connaissance des résultats visés au plan de soins. Nous avons retenu pour cette variable 100 % du personnel affecté à l'échantillon client. Pour chacun des membres, nous avons sélectionné au hasard trois clients à qui ils distribuaient les soins au moment de la période d'observation.

Tableau 3.4 Indice global de connaissance des résultats visés au plan de soins

Titre d'emploi	Unité 1	Unité 2	Niveau de signification
	$\bar{X}$	$\bar{X}$	
Infirmière	83,3 %	77,8 %	NS
Préposée aux bénéficiaires	79,2 %	61,1 %	NS

Les infirmières de l'unité 1 ont une connaissance légèrement plus élevée (83,3 % par rapport à 77,8 %) des résultats visés au plan de soins. Les préposées aux bénéficiaires de l'unité 1 ont une connaissance plus élevée de ces résultats (79,2 % par rapport à 61,1 %).

- L'analyse des résultats quant à la globalité des soins

Nos résultats vont dans le même sens que Wilson et Dawson (1989) qui ont constaté dans leur étude une augmentation des notes au plan de soins avec le système de soins intégraux. Marram (1980), par une revue exhaustive des écrits, a fait ressortir qu'avec

un système de soins intégraux, le plan de soin du client est plus détaillé au niveau des besoins spécifiques du client. Nous retrouvons une proportion nettement plus élevée pour l'unité 1 pour toutes les étapes de la planification des soins. Quatre dimensions ressortent; il s'agit de l'évaluation des besoins, de l'identification de problématiques de soins, de la précision des résultats de soins et d'interventions. La partie évaluation des résultats et la revue des interventions est plus faible bien qu'elle soit plus élevée que l'unité 2 qui en fait beaucoup moins.

Quant à la connaissance des résultats visés au plan de soins, l'indice est légèrement plus élevé chez les infirmières de l'unité 1, et beaucoup plus élevé chez les préposées aux bénéficiaires de cette même unité, bien que non significatif sur le plan statistique.

Ces deux paramètres de mesure soit, la présence d'une documentation écrite de soins et la connaissance des résultats du plan de soins, vont dans le même sens quant à leur tendance en faveur du modèle de soins intégraux adaptés de l'unité 1. Dans les faits, une bonne partie de la planification des soins est effectuée par l'infirmière du quart de jour et en l'occurrence, l'unité 1 se retrouve avec le double d'infirmières. Elle planifie les soins pour 8 clients plutôt que pour seize. Également nous constatons que la préposée a une meilleure connaissance des résultats visés pour le client. Étant elle-même associée à l'infirmière, on peut présumer que son implication est sollicitée de façon plus étroite. De fait, compte tenu que le système de soins intégraux adaptés de l'unité 1 s'apparente au système de soins modulaires, cela appuie la thèse de Anderson et Hughes (1993) qui ont fait ressortir une implication plus grande des préposées aux bénéficiaires dans la planification des soins dans l'application d'un système modulaire.

- La continuité des soins : présentation des résultats

Nous avons tout d'abord analysé les plans de distribution du travail journalier sur une période de quatre semaines pour tout le personnel de l'unité à l'étude pour vérifier la dimension continuité des soins. Nous voulions déterminer le nombre maximal de jours où un intervenant est assigné au même client. Nous avons sélectionné une période où il y avait peu de vacances au niveau du personnel. Les résultats sont présentés au tableau 3.5 où nous y retrouvons la répartition des membres de l'équipe de soins, selon le nombre de jours assignés à un même groupe de clients sur une période de quatre semaines, selon l'unité à l'étude, selon la section et selon le quart de travail.

Tableau 3.5 Répartition des membres de l'équipe de soins selon le nombre de jours assignés à un même groupe de clients sur une période de 4 semaines (28 jours), selon l'unité à l'étude, selon la section et selon le quart de travail

Nombre de jours	Infirmières								Préposées aux bénéficiaires													
	Unité 1					Unité 2			Unité 1						Unité 2							
	J		S		N	J	S	N	J		S			N	J			S			N	
	I	I	I	I	I	I	I	I	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
20 - 24 jrs								1					1									
15 - 19 jrs			1		1		1			1	1	1		1		1						
10 - 14 jrs				1	1	1			1	1		1		1	1		1			1	1	
5 - 9 jrs	3	3	1			1					1		1		1	1	1	4	2	1	1	
0 - 4 jrs	4	3	3	4		5	5	3	14		4	1	1	1	8	3	8	5	5	3	4	
Total	7	6	5	5	2	7	6	4	15	2	6	3	3	3	10	5	10	9	7	5	6	

J : jour; S : soir; N : nuit; I : infirmières; P : préposées.

Sur le plan de la répartition des membres de l'équipe assignés à un même groupe de clients, nous n'observons pas de différence significative entre les deux unités pour les infirmières des trois quarts de travail. La continuité des soins nous paraît plus grande pour le quart de nuit et cela pour les deux unités.

Pour les infirmières du quart de jour de l'unité 1, sept infirmières différentes se sont partagées la période de 28 jours pour la section 1 et six pour la section 2, alors que sept infirmières différentes pour l'unité 2 se sont partagées la période de 28 jours, ce qui représente une moyenne approximative de 4 jours par infirmière de présence auprès de l'échantillon client pour une période de 28 jours pour chacune des deux unités.

Pour les infirmières de soir, cinq infirmières pour l'unité 1, pour chacune des sections, se sont partagées la période, ce qui représente une moyenne de 5,6 jours par infirmière de présence auprès de l'échantillon client. Pour l'unité 2, six infirmières se sont partagées la période de 28 jours, ce qui représente une moyenne de 4,6 jours par infirmière.

Pour les infirmières de nuit, deux infirmières pour l'unité 1 se sont partagées la période de 28 jours, pour une moyenne de 14 jours par infirmière de présence auprès de l'échantillon client. Pour l'unité 2, quatre infirmières se sont partagées cette période, l'une ayant fait 20 jours et les deux autres quatre jours et moins.

Pour les préposées aux bénéficiaires de jour, nous observons pour l'unité 1 un roulement élevé pour une des sections, ce qui a fait en sorte que quinze personnes se sont partagées la période de 28 jours. Pour la deuxième section de l'unité 1, deux

préposées se sont partagées la période de 28 jours. Pour l'unité 2, l'analyse des trois postes affectés à l'échantillon client fait ressortir un total de dix personnes pour 2 de ces postes et cinq pour le 3e. Pour le quart de soir, l'unité 2 présente un nombre plus grand de préposées qui se partagent la période.

Pour le quart de nuit, l'indice de continuité est supérieur pour l'unité 1, deux intervenants se partageant la période de 28 jours pour cette unité et six intervenants pour l'unité 2.

Nous avons ensuite observé la fréquence des notes au dossier complétées sur une base de quatre semaines. La note d'observation est une note de suivi de l'application du plan de soins et des incidents critiques pouvant s'être produits.

Nous observons que la moyenne des inscriptions est plus élevée dans l'unité 2; toutefois, la différence n'est pas significative sur le plan statistique. Le tableau 3.6 présente ces données.

Tableau 3.6
Fréquence observée des inscriptions au dossier selon l'unité à l'étude, sur une période de 4 semaines (28 jours)

	Unité 1		Unité 2		Niveau de signification « test t »
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type	
Fréquence des inscriptions au dossier	11,36	9,32	21,07	17,87	NS

- Analyse des résultats quant à la continuité des soins

Globalement, la continuité pour les préposées de l'unité 1 présente un meilleur indice que les infirmières de la même unité et, au contraire, un indice inférieur pour l'unité 2 par rapport aux infirmières de cette même unité. La continuité est meilleure pour les infirmières de soir et de nuit pour ces deux unités. Nous constatons un niveau de roulement important chez les infirmières et cela pour les deux unités. Pour les préposées, il y a une tendance d'une plus grande continuité pour l'unité 1.

La revue des écrits a fait ressortir abondamment l'amélioration de la continuité des soins avec le système de soins intégraux et l'a signifié également dans les avantages du modèle de soins modulaires; nous ne pouvons par la présente étude confirmer cet énoncé. Il n'y a pas de différence notable entre les deux unités quant à cette dimension de la continuité des soins.

Certains facteurs peuvent avoir une influence sur le taux de roulement : le type de poste (temps partiel ou temps complet), la période d'assignation du personnel à un groupe de clients ainsi que les dispositions de la convention collective prévoyant notamment des congés de diverses natures. Pour l'unité 1, la période d'assignation à un groupe de clients est de un mois pour le personnel de jour et de deux semaines pour le personnel de soir. Pour l'unité 2, la période d'assignation établie est de six mois pour les infirmières et trois mois pour les préposées. Pour la présente étude, nous avons retenu une période d'analyse de quatre semaines qui, en principe, ne devrait pas être influencée par cet aspect. Seul le service de soir de l'unité 1 pourrait en être affecté par une augmentation de son taux de roulement.

Quant à la fréquence de rédaction des notes d'observation, pour aucune des deux unités, il n'y a de protocole établi. La moyenne des inscriptions plus élevée pour l'unité 2 peut s'expliquer par une planification des soins moins élaborée. Nous avons retenu au départ cet indicateur quantitatif par le fait qu'il pouvait y avoir une relation entre le nombre de notes d'observations au cours d'une période donnée et la continuité des soins. En effet, un des aspects documentés par Munson et Clinton (1979) en faveur du modèle de soins intégraux est la présence d'une documentation écrite suffisante pour assurer la continuité des soins. Cela inclut la planification des soins par l'intermédiaire du plan de soins et la note d'observation ponctuelle pour documenter les résultats de l'application du plan de soins et les événements pouvant se produire au fil du temps. Cet indicateur aurait avantage à être complété cependant par une analyse qualitative de la note d'observation, ce que nous n'avons pas fait.

- La coordination des soins : présentation des résultats

La coordination des soins fut étudiée par l'analyse de la collaboration avec les autres professionnels de la santé. Le postulat est que la rencontre interdisciplinaire favorise le contact avec les autres professionnels et la coordination des interventions auprès de la clientèle. Nous avons donc regardé la fréquence des rencontres interdisciplinaires impliquant l'ensemble des professionnels de la santé pour l'échantillon client dans chacune des deux unités. Pour l'unité 1, tous les clients ont un plan d'intervention qui fut rédigé dans l'année en cours, impliquant l'ensemble des professionnels avec un résumé effectué par l'infirmière suite à cette rencontre interdisciplinaire. Pour l'unité 2, cinq clients sur 16 ont un plan interdisciplinaire rédigé dans l'année en cours et un client a un plan rédigé dans l'année précédente. Le tableau 3.7 présente les fréquences observées.

Tableau 3.7
Fréquence observée des rencontres interdisciplinaires selon l'unité à l'étude

	Unité 1	Unité 2
	Nombre	Nombre
Une fois par année ou plus	14	5
Moins d'une fois par année*	-	1

*La dernière rencontre est à l'intérieur des deux dernières années.

- Analyse des résultats quant à la coordination des soins

L'unité 1 ressort quant à cette dimension. Le plan d'intervention pour chacun des clients à l'étude se retrouve au dossier. Un plan de soins rédigé par l'infirmière, résumant les décisions prises est remis à la famille et consigné au dossier, ce qui nous présumons, accroît la collaboration avec les familles. Les résultats quant à cette variable sont en concordance avec les résultats relatifs à la globalité des soins où le système de soins intégraux adaptés facilite la coordination des soins.

3.2.2.2 Efficience : résultats et analyse

La variable coût en heures/soins directs travaillées par client par jour est retenue comme paramètre de mesure de l'efficience. Ce coût n'inclut pas les charges sociales et les primes de responsabilité. Pour l'unité 1, cela représente 56,60 $ et pour l'unité 2, 52,78 $. Il s'agit ici du coût des heures travaillées du personnel soignant. Nous n'avons pas inclus les coûts du personnel de gestion pour éliminer l'effet de taille de l'organisation où la structure de gestion peut être plus coûteuse dans un établissement plus gros.

Nous avons ici éliminé l'effet de la variation des taux moyens par catégorie d'emploi. Nous avons alors retenu pour les deux unités le taux horaire moyen pour chacun des titres d'emploi en vigueur à l'unité 1. Cela représente pour les infirmières un taux horaire moyen de 20,72 $ et pour les préposées aux bénéficiaires un taux moyen de 13,55 $.

Nous observons un coût légèrement supérieur avec le système de soins intégraux adaptés. D'une part, cela est dû au fait que la proportion d'infirmières est plus élevée avec le modèle de l'unité 1 et, d'autre part, à la proportion d'heures travaillées qui est supérieure pour cette même unité de 5,5 heures par jour. Si nous ramenions le nombre d'heures travaillées au même niveau, la différence de coût serait minime. Cela aurait cependant un impact sur le taux de réponse aux besoins de la clientèle.

Dans son étude, Giovanetti (1980) avait obtenu un coût plus élevé pour les soins intégraux. Des auteurs comme Marram (1976) ont fait ressortir un coût plus bas avec le système de soins intégraux mais, ils tenaient compte des coûts reliés à l'absentéisme, laquelle variable ne fut pas retenue pour notre étude.

À titre indicatif, nous avons également observé le taux de réponse aux besoins de la clientèle. L'unité 1 présente un taux de satisfaction de 80,39 % et l'unité 2, 82,6 %. Donc, une réponse aux besoins requis par la clientèle assez équivalente avec un taux légèrement supérieur pour l'unité 2 et un coût plus bas pour cette même unité.

3.2.2.3 Satisfaction de la clientèle

- Taux de réponse

Compte tenu des caractéristiques de la clientèle, nous avons dû retenir l'appréciation de la satisfaction par la personne significative. Pour l'unité 1, nous avons reçu 11 questionnaires sur quatorze. Quant à l'unité 2 : nous en avons reçu 16 sur seize. Pour les deux unités, la majorité des clients est de sexe féminin et réside au centre depuis au moins un an avec un séjour n'excédant pas cinq ans. Le tableau 3.8 présente les caractéristiques des clients dont les familles ont répondu au questionnaire.

Tableau 3.8
Profil de la clientèle

Unité 1						Unité 2					
Sexe		Âge	Durée du séjour			Sexe		Âge	Durée du séjour		
H	F	moyen	< 1 an	1 à 5 ans	> 5 ans	H	F	moyen	< 1 an	1 à 5 ans	> 5 ans
1	10	87	4	7	0	2	14	76	1	10	5

Nous avons également procédé à des entrevues avec deux résidents de l'unité 1, et cinq résidents de l'unité 2; il s'agissait alors de la clientèle de l'échantillon client qui ne présentait pas de déficit cognitif.

Pour ces cinq clients de l'unité 2, nous avons également distribué le questionnaire aux membres de la famille correspondante. Il s'agissait pour nous de vérifier la différence du niveau de satisfaction entre les résidents et leur famille. Cela nous fournissait une indication supplémentaire pour vérifier si l'ajustement du questionnaire à la famille que nous avons dû faire en raison des caractéristiques de la clientèle nous permettait de se

rapprocher de la satisfaction du résident. Nous avons eu une réponse des cinq familles correspondantes, donc 100 % de l'échantillon.

- Satisfaction des familles : présentation des résultats

Le questionnaire utilisé présente une échelle de 1 à 4 permettant à la personne d'exprimer un niveau de satisfaction sur un continuum allant de très peu satisfait à toujours satisfait. Une cote 5 pour certaines questions permet de prévoir les situations où la question ne s'applique pas. Dans ce questionnaire, une seule question révélait un niveau de satisfaction élevé avec une cote 1. Il s'agit de la valeur intimité à la question 3 (appendices I et J). Les résultats sont présentés au tableau 3.9 pour les familles et au tableau 3.10 pour les résidents.

Tableau 3.9 Résultats quant à la satisfaction des familles - Unité 1 et Unité 2

Résultats / Variables	Unité 1		Unité 2		Niveau de signification
	$\overline{X}$	E.T	$\overline{X}$	E.T	
La dignité					
Courtoisie, amabilité	3,45	0,66	3,63	0,48	NS
Vouvoiement	3,55	0,66	3,75	0,43	NS
Respect du rythme de la personne âgée dans les activités quotidiennes	3,45	0,55	3,46	0,61	NS
Respect des croyances	3,86	0,35	3,78	0,73	NS
Accessibilité besoins physiques besoins psychologiques	3,17	0,75	3,38	0,74	NS
Équité	3,7	0,46	3,63	0,60	NS
Connaissance des besoins	3,27	0,86	3,25	0,66	NS
L'intimité					
Respect du choix d'être seule	3,77	0,3	3,78	0,32	NS
Intimité lors des soins	3,35	0,55	3,78	0,35	0,05
Propos respectueux*	1,07	0,17	1,54	1,08	NS

Légende : X : moyenne E.T : écart type NS : niveau de signification. * Dans ce cas-ci, la cote 1 est un niveau élevé de satisfaction.

Tableau 3.9 Résultats quant à la satisfaction des familles - Unité 1 et Unité 2 (suite)

Résultats / Variables	Unité 1		Unité 2		Niveau de signification
	$\overline{X}$	E.T	$\overline{X}$	E.T	
L'information					
Information suffisante relative aux décisions à prendre pour les soins	3,64	0,48	3,31	0,85	NS
Information sur les activités du centre	3,3	0,64	3,63	0,60	NS
Information sur le plan d'intervention	3,6	0,49	3,21	0,55	NS
L'autonomie					
Stimulation de l'autonomie	3,31	0,70	3,22	0,77	NS
Implication de la famille	3,64	0,64	3,63	0,6	NS
Support aux activités de la vie quotidienne	3,62	0,42	3,37	0,89	NS
Réponse aux appels dans un court délai	3,25	0,35	3,29	0,45	NS
Accessibilité cloche d'appel	3,25	0,76	3,57	0,49	0,10
Soins et services					
Satisfaction globale	3,16	0,64	3,37	0,78	NS

Tableau 3.10 Résultats quant à la satisfaction des résidents - Unité 1 et Unité 2

Résultats / Variables	Unité 1		Unité 2		Niveau de signification
	$\bar{X}$	E.T	$\bar{X}$	E.T	
La dignité					
Courtoisie, amabilité	4,0	0	4,0	0	NS
Vouvoiement	4,0	0	3,5	0,5	NS
Respect du rythme de la personne âgée dans les activités quotidiennes	4,0	0	4,0	0	NS
Respect des croyances	4,0	0	4,0	0	NS
Accessibilité besoins physiques besoins psychologiques	3,50	0,32	3,25	0,25	NS
Équité	3,80	0,40	3,50	0,50	NS
Connaissance des besoins	3,80	0,40	4,0	0	NS
L'intimité					
Respect du choix d'être seule	3,93	0,13	3,25	0,25	NS
Intimité lors des soins	3,90	0,20	2,50	0	NS
Propos respectueux*	2,20	1,47	1,0	0	NS

Légende : X : moyenne E.T : écart type NS : niveau de signification. * Dans ce cas-ci, la cote 1 est un haut niveau de satisfaction.

Tableau 3.10 Résultats quant à la satisfaction des familles - Unité 1 et Unité 2 (suite)

Résultats / Variables	Unité 1		Unité 2		Niveau de signification
	$\overline{X}$	E.T	$\overline{X}$	E.T	
L'information					
Information suffisante relative aux décisions à prendre pour les soins	3,60	0,49	4,0	0	NS
Information sur les activités du centre	3,80	0,40	3,50	0,50	NS
Information sur le plan d'intervention	3,33	0,47	4,0	0	NS
L'autonomie					
Stimulation de l'autonomie	3,80	0,40	3,75	0,25	NS
Implication de la famille	4,0	0	4,0	0	NS
Support aux activités de la vie quotidienne	4,0	0	4,0	0	NS
Réponse aux appels dans un court délai	3,25	0,43	3,0	0	NS
Accessibilité cloche d'appel	4,0	0	3,50	0,50	NS
Soins et services					
Satisfaction globale	3,40	1,20	4,0	0	NS

Globalement, il y a peu de différence quant à la satisfaction des familles entre les deux unités. Le niveau de satisfaction globale est légèrement plus élevé pour l'unité 2 (3,37 par rapport à 3,16). Il n'y a pas de différence significative entre les moyennes des deux groupes sauf pour un critère qui est le respect de l'intimité lors des soins et dont le niveau de satisfaction est plus élevé pour l'unité 2. Tous les autres paramètres appréciés en regard de la dignité, de l'intimité, de l'information et de l'autonomie présentent un niveau de satisfaction allant de 3 à 4. Ce qui veut dire que, de façon habituelle, les familles sont satisfaites des soins reçus pour leur parent.

Quant à la satisfaction des résidents, le niveau de satisfaction globale est encore plus élevé que les familles. Le niveau de satisfaction globale des résidents de l'unité 2 est légèrement supérieur (4,0 par rapport à 3,40). Les paramètres mesurés exposent des moyennes plus élevées que les familles. Il faut ici regarder ces tendances avec réserve compte tenu de la proportion de l'échantillon.

Le tableau 3.11 présente les résultats des résidents de l'unité 2 en comparaison avec les membres de leur famille.

Tableau 3.11 Résultats quant à la satisfaction des résidents en comparaison avec les membres de leur famille - Unité 2

Variables / Résultats	Les résidents de l'unité 2		La personne significative de l'unité 2		Niveau de signification
	$\bar{X}$	E.T	$\bar{X}$	E.T	
La dignité					
Courtoisie, amabilité	4,0	0	4,0	0	NS
Vouvoiement	4,0	0	4,0	0	NS
Respect du rythme de la personne âgée dans les activités quotidiennes	4,0	0	3,92	0,14	NS
Respect des croyances	4,0	0	4,0	0	NS
Accessibilité besoins physiques besoins psychologiques	3,50	0,32	3,88	0,22	NS
Équité	3,80	0,40	3,88	0,22	NS
Connaissance des besoins	3,80	0,40	3,50	0,50	NS
L'intimité					
Respect du choix d'être seule	3,93	0,13	4,0	0	0,05
Intimité lors des soins	3,90	0,20	4,0	0	NS
Propos respectueux*	2,20	1,47	2,50	1,50	NS

Légende : X : moyenne E.T : écart type NS : niveau de signification. * Dans ce cas-ci, la cote 1 est un haut niveau de satisfaction.

Tableau 3.11 Résultats quant à la satisfaction des résidents en comparaison avec les membres de leur famille - Unité 2 (suite)

Variables / Résultats	Les résidents de l'unité		La personne significative		Niveau de signification
	$\overline{X}$	E.T	$\overline{X}$	E.T	
L'information					
Information suffisante relative aux décisions à prendre pour les soins	3,60	0,49	3,75	0,43	NS
Information sur les activités du centre	3,80	0,40	3,75	0,43	NS
Information sur le plan d'intervention	3,33	0,47	3,0	0,82	NS
L'autonomie					
Stimulation de l'autonomie	3,80	0,40	3,38	0,82	NS
Implication de la famille	4,0	0	3,50	0,50	NS
Support aux activités de la vie quotidienne	4,0	0	4,0	0	NS
Réponse aux appels dans un court délai	3,25	0,43	3,75	0,43	NS
Accessibilité cloche d'appel	4,0	0	3,75	0,43	NS
Soins et services					
Satisfaction globale	3,40	1,20	3,75	0,43	NS

Nous observons également que la satisfaction des résidents en comparaison avec les membres de leur famille présente très peu de différence au niveau des moyennes. Globalement, nous pouvons présumer que les résultats d'appréciation des familles sont près de la satisfaction des résidents si ce n'est du respect du choix d'être seul qui est significatif à ,05 en faveur de l'unité 2.

- Analyse des résultats quant à la satisfaction de la clientèle

Il ne ressort pas de différence importante au niveau des résultats portant sur la satisfaction de la clientèle. Nous avons retenu principalement les membres de famille compte tenu des déficits de nature cognitive présentés par la clientèle. Cela peut représenter une certaine limite par le fait que la personne significative peut être plus ou moins présente dans le milieu. Nous avons cependant tenté de vérifier cette limite, pour une partie de l'échantillon et pour l'unité 2 seulement, par la comparaison des résultats des résidents avec les membres de leurs familles. Cette absence de différence supporte les écrits de Steckel (1980) et de Ventura (1982) qui, en comparant le modèle de soins intégraux et le modèle de soins d'équipe, n'ont pas ressorti de différence quant à cette variable.

Nous pourrions également réquisitionner la modalité d'évaluation de la satisfaction de la clientèle âgée selon le modèle de Kano (Dav, 1993 tel que cité par Côté, 1996), qui fait ressortir qu'un taux de satisfaction élevé pouvait être trompeur car il pourrait faire référence principalement à l'appréciation du résident au regard de l'aptitude du centre à lui fournir des soins et services que lui-même considère comme normal de recevoir. Cette modalité pourrait alors ne pas tenir compte de l'aptitude de l'organisation à satisfaire aux attentes et aux besoins réels des résidents mais plutôt focaliserait sur le processus et sur les préoccupations des professionnels au détriment de celle de la clientèle.

3.2.2.4 Impact pour le personnel soignant

Cette dimension fut mesurée par le questionnaire de diagnostic sur les emplois. Ce test permet la mesure de différentes variables reliées à la théorie des caractéristiques des tâches que nous avons détaillée dans un chapitre précédent.

- Taux de réponse

Pour les deux unités à l'étude, huit infirmières sur 8 ont répondu au questionnaire; quant aux préposées aux bénéficiaires, dix sur 11 y ont répondu (à l'unité 1, une préposée de soir a dû quitter avant de terminer son questionnaire).

- Les caractéristiques des répondants

Les caractéristiques des répondants sont présentées au tableau 3.12.

Tableau 3.12
Caractéristiques des répondants au test de diagnostic sur les emplois

	Infirmières		Préposées aux bénéficiaires	
	Unité 1	Unité 2	Unité 1	Unité 2
Âge				
20 ans et moins	0	0	0	0
20-29 ans	1	0	0	1
30-39 ans	1	3	1	2
40-49 ans	0	0	2	2
50-59 ans	3	0	1	1
60 ans	0	0	0	0
Scolarité				
Diplôme d'études secondaires	-	-	2	1
Études suivies dans un collège commercial ou une école technique (inachevées)	-	-	1	-
Diplômes d'études commerciales ou techniques	-	-	-	1
Diplôme d'études post-secondaires autre que commercial ou technique	-	-	-	1
Études collégiales inachevées	-	-	-	1
Études collégiales ou équivalentes	3	3	-	-
Diplôme universitaire de premier cycle	2	-	1	2
Maîtrise ou doctorat	-	-	-	-

Pour l'unité 1, l'âge des infirmières se situe entre 20 et 29 ans pour une des répondantes, 30 et 39 ans pour une répondante, entre 50 et 59 ans pour 3 répondantes. Trois des répondantes ont une formation collégiale et les deux autres ont une formation universitaire de premier cycle.

L'âge des préposées aux bénéficiaires pour cette même unité se situe entre 30 et 39 ans pour une répondante, 40 et 49 ans pour 2 répondantes et 50 et 59 ans pour une des répondantes. Au niveau de la formation, deux d'entre elles ont un diplôme secondaire, l'une a des études inachevées dans un collège commercial ou technique et une autre a un diplôme universitaire de premier cycle.

Pour l'unité 2, l'âge des infirmières se situe entre 30 et 39 ans pour les trois répondantes. Elles ont pour les trois une formation collégiale.

L'âge des préposées aux bénéficiaires pour l'unité 2 se situe entre 20 et 29 ans pour une répondante, entre 30 et 39 ans pour deux répondantes, entre 40 et 49 ans pour deux répondantes et entre 50 et 59 ans pour une répondante. Quant à leur formation, une a un diplôme d'études secondaires, une un diplôme d'études commerciales ou techniques, une autre un diplôme d'études post-secondaires, une autre a fait des études collégiales inachevées et deux ont un diplôme d'études universitaires de premier cycle.

Nous avons établi la moyenne d'âge pour chacun des deux groupes en prenant pour chaque donnée le point médian. Les groupes se différencient de la façon suivante. Les infirmières de l'unité 1 ont un âge moyen de 44 ans en comparaison à un âge moyen de 34 ans pour l'unité 2. Pour les préposées aux bénéficiaires, l'âge moyen se situe à 44 ans pour l'unité 1 en comparaison à 39 ans pour l'unité 2.

- Présentation des résultats du test de diagnostic sur les emplois pour les infirmières

Pour chacune des variables, nous avons effectué les tests de différence de moyennes. Le test « t » (student) fut utilisé et aucune variable ne ressort comme significativement différente. Comme les échantillons furent retenus en fonction d'une étude de cas, nous allons plutôt regarder les résultats sous l'angle des principales tendances qui en ressortent.

Nous présenterons tout d'abord les résultats pour les infirmières des deux unités. Nous ferons ici ressortir les trois variables de résultats que nous souhaitions mesurer avec le modèle soit la satisfaction générale, la motivation interne et la satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle. La variable seuil potentiel de motivation et les facteurs modérateurs tels les connaissances et les habiletés, la force du besoin de croissance et les satisfactions à l'égard du contexte seront pris en compte pour expliquer les relations entre les caractéristiques objectives de l'emploi, les états psychologiques du travail et les résultats. Nous comparerons les résultats avec le groupe de comparaison de l'étude de diagnostic sur l'emploi pour les infirmières avec la famille d'emploi « Professionnel ou technique » (Hackman, R. et Oldham, G., 1980). Le tableau 3.13 présente les résultats du test de diagnostic sur les emplois pour les infirmières.

Tableau 3.13 Résultats du test de diagnostic sur les emplois pour les infirmières

Résultats / Variables	Infirmières Unité 1		Infirmières Unité 2		Niveau de signification Test « t »	Données comparatives Emploi de nature professionnelle ou technique*	
	$\bar{X}$	E.T	$\bar{X}$	E.T		$\bar{X}$	E.T
Éléments essentiels au travail							
Variété des habiletés	5,07	0,65	4,67	0,72	NS	5,4	1,0
Intégrité de la tâche	5,60	0,49	6,22	0,68	NS	5,1	1,2
Importance de la tâche	6,13	0,69	5,67	0,94	NS	5,6	0,95
Autonomie	5,53	0,81	3,67	0,27	NS	5,4	1,0
Feed-back du travail	5,47	1,07	5,11	0,16	NS	5,1	1,1
Feed-back des autres (supérieurs et collègues)	4,40	1,54	3,44	1,29	NS	4,2	1,4
Relation avec les autres	6,40	0,53	6,00	0,82	NS	5,8	0,96
Les états psychologiques du travail							
Travail significatif	5,55	0,51	6,00	0,61	NS	5,4	0,87
Responsabilité personnelle	4,97	0,41	5,23	0,27	NS	5,8	0,72
Connaissance des résultats	5,55	0,64	5,75	0,82	NS	5,0	0,99

Légende : X moyenne; E.T. écart type; N.S. niveau de signification. * Données tirées de Hackman et Oldham (1980)

Tableau 3.13 Résultats du test de diagnostic sur les emplois pour les infirmières (suite)

Résultats / Variables	Infirmières Unité 1		Infirmières Unité 2		Niveau de signification test « t »	Données comparatives Emploi de nature professionnelle ou technique	
	$\bar{X}$	E.T	$\bar{X}$	E.T		$\bar{X}$	E.T
Position affective au travail							
Satisfaction générale	5,64	0,46	4,80	0,33	NS	4,9	0,99
Motivation interne	5,80	0,29	6,06	0,68	NS	5,8	0,65
Satisfaction relative au salaire	5,20	0,68	4,00	1,78	NS	4,4	1,5
Satisfaction relative à la sécurité d'emploi	4,70	1,36	5,50	0,41	NS	5,0	1,2
Satisfaction relative aux relations sociales	5,67	0,30	5,67	0,47	NS	5,5	0,85
Satisfaction à l'égard des supérieurs	4,93	0,88	4,67	1,25	NS	4,9	1,3
Satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle	5,50	0,63	5,00	0,35	NS	5,1	1,1
Besoin de croissance							
Force de besoin de croissance (aimerait)	4,73	0,64	5,83	1,03	NS	4,8	0,64
Force de besoin de croissance (choix d'emploi)	3,99	0,23	3,58	0,63	NS	5,6	0,57
Total force du besoin de croissance	4,36	0,43	4,70	0,83	NS	5,2	0,60
Seuil potentiel de motivation	170,25	51,99	103,41	8,49	NS	154	55

– La satisfaction générale

Le niveau de satisfaction générale des infirmières des deux unités est relativement élevé; il est légèrement supérieur pour l'unité 1 (5,64 par rapport à 4,80). Le groupe de comparaison fait ressortir un niveau de satisfaction moyen à 4,9.

– La motivation interne

La motivation interne pour les deux unités est également élevée. Dans ce cas-ci, elle est légèrement plus élevée pour l'unité 2 (6,06 par rapport à 5,80). La moyenne du groupe de comparaison se situe à 5,80.

– La satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle

Cette variable présente également un bon niveau de satisfaction légèrement supérieur pour l'unité 1 (5,50 par rapport à 5,00). Le groupe de comparaison présente une moyenne de 5,1.

Donc, pour ces trois variables, les différences ne se sont pas avérées comme statistiquement significatives. Les infirmières des deux unités à l'étude présentent un bon niveau de satisfaction qui se compare à la moyenne du groupe standardisé. Les résultats obtenus à ce niveau ne semblent pas avoir été affectés par le seuil potentiel de motivation découlant de l'organisation du travail, ni par les états psychologiques critiques, la force du besoin de croissance et la satisfaction des conditions de travail, pour lesquelles on ne constate pas de différence significative.

– Le seuil potentiel de motivation

Le seuil potentiel de motivation présente un résultat beaucoup plus élevé pour les infirmières de l'unité 1 (170,25 par rapport à 103,41). Il surpasse également la moyenne du groupe comparatif qui est de 154. Le fait qu'il ne soit pas significatif sur le plan statistique est attribuable à la dispersion importante des données. Cette différence est attribuable au faible degré d'autonomie perçu par les infirmières de l'unité 2 (3,61 versus 5,4 pour l'unité 1).

- La force du besoin de croissance

La force du besoin de croissance (la moyenne) est légèrement supérieure pour les infirmières de l'unité 2 (4,70 par rapport à 4,36). Dans les deux cas, elle est légèrement inférieure à la moyenne du groupe de comparaison qui est de 5.2.

- La satisfaction à l'égard du contexte

La satisfaction à l'égard du contexte comprend les quatre variables suivantes soit la satisfaction à l'égard du salaire qui, dans ce cas-ci, nous paraît intéressante pour les deux unités tout en étant supérieure pour l'unité 1 (5,20 par rapport à 4,00) et à 4,40 pour le groupe de comparaison, la satisfaction à l'égard de la sécurité d'emploi qui, pour les deux unités, est relativement proche du groupe de comparaison (4,70 pour l'unité 1, 5,50 pour l'unité 2 et 5,0 pour le groupe de comparaison), la satisfaction à l'égard des supérieurs qui présente un bon niveau de satisfaction (4,93 pour l'unité 1, 4,67 pour l'unité 2 et 4,9 pour le groupe de comparaison), et la satisfaction à l'égard des relations sociales qui est comparable pour les unités soit une moyenne égale à 5,67 par rapport à 5,5 pour le groupe de comparaison.

– Les connaissances et les habiletés

Pour l'unité 1, deux infirmières sur 5 ont une formation universitaire et pour l'unité 2, les trois infirmières ont une formation de niveau collégial.

- Analyse des résultats pour les infirmières

Il est important de bien comprendre le lien entre les composantes du modèle avant d'en ressortir des éléments d'analyse.

Les caractéristiques de l'emploi qui se traduisent ici par les éléments essentiels au travail servent à établir les conditions favorables à la motivation interne ressentie par un individu. Dans le cas du test de diagnostic sur les emplois, ces sept caractéristiques représentent de façon objective la façon dont l'individu voit le travail qu'il accomplit.

Les états psychologiques du travail font ressortir comment l'individu se perçoit dans l'exécution de travail, comment il se sent responsable des résultats reliés à son travail et comment il vit l'expérience significative de son travail.

La position affective du travail correspond à l'opinion de l'individu sur son emploi et à son degré de satisfaction à l'égard des caractéristiques de son emploi.

Le seuil potentiel de motivation crée des conditions qui font en sorte que si la personne détentrice de l'emploi performe bien, cela pourra créer chez elle un effet de renforcement positif.

Des facteurs modérateurs, telles les connaissances et les habiletés, la force du besoin de croissance et les satisfactions du contexte peuvent intervenir sur la relation entre ces variables et moduler les résultats par un effet de renforcement et d'amoindrissement (Paquin, 1986).

Quel est maintenant le sens à donner aux résultats pour les infirmières des deux unités à l'étude? Globalement, nous retenons un bon niveau de satisfaction générale, de motivation interne et de satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle. Donc, cela voudrait dire qu'il n'y a pas de différence significative au niveau de la satisfaction du personnel soignant pour l'un ou l'autre des deux modèles d'organisation ou de prestation de soins à l'étude. Nous rejoignons les résultats des recherches de Sellick (1983), de Wilson et Dawson (1989) qui ne présentaient pas de différence significative quant à la satisfaction du personnel en comparant le modèle d'équipe et le modèle de soins intégraux. Leur étude s'est réalisée dans un milieu de soins de longue durée.

Il nous importe cependant d'approfondir notre analyse en fonction du modèle de Hackman et Oldham (1980). Pour les infirmières de l'unité 1, nous observons une relation positive entre le seuil potentiel de motivation et les résultats obtenus. Cela se traduit par un bon niveau de satisfaction générale, de motivation interne et de satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle chez les infirmières qui présentent une force du besoin de croissance satisfaisante bien que légèrement inférieure au groupe de comparaison avec simultanément une satisfaction à l'égard du contexte de travail.

Pour les infirmières de l'unité 2, le seuil potentiel de motivation a été affecté au niveau de sa moyenne par un score faible au niveau de l'autonomie. Par ailleurs nous notons

un bon niveau de satisfaction générale, de motivation interne et de satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle. Alors même si l'infirmière croit que son travail ne lui permet pas ce niveau d'autonomie, elle se sent responsable des résultats de son travail et son besoin de croissance est satisfait. Ces infirmières sont également satisfaites du contexte du travail. Donc, dans ce cas-ci, nous pensons que les facteurs modérateurs viennent moduler la relation entre les variables du modèle. En l'occurrence, nous constatons que l'investissement au niveau de la formation est une préoccupation pour les deux établissements. L'un investit 172,00 $ par personne et l'autre, 95,00 $.

- Présentation des résultats du test de diagnostic sur les emplois pour les préposées aux bénéficiaires

Les test de différence de moyennes ont également été utilisés et, dans le cas des préposées aux bénéficiaires, trois variables ressortent comme significativement différentes à 0,05; il s'agit du feed-back des autres, (supérieurs et collègues), de la satisfaction à l'égard des supérieurs, et de la force du besoin de croissance.

Nous présenterons les résultats pour les préposées aux bénéficiaires des deux unités en faisant ressortir les mêmes variables que les infirmières. Dans ce cas-ci, nous n'avons pas de données comparatives pour toutes les variables. Nous nous sommes référée à l'étude de Vammaneer et Katz (1974), telle que citée par Hackman, R. et Oldham, G., 1980) et avons utilisé le groupe paraprofessionnel comme groupe de comparaison. Le tableau 3.14 présente les résultats du test de diagnostic sur les emplois pour les préposées aux bénéficiaires.

Tableau 3.14 Résultats du test de diagnostic sur les emplois pour les préposées aux bénéficiaires

Résultats / Variables	Préposées aux bénéficiaires Unité 1		Préposées aux bénéficiaires Unité 2		Niveau de signification test « t »	Données comparatives groupe «paraprofessionnels»*
	$\bar{X}$	E.T	$\bar{X}$	E.T		
Éléments essentiels au travail						
Variété des habiletés	3,33	1,58	4,11	1,47	NS	5,05
Intégrité de la tâche	5,42	1,44	5,50	0,69	NS	5,11
Importance de la tâche	5,0	1,49	6,50	0,50	NS	6,20
Autonomie	5,25	1,21	3,78	0,76	NS	4,89
Feed-back du travail	5,67	1,08	5,28	0,45	NS	4,83
Feed-back des autres (supérieurs et collègues)	5,67	1,43	3,50	0,76	0,05	4,02
Relation avec les autres	5,58	0,36	6,61	0,36	NS	5,95
Les états psychologiques du travail						
Travail significatif	5,63	0,57	5,92	0,55	NS	5,46
Responsabilité personnelle	4,83	0,39	4,94	0,69	NS	5,52
Connaissance des résultats	5,69	0,65	5,29	0,57	NS	5,06

Légende : X moyenne; E.T. écart type; N.S. niveau de signification.

* Données tirées de Vanmaaneen et Katz 1974. Le groupe paraprofessionnel est défini comme des intervenants qui supportent les professionnels dans l'accomplissement de leurs fonctions. Ex. : aide médicale.

Tableau 3.14 Résultats du test de diagnostic sur les emplois pour les préposées aux bénéficiaires (suite)

Résultats / Variables	Préposées aux bénéficiaires Unité 1		Préposées aux bénéficiaires Unité 2		Niveau de signification test « t »	Données comparatives groupe «paraprofessionnels»
	$\overline{X}$	E.T	$\overline{X}$	E.T		
Position affective au travail						
Satisfaction générale	5,45	0,54	4,90	0,44	NS	-
Motivation interne	4,96	0,38	5,53	0,40	NS	5,48
Satisfaction relative au salaire	5,13	0,65	4,67	1,60	NS	-
Satisfaction relative à la sécurité d'emploi	5,88	0,74	5,08	1,24	NS	-
Satisfaction relative aux relations sociales	5,33	0,85	5,72	0,45	NS	-
Satisfaction à l'égard des supérieurs	5,42	0,64	4,39	0,45	0,05	-
Satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle	5,44	0,57	4,63	0,81	NS	-
Besoin de croissance						
Force du besoin de croissance (aimerait)	3,92	1,28	5,78	0,68	0,05	-
Force du besoin de croissance (choix de l'emploi)	3,68	0,79	4,43	0,76	NS	-
Total de besoin de croissance	3,80	1,03	5,10	0,72	-	-
Seuil potentiel de motivation	150,9	93,03	106,58	24,76	NS	129

- La satisfaction générale

La niveau de satisfaction générale des préposées aux bénéficiaires des deux unités ne présente pas de différence importante bien qu'il soit légèrement inférieur pour l'unité 2 (4,90 par rapport à 5,45). Il nous paraît plutôt satisfaisant.

- La motivation interne

La motivation interne est légèrement plus élevée pour l'unité 2 (5,53 par rapport à 4,96). La moyenne du groupe de comparaison se situe à 5,48.

- La satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle

Ici, il apparaît que la satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle est moins élevée pour les préposées de l'unité 2 (4,63 par rapport à 5,44) sans pour autant être significative.

- Le seuil potentiel de motivation

Le seuil potentiel de motivation présente un résultat plus élevé pour les préposées de l'unité 1 (150,9 par rapport à 106,58). Il surpasse également le groupe de comparaison dont la moyenne est de 129. Encore ici, le fait qu'il ne soit pas significativement différent sur le plan statistique est lié à la dispersion importante des données.

- La force du besoin de croissance

La force du besoin de croissance est beaucoup plus élevée pour les préposées de l'unité 2 (5,78 par rapport à 3,92). Elle est de plus significativement différente à 0,05.

- La satisfaction à l'égard du contexte

La satisfaction à l'égard du salaire, de la sécurité d'emploi et des relations sociales exposent de par les résultats un bon niveau de satisfaction qui se compare assez bien d'une unité à l'autre et qui surpasse de façon générale les moyennes des infirmières. Une seule variable ressort avec une différence significative sur le plan statistique à 0,05. Il s'agit de la satisfaction à l'égard des supérieurs qui est supérieure pour l'unité 1 (5,42 par rapport à 4,39).

- Les connaissances et les habiletés

- Pour l'unité 1, une préposée sur 4 a une formation universitaire, les autres ont une formation de niveau secondaire. Pour l'unité 2, deux préposées sur 6 ont une formation universitaire, une a des études collégiales inachevées et une autre, un diplôme d'études post-secondaires, les deux autres ayant une formation de niveau secondaire.

– Les éléments essentiels du travail

Sur les sept variables mesurées, il ressort au même titre que les infirmières, un écart important au niveau de l'autonomie. La moyenne est de 5,25 pour l'unité 1, et 3,78 pour l'unité 2. La moyenne du groupe comparatif est à 4,89.

- Analyse des résultats pour les préposées aux bénéficiaires

Globalement, le niveau de satisfaction générale et de motivation interne est satisfaisant pour les préposées aux bénéficiaires des deux unités. Cependant, la satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle est moins élevée pour les préposées de l'unité 2. Nous établissons ici le lien avec la force du besoin de croissance qui est beaucoup plus élevée pour l'unité 2 et qui, selon l'analyse plus détaillée des réponses aux questions relatives au besoin de croissance pour les préposées ayant une formation de niveau collégial et/ou universitaire, fait ressortir des scores très élevés pour la force de besoin de croissance et des résultats plus faibles pour la satisfaction de ce besoin. Donc, ici, il y a une forte influence des facteurs modérateurs soit les connaissances et les habiletés et la force du besoin de croissance qui influencent la relation entre les variables. Ces personnes ont une formation supérieure à ce qui est requis pour l'emploi, ce qui peut être intéressant a priori pour une organisation mais, d'autre part, la nature de la tâche ne leur permet pas de satisfaire pleinement leur besoin de réalisation personnelle.

Au même titre que les infirmières, la variable autonomie plus faible a influencé la moyenne du score seuil potentiel de motivation. Par ailleurs, les préposées aux bénéficiaires ressentent un bon niveau de satisfaction générale et de motivation interne

et elles se sentent responsables des résultats de travail et elles semblent vivre une expérience significative au travail.

La moyenne des variables feed-back des autres et relation avec les supérieurs ressortent significativement différentes et plus basses pour l'unité 2. Ici nous pensons que l'effet de taille de l'organisation peut influencer ces variables par le fait que dans cette organisation, il n'y a pas de supérieur immédiat directement affecté aux unités, pas de conseiller clinique, moins de formalisation et moins de systématisation des mécanismes d'appréciation et de feed-back.

Pour les préposées aux bénéficiaires de l'unité 1, le niveau de satisfaction générale est plutôt intéressant et il ressort une relation positive entre le seuil potentiel de motivation et les variables des résultats. Le besoin de croissance inférieur à l'unité 1 semble satisfait par une moyenne plus élevée au niveau de la satisfaction à l'égard de la croissance personnelle et professionnelle.

3.3 Discussion des résultats

Au départ, nous formulions une hypothèse de travail ou nous souhaitions vérifier la relation entre les facteurs de contexte, le choix du modèle d'organisation ou de prestation des soins et son impact sur des dimensions qualitatives et quantitatives des soins.

Au niveau des résultats, notre recherche fait ressortir des différences au niveau de l'impact du modèle sur les aspects qualitatifs de soins notamment quant à la globalité des soins où l'application du système de soins intégraux adaptés que nous avons

davantage qualifié de modulaire a pour effet l'obtention d'une meilleure planification de soins et une meilleure connaissance des résultats de soins tant chez les infirmières que les préposées aux bénéficiaires de cette même unité. En relation avec cette variable, la coordination des soins ressort plus positivement en faveur du modèle de l'unité 1. Un plan d'intervention spécifique à chacun des clients avec un suivi assuré auprès de la famille fait en sorte que c'est l'infirmière qui assure le lien entre le résident, la famille et l'ensemble des professionnels.

Quant à la continuité des soins, il n'y a pas vraiment de différence entre les deux unités. Nous pouvons avancer que le taux de roulement est inférieur chez les infirmières de soir et de nuit et cela pour les deux unités. La revue des écrits a fait ressortir l'amélioration de la continuité des soins avec le système de soins intégraux, ce qui ne se confirme pas par la présente étude, tout au moins avec l'analyse de la variable retenue. Quant à la note d'observation, nous notons une moyenne plus élevée en faveur de l'unité 2, bien que non significative sur le plan statistique. À ce titre, nous pensons qu'une analyse qualitative de la note d'observation constituerait un indice supplémentaire intéressant. La dimension continuité des soins aurait probablement avantage a être complétée et nous pourrions également anticiper le fait que les résultats relatifs à la globalité des soins peuvent avoir un impact positif sur la continuité des soins et nous faisons ici référence à la planification des soins et à la connaissance des résultats visés par cette planification. Nous pourrions aussi présumer qu'une bonne planification écrite de soins peut assurer une certaine continuité, même si le taux de roulement du personnel est élevé.

La variable efficience démontre un coût en heures/soins directs légèrement plus élevé pour l'unité 1. Cette variable ne tient pas compte cependant d'autres paramètres qui ont un impact sur l'efficience notamment le taux d'absentéisme. Nous n'avons pas

inclus le coût de la structure de gestion car nous voulions minimiser l'effet de taille de l'organisation qui, dans le cas de la présente étude, est plus élevé pour l'unité 1.

Au niveau de la satisfaction des résidents et des familles, nous observons un très bon niveau de satisfaction pour les deux unités. Globalement, nous ne retenons pas de différence notable quant à cette variable entre les deux unités à l'étude.

Pour l'impact du modèle d'organisation de soins sur le personnel soignant, l'analyse des tendances ne fait pas ressortir de différence importante quant à la satisfaction générale et la motivation interne tant chez les infirmières que chez les préposées aux bénéficiaires. Il n'y a pas de différence au niveau de la satisfaction quant à la croissance personnelle et professionnelle pour les infirmières, mais il y a cependant un moins bon niveau de satisfaction à cet égard pour les préposées aux bénéficiaires de l'unité 2 et nous l'avons expliqué par l'influence des facteurs modérateurs notamment au niveau de la connaissance et des habiletés et de la force du besoin de croissance, en raison du niveau de formation plus élevé de ces personnes.

Au niveau des caractéristiques des deux modèles d'organisation de soins retenus, ils ressortent comme des adaptations des modèles théoriques. Le modèle de l'unité 1 nous paraît être un mélange de caractéristiques propres au système de soins intégraux et au système de soins modulaires tout en étant plus près, nous pensons, des caractéristiques du système modulaire. Le modèle retenu par l'unité 2 s'apparente de plus près au système de soins d'équipe.
Quant à l'influence des facteurs de contexte, nous avons pu remarquer que certains d'entre eux ont un poids relatif plus important pour le choix d'un modèle d'organisation ou de prestation de soins. La complexité croissante des soins questionne les décideurs sur le choix de l'expertise professionnelle de soins. Nous

avons observé que la première unité à l'étude a une clientèle plus lourde que la moyenne des centres d'hébergement. Nous croyons que cette dimension peut influencer le choix ou le maintien du modèle.

Également, il ressort que la vision de la direction des soins influence fortement l'orientation du modèle de prestation de soins. Dans le premier établissement, la croyance de la nécessité d'une expertise infirmière pour la planification et la coordination des soins et l'importance accordée à l'acquisition de connaissances pour répondre aux besoins de plus en plus complexes des personnes âgées influencent positivement le maintien du modèle de soins intégraux adaptés. Dans le second établissement, l'importance accordée à la composante milieu de vie peut influencer le choix des ressources et, conséquemment, l'organisation des soins. Nous avons également observé que l'histoire de l'organisation peut influencer le choix du modèle et que cette histoire est en lien étroit avec la vision de la direction des soins.

Nous pourrions être critique à l'égard des variables retenues et compte tenu qu'elles s'inspirent fortement des modèles en application dans les soins de courte durée, elles pourraient à la lumière des résultats de cette recherche, moins bien convenir aux modèles de soins de longue durée. Par exemple, à titre d'illustration, la satisfaction de la clientèle et des familles est-elle influencée par les mêmes variables en soins de longue durée? Est-ce que le résident compte tenu des déficits importants qu'il présente est influencé par le fait que ce soit par exemple une infirmière ou une préposée qui s'occupe de ses soins? Est-ce que les critères retenus pour l'appréciation de la satisfaction correspondent vraiment aux attentes de la personne âgée? Il faudrait possiblement explorer davantage ces dimensions qui pourraient avoir une influence sur le choix des indicateurs retenus.

Nous pourrions également penser que le contexte actuel de changement important, de rationalisation majeure, fait en sorte que l'intervenant se trouve privilégié d'avoir un travail et qu'il est peut-être satisfait qu'importe le modèle de distribution de soins en application. De là, le questionnement sur les limites d'une recherche en sciences humaines. Nous devons circonscrire un certain nombre de variables pour la réalisation de l'étude. Nous sommes cependant confrontée à une série d'autres variables qui influencent les variables retenues.

Enfin, le fait q qu'il s'agisse d'une étude de cas de type explicatif avec un modèle de nature exemplaire, il faut demeurer prudent quant à la généralisation des résultats. Le choix d'une stratégie plus représentative en comparaison à une stratégie de choix de cas exemplaires pourrait apporter un nouvel éclairage sur le sujet.

CONCLUSION

Nous pouvons dire que chacun des deux modèles s'est bien ajusté à ses facteurs de contexte ou de contingence qui fait en sorte que l'impact de ces modèles sur les résultats ne fait pas ressortir de différence majeure et qu'ils sont tous les deux relativement performants. Mintzberg (1982) par son hypothèse de congruence fait ressortir l'interinfluence des facteurs de contingence et des paramètres de conception, qui font en sorte que les modèles s'adaptent. Il y a bien sûr des modèles différents qui, bien ajustés aux facteurs de contingence, peuvent être efficients.

Les configurations structurelles sur le plan théorique peuvent être découpées avec une apparence très distinctive les unes des autres. Mais dans les faits, Mintzberg (1982) expose le fait que ces configurations structurelles n'existent pas vraiment à l'état pur. Elles ne sont que des mots et des figures tracées sur du papier mais pas la réalité même. Une théorie par nécessité simplifie et déforme la réalité. Cela dit, le milieu choisit son modèle à partir d'expériences, de croyances, de contingences qui sont mis en ordre et qui s'apparentent à l'une ou à l'autre de ces configurations, de là l'apparition de formes adaptées des différents modèles théoriques où l'organisation peut faire sa sélection à partir d'éléments de modèles théoriques agencés à ses propres expériences ou à celles d'autres organisations.

L'ensemble des modèles théoriques constitue une base de référence. Chacun des modèles en application dans les milieux emprunte des caractéristiques de ces différentes configurations en tentant de les adapter à son contexte. Dans le cas qui nous concerne, il nous paraît se dégager une certaine cohérence dans les caractéristiques choisies et les facteurs de contexte car les deux modèles présentent des résultats plutôt satisfaisants.

Mintzberg (1982) précise que la présence d'hybrides dans une typologie ne détruit pas la théorie. Cette théorie nous aide à décrire une plus grande variété de structures. Ce qui est important, ce n'est pas que la théorie représente la réalité mais qu'elle nous aide à la comprendre.

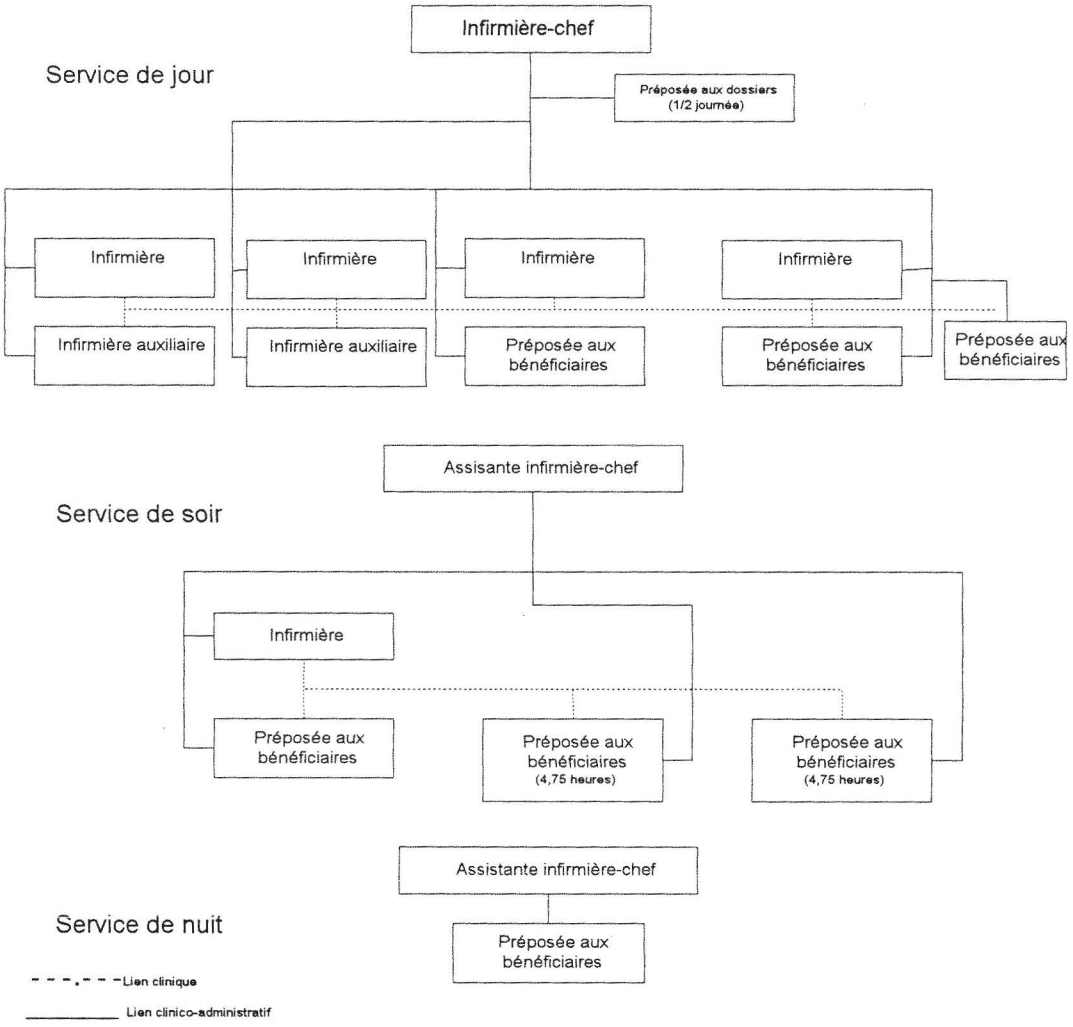
Enfin, cette recherche voulait apporter un éclairage supplémentaire sur, d'une part, les caractéristiques des modèles d'organisation de soins prédominants en soins de longue durée, leurs impacts sur des variables relatives à la qualité des soins, à la satisfaction du personnel, des clients et leur impact sur les coûts. Elle voulait également apporter un éclairage sur la portée des facteurs d'influence tant externes qu'internes, afin de guider le décideur pour le choix d'un modèle d'organisation de soins adapté le mieux possible à ses facteurs de contexte.

Nous souhaitons que cette recherche puisse en inspirer d'autres, notamment au niveau de la réflexion quant aux choix des variables qualitatives de résultats qui seraient encore plus spécifiques aux milieux de soins de longue durée.

APPENDICE A

ORGANIGRAMME DE L'UNITÉ 1

Unité de soins de longue durée
(33 lits)



APPENDICE B

ORGANIGRAMME DE LA DIRECTION POUR L'UNITÉ 2


Directrice générale
Directrice des soins infirmiers
Secrétaires réceptionnistes
Médecins
Médecins consultants
Entretien ménager
Service alimentaire
Éducatrices spécialisées
Physiothérapeute
Diététiste
Pharmacien
Coordonnateur jour
Jour
Coordonnateur de soir
Soir
Nuit
Infirmières
Infirmières
Infirmière responsable
Infirmières auxiliaires
Infirmières auxiliaires
Préposées aux bénéficiaires
Préposées aux bénéficiaires
Préposées aux bénéficiaires
Relation d'autorité directe
Relation d'autorité fonctionnelle

APPENDICE C

QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE POUR ANALYSE DES FACTEURS D'INFLUENCE INTERNES

QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE POUR ANALYSE DES FACTEURS D'INFLUENCE INTERNES

1. **Quel est le modèle de gestion privilégié par l'établissement (programmes, fonctions, etc.)?**

   (DSI)

2. **J'aimerais connaître l'organisation structurelle de votre direction et de l'unité à l'étude?**

   (DSI et analyse de contenu)

3 **Quels sont vos principaux mécanismes de coordination utilisés à la direction des soins?**

   (DSI)

4. **Quelles sont les principales caractéristiques de votre philosophie de gestion?**

   (DSI, chef d'unité et analyse de contenu)

5. **Comment arrivez-vous à actualiser ces valeurs de gestion?**

   (DSI et chef d'unité)

6. **Comment définissez-vous votre style de leadership?**

   (DSI et infirmière-chef)

7. **Comment voyez-vous le rôle de vos infirmières-chefs?**

   (DSI)

8. **Quelles sont les principales caractéristiques que vous recherchez chez une infirmière-chef lui permettant de bien accomplir ce rôle?**

(DSI)

9. **Tout d'abord, j'aimerais connaître les principales valeurs que vous privilégiez au sein de votre Direction, en ce qui a trait à la prestation de soins.**

   (Question s'adressant à la DSI et au chef d'unité. Les valeurs seront également analysées dans les documents de la Direction)

10. **Quels sont les principaux éléments de votre vision pour les prochaines années?**

    (Question s'adressant à la DSI en plus d'une analyse de contenu des documents)

11. **Quels sont les critères qui ont fait en sorte que vous avez privilégié le modèle de distribution de soins que l'on retrouve actuellement sur l'unité de soins de longue durée à l'étude?**

    (DSI et chef d'unité)

12. **Est-ce le même mode de distribution de soins pour l'ensemble de vos unités de longue durée?**

    (DSI)

13. **Êtes-vous satisfait(e) des résultats reliés à l'application de ce modèle de distribution de soins?**

    (DSI et infirmière-chef)

14. **Comment voyez-vous le rôle de l'infirmière dans ce mode d'organisation du travail?**

    (DSI et infirmière-chef)

    - **au sein de l'équipe des soins;**
    - **au sein de l'équipe interdisciplinaire**

15. **Y a-t-il une infirmière désignée pour le suivi avec l'équipe interdisciplinaire et comment ce suivi se fait-il?**

    (Chef d'unité)

16. **Avez-vous procédé déjà à une évaluation de ce modèle de distribution de soins? Si oui, quels critères d'évaluation avez-vous retenus? Quels en sont les résultats?**

    (DSI et analyse de contenu)

17. **Croyez-vous que d'autres modèles de distribution de soins pourraient être intéressants pour votre milieu?**

    (DSI et chef d'unité)

18. **Quel est votre taux actuel de réponse aux besoins requis des résidents?**

    (hres/soins requis vs hres/soins disponibles)

19. **Quel est le profil de formation de vos infirmières?**

    (DSI)

    - **pour l'ensemble des unités de longue durée;**
    - **pour l'unité de l'étude**

20. Quel est le profil de formation des autres membres de l'équipe de soins?

(DSI)

21. Quelle est la proportion budgétaire que vous investissez dans la formation des membres de l'équipe soignante et comment se répartit-elle pour chacun des titres d'emploi?

(DSI)

APPENDICE D

PRÉSENTATION SOMMAIRE DU PROJET DE RECHERCHE AUX ÉTABLISSEMENTS À L'ÉTUDE

Loretteville, le (Septembre 1995)

Madame

Objet : Projet de recherche sur les modèles de distribution de soins

---

Madame,

Pour faire suite à notre conversation téléphonique d'avant les vacances, vous trouverez ci-jointes les principales caractéristiques de mon projet de recherche portant sur les modèles de distribution de soins. Il s'agit d'une étude de cas de type exploratoire qui permettra de mieux comprendre, d'une part, les facteurs de contexte qui peuvent influencer le choix d'un modèle de distribution ou de prestation de soins et, d'autre part, l'impact de ces modèles sur certaines variables d'intérêt retenues portant sur la dimension qualitative et quantitative des soins et sur l'impact pour le personnel soignant.

Je joins également à cet envoi mon curriculum vitae. Je communiquerai avec vous au cours de la semaine prochaine afin de recevoir vos commentaires et d'ajuster, le cas échéant, le contenu de présentation pour le comité d'éthique de la recherche. J'aimerais alors planifier avec vous une première rencontre si cela vous convient.

Je vous remercie infiniment de l'intérêt que vous accordez à ce projet et je vous prie de recevoir, Madame, l'expression de mes salutations les plus distinguées.

Sylvie Lavoie
Étudiante à la maîtrise en administration publique

p.j.

DESCRIPTION DU SOMMAIRE DE RECHERCHE

SUJET DE RECHERCHE

En bref, le phénomène étudié se situe au confluent des orientations ministérielles du «Défi Qualité-Performance» et des caractéristiques et résultats des modèles de distribution ou de prestation de soins. Nous pouvons constater à priori que certains modèles sont centrés davantage sur les tâches et d'autres sur les résultats de soins. En soins de longue durée, un modèle domine les milieux de soins, il s'agit du système d'équipe. Plusieurs études portant sur ces modèles de distribution de soins sont rapportées au sein de la documentation et elles font surtout référence aux soins de courte durée. De là l'intérêt d'effectuer une telle étude dans un milieu de longue durée. Il nous paraît que l'évolution des systèmes d'organisation de soins est reliée aux valeurs sociales prévalantes et subit ainsi l'influence des écoles de pensée en sciences infirmières et en gestion. De plus, l'évolution des facteurs de contexte tels la complexité des cas traités et l'augmentation de la population âgée couplées à la maîtrise des coûts rendent nécessaire l'adaptation de modèles de distribution de soins. L'agencement des effectifs en soins infirmiers doit permettre de maintenir la qualité des soins et cela principalement dans un contexte d'intensification et de complexité des soins. Le modèle d'organisation ou de prestation de soins constitue à notre sens une variable critique du fonctionnement du centre hospitalier.

Cette étude permettra donc la comparaison de deux modèles (système d'équipe et intégral) dans deux institutions différentes dont la mission est le soin aux personnes âgées. Elle mettra en lumière les principaux facteurs de contexte externes et internes pouvant influencer le choix d'un modèle et l'impact de l'application de ces modèles sur les variables

de résultats suivantes : la qualité des soins, la satisfaction du client, la dimension de coûts et l'impact pour le personnel soignant.

CADRE CONCEPTUEL DE L'ÉTUDE

Les modèles d'organisation de soins ont une influence sur les processus et les résultats de soins, notamment sur la continuité, la coordination, la globalité et l'imputabilité des soins. Ils ont également un impact sur la satisfaction des clients et de leur famille, sur les résultats recherchés pour la clientèle, sur la qualité des soins et des services, sur les coûts, sur la satisfaction, la motivation et le sentiment d'appartenance du personnel. Plusieurs études de nature empirique comparent de modèles d'organisation de soins et les évaluent selon chacun de ses aspects. Sandhu, Duquette et Kerouac (1991) ont analysé les modèles de prestation de soins à l'aide du cadre conceptuel de Munson et Clinton (1979). Nous nous inspirerons de ce cadre conceptuel pour la présente recherche car il met en lumière des éléments essentiels aux modèles de distribution de soins.

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Il s'agit d'une étude de cas de type exploratoire où nous décrirons les principales variables inhérentes aux modèles de distribution de deux unités de soins. Des méthodes et outils différents permettront l'analyse de chacune des variables.

Nous estimons de la façon suivante le temps prévu pour chacun des questionnaires qui implique la participation d'intervenants et de clients.

Questionnaire de satisfaction client/famille (par entrevue)	40 minutes
Questionnaire mesurant l'impact sur le personnel soignant	25 minutes
Questionnaire d'analyse des facteurs internes avec la directrice des soins et le chef de l'unité à l'étude	45 minutes/individu
Grille d'analyse pour évaluer la globalité et l'intégration	1 seule question/ intervenant choisi : 5 à 10 minutes

Les autres outils mentionnés dans le tableau « sommaire de la méthodologie » sont des grilles servant à l'analyse de contenu de documents.

CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

Il est entendu que nous respectons la confidentialité des données relatives au bénéficiaire ainsi que les modalités de consentement requises par l'institution.

PORTÉE DE L'ÉTUDE

Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet de mémoire à la maîtrise en administration publique (type B) à l'École nationale d'administration publique. Il pourrait y avoir une publication éventuelle bien sûr, avec l'autorisation des deux organisations participantes.

AVANTAGES POUR VOTRE ORGANISATION

- Une évaluation de votre modèle d'organisation de soins; peu d'études de ce genre ont été réalisées pour le secteur de longue durée. Il s'agit donc d'un éclairage nouveau sur le sujet;
- la comparaison des résultats de l'étude avec des modèles théoriques au sein de la documentation;
- la possibilité d'en dégager une perspective d'avenir intéressante pour les milieux de longue durée.

APPENDICE E

GRILLE DE RÉPARTITION DU PERSONNEL INFIRMIER
STRUCTURE QUOTIDIENNE DE PRÉSENCE

Quart de travail	Infirmière (nombre)		Infirmière auxiliaire (nombre)		Préposée aux bénéficiaires (nombre)	
	Unité 1	Unité 2	Unité 1	Unité 2	Unité 1	Unité 2
Jour						
Soir						
Nuit						

Autres	Infirmière-chef	U_1	_____
		U_2	_____
	Infirmière-clinicienne	U_1	_____
		U_2	_____
	Réceptionniste	U_1	_____
		U_2	_____
	Coordonnatrice	U_1	_____
		U_2	_____

APPENDICE F

GRILLE D'ANALYSE DE MUNSON ET CLINTON

Unité 1 ☐ **Unité 2** ☐

Plan de soins	CT_1	CT_2	CT_3	CT_4	CT_5	CT_6	CT_7	CT_8	CT_9	CT_{10}	CT_{11}	CT_{12}	CT_{13}	CT_{14}	CT_{15}	CT_{16}	CT_{17}	CT_{18}	CT_{19}	CT_{20}
Évaluation des besoins																				
Problématique de soins (diagnostic infirmier)																				
Objectifs/résultats de soins																				
Interventions de soins																				
Évaluation des résultats																				
Objectifs révisés																				
Interventions révisées																				
DOSSIER																				
Fréquence des inscriptions au dossier (en nombre)																				
Fréquence des rencontres interdisciplinaires																				

Grille de Munson et Clinton

APPENDICE G

QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION DE LA DIMENSION QUALITATIVE « GLOBALITÉ » AUPRÈS DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE

QUESTION :

Pouvez-vous m'énumérer deux objectifs à atteindre avec Monsieur ou Madame ..... au cours du prochain mois?

Unité 1

	A_1	A_2	A_3	A_4	A_5	A_6	A_7	A_8	A_9	A_{10}
Oui										
Non										
N/A										

Unité 2

	A_1	A_2	A_3	A_4	A_5	A_6	A_7	A_8	A_9	A_{10}
Oui										
Non										
N/A										

APPENDICE H

GRILLE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE

GRILLE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE

Unité visée : U_1 ☐ U_2 ☐

Sexe : F ☐ M ☐

Âge : _____

Durée de séjour : _____

Diagnostic médical : _____

Conditions pathologiques associées : _____

_____

_____

Niveau d'autonomie :

AVQ : Dépendance totale ☐ Avec aide ☐

Activités récréatives : Participe régulièrement ☐ Participe occasionnellement ☐ Ne participe pas du tout ☐

Niveau de complexité de soins:

Heures-soins requises : _____

Résultats visés au plan de soins

1 _____

_____

_____

_____

2 _____

_____

_____

_____

APPENDICE I

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION POUR LES RÉSIDENTS

PRÉAMBULE

Ce questionnaire est conçu pour vous permettre de vous exprimer sur le niveau de satisfaction en regard de divers aspects reliés aux soins infirmiers que vous recevez.

La section commentaires et suggestions peut permettre de nuancer ou compléter certaines réponses.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

(Posez un crochet devant le numéro qui correspond à votre réponse.)

1. Le sexe du bénéficiaire :

1. Homme 2. Femme

2. L'âge du bénéficiaire :

J'ai ans

3. Depuis combien de temps êtes-vous au centre hospitalier?

1. Moins d'un an 2. Entre 1 et 5 ans 3. Plus de 5 ans.

4. Qui a rempli le questionnaire?

1. Le résident
2. Le résident aidé de la personne significative
3. La famille du résident ou une personne significative
4. Autres? Spécifiez

INSTRUCTIONS COMPLÉMENTAIRES

1. Posez un crochet devant le numéro qui correspond à votre réponse. Indiquez une **seule** réponse par question.

2. Il peut arriver qu'aucune réponse ne représente votre opinion. Choisissez celle qui se rapproche le plus de votre opinion.

3. Il peut aussi arriver qu'une question ne vous concerne pas. Répondez alors «non applicable».

4. Répondez à **chaque** question en toute liberté.

5. Ce questionnaire a comme objectif de vérifier votre satisfaction en regard des soins et services que vous recevez du personnel infirmier (infirmière, infirmière auxiliaire, préposée).

6. Si vous avez des commentaires, ne vous gênez pas. Écrivez-les à la fin de chaque section, dans les espaces réservés à cette fin.

N.B. :

Vos réponses individuelles demeureront strictement **confidentielles.**

Questionnaire complété le : ..... | ..... | .....

jour mois année

LA DIGNITÉ

1. **Le personnel infirmier est-il poli, courtois et aimable dans ses relations avec vous?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

2. **Le personnel infirmier respecte-t-il la façon dont vous voulez être interpellé?** (être vouvoyé ou être tutoyé)

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

3. **Le personnel infirmier respecte-t-il votre rythme dans vos activités de vie quotidienne?**

   a) **pour vos soins d'hygiène?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   b) **pour vos repas?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   c) **pour vos déplacements?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

   d) **autres? Spécifiez : .....**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

LA DIGNITÉ (suite)

4. **Le personnel infirmier respecte-t-il vos croyances quelles qu'elles soient?**

   a) **vos croyances religieuses?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

   b) **autres? Spécifiez : .....**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

5. **Croyez-vous obtenir facilement une réponse du personnel infirmier lorsque vous exprimez vos besoins?**

   a) **vos besoins physiques?**
   (par exemple : besoin d'un verre d'eau, de la bassine, de se faire habiller)

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

   b) **vos besoins psychologiques?**
   (par exemple : besoin de se faire consoler, rassurer, écouter)

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

6. **Trouvez-vous que le personnel infirmier vous traite de façon juste, sans discrimination ni favoritisme?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

7. **Diriez-vous que le personnel infirmier a une bonne connaissance de vos besoins?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

Si vous le désirez, écrivez ici vos commentaires et vos suggestions sur le respect de la dignité.

_____

_____

_____

L'INTIMITÉ

1. **Le personnel infirmier respecte-t-il votre choix lorsque vous désirez être seule?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

2. **Par qui désirez-vous recevoir vos soins intimes?**

   1. Par une personne du même sexe 2. Aucune préférence

3. **Le personnel infirmier vous offre-t-il toute l'intimité désirée lors de vos soins particuliers?**

   a) **le rideau tiré?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   b) **la porte fermée?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   c) **autres? Spécifiez .....**

4. **Le personnel infirmier vous a-t-il déjà blessé en tenant des propos indiscrets sur votre personne?**

   a) **au sujet des soins que le personnel vous a prodigués?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

   b) **au sujet des confidences ou des secrets que vous avez confiés au personnel?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

5. **Pouvez-vous vivre vos relations affectives selon vos convenances?**

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

6. **Pouvez-vous avoir des conversations privées avec vos proches sans être dérangé inutilement par le personnel infirmier?**

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

Si vous le désirez, écrivez ici vos commentaires et vos suggestions sur le respect de l'intimité.

_____

_____

_____

L'INFORMATION

1. **Etes-vous suffisamment informé avant de faire des choix sur des décisions à prendre pour votre santé?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

2. **Êtes-vous suffisamment informé sur les activités qui se passent dans le centre?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

3. **Etes-vous suffisamment informé du contenu de votre plan d'intervention?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

4. **Connaissez-vous le nom de l'infirmière qui s'occupe de vous aujourd'hui?**

   1. Oui 2. Non

5. **Connaissez-vous le nom d'une autre personne qui s'occupe de vous aujourd'hui? (infirmière auxiliaire ou préposée)**

   1. Oui 2. Non

Si vous le désirez, écrivez ici vos commentaires et vos suggestions sur le respect de l'information.

_____

_____

_____

L'AUTONOMIE

1. **Le personnel infirmier favorise-t-il votre autonomie en respectant vos décisions?**

   a) **concernant votre santé?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   b) **concernant vos activités sociales?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   c) **autres? Spécifiez .....**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

2. **Favorise-t-on l'implication de votre famille lors de situations particulières si vous le désirez?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

3. **Le personnel infirmier vous offre-t-il tout le support nécessaire pour vous aider à accomplir par vous-même vos tâches de vie quotidienne?**

   a) **concernant vos soins d'hygiène et de confort?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

   b) **concernant vos activités thérapeutiques?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

   c) **concernant vos activités sociales et de loisirs?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

L'AUTONOMIE (suite)

4. Le personnel infirmier répond-il rapidement aux cloches d'appel?

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

5. Le personnel infirmier laisse-t-il votre cloche d'appel à la portée de la main?

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

Si vous le désirez, écrivez ici vos commentaires et vos suggestions sur le respect de l'autonomie?

_____

_____

_____

LES SOINS ET LES SERVICES

1. Globalement les soins et les services qui vous sont offerts par le personnel infirmier sont-ils satisfaisants pour vous?

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

Si vous le désirez, écrivez ici vos commentaires et vos suggestions sur la qualité des services.

_____

_____

LES SOINS ET LES SERVICES PROFESSIONNELS

QUESTION FACULTATIVE :

Pour mieux répondre à vos valeurs et aux besoins que vous jugez importants pour la personne résidente, pourriez-vous énumérer par ordre d'importance les huit catégories de soins et services qui sont offerts au centre :

1. **représentera le service qui est le plus important pour vous;**
2. **représentera le service qui est le deuxième plus important pour vous;**

   et ainsi de suite jusqu'à 8, où

8. **représentera le service qui est le moins important pour vous.**

Voici les huit catégories de soins et services que nous vous présentons dans une liste alphabétique :

Diétothérapie, Ergothérapie, Inhalothérapie, Pastorale, Physiothérapie, Récréologie, Soins infirmiers, Soins médicaux

Veuillez les énumérer ici par ordre d'importance pour vous.

(le plus important) **1.** _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

(le moins important) **8.** _____

Si vous le désirez, faites-nous part de vos commentaires et de vos suggestions en général pour améliorer votre qualité de vie au centre.

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Questionnaire adapté et tiré du projet de recherche de Madame Céline Halikas, directrice des soins infirmiers du Centre hospitalier Cooke, Trois-Rivières (nov. 1994)

APPENDICE J

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION POUR LES FAMILLES

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

(Posez un crochet devant le numéro qui correspond à votre réponse.)

1. Le sexe de la personne résidente :

1. Homme 2. Femme

2. L'âge de la personne résidente :

..... ans

3. Depuis combien de temps votre parent ou ami est-il au centre hospitalier?

1. Moins d'un an 2. Entre 1 et 5 ans 3. Plus de 5 ans.

4. Le questionnaire fut complété par :

1. La famille de la personne résidente ou une personne significative
2. La personne significative aidée par la personne résidente
3. Autres? Spécifiez

.....

PRÉAMBULE

Ce questionnaire est conçu pour vous permettre de vous exprimer sur le niveau de satisfaction en regard de divers aspects reliés aux soins infirmiers que reçoit votre parent ou ami.

Vous pouvez, si cela est possible, le compléter avec la participation de la personne résidente.

La section commentaires et suggestions peut permettre de nuancer ou compléter certaines réponses.

INSTRUCTIONS COMPLÉMENTAIRES

1. Posez un crochet devant le numéro qui correspond à votre réponse. Indiquez une **seule** réponse par question.

2. Il peut arriver qu'aucune réponse ne représente votre opinion. Choisissez celle qui se rapproche le plus de votre opinion.

3. Il peut aussi arriver qu'une question ne vous concerne pas. Répondez alors «non applicable».

4. Répondez à **chaque** question en toute liberté.

5. Ce questionnaire a comme objectif de vérifier votre satisfaction en regard des soins et services que reçoit votre parent ou votre proche du personnel infirmier (infirmière, infirmière auxiliaire, préposée).

6. Si vous avez des commentaires, ne vous gênez pas. Écrivez-les à la fin de chaque section, dans les espaces réservés à cette fin.

N.B. :

Vos réponses individuelles demeureront strictement **confidentielles.**

Questionnaire complété le : _____ | _____ | _____

jour mois année

LA DIGNITÉ

1. **Le personnel infirmier est-il poli, courtois et aimable dans ses relations avec la personne résidente?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

2. **Le personnel infirmier respecte-t-il la façon dont la personne résidente désire être interpellée?**
   (être vouvoyée ou être tutoyée)

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

3. **Le personnel infirmier respecte-t-il le rythme de la personne résidente dans les activités de vie quotidienne?**

   a) **pour les soins d'hygiène?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   b) **pour les repas?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   c) **pour les déplacements?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

   d) **autres? Spécifiez : .....**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

LA DIGNITÉ (suite)

4. Le personnel infirmier respecte-t-il les croyances de la personne résidente quelles qu'elles soient?

a) les croyances religieuses?

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

b) autres? Spécifiez : .....

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

5. Croyez-vous que la personne résidente puisse obtenir facilement une réponse du personnel infirmier lorsqu'elle exprime ses besoins?

a) besoins physiques?
(par exemple : besoin d'un verre d'eau, de la bassine, de se faire habiller)

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

b) besoins psychologiques?
(par exemple : besoin de se faire consoler, rassurer, écouter)

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

6. Trouvez-vous que le personnel infirmier traite la personne résidente de façon juste, sans discrimination ni favoritisme?

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

7. Diriez-vous que le personnel infirmier a une bonne connaissance des besoins de la personne résidente?

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

Si vous le désirez, écrivez ici vos commentaires et vos suggestions sur le respect de la dignité.

_____

_____

_____

L'INTIMITÉ

1. **Le personnel infirmier respecte-t-il le choix de la personne résidente lorsqu'elle désire être seule?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

2. **Le personnel infirmier offre-t-il à la personne résidente toute l'intimité désirée lors de ses soins particuliers?**

   a) **le rideau tiré?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   b) **la porte fermée?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   c) **autres? Spécifiez .....**

3. **Le personnel infirmier a-t-il déjà blessé la personne résidente en tenant des propos indiscrets sur sa personne?**

   a) **au sujet des soins que le personnel a prodigués?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

   b) **au sujet des confidences ou des secrets que la personne résidente a confiés au personnel?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

4. **Croyez-vous que la personne résidente est en mesure de vivre ses relations affectives selon ses convenances?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

5. **Pouvez-vous avoir des conversations privées avec la personne résidente sans être dérangé inutilement par le personnel infirmier?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

Si vous le désirez, écrivez ici vos commentaires et vos suggestions sur le respect de l'intimité.

_____

_____

_____

L'INFORMATION

1. **Croyez-vous que la personne résidente et vous-même êtes suffisamment informés avant de faire des choix sur des décisions à prendre pour la santé de la personne résidente?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

2. **Est-ce que la personne résidente et vous-même êtes suffisamment informés sur les activités qui se passent dans le centre?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

3. **Est-ce que la personne résidente et vous-même êtes suffisamment informés du contenu du plan d'intervention?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

4. **Seriez-vous en mesure d'affirmer que le personnel infirmier est plutôt stable. (Les mêmes personnes s'occupent pour une bonne période de temps de votre parent ou proche?)**

   1. Oui 2. Non

Si vous le désirez, écrivez ici vos commentaires et vos suggestions sur le respect de l'information.

_____

_____

_____

L'AUTONOMIE

1. **Le personnel infirmier favorise-t-il l'autonomie de la personne résidente en respectant ses décisions?**

   a) **concernant sa santé?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   b) **concernant ses activités sociales?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

   c) **autres? Spécifiez .....**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

2. **L'implication de la famille est-elle favorisée?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

3. **Le personnel infirmier offre-t-il à la personne résidente tout le support nécessaire pour l'aider à accomplir par elle-même ses tâches de vie quotidienne?**

   a) **concernant les soins d'hygiène et de confort?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

   b) **concernant les activités thérapeutiques?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

   c) **concernant les activités sociales et de loisirs?**

   1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

L'AUTONOMIE (suite)

4. Le personnel infirmier répond-il rapidement aux cloches d'appel?

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

5. Le personnel infirmier laisse-t-il la cloche d'appel à la portée de la main de la personne résidente?

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours

Si vous le désirez, écrivez ici vos commentaires et vos suggestions sur le respect de l'autonomie?

_____

_____

_____

LES SOINS ET LES SERVICES

1. Globalement les soins et les services qui sont offerts à la personne résidente par le personnel infirmier sont-ils satisfaisants pour vous?

1. Pas du tout 2. Très peu 3. Habituellement 4. Toujours 5. Non applicable

Si vous le désirez, écrivez ici vos commentaires et vos suggestions sur la qualité des services.

_____

_____

_____

LES SOINS ET LES SERVICES PROFESSIONNELS

QUESTION FACULTATIVE :

Pour mieux répondre à vos valeurs et aux besoins que vous jugez importants pour la personne résidente, pourriez-vous énumérer par ordre d'importance les huit catégories de soins et services qui sont offerts au centre :

1. **représentera le service qui est le plus important pour vous;**
2. **représentera le service qui est le deuxième plus important pour vous;**

   et ainsi de suite jusqu'à 8, où

8. **représentera le service qui est le moins important pour vous.**

Voici les huit catégories de soins et services que nous vous présentons dans une liste alphabétique :

Diétothérapie, Ergothérapie, Inhalothérapie, Pastorale, Physiothérapie, Récréologie, Soins infirmiers, Soins médicaux

Veuillez les énumérer ici par ordre d'importance pour vous.

(le plus important) **1.** _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

(le moins important) **8.** _____

Si vous le désirez, faites-nous part de vos commentaires et de vos suggestions en général pour améliorer votre qualité de vie au centre.

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

Questionnaire adapté et tiré du projet de recherche de Madame Céline Halikas, directrice des soins infirmiers du Centre hospitalier Cooke, Trois-Rivières (nov. 1994)

APPENDICE K

ENQUÊTE DE DIAGNOSTIC SUR LES EMPLOIS

ENQUÊTE DE DIAGNOSTIC SUR LES EMPLOIS

(Traduction de Job Diagnostic Survey de J. Richard Hackman et Greg R. Oldham par Francine Rancourt)

ENQUÊTE DE DIAGNOSTIC SUR LES EMPLOIS

Ce questionnaire a été mis au point dans le cadre d'une étude menée par l'Université Yale sur les emplois et sur les réactions de leurs titulaires. Les renseignements qui seront recueillis à ce sujet pour divers emplois serviront à déterminer comment on peut mieux concevoir les tâches.

Les pages suivantes renferment différentes questions concernant votre emploi. Au début de chaque partie du questionnaire, vous trouverez des indications précises sur la façon de répondre aux questions. Lisez-les attentivement. Il ne vous faudra normalement pas plus de 25 minutes pour remplir ce questionnaire. Répondez rapidement.

Nous désirons connaître votre impression sur votre travail et vos réactions à son sujet.

Il n'y a aucune question piège. Vos réponses demeureront confidentielles. Répondez sincèrement.

Merci de votre collaboration.

PREMIÈRE PARTIE

Veuillez décrire votre emploi de manière objective.

Cette partie du questionnaire ne vise pas à déterminer si vous aimez ou non votre emploi; des questions à ce sujet vous seront posées plus loin. Efforcez-vous plutôt de donner des réponses aussi exactes et aussi objectives que possible.

Voici un exemple.

A. Devez-vous utiliser des machines pour accomplir votre travail?

1	2	3	4	5	6	7
Très peu; je n'ai presque jamais besoin de machines pour faire mon travail.			Assez souvent.			Très souvent; je crois utiliser constamment des machines pour faire mon travail.

Veuillez entourer le numéro qui correspond le plus à votre situation.

Si, la plupart du temps, vous devez utiliser des machines pour faire votre travail, mais que ce dernier comporte aussi des écritures, entourez le numéro 6, comme dans l'exemple précédent.

Si vous ne comprenez pas les indications précédentes, demandez à l'enquêteur de vous aider. Dans le cas contraire, tournez la page et commencez.

1. Dans votre travail, êtes-vous appelé à collaborer étroitement avec d'autres personnes (par exemple, des clients ou du personnel de votre propre entreprise)?

1---------- 2 ---------- 3	---------- 4 ---------- 5	---------- 6 ---------- 7
Très peu; pour faire mon travail, il n'est pas nécessaire que je traite avec d'autres personnes.	Modérément; une certaine collaboration avec d'autres personnes est nécessaire.	Très souvent; il est absolument essentiel que je traite avec d'autres personnes pour faire mon travail.

2. Avez-vous une certaine autonomie dans votre travail? En d'autres termes, pouvez-vous décider seul comment organiser votre travail?

1---------- 2 ---------- 3	---------- 4 ---------- 5	---------- 6 ---------- 7
Très peu; je ne peux presque rien dire quant à l'organisation de mon travail.	Une autonomie moyenne; beaucoup de choses sont normalisées mais je peux prendre quelques décisions.	Très souvent; je suis presque entièrement responsable de l'organisation de mon travail.

3. Votre travail se présente-t-il comme un tout bien délimité? Comporte-t-il un début et une fin bien précis? ou n'est-ce qu'une partie d'une tâche qui doit être achevée par d'autres employés ou par des machines automatiques?

1---------- 2 ---------- 3	---------- 4 ---------- 5	---------- 6 ---------- 7
Je n'accomplis qu'une infime partie d'un travail; mon apport est imperceptible dans le produit ou le service final.	J'accomplis une assez grande part du travail; mon apport est perceptible dans le résultat final.	J'accomplis tout le travail du début à la fin; les résultats de mon activité sont facilement perceptibles dans le produit ou le service final.

4. Votre travail est-il varié? En d'autres termes, exécutez-vous des tâches diverses qui font appel à plusieurs de vos aptitudes et à plusieurs de vos talents?

1---------- 2 ---------- 3	---------- 4 ---------- 5	---------- 6 ---------- 7
Très peu varié; mon travail est routinier.	Moyennement varié.	Très varié; mon travail m'oblige à faire des tâches très diverses qui font appel à plusieurs de mes aptitudes et à plusieurs de mes talents.

5. Dans l'ensemble, votre travail est-il important? Autrement dit, votre travail peut-il avoir des répercussions sur la vie et le bien-être d'autres personnes?

1---------- 2 ---------- 3	4	5 ---------- 6 ---------- 7
Pas très important; ces résultats ont peu de chance d'avoir des répercussions sur quiconque.	Assez important.	Très important; les résultats de mon travail peuvent avoir de grandes répercussions sur autrui.

6. Vos supérieurs et vos collègues vous disent-ils qu'ils sont satisfaits de votre travail?

1---------- 2 ---------- 3	4	5 ---------- 6 ---------- 7
Très rarement; on me parle rarement de la qualité de mon travail.	Assez souvent; ils me communiquent parfois leurs réactions, mais pas toujours.	Très souvent; mes supérieurs et mes collègues disent presque toujours ce qu'ils pensent de mon travail

7. Votre travail lui-même vous permet-il d'évaluer votre rendement? Autrement dit, outre les réactions de vos supérieurs et de vos collègues, votre travail vous fournit-il des indices sur sa qualité?

1---------- 2 ---------- 3	4	5 ---------- 6 ---------- 7
Très peu; le travail est organisé de telle sorte qu'il m'est impossible de savoir si je m'acquitte bien de ma tâche.	Assez souvent; parfois mon travail me fournit des indices sur sa qualité, mais parfois il ne m'en fournit pas.	Beaucoup; le travail est organisé de telle sorte que je sais presque toujours s'il est bien fait.

DEUXIÈME PARTIE

Les énoncés ci-après pourraient servir à qualifier votre emploi.

Veuillez indiquer s'ils sont justes ou faux et qualifient bien votre emploi.

Essayez d'être objectif, que vous aimiez ou non votre emploi.

Veuillez inscrire un numéro dans le blanc qui précède chaque énoncé, d'après le barème ci-après :

1	2	3	4	5	6	7
Très faux	Faux dans l'ensemble	Assez faux	Sans opinion	Assez juste	Juste dans l'ensemble	Très juste

Dans quelle mesure cet énoncé s'applique-t-il à votre travail?

------- 1. Mon travail m'oblige à faire preuve de compétences complexes et de haut niveau.
------- 2. Je dois souvent travailler en étroite collaboration avec d'autres personnes.
------- 3. Le travail est organisé de sorte que je n'ai jamais l'occasion de faire une tâche du début à la fin.
------- 4. Le travail, en soi, me donne maintes occasions de déterminer si je m'acquitte bien de ma tâche.
------- 5. Le travail est très simple et répétitif.
------- 6. Le titulaire de l'emploi peut faire adéquatement ce travail seul, sans communiquer ni faire de vérifications avec d'autres personnes.
------- 7. Mes supérieurs et mes collègues ne me disent presque jamais ce qu'ils pensent de mon travail.
------- 8. La qualité de mon travail peut avoir des répercussions sur un grand nombre d'autres personnes.
------- 9. Cet emploi m'empêche de faire preuve d'initiative ou de discernement dans mon travail.
------- 10. Mes supérieurs me tiennent souvent au courant de ce qu'ils pensent de mon travail.
------- 11. Mon emploi me donne la possibilité d'achever les travaux que j'entreprends.
------- 12. Le travail, en soi, ne me donne que peu d'indications sur la façon dont je m'acquitte de ma tâche.
------- 13. Mon emploi me laisse beaucoup d'indépendance et de liberté pour organiser mon travail.
------- 14. Mon emploi n'est pas en soi très important pour l'ensemble de la société.

TROISIÈME PARTIE

Veuillez maintenant nous donner votre opinion sur votre emploi.

Les énoncés ci-après pourraient traduire votre opinion sur votre emploi. Veuillez indiquer si vous êtes d'accord avec ceux-ci.

Veuillez inscrire un numéro dans le blanc qui précède chaque énoncé, d'après le barème ci-après :

1	2	3	4	5	6	7
Pas d'accord du tout	Pas d'accord	Pas très d'accord	Sans opinion	Assez d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Que pensez-vous des énoncés ci-après?

------- 1. Dans cet emploi, j'ai du mal à me soucier vraiment de la façon dont le travail est fait.
------- 2. Mon estime pour moi-même augmente quand je fais bien mon travail.
------- 3. De façon générale, je suis très satisfait de mon emploi.
------- 4. La plupart de mes tâches me semblent inutiles et insignifiantes.
------- 5. Dans cet emploi, je sais généralement si mon travail est satisfaisant.
------- 6. Je ressens une grande satisfaction personnelle quand je fais bien mon travail.
------- 7. Le travail que je fournis dans cet emploi revêt une grande signification pour moi.
------- 8. J'assume une très grande part de responsabilité pour le travail que j'accomplis.
------- 9. Je songe souvent à quitter mon emploi.
------- 10. Dans cet emploi, je suis malheureux quand je découvre que j'ai mal fait mon travail.
------ 11. Dans cet emploi, j'ai souvent du mal à déterminer si je fais bien ou mal mon travail.
------- 12. Dans cet emploi, il me semble que je devrais m'attribuer personnellement le mérite ou le blâme suscité par les résultats de mon travail.
------- 14. En général, dans cet emploi, les résultats de mon travail m'importent plus ou moins.
------- 15. Je suis pleinement responsable de la façon dont le travail est fait.

QUATRIÈME PARTIE

Veuillez maintenant exprimer votre degré de satisfaction sur les aspects de votre emploi indiqués ci-après. Nous vous rappelons d'inscrire le numéro correspondant à votre réponse dans le blanc qui précède chaque énoncé.

Êtes-vous :

1	2	3	4	5	6	7
Très mécontent	Mécontent	Assez mécontent	Ni mécontent Ni satisfait	Assez satisfait	Satisfait	Très satisfait

------- 1. De votre sécurité d'emploi.
------- 2. De votre salaire et des avantages sociaux que vous recevez.
------- 3. Des possibilités de perfectionnement que vous apporte votre travail.
------- 4. De vos contacts personnels et professionnels dans votre emploi.
------- 5. De l'estime que vous témoigne votre patron et de son équité.
------- 6. Le cas échéant, d'avoir le sentiment d'accomplir un travail valable.
------- 7. De la possibilité de rencontrer de nouvelles connaissances dans l'exercice de vos fonctions.
------- 8. De l'appui et des conseils que vous donne votre supérieur.
------- 9. De la rémunération pour l'apport que vous faites à l'organisme qui vous emploie.
------- 10. De l'esprit d'initiative et de la liberté d'action que vous avez dans votre travail.
------ 11. De l'avenir qui semble vous être assuré dans cette entreprise.
------- 12. Des possibilités que vous avez d'aider les gens dans l'exercice de vos fonctions.
------- 13. Des défis que comporte votre travail.
------- 14. De la qualité d'ensemble de la direction exercée par vos supérieurs.

CINQUIÈME PARTIE

Songez aux personnes qui ont le même poste que vous dans votre entreprise. Si personne ne fait le même travail que vous, songez à ceux dont le travail s'apparente le plus au vôtre.

Lisez attentivement les énoncés ci-après et voyez s'ils représentent bien l'opinion de ces autres personnes à l'égard de ce travail.

Il se peut que les réponses que vous donnerez dans cette partie diffèrent de celles que vous avez données quand vous avez fait part de vos réactions. Il arrive souvent que des personnes différentes aient des vues très divergentes sur un même travail.

Nous vous rappelons d'inscrire le numéro correspondant à votre réponse dans le blanc qui précède chaque énoncé.

Êtes-vous :

1	2	3	4	5	6	7
Pas d'accord du tout	Pas d'accord	Pas très d'accord	Sans opinion	Assez d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

avec les énoncés suivants ? La plupart des gens qui font ce travail

------- 1. ressentent une grande satisfaction personnelle lorsqu'ils le font bien.
------- 2. sont très satisfaits de leur emploi.
------- 3. croient qu'il est inutile et insignifiant.
------- 4. se sentent personnellement responsables pour le travail qu'ils accomplissent.
------- 5. ont une assez bonne idée de la qualité de leur travail.
------- 6. trouvent qu'il revêt une grande signification pour eux.
------- 7. se sentent pleinement responsables de la façon dont le travail est fait.
------- 8. songent souvent à quitter leur emploi.
------- 9. sont malheureux quand ils découvrent qu'ils ont mal travaillé.
-------10. ont du mal à savoir s'ils le font bien ou mal.

SIXIÈME PARTIE

Vous trouverez ci-dessous des traits caractéristiques qui pourraient se retrouver dans tout emploi. Tout le monde ne les considère pas souhaitables au même degré.

Nous aimerions connaître le degré d'importance que vous accordez personnellement à chacune de ces caractéristiques dans votre emploi.

Veuillez indiquer à l'aide du barème ci-après, dans quelle mesure vous aimeriez que ces caractéristiques fassent partie de votre emploi :

ATTENTION : La numérotation diffère des précédentes.

4	5	6	7	8	9	10
Moyennement (ou peu)			Beaucoup			Énormément

------- 1. Être tenu en haute estime et traité avec équité par vos supérieurs.
------- 2. Avoir un travail stimulant et comportant des défis.
------- 3. Avoir des occasions de faire preuve d'initiative et d'agir librement.
------- 4. Avoir une grande sécurité d'emploi.
------- 5. Avoir des collègues amicaux.
------- 6. Avoir l'occasion d'apprendre de nouvelles choses de votre travail.
------- 7. Avoir un salaire élevé et de nombreux avantages sociaux.
------- 8. Avoir des occasions de faire preuve d'imagination et de créativité dans votre travail.
------- 9. Avoir des promotions rapides.
------- 10. Avoir des possibilités de croissance personnelle dans votre travail.
------- 11. Avoir le sentiment d'accomplir un travail valable.

SEPTIÈME PARTIE

Les individus ne sont pas tous du même avis quant au type d'emploi qu'ils aimeraient le plus obtenir. Les questions contenues dans cette partie vous permettront d'indiquer ce qui est le plus important pour vous dans un emploi.

Pour chaque question, deux postes différents sont brièvement décrits. Veuillez indiquer celui d'entre eux que vous préféreriez si vous deviez choisir.

Lorsque vous répondrez, supposez que les deux postes sont identiques. Ne vous attardez qu'aux caractéristiques indiquées.

Voici deux exemples :

POSTE A	POSTE B
Emploi exigeant de travailler avec des machines pendant la plus grande partie de la journée	Emploi exigeant de travailler avec d'autres personnes pendant la plus grande partie de la journée

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

Si vous aimez autant travailler avec d'autres personnes qu'avec des machines, vous devez entourer le numéro 3, comme dans l'exemple.

Voici un autre exemple. Le choix sera plus difficile à faire car il s'agit de deux postes qui comportent tous les deux des aspects désagréables.

POSTE A	POSTE B
Emploi exigeant que vous vous exposiez à de grands dangers	Travail situé à 300 km de votre foyer

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

Si vous aviez une légère préférence pour un poste qui comporte des dangers comparativement à un poste éloigné de votre foyer, vous entoureriez le numéro 2, comme nous l'avons fait dans cet exemple.

Si vous ne voyez pas bien comment répondre à ces questions, veuillez demander de l'aide.

POSTE A	POSTE B
1. Un poste très bien rémunéré	Un poste offrant souvent l'occasion de se montrer créateur et novateur

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

POSTE A	POSTE B
2. Un poste où vous devez souvent prendre d'importantes décisions	Un poste qui vous permet de travailler avec beaucoup de gens très agréables.

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

POSTE A	POSTE B
3. Un poste où l'on confierait les plus grandes responsabilités à ceux qui font le meilleur travail	Un poste où l'on confierait les plus grandes responsabilités aux employés loyaux qui ont le plus d'ancienneté

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

POSTE A	POSTE B
4. Un poste dans une entreprise éprouvant des difficultés financières, qui risquerait de fermer ses portes pendant l'année	Un poste où vous ne pourriez rien dire quant à vos horaires ni quant à l'organisation de votre travail

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

POSTE A	POSTE B
5. Un poste très routinier	Un poste où vos collègues ne seraient pas très aimables

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

POSTE A	POSTE B
6. Un poste où un supérieur se montre souvent très critique envers vous et votre travail en présence d'autres personnes	Un poste qui ne vous permet pas d'utiliser des compétences que vous avez acquises au prix d'un dur labeur

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

POSTE A	POSTE B
7. Un poste où votre surveillant vous estime et vous traite de façon juste	Un poste qui vous donne sans cesse l'opportunité d'apprendre des choses nouvelles et intéressantes

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

POSTE A	POSTE B
8. Un poste où vous risquez vraiment d'être congédié	Un poste qui comporte très peu de défis

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

POSTE A	POSTE B
9. Un poste qui offre de réelles possibilités d'acquérir de nouvelles compétences et de monter dans la hiérarchie de l'entreprise	Un poste assorti de nombreux congés et avantages sociaux

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

POSTE A	POSTE B
10. Un poste où l'on ne vous laisserait que peu de liberté et de latitude pour organiser votre travail à votre guise	Un poste dans lequel les conditions de travail sont mauvaises

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

POSTE A	POSTE B
11. Un poste où se fait un très bon travail d'équipe	Un poste qui vous permet d'utiliser vos compétences et vos capacités au maximum

1---------- 2 ---------- 3 ---------- 4 ---------- 5

Préférence marquée pour le poste A	Légère préférence pour le poste A	Sans préférence	Légère préférence pour le poste B	Préférence marquée pour le poste B

ENQUÊTE DE DIAGNOSTIC SUR LES EMPLOIS

COMPILATION DES SCORES

1. ÉLÉMENTS ESSENTIELS DU TRAVAIL

(faites la moyenne des questions, pour chaque catégorie)

A. Variété des habiletés

Partie 1 # 4 _____
Partie 2 # 1 _____
5 (score inverse) (8- __) = _____
Total _____ ÷ 3 [ ]

B. Intégrité de la tâche

Partie 1 # 3 _____
Partie 2 # 11 _____
3 (score inverse) (8- __) = _____
Total _____ ÷ 3 [ ]

C. Importance de la tâche

Partie 1 # 5 _____
Partie 2 # 8 _____
14 (score inverse) (8- __) = _____
Total _____ ÷ 3 [ ]

D. Autonomie

Partie 1 # 2 _____
Partie 2 # 13 _____
9 (score inverse) (8- __) = _____
Total _____ ÷ 3 [ ]

E. Feed-back du travail

Partie 1 # 7 _____
Partie 2 # 4 _____
12 (score inverse) (8- __) = _____
Total _____ ÷ 3 [ ]

F. Feed-back des autres (supérieurs ou collègues)

Partie 1 # 6 _____
Partie 2 # 10 _____
7 (score inverse) (8- __) = _____
Total _____ ÷ 3 [ ]

G. Relations avec les autres

Partie 1 # 1 _____
Partie 2 # 2 _____
6 (score inverse) (8- __) = _____
Total _____ ÷ 3 [ ]

2. LES ÉTATS PSYCHOLOGIQUES

(faites la moyenne des scores pour chaque catégorie)

A. Travail significatif

Partie 3	# 7	_____
	# 4 (inverse) (8- __) =	_____
Partie 5	# 6	_____
	# 3 (score inverse) (8- __) =	_____
	Total	_____ ÷ 4 ☐

B. Responsabilité

Partie 3	# 8	_____
	# 12	_____
Partie 5	# 15	_____
	# 1 (inverse) (8- __) =	_____
Partie 5	# 4	_____
	# 7	_____
	Total	_____ ÷ 6 ☐

C. Connaissance des résultats

Partie 1	# 5	_____
	# 11 (inverse) (8- __) =	_____
Partie 5	# 5	_____
	# 10 (inverse) (8- __) =	_____
	Total	_____ ÷ 4 ☐

3. POSITION AFFECTIVE AU TRAVAIL

A) Satisfaction générale

Partie 3	# 3	_____		
	# 13	_____		
	# 9 (inverse) (8- __) =	_____		
Partie 5	# 2	_____		
	# 8 (inverse) (8- __) =	_____		
	Total	_____	÷ 5	☐

B. Motivation interne

Partie 3	# 2	_____		
	# 6	_____		
	# 10	_____		
	# 14 (inverse) (8- __) =	_____		
Partie 5	# 1	_____		
	# 9	_____		
	Total	_____	÷ 6	☐

C. Satisfactions spécifiques

C1) Salaire

Partie 4	# 2	_____		
	# 9	_____		
	Total	_____	÷ 2	☐

C2) Sécurité d'emploi

Partie 4	# 1	_____		
	# 11	_____		
	Total	_____	÷ 2	☐

C3) Sociale

Partie 4 # 4 _____
7 _____
12 _____
Total _____ ÷ 3 [ ]

C4) Supervision

Partie 4 # 5 _____
8 _____
14 _____
Total _____ ÷ 3 [ ]

C5) Croissance

Partie 4 # 3 _____
6 _____
10 _____
13 _____
Total _____ ÷ 4 [ ]

4. BESOIN DE CROISSANCE

A. Partie 6

2 (___ -3) = _____
3 (___ -3) = _____
6 (___ -3) = _____
8 (___ -3) = _____
10 (___ -3) = _____
11 (___ -3) = _____

Total _____ ÷ 6 [ ]

B. Partie 7

# 1	_____	# 2 (inverse) (6-____) =	_____
# 5	_____	# 3 (inverse) (6-____) =	_____
# 7	_____	# 4 (inverse) (6-____) =	_____
# 10	_____	# 6 (inverse) (6-____) =	_____
# 11	_____	# 8 (inverse) (6-____) =	_____
# 12	_____	# 9 (inverse) (6-____) =	_____
Total 1	_____	Total 2	_____

Total 1 ____ + Total 2 ___ = _____ ÷ 12 = ____ x 7 = _____ ÷ 5 = [ ]

5. SCORE DU POTENTIEL DE MOTIVATION

$$SPM = \frac{[\text{Variété des habiletés} + \text{Intégrité de la tâche} + \text{Importance de la tâche}]}{3} \times \text{Autonomie} \times \text{Feed-back}$$

APPENDICE L

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PERSONNEL SOIGNANT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PERSONNEL SOIGNANT

Titre du projet	Les modèles d'organisation de prestation de soins et l'opération «Défi Qualité-Performance»
Objectif de l'étude	Analyser deux modèles d'organisation ou de prestation de soins (modèle d'organisation du travail du personnel infirmier), soit le soin intégral et le soin d'équipe dans deux milieux de soins de longue durée et de mesurer leurs impacts sur la qualité des soins, la satisfaction du client, la satisfaction du personnel infirmier et sur les coûts
Responsable du projet	Sylvie Lavoie Étudiante à la maîtrise en administration publique Type B et directrice des soins infirmiers au Centre hospitalier Chauveau Tél. : (418-842-3650, poste 373 (bureau) Tél. : (418) 683-6524 (résidence) M. André Belley Professeur, département des sciences économiques et administratives Université du Québec à Trois-Rivières Tél. : (819) 376-5011
Nature de la participation	Votre participation consiste à exprimer votre opinion sur la signification de votre travail. Les dimensions suivantes seront analysées soit la variété des habiletés, l'intégrité et l'importance de la tâche, l'autonomie et le feed-back du travail. Pour ce faire, vous aurez à compléter un questionnaire qui prendra nue vingtaine de minutes. Les membres du personnel doivent être à l'aise de mettre un terme à leur participation au présent projet de recherche.
Confidentialité des données	Toutes les informations reçues seront traitées confidentiellement et les résultats seront interprétés globalement, ce qui veut dire, qu'il ne s'agit pas de faire ressortir un commentaire en particulier mais plutôt d'apprécier des tendances globales.
Portée de l'étude	Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet de mémoire à la maîtrise en administration publique (type b) à l'École nationale d'administration publique.

Je m'engage à titre de chercheure à respecter cet engagement et je suis disponible pour répondre à toute information complémentaire.

Chercheure

Intervenant ou intervenante

APPENDICE M

LETTRE TRANSMISE À LA PERSONNE SIGNIFICATIVE POUR L'EXPLICATION DU PROJET

Québec, le 19 juillet 1996

OBJET : Projet de recherche portant sur les modèles d'organisation du travail en soins infirmiers

---

Madame, Monsieur,

Il me fait plaisir de solliciter votre participation au projet de recherche portant sur les modèles d'organisation du travail en soins infirmiers.

La participation des membres de la famille du résident ou de la résidente se traduit par un questionnaire à compléter qui mesure différentes variables reliées à la qualité des soins.

Ce questionnaire prendra environ 25 minutes de votre temps. Il est conçu pour vous permettre de vous exprimer sur le niveau de satisfaction en regard de divers aspects reliés aux soins infirmiers que reçoit votre parent ou ami.

Il se peut que votre parent ou ami ait aussi répondu à un questionnaire de satisfaction. Dans ce cas, il est également prévu que le membre de la famille exprime également son opinion sur les soins que reçoit la personne résidente par l'équipe de soins.

Tel que convenu avec vous lors d'une récente conversation téléphonique, vous trouverez dans l'enveloppe ci-jointe le formulaire de consentement à signer qui vous précise les règles quant au traitement de l'information, ainsi que le questionnaire à compléter.

Lorsque complété, vous n'avez qu'à me retourner le questionnaire ainsi que le consentement dans l'enveloppe affranchie.

Je vous remercie de votre précieuse collaboration et je vous prie de recevoir, madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Sylvie Lavoie
Étudiante à la maîtrise
en administration

APPENDICE N

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR RÉSIDENT-FAMILLE POUR LE QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA CLIENTÈLE

Titre du projet	Les modèles d'organisation de prestation de soins et l'opération «Défi Qualité-Performance»
Objectif de l'étude	Analyser deux modèles d'organisation ou de prestation de soins (modèle d'organisation du travail du personnel infirmier), soit le soin intégral et le soin d'équipe dans deux milieux de soins de longue durée et de mesurer leurs impacts sur la qualité des soins, la satisfaction du client, la satisfaction du personnel infirmier et sur les coûts
Responsable du projet	Sylvie Lavoie Étudiante à la maîtrise en administration publique Type B et directrice des soins infirmiers au Centre hospitalier Chauveau Tél. : (418-842-3650, poste 373 (bureau) Tél. : (418) 683-6524 (résidence) M. André Belley Professeur, département des sciences économiques et administratives Université du Québec à Trois-Rivières Tél. : (819) 376-5011
Nature de la participation	Votre participation consiste (vous ou un membre de votre entourage) à exprimer votre satisfaction quant aux soins infirmiers que vous recevez (par le biais d'un questionnaire). Également, les objectifs de votre plan de soins seront analysés pour échanger avec le personnel soignant sur la connaissance de vos besoins et vos objectifs de soins et cela pour analyser les dimensions continuité et coordination des soins. Le client ou sa personne significative doit être à l'aise de mettre un terme à sa participation au présente projet de recherche.
Confidentialité des données	Toutes les informations reçues seront traitées confidentiellement et les résultats seront interprétés globalement, ce qui veut dire, qu'il ne s'agit pas de faire ressortir un commentaire en particulier mais plutôt d'apprécier des tendances globales de qualité de soins, de satisfaction des clients et du personnel soignant.
Portée de l'étude	Cette étude s'inscrit dans le cadre du projet de mémoire à la maîtrise en administration publique (type b) à l'École nationale d'administration publique.

Je m'engage à titre de chercheure à respecter cet engagement et je suis disponible pour répondre à toute information complémentaire.

Chercheure

Résident ou personne significative

APPENDICE O

CRITÈRES DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RÉFÉRENCE AU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Rappelons d'abord que tous les projets de recherche effectués au CHCN/CAAD, qu'ils soient subventionnés par des fonds publics ou privés ou qu'ils soient non subventionnés, doivent recevoir l'approbation du comité d'éthique de la recherche avant de débuter.

La comité d'éthique de la recherche se réunit une fois par mois. Lorsque vous désirez soumettre un projet de recherche au comité, votre demande doit comprendre :

1. Une lettre de présentation résumant les considérations éthiques en jeu incluant les compensations et informant la présidente du comité des coordonnées du chercheur à contacter pour plus d'information, de même que de l'échéancier s'il y a urgence.

2. Le protocole du projet au complet avec les annexes (excluant budget, curriculum vitae).

3. Le formulaire de consentement. Celui-ci doit inclure :

- le logo du CHCN ou celui du centre de recherche;
- le titre du projet;
- le nom des responsables;
- les objectifs;
- la nature de la participation du sujet en termes vulgarisés, avec exemples à l'appui si nécessaire, comprenant la nature de l'expérimentation, des tests ou des examens, la durée, le lieu, etc. Cette description devrait être suffisamment explicite pour que le sujet puisse donner un consentement éclairé;
- les avantages/inconvénients découlant de la participation;
- tous les risques par rapport à la santé. S'il y a des risques, il faut aussi mentionner les mesures préventives et palliatives qui seront prises;
- la confidentialité des données;
- la possibilité d'un retrait de la participation;
- la signature du sujet ou signature de la personne responsable;
- un engagement du chercheur suivi de sa signature :

  « Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes de la présente formule de consentement; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; et c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet de recherche ».
- les coordonnées du chercheur afin que le sujet puisse obtenir les informations complémentaires si nécessaire.

4. Pour le recrutement des sujets parmi les bénéficiaires du CHCN, nous nous devons de respecter la confidentialité des données au dossier. Aussi, un employé du CHCN ou un médecin doit contacter en premier le bénéficiaire pour lui demander l'autorisation de révéler son nom, adresse et numéro de téléphone au chercheur qui entrera en contact avec lui par la suite. Cette procédure est plus exigeante mais plus respectueuse de la confidentialité.

BIBLIOGRAPHIE

Anderson, Carol et Erin Hughes. 1993. « Implementing nursing in a long-term care facility ». *Journal of Nursing Administration*, vol. 23, no 6, (juin), p. 29-35.

Anderson, Maria et Thomas Choi. 1980. « Primary nursing in an organisational context ». *Journal of Nursing Administration,* (mars), p. 26-31.

Armanasco,V, O. Guadalupes et S. Hartel. 1989. « Developping an integrated nursing care management model ». *Nursing Management*, vol. 20, no 10, p. 26-29.

_____, S. Harter et N. Goddard. 1991. « Issues and strategies of nursing case quality ». Chap. in. *Cost and Quality : Are they Compatible*, p. 25-42.

Bennet, M.K. et J.P. Hylton. 1990. « Modular nursing : partners in professional practice ». *Nursing Management*, vol. 21, no 3, (mai), p. 20-25.

Bordeleau, Yvan, 1987. *Comprendre et développer les organisations, méthodes d'analyse et d'intervention.* Montréal : Éditions Agence d'Arc, 297 p.

Cohen, Elaine L. 1991. « Nursing case management does it pay? ». *Journal of Nursing Administration*, vol. 21, no 4, (avril), p. 20-25.

Côté, Michèle. 1995. *Guide d'étude pour le cours initiation à la recherche en sciences infirmières.* Université du Québec à Trois-Rivières, 261 p.

Côté, André. 1996. « Évaluation de la qualité des services de longue durée auprès des personnes âgées : est-ce possible*? ». Gestion*, vol. 21, no 2, p. 52-60.

Culpepper, R.C., Richie M.F.et al. 1986. « The effect of primary nursing on quality assurance ». *Journal of Nursing Administration*, vol. 16, no 11, (novembre), p. 589-597.

Daeffler, R.J. 1975. « Patients perception of care under team and primary nursing ». *Journal of Nursing Administration,* (mars-avril), p. 20-26.

_____. 1977. « Outcome of primary nursing for the patient ». *Military Medecine*, vol. 142, p. 204-208.

De beaumont, Lise. 1996. « Du système d'équipe au soin global ». *L'infirmière du Québec*, vol. 3, no 5, (mai-juin), p. 36-40.

Desrosiers, Ghyslaine, et Claire Thibault. 1990. *L'organisation des soins infirmiers, évolution et perspective*. Montréal : Association des hôpitaux du Québec, 141 p.

Donabedian, A. 1984. « Quality and cost containment ». *Nursing Outlook*, vol. 32, p. 142-145.

Duquette, André. 1994. *L'évolution des principales modalités d'organisation de soins* : texte de conférence. (Montréal 6 décembre 1994), 12 p.

Felton, Geraldine. 1975. « Increasing the quality of nursing care by introducing the concepts of primary nursing : a model project. *Nursing Research*, vol. 24, no 1, p. 25-32.

Giovanetti, Phyllis. 1980. « A comparison of team and primary nursing care systems ». *Nursing Dimensions*, vol. 7, no 4, 96-100.

_____. 1986. « Evaluation of primary nursing ». *Review of Nursing Research*, New York, vol. 4, (printemps), p. 127-151.

Glandon, Kenneth et Colbert, Thomasma. 1989. *Nursing delivery models and RN Mix : Cost Implications*. (mai).

Guay, Marie Michèle. 1994. *Guide sur le diagnostic et le changement organisationnel*. École nationale d'administration publique.

Hackman,R. et G. Oldham. 1980. *Work redesign*. Addison-Wisley Publishing Company.

Hegedus, K.S. 1980. « Primary nursing : description, analytic and experimental research studies - primary nursing : evaluation of professionnal practice ». *Nursing Dimension,* (hiver), p. 85-89.

Heslin, Kathleen. 1987. « From team to total patient care ». *Dimensions*, (avril), p. 27-29.

Huberman, Michael et Matthew B. Miles. 1991. *Analyse des données qualitatives, recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles : Deboeck université, 480 p.

Hughes, E. et C. Anderson. 1993. « How to implement a different structure of nursing care delivery ». *Perspectives*, vol. 17, no 2, p. 9-16.

Joy, Loretta et Marcella Malay. 1992. « Evaluation instruments to measure professional nursing practice ». *Nursing Management,* (juillet), p. 73-77.

Kerouac, Suzanne, André Duquette et Balbir K Sandhu. 1990. « Les systèmes de prestation de soins ». *L'infirmière canadienne*, vol. 86, no 6, p. 39-42.

Lois, H, Thomas et S. Bond. 1990. « Toward defining the organization of nursing care in hospital wards : an empirical study ». *Journal of Advanced Nursing*, p. 1106-1112.

Loveridge, C., S. Cumming et J. O'Malley. 1988. « Developing case management in a primary nursing system ». *Journal of Nursing Administration*, vol. 18, no 10, (octobre), p. 36-39.

Mac Donald, M. 1988. « Primary nursing : is it worth it? ». *Journal of Advanced Nursing*, p. 797-806.

Magarcal, Poely. 1987. « Modular nursing : nurses rediscover nursing ». *Nursing Administration*, vol. 18, no 11 (novembre), p. 98-103.

Manthey, Marie. 1980. « A theorical framework for primary nursing ». *Journal of Nursing administration,* (juin), p. 11-15.

_____. 1988. « Primary practice partners : a nurse extender system ». *Nursing Management,* (mars), p. 58-59.

_____. 1988. « Can primary nursing survive? ». *American Journal of Nursing,* (mai), p. 644-647.

_____. 1991. « Delivery systems and practice model : a dynamique balance ». *Nursing Management*, vol. 22, no 1, p. 29.

Marram, Gwen. 1976. « The comparative costs of operating a team and primary nursing unit ». *Journal of Nursing Administration,* (mai), p. 21-24.

Marram, Gwen et Van Servellen. 1980. « Evaluating the impact of primary nursing outcomes ». *Nursing Dimension,* (printemps), p. 48-50.

Mc Kenzie, C.B., N.G. Torkelson et M.A. Holt. 1989. « Care and cost : nursing case management improves both ». *Nursing Management*, vol. 20, no 10, p. 30-32.

Mintzberg, Henry. 1982. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Les Éditions d'organisation, 433 p.

Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 1993. Le Conseil des infirmières et infirmiers du Québec. *Une instance stratégique,* 88p.

Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 1994. *Contribution des infirmières à l'efficacité de l'épisode de soins des clientèles hospitalisées,* 32 p.

Moussette, D. et M. Serralheio. 1987. « Travail équipe et soins intégraux un mariage possible ». *Nursing Quebec*, vol. 7, no 3, (mai-juin), p. 47-49.

Musun, Fed et Jacqueline Clinton. 1979. « Defining nursing assignment patterns ». *Nursing Research*, vol. 28, no 4, p. 243-249.

O'Donnell, J, B.J. Polotsée, K. Putsey et A. Vuguhart. 1988. « Promoting excellence through primary nursing in long-term care ». *Nursing Administration Quarterly*, (printemps), p. 22-25.

Paquin, Michel, 1986. *L'organisation du travail.* Laval : Éditions Agence d'Arc, 199 p.

Podgorny, Kelley. 1991. « Developing nursing focused quality indicators : a professional challenge ». *Journal Nursing Care Quality*, p. 47-52.

Putney, K., J. Hauner, T. Hall et R. Kobb. « Case management in long-terme care : new directions for professional nursing ». *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 16, no 12, p. 30-32.

Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 1994. « *Défi Qualité-Performance », le plan d'orientations 1994-1997. 29 p.*

Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux. 1994. « *Défi Qualité-Performance », Stratégie triennale d'interventions 1994-1997.* 38 p.

Richard, J. et P.N. Stirn. 1991. « How primary nurses operationalize accountability ». *The Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 23. no 3, p. 49-66.

Sandhu, Balbir K, André Duquette et Suzanne Kerouac. 1991. « Examen des méthodes de prestation de soins selon un cadre conceptuel ». *Nursing Quebec*, vol. 11, no 3, p. 25-30.

Sandhu, Balbir K, Suzanne Kerouac et André Duquette. 1992. « A case study of nursing assignment pattern ». *The Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 24, no 1, p. 51-64.

Sandhu, Balbir, K. Suzanne Kerouac, André Duquette et S. Turchon. 1992. « Nursing assignment pattern and patient outcomes ». *Canadian Journal of Nursing Administration*, (sept-oct.), p. 14-19.

Sella, Suzanne et Joan Macleod. 1991. « One year later : evaluating a changing delivery system ». *Nursing Forum*, vol. 26, no 2, p. 5-11.

Sellik, Kenneth J., S. Russell et J.L. Beckman. 1983. « Primary nursing : an evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfaction ». *International Journal of Nursing Studies*, vol. 20, no 4, p. 268-272.

Shannon, Valérie. 1987. « L'infirmière-chef et les soins intégraux ». *Nursing Quebec*, vol. 7,no 3 (mai juin), p. 24-25.

Shukla, Ramesh K. 1981. « Structure vs people in primary nursing : an inquiry ». *Nursing Research*, vol. 30, p. 236-241.

_____. 1982. « Nursing care structures and productivity ». *Hospital and Health Service Administration,* (nov.-déc.), p. 45-58.

Sowie, Margaret. 1989. » Clinical nursing practices and patient outcomes : evaluation evolution and revolution ». *Nursing Economics*, vol. 7, no 2, (mars-avril), p. 79.

Steckel, S.B. et al. 1980. « Primary nursing : description, analytical and experimental research studies : implementing primary nursing ». *Nursing Dimension*, (hiver), p. 78-81.

Steeling, Joan, 1987. « Qu'en pensent les infirmières? ». *Nursing Quebec*, vol. 7, no 3, p. 28-31.

Strasen, Leann. 1989. « Developping new models of care, roles and responsabilities ». *Journal of Nursing Administration*, vol. 19, no 6, (juin), p. 7-8.

Ventura, Marlene R. et coll. 1982. « A patient satisfaction measure as a criterion to evaluate primary nursing ». *Nursing Research*, vol. 31, no 4, p. 226-230.

Wake, Madeline Musante. 1990. « Nursing care delivery system, status et vision ». *Journal of Nursing Administration*, vol. 20, no 5, p. 47-51.

Wilhelm, P.P., C. Nicolai et J. Koerner. 1991. « Differentiating nursing practice to improve service outcomes ». *Nursing Management*, vol. 22, no 12, (décembre), p. 22-25.

Wilson, N., et Pam Dawson. 1989. « A comparison of primary nursing and team nursing in a geriatric long-term care setting ». *International Journal of Nursing Studies*, vol. 26, no 1, p. 1-13.

Wood, J., K Bankston, B. Bickford et B. Bogdan. 1990. « An effort to identify the optimum method of patient care delivery ». *Critical Care Nursing Quarterly,* (mars), p. 5-9.

Yin, Robert K. 1993. *Applications of Care Study Research.* Sage Publications, 130 p.

Zander, Karen. 1985. « Second generation primary nursing, a new agenda ». *Journal of Nursing Administration,* (mars), p. 18-21.

_____. 1988. « Managed care within acute care setting : design and implementation via nursing case management ». *Health Care Supervisor*, vol. 6, no 2, p. 27-43.

_____. 1994. *Case Study Research design and Method.* Sage Publications, 170 p.