

***UNE SOURCE D'ENSEIGNEMENTS :  
LES HÔPITAUX « MAGNÉTIQUES » AMÉRICAINS***

**Par Yvon Brunelle  
Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques  
Ministère de la Santé et des Services sociaux**

**17 mars 2008**



## REMERCIEMENTS

Bien que ce texte n'engage que l'auteur, je tiens à remercier pour leurs précieux commentaires les infirmiers et infirmières :

Mme **Sylvie Berger**, Ministère de la Santé et des Services sociaux.  
M. **Jocelyn Cayer**, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.  
Mme **Danielle D'Amour**, Université de Montréal.  
Mme **Céline Doray**, Hôpital Shriners pour Enfants.  
Mme **Jocelyne Faille**, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.  
Mme **Danièle Hubert**, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie.  
Mme **Marie-Pierre Lemire**, Ministère de la Santé et des Services sociaux.  
Mme **Michèle Marquette**, Ministère de la Santé et des Services sociaux.  
Mme **Diane Morin**, Université Laval  
Mme **Sabine Stordeur**, Université Catholique de Louvain.

Ainsi que :

Mme **Pauline Bégin**, Ministère de la Santé et des Services sociaux.  
Dre **Brigitte Bernard**, Ministère de la Santé et des Services sociaux.  
Mme **Claudine Bois**, Hôpital Laval  
M. **Jean Pierre Brun**, Université Laval.  
Mme **Josée Cliche**, Ministère de la Santé et des Services sociaux.  
Dre **Danielle Daoust**, Centre hospitalier régional de Lanaudière  
Dr **William D'Hoore**, Université Catholique de Louvain  
Mme **Karine Farrell**, Université de Montréal.  
Mme **Danièle Francoeur**, Ministère de la Santé et des Services sociaux.  
Mme **Karine Huard**, Agence de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent.  
M. **Paul Lamarche**, Université de Montréal.  
Dr **Michel Lemieux**, Hôpital Laval.  
Mme **Dolorès Lepage-Savary**, Centre hospitalier universitaire de Québec.  
M. **William Murray**, Conseil des Aînés.  
M. **Denis Ouellet**, Centre hospitalier affilié de Québec  
Dr **Raynald Pineault**, Institut national de santé publique du Québec.  
Mme **Louise Rondeau**, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches  
M. **Vital Simard**, Ministère de la Santé et des Services sociaux.



## RÉSUMÉ

C'est en 1983 qu'est parue une étude américaine montrant que si les problèmes de gestion du personnel infirmier étaient bien répandus, en particulier ceux liés à un roulement élevé, certains hôpitaux s'en tiraient nettement mieux. Comparativement, ils recrutèrent et gardèrent assez facilement leur personnel infirmier, de là leur nom d'Hôpitaux Magnétiques.

La question devient pourquoi eux?

La littérature évaluative internationale est d'une grande cohérence quant aux variables critiques à la base du succès des Hôpitaux Magnétiques. Celles constituant des incitatifs non-économiques (ex. valorisation, rétroaction) sont d'aussi puissants, sinon de plus puissants, « prédicteurs » de comportements que les variables jouant sur la composante revenu. Les Hôpitaux Magnétiques paient bien, mais rien d'exceptionnel ou de hors-normes. Ce qui est exceptionnel, c'est le milieu de travail et la satisfaction à évoluer en celui-ci.

Les auteurs de l'étude initiale étaient frappés par la convergence des réponses des infirmières et celles de la direction nursing sur les éléments qui font que des hôpitaux sont des Hôpitaux Magnétiques. La lecture de la réalité est similaire. *A priori*, on fait assez confiance et on n'est pas à la recherche d'un éventuel agenda caché car : « *Les bottines suivent les babines* ». Il n'est alors pas besoin de discourir autant. C'est une gestion par les « gestes et l'exemple », ce qui est cohérent avec l'importance des perceptions dans le succès des Hôpitaux Magnétiques.

Les traits de « bon employeur », des Hôpitaux Magnétiques, permettent de soutenir que la réalité décrite s'applique à l'ensemble du personnel. Le personnel infirmier devient un « cas traceur » révélateur de l'ensemble.

Dans l'ensemble canadien une forte insatisfaction prévaut chez les infirmières. Elle accompagne une perception marquée de détérioration de la qualité des soins ou de manque de respect. En 2006, au Canada, l'absentéisme infirmier représentait quasi 10 000 ETP (équivalent temps plein), le Québec ouvrant la marche. Le Québec se signale négativement sur certains points préoccupants.

Il ressort que recourir à la notion d'Hôpital Magnétique peut être riche pour un système de soins. De plus en plus de systèmes y ont recours. Les variables mises en lumière débordent d'ailleurs les seuls hôpitaux de courte durée, de là maintenant l'extension au secteur du longue durée aux États-Unis.

L'intérêt pour les Hôpitaux Magnétiques s'internationalise, un système de soins « moderne » peut difficilement se permettre de ne pas en tirer d'enseignements.

## AVERTISSEMENT AU LECTEUR

Une monographie, même courte, implique l'utilisation des nombreuses références. Dans ce texte, elles sont toujours indiquées par un ou des chiffres entre parenthèses, par exemple <sup>(3,4,7)</sup>. La lecture est alors nettement moins pénible que le long « *listing* » coupant le texte que serait, pour trois références : (Aiken et al 2002, Aiken et al. 1997, Association des infirmières et infirmiers du Canada). Ce défilement pouvant même dépasser la douzaine.

En complément, toujours pour faciliter la lecture, de nombreuses notes en bas de page sont utilisées, par exemple pour expliciter le DRG ou traiter de points apparus intéressants mais plus accessoires. Ces notes sont **toujours** identifiées par un seul chiffre, par exemple <sup>26</sup>. **Jamais** ces chiffres ne sont inscrits entre parenthèses.

## NOTE

Contrairement à la pratique courante de privilégier le masculin pour alléger un texte, dans celui ci le terme d'infirmière sera utilisé, plutôt que l'expression plus complète et correcte d'infirmier et d'infirmière.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>3</b>
<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>1- APPARITION DE LA NOTION D'HÔPITAL « MAGNÉTIQUE ».....</b>	<b>13</b>
<b>2- SATISFACTION/INSATISFACTION, INTENTION DE QUITTER ET ROULEMENT OBSERVÉ. ....</b>	<b>17</b>
<b>3- INCITATIFS ET HÔPITAUX MAGNÉTIQUES.....</b>	<b>19</b>
<b>4- UNE ÉVOLUTION VERS HUIT CONDITIONS ESSENTIELLES .....</b>	<b>21</b>
<b>5- LES TRAITS ORGANISATIONNELS D'UNE « BONNE ENTREPRISE »..</b>	<b>25</b>
<b>6- DES PRÉDICTEURS DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE .....</b>	<b>29</b>
<b>7- CONTRASTE AVEC NOTRE SITUATION ET POINTS D'INTÉRÊTS .....</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>41</b>





## INTRODUCTION

Il existe des hôpitaux américains qualifiés de « *Magnet hospitals* ». Dans ce texte nous les identifions de manière similaire : les Hôpitaux Magnétiques. C'est que le terme français est à l'origine du terme anglais<sup>1</sup>, il est phonétiquement identique et a gardé le même sens<sup>2</sup>.

Ces hôpitaux sont ainsi étiquetés parce qu'ils parviennent, mieux que les autres, à attirer et retenir le personnel infirmier. De là, la référence à une fonction d'aimant et ses deux principales caractéristiques : attirer puis conserver près de soi.

Passé certains seuils<sup>3</sup>, un roulement élevé de personnel infirmier devient source de dysfonctionnement. Dès lors, il constitue un indicateur de non qualité que ce soit en milieu ambulatoire, hospitalier ou de longue durée<sup>(1,9,10,14,17,19,57,99,102)</sup>. Celui des Hôpitaux Magnétiques est évidemment plus bas que la moyenne.

Un indicateur reflète une réalité plus vaste que le simple fait décrit<sup>(15)</sup>. Pour le cas présent, la satisfaction au travail se répercute dans des taux de roulement plus ou moins élevés. Nous verrons que ces taux peuvent poser problèmes. Une fois décafé des facteurs confondants (ex. proportion de jeunes, plus mobiles), ils deviennent indicatifs du fonctionnement interne d'un établissement hospitalier (CH) et sont prédictifs de sa propension à afficher une performance supérieure ou non et ce, sous les angles de la qualité ET des coûts. Deux volets souvent difficiles à concilier.

---

<sup>1</sup> Selon le dictionnaire Webster, le terme anglais provient du terme français.

<sup>2</sup> Selon Le Petit Robert 1 « *Qui a rapport à l'aimant, qui en possède les propriétés ou relève de ces propriétés...* ».

<sup>3</sup> Un roulement de personnel n'est pas automatiquement négatif, même s'il induit toujours des coûts<sup>(86,99)</sup>. D'ailleurs, sous certains seuils (notion de *benchmarking*), un très faible roulement peut être inquiétant, particulièrement en soins/services de longue durée (risque de milieux clos et d'abus). Un faible roulement semble toutefois plus rarement poser problème ou du moins est peu évoqué à ce titre, comparativement aux difficultés révélées ou induites par un roulement élevé. Suite à des observations, en services de longue durée les américains semblent considérer souhaitable un roulement se situant entre 10% et 20%<sup>(19)</sup>. Mais en courte durée le seuil sera plus bas. Le réseau des hôpitaux affiliés Mayo<sup>(98)</sup> est fier de son taux de roulement de 4% chez les infirmières, soit cinq fois moins que la moyenne américaine (trois fois moins pour les médecins). D'autres seuils ont été établis de la même manière et servent d'indicateurs. Il en est ainsi de la taille optimale d'un centre de longue durée (moins de 60 lits) ou de celle d'un CH (de 200 à 400 lits, parfois jusqu'à 500). Ce sont des indicateurs structurels. Mais dans tous les cas, ce demeurent des indicateurs, donc des signaux avertisseurs. On peut trouver de « bons » centres au dessous ou au-delà de ces pôles pris isolément, en moyenne ce ne sera toutefois pas le cas. Cette distinction entre situation moyenne et situation spécifique explique pourquoi il peut être dangereux de transposer, sans autre forme, un indicateur en norme, surtout s'il est isolé<sup>(15)</sup>. Ainsi, aux États-Unis, on peut trouver des Hôpitaux Magnétiques de 1 000 lits ou plus, mais les obstacles systémiques sont plus nombreux (ex. bureaucratisation des rapports professionnels, multiples paliers décisionnels, sens de l'appartenance dilué)<sup>(67)</sup>. Ils compensent par une forte décentralisation, recréant le « *small is beautiful* » qui permet l'émergence d'équipes et hausse la satisfaction au travail<sup>(18)</sup>.

Or, dans une série de travaux récents sur les centres hospitaliers à mission régionale ou universitaires<sup>4</sup>, nous avons souvent mis de l'avant le besoin de rechercher des indicateurs de qualité. C'est en continuité avec ces travaux qu'est entrepris le présent texte, décrivant la situation des Hôpitaux Magnétiques américains.

Au cours de ces travaux sur les centres hospitaliers, un thème revenait de façon continue à titre d'indicateur générique<sup>5</sup> : le roulement élevé du personnel, peu importe la catégorie. Systématiquement, ce point était évoqué que ce soit dans la littérature consultée ou par les membres du groupe de travail et les lecteurs sollicités.

Les Hôpitaux Magnétiques peuvent nous fournir une piste de départ. Depuis un quart de siècle, la marque de commerce de ces hôpitaux est justement un faible roulement d'une catégorie de personnel.

**Hypothèse :** Notre hypothèse est que d'indicateur spécifique à la seule réalité infirmière, le roulement de cette catégorie de personnel est devenu un indicateur beaucoup plus vaste de la réalité CH, que ce soit sur la base d'un établissement, mais aussi d'un réseau ou d'un système<sup>(65)</sup>.

Ce taux devient une forme de cas traceur<sup>6</sup>, respectant l'approche classique de Kessner et al.<sup>(53)</sup>.

Il est révélateur que l'approche Magnétique et son accréditation soient, depuis 1998, étendues au secteur de la longue durée<sup>(6)</sup>. Ceci conforte notre hypothèse.

---

<sup>4</sup> BRUNELLE Y., GAGNON-APRIL J., CORBEIL V., PICHE J., « Les niveaux de services comme second indicateur dans l'établissement du portrait des centres hospitaliers universitaires (CHU). », Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec., 2007, 62 p. BRUNELLE Y., GAGNON-APRIL J., GAUTHIER N., « Synthèse du portrait des centres hospitaliers régionaux », Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux., 2006, 28 p. BRUNELLE Y., GAUTHIER N., « À propos des missions hospitalières régionales. Premier rapport du groupe de travail », Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec., 2005, 45 p.

<sup>5</sup> Il existe des indicateurs spécifiques à des pathologies ou des services (ex. pour l'arthrite, la santé mentale ou en soins palliatifs). Mais il existe aussi des indicateurs génériques, moins précis pour chaque situation donnée, mais s'appliquant de manière transversale. Il en est ainsi de l'état de la collaboration entre médecins et infirmières. C'est un indicateur valide de qualité aussi bien en ambulatoire qu'en milieu hospitalier et ce, dans une variété de services différents<sup>(9,16,34,40,41,55,95)</sup>. Lorsque les relations interprofessionnelles sont mauvaises, la communication en souffre, la notion d'équipe ne peut prendre place et, en conséquence, la qualité clinique est négativement affectée. Une fois ce lien établi entre relations professionnelles et qualité des soins, l'état de ces relations devient révélateur (indicatif) et peut être utilisé à titre d'indicateur de qualité<sup>(14)</sup>. Le roulement de personnel entre dans cette catégorie d'indicateurs génériques.

<sup>6</sup> La méthodologie du cas traceur est régulièrement utilisée en milieu hospitalier ou pour tester des variables comme la coordination et l'intégration dans un système de soins. Un cas traceur doit être : fréquent, sensible à des variations de pratique et se produire en de multiples sites ou situations ou lieux et sous divers aspects. De ce point de vue, le personnel infirmier peut être considéré comme révélateur de la réalité CH. On en retrouve sur les trois quarts de travail, en médecine tout comme en chirurgie et dans quasi tous les lieux imaginables. Comme le soulignait un de nos lecteurs (liste en page 2), en CH la prestation des soins infirmiers n'est pas une activité élective.

Dans cette courte monographie, nous :

- 1- Retraçons l'origine des Hôpitaux Magnétiques.**
- 2- Traitons leur élément clé : le roulement de personnel.**
- 3- Analysons leurs incitatifs et l'évolution connue.**
- 4- Les situons à titre de « Bonne Entreprise ».**
- 5- Montrons le lien avec les questions de qualité et d'efficience.**
- 6- Contrastons avec notre propre situation et signalons des points d'intérêts.**

À des degrés variables, les difficultés affectant le personnel infirmier sont communes à toutes les sociétés occidentales, notamment dont une perception de mauvaise utilisation du nursing (rôles, tâches) <sup>(2,3,6,9,30,82)</sup>. Mais certains systèmes ou certains milieux s'en tirent mieux, tels les Hôpitaux Magnétiques. D'ailleurs, diverses sociétés s'intéressent de plus en plus à ces derniers (Australie<sup>7</sup>, Belgique, Canada, Grande Bretagne). Plusieurs études réfèrent volontiers aux variables caractérisant les Hôpitaux Magnétiques <sup>(3,8,32,34,37,47,61,77,84)</sup>.

---

<sup>7</sup> Aux États-Unis, il existe depuis 1993 un mécanisme spécifique pour agréer les hôpitaux à titre de « *Magnet* », le premier fut reconnu en 1994 <sup>(20)</sup>. Un peu plus de 4% des CH américains sont accrédités à ce titre <sup>(6)</sup>. Au début de la rédaction de ce texte, hors des États-Unis l'Australie comptait le seul hôpital officiellement ainsi accrédité <sup>(20)</sup>. Stordeur et D'Hoore <sup>(91)</sup> évoquent aussi un CH anglais. Toutefois, l'intérêt d'ajouter une nouvelle forme d'accréditation en CH est assez discuté, même aux États-Unis <sup>(61,64,91)</sup>.



## 1- APPARITION DE LA NOTION D'HÔPITAL « MAGNÉTIQUE »

Le roulement du personnel peut être « normal » (sens de souhaitable), soit ni trop élevé, ni trop bas <sup>(86,99)</sup>. Il peut être aussi volontaire ou involontaire, donc plus ou moins sous le contrôle des appareils administratifs. Nous nous intéressons ici au roulement élevé, celui sous contrôle potentiel des administrations et affectant le plus régulièrement et négativement un établissement, un réseau ou un système. Il conduit à des dysfonctionnements <sup>(99)</sup>.

Aux États-Unis, dès le début des années 1980 plusieurs groupes concernés (administrateurs, assureurs, chercheurs) sont devenus conscients de problèmes au niveau des effectifs infirmiers <sup>(67)</sup>. La pénurie était déjà manifeste<sup>8</sup>. Un seuil critique avait été atteint, et même dépassé dans plusieurs centres hospitaliers. Il devenait un objet d'attention. Déjà « naturellement »<sup>9</sup> préoccupantes, les difficultés découlant du roulement élevé du personnel infirmier en étaient accentuées. Or, c'est la catégorie de personnel dispensant la majorité des soins dans un CH.

Un fort roulement de personnel est considéré être une sérieuse source de problèmes, en particulier lorsque la connaissance mutuelle, le travail d'équipe, l'expertise professionnelle, la circulation de l'information, et le temps de formation en emploi constituent des variables critiques d'un milieu donné<sup>10</sup>. C'est le cas des milieux hospitaliers <sup>(9,10,13,49,89,95,100)</sup>.

En soi, le milieu hospitalier semble assez délétère, si on s'en remet aux taux comparatifs d'absentéisme et d'incapacité. Ceux des infirmières dépassent presque toutes les autres professions, depuis longtemps <sup>(5,6,9,29)</sup>. C'est un travail exigeant mentalement et physiquement. Si un contexte négatif se superpose, les effets peuvent être rapides, spectaculaires et difficilement réversibles <sup>(50,99)</sup>.

---

<sup>8</sup> Il y a plus d'un quart de siècle que le problème des effectifs infirmiers est tenu pour acquis aux États-Unis <sup>(18,66)</sup>. En Europe, de premiers constats solides remontent à près de 20 ans <sup>(30,31,82)</sup>. On ne peut alors que s'étonner des mises à la retraite et des fermetures d'options infirmières, point souvent oublié, des années 1996-98 au Québec; une opération sans équivalent en systèmes de soins occidentaux, du moins à la même époque (au début 80, des écoles d'infirmières furent fermées à tout le moins aux États-Unis et en Suède). On trouve là une des assises du constat de la Commission Clair <sup>(25)</sup> jugeant assez sévèrement l'administration centrale du système québécois avec sa ... *gestion réactive plutôt que prospective devant une dynamique pourtant bien prévisible* <sup>(page 168 in 25)</sup>. Le problème infirmier était prévisible. D'autant plus qu'un excellent rapport <sup>(23)</sup>, paru au Québec en 1987, laissait clairement voir moult difficultés, aussi déjà perçues ailleurs (absentéisme en hausse, profession peu attrayante, impact du roulement). On peut d'ailleurs toujours le lire avec intérêt.

<sup>9</sup> Encore un peu au début des années 1980, le rôle traditionnel des femmes induisait « naturellement » un fort taux de roulement, la venue d'enfants ou simplement le mariage amenant régulièrement un retour définitif au foyer. En certains pays européens ce pattern demeure. Le travail du conjoint induit aussi des déplacements. Traditionnellement les américains changent volontiers d'emploi et facilement de ville. Ces phénomènes frappent tous les milieux, Magnétiques ou non. L'objet d'intérêt est la portion sur laquelle les appareils administratifs sont en mesure d'influer.

<sup>10</sup> En soins ou services ambulatoires ou de longue durée, on peut ajouter la menace à une continuité relationnelle (même dispensateurs avec même usagers). C'est une atteinte quasi directe à la qualité <sup>(14,19)</sup>.

Des coûts sont induits par le besoin de recruter et de recourir aux agences ou au temps supplémentaire<sup>11</sup>, surtout forcé (accentue l'insatisfaction, le roulement et les événements négatifs)<sup>12</sup> (7,75,90,91,94,99). À ces coûts directs s'ajoutent ceux de la formation des nouvelles venues, du ralentissement requis par le temps d'adaptation, d'une baisse de productivité de celles en place, d'une utilisation non optimale des lits (pratique plus défensive, moral affecté, cohésion d'équipe ébranlée, continuité d'approche instable)<sup>(29,43,99)</sup>.

Indépendamment de ces effets, un roulement élevé peut aussi témoigner de problèmes internes de gestion<sup>13</sup>, soit spécifiques à un établissement, soit caractéristiques d'un système<sup>(11,57)</sup>. En fait, il apparaît difficilement pensable (« *face validity* ») que les infirmières puissent être au « Nirvana » dans un établissement donné ou un système, alors que les autres groupes de dispensateurs fuiraient<sup>14</sup>. Les données du réseau Mayo, de Kaiser et du Veterans Health Administration<sup>(37,49,57,72,77,98)</sup> montrent ce que Aiken<sup>(1)</sup> appelle un effet de halo, l'ensemble des groupes sont touchés positivement ou négativement. Cela dit, sur le terrain des champs de pratique, des mini guerres corporatistes peuvent toujours être présentes. Dans toute la littérature consultée, ce trait n'est toutefois jamais mentionné dans les Hôpitaux Magnétiques. Un CH connaissant de telles mini guerres ne peut probablement pas réussir à afficher les caractéristiques et la performance d'un Hôpital Magnétique.

C'est en 1983 qu'est parue l'étude<sup>(67)</sup> montrant que si les problèmes de gestion du personnel infirmier étaient bien répandus, en particulier ceux liés à un roulement élevé, certains hôpitaux s'en tiraient nettement mieux. Comparativement, ils recrutaient et gardaient assez facilement leur personnel infirmier<sup>15</sup>, de là leur nom d'Hôpitaux Magnétiques<sup>(1,6,66,67)</sup>.

La question devient pourquoi eux?

---

<sup>11</sup> Stone et al<sup>(90)</sup> soutiennent que « ...in settings where nurses worked more overtime (page 574 in 90) » les patients sont plus à risque de subir des événements négatifs (« *adverse outcomes* »).

<sup>12</sup> En 2002, The HSM Group<sup>(94)</sup> a calculé un coût minimal direct de 10 000\$ par poste à remplacer. De plus, par comparaison aux hôpitaux de référence (« *benchmark* »), un fort taux de postes vacants (relation directe avec le roulement) est associé à des coûts sensiblement plus élevés pour un CH (69%), plus de dysfonctionnements à la salle d'urgence (51%) et plus de lits fermés (20%). En prime, le moral du personnel en souffre et les temps d'attente croissent. Pour leur part, Gélinas et Bohlen<sup>(37)</sup> mentionnent un coût moyen de 29 000\$. Hayes et al.<sup>(43)</sup> arrivent sensiblement au même coût.

<sup>13</sup> Nous ne traitons ici que du personnel infirmier, catégorie la plus documentée. Mais les données de l'assurance salaire québécoise<sup>(78)</sup> montrent que tous les groupes sont sensiblement touchés aux mêmes époques, certains encore plus que les infirmières. La seule exception constitue celle des cadres, et encore des cadres supérieurs seulement.

<sup>14</sup> Nos lecteurs (liste en page 2), avec qui nous avons discuté cette question, partageaient ce point de vue.

<sup>15</sup> En 1998, Wai Chi Tai et al.<sup>(99)</sup> constatent toujours que le taux de roulement du personnel infirmier est près de deux fois moindre dans les Hôpitaux Magnétiques (9% vs 16%). En analysant 12 CH ayant des caractéristiques Magnétiques, Stordeur et D'Hoore<sup>(92)</sup> (Belgique) signalent des écarts allant de 1 à 4.

Pratiquement au même moment étaient introduits les « Diagnosis Related Groups »<sup>16</sup> (DRG) pour le paiement des hôpitaux. La pression pour une gestion efficace des lits des hôpitaux, particulièrement leurs durées de séjour, en était accentuée. Or, un fort roulement de personnel handicapé un fonctionnement optimal et influe négativement sur les durées de séjour<sup>(37,43)</sup>.

Le questionnement n'en devient que plus aigu.

Un milieu délétère accentue les problèmes de pénurie par un épuisement du personnel en place, mais aussi, comme le soulignent Baumann et al.<sup>(9)</sup>, décourage les éventuelles recrues<sup>17</sup>. Au Québec, Dussault et al.<sup>(32)</sup> signalent que plusieurs étudiantes infirmières abandonnent en cours de route. À long terme il est vrai, ceci peut devenir un problème encore plus sérieux que le seul roulement. Avoir quelques hôpitaux, aussi Magnétiques<sup>18</sup> soient-ils, ne pourra suffire à compenser une image d'ensemble négative. Eux aussi feront de plus en plus face à une incontournable pénurie. Les Hôpitaux Magnétiques américains ne sont pas « à la noce ». Les difficultés d'ensemble les affectent aussi mais moins, nettement moins.

La profession d'infirmière est actuellement peu prisée au Canada, situation préoccupante ne datant pas d'hier<sup>(23,32)</sup>. On est alors dans un cercle vicieux dont il devient difficile de sortir<sup>(50,99)</sup>. Le peu de recrues accentue les pressions sur les infirmières en place, ce qui détériore davantage le milieu et accentue les perceptions négatives externes conduisant à une fuite de la profession<sup>(58)</sup>.

Toutefois, selon Tigert et Spence<sup>(96)</sup> l'environnement de travail peut accentuer ou atténuer, à l'interne, l'impact d'une pénurie générale. À partir de la littérature sur les

---

<sup>16</sup> Le DRG a été introduit par le gouvernement fédéral américain dans le cadre de son programme Medicare, seul programme universel américain. Celui-ci couvre environ 13% de la population, principalement les personnes âgées (85%-90% de la clientèle). Le DRG consiste en un paiement par épisode de soins (ex. 5 000\$ pour des chirurgies X, Y et Z). Le paiement reçu par le CH devient alors indépendant de différentes préférences locales de pratique, comme de « garder » plus longtemps ou de multiplier les services. Le DRG fut introduit pour des motifs de contrôle de coûts et d'équité entre les divers CH, car l'argent reçu variait fortement entre eux pour des cas similaires. Depuis son lancement, le DRG a fait école et a été repris par de nombreux systèmes de soins privés ou publics.

<sup>17</sup> Près de 10% de la main d'œuvre active au Québec travaille dans le domaine de la santé ou des services sociaux. Ceci signifie que la très grande majorité des québécois comptent, dans leurs relations sociales ou familiales, une personne ou plus y travaillant. Ce sont des informateurs hautement crédibles et facilement accessibles. Compte tenu de la méfiance envers les appareils politiques, ils peuvent facilement infirmer toute campagne, aussi joviale soit-elle, visant à promouvoir la profession infirmière (ou autre); mais se situant en porte-à-faux par rapport à leur vécu ou leur perception de travailleurs/dispensateurs du réseau. Ils voient de multiples situations se produire ou se reproduire. Lors des mises à la retraite de 1996-98, il a souvent été dit que ce sont les « chanceux » qui ont quitté. Il y a là un message clair. On impute peut être trop rapidement aux seuls médias, les impressions négatives apparaissant dans les sondages. Il y a possiblement un effet de catalyse entre ce que véhiculent les travailleurs/dispensateurs, certains cas vécus par des usagers/aidants et ce que rapportent spectaculairement les médias.

<sup>18</sup> Dans une étude qualitative<sup>(57)</sup>, il a été signalé qu'un CH Magnétique américain avait, dans son milieu, un effet positif sur l'attrait de la profession infirmière pour les jeunes des environs. Mais nous n'avons trouvé qu'une mention isolée d'un tel phénomène.

Hôpitaux Magnétiques, nous pouvons avancer que plusieurs éléments tendent à leur donner raison. Être à 5% sous le ratio voulu, mais avec un personnel stable et dédié, ne produit pas la même réalité qu'avoir le même déficit, mais avec un personnel instable et rêvant d'être ailleurs. La pénurie sera plus durement ressentie dans le second cas et probablement plus nocive. Une spirale vers le bas tendra à être introduite.



## 2- SATISFACTION/INSATISFACTION, INTENTION DE QUITTER ET ROULEMENT OBSERVÉ.

Le lien satisfaction/insatisfaction au travail et rétention/roulement de personnel est connu dans l'ensemble des milieux de travail<sup>19</sup> (29,57,59). Mais son caractère critique varie. Dans le milieu hospitalier, il est indéniable.

Depuis longtemps, l'enchaînement semble demeurer toujours le même (8,10,18,29,30,35,43, 48,58,61,83,86,96,99) :

Conditions négatives/positives ► Insatisfaction/satisfaction ► intention de quitter/rester ► départ/maintien.

L'ensemble est étroitement lié, mais les facteurs affectant l'une ou l'autre composante varient. Parfois nous mentionnerons des facteurs touchant la satisfaction, en d'autres cas le problème sera abordé par l'insatisfaction, le roulement ou l'intention de quitter/rester.

Clark<sup>(20)</sup> détaille davantage sous le seul angle positif:

Environnement stimulant et gratifiant (« *rewarding* ») ► satisfaction ► stabilité ► productivité ► qualité. Ce qui implique que moins de recrutement est requis, une boucle est créée<sup>20</sup>.

Découlant de diverses conditions, l'insatisfaction au travail influe sur l'intention de quitter qui elle se concrétisera par des départs. Si le simple départ est difficile (ex. milieu rural), diverses formes de fuites du travail prendront place (ex. absentéisme). On parle alors de roulement de personnel.

---

<sup>19</sup> Récemment, un documentaire fort intéressant a été produit sur un restaurant montréalais, le célèbre Schwartz. Cet établissement n'impressionne pas par son emplacement, sa façade, ses dimensions, son confort ou son décor. Pourtant, la forte satisfaction du personnel ressortait au premier plan. Cette satisfaction se traduit par un sentiment d'appartenance à une équipe et une implication par les employés de la « boîte ». C'est aussi leur « resto ». Ils en sont fiers et sont fiers d'y travailler. Cette appropriation/implication ressort des meilleures entreprises, du monde de la santé ou non. Elle est manifeste dans le cas des Hôpitaux Magnétiques. C'est une variable également importante chez les médecins hospitaliers<sup>(13)</sup>. Nous reviendrons à plusieurs reprises sur le fait que ce sont des endroits où il fait bon travailler. Par ricochet, ils deviennent aussi des endroits où il fait bon se faire soigner, manger, loger, etc.

<sup>20</sup> Un effet de boucle amplifie aussi bien un enchaînement positif que négatif<sup>(50,99)</sup>. Il peut être difficile d'y entrer (lorsque positif), comme d'en sortir (lorsque négatif). Mais, des établissements ou systèmes l'ont fait. C'est donc possible. Deux hôpitaux ontariens ont réussi (Toronto General et Ottawa, cas signalés par une lectrice). Pour les plus âgés, il y a là une analogie avec le célèbre commercial de la saucisse Hygrade qui défilait ainsi : « *Plus de gens en mangent parce qu'elles sont plus fraîches, elles sont plus fraîches parce que plus de gens en mangent* ». L'inverse peut être vrai : moins de gens en mangent....

Lorsque départ et fuites sont impossibles, on peut être face à un « présentéisme<sup>21</sup> » accompagné ou non de mécanismes compensatoires (« *coping* »), dangereux pour l'individu et / ou l'organisation (ex. toxicomanie)<sup>(29,30)</sup>.

Dans une conjoncture où l'on s'arrache le personnel infirmier, les freins au départ disparaissent encore plus rapidement, surtout en milieux urbains<sup>(99)</sup>. Les simples départs sont facilités. En contrepartie, une satisfaction élevée est associée à un taux d'épuisement professionnel inférieur (lien avec l'assurance-salaire) et réduit le niveau de stress émotionnel<sup>(1,10,43,96)</sup>. L'intention de quitter baisse.

Cette satisfaction/insatisfaction est une résultante de diverses conditions instaurées ou non par les établissements, mais **aussi les systèmes** de soins les encadrant. Ainsi agréés ou non à titre d'Hôpitaux Magnétiques, les CH du Veterans' Health Administration<sup>22</sup> américain (VHA) en affichent les principales caractéristiques<sup>23</sup>, et même parfois au-delà<sup>(57,77,72,81)</sup>. Des éléments systémiques y contribuent : importance effective de la qualité clinique, valorisation du personnel, etc.<sup>(65,67)</sup>. Médecins, infirmières et autres sont fiers<sup>24</sup> de travailler au VHA. Il y a 15 ans, tous s'en cachaient.

---

<sup>21</sup> C'est monsieur Jean-Pierre Brun (Université Laval) qui a utilisé ce terme lors d'une présentation donnée au MSSS à l'automne 2007. Dans un tel cas, les employés sont physiquement présents (« présentéisme »), mais souvent perturbés (stress, concentration). Leur potentiel est réduit. Ils s'investissent le moins possible, quittent dès que possible, sont « mentalement » plus ou moins « présents », etc. Ce phénomène est nettement plus difficile à mesurer que les diverses formes de fuites du travail induisant un roulement (départs prématurés, retraites anticipées, absentéisme de courte et longue durée, accidents de travail, assurance salaire longue durée). Il faut des études qualitatives. Une politique agressive visant directement une forme de fuite du travail (ex. absentéisme de longue durée) pourra réduire spectaculairement, mais provisoirement, le taux de recours à l'assurance salaire. Ce fut le cas au Québec au début des années 2000<sup>(78)</sup>. En apparence, on améliore alors le score du moment. On peut calculer des « économies ». En fait, on a retiré à l'assurance salaire de sa validité à titre d'indicateur de l'insatisfaction au travail. Si les sources de problèmes ne sont pas corrigées, cette forme d'absentéisme sera remplacée par d'autres ou par le « présentéisme ». À savoir si elles sont moins coûteuses (coûts directs et indirects, transfert de risques)? Le débat est ouvert. À défaut de données, toute profession de foi peut prévaloir. Mais dès 1987, au Québec, le Comité d'étude sur la main d'œuvre en soins infirmiers reconnaissait que « ... *l'absence-maladie est souvent le symptôme d'un malaise plus profond.* »<sup>(page 101 in 24)</sup>. En santé, il est acquis que faire disparaître le symptôme n'est souvent qu'une solution de dernier recours, comme lorsqu'on ne peut que soulager en soins palliatifs.

<sup>22</sup> Le VHA est un assureur public de santé, situation exceptionnelle aux États-Unis<sup>(72,81)</sup>. Il dessert 5 000 000 de vétérans américains, sur un total de 25-30 000 000. À plus de 90 % de sexe masculin, ces vétérans sont âgés en moyenne de près de 70 ans et pratiquement tous présentent divers problèmes de santé, souvent sous forme de pluri pathologies. La gamme de services couverts dépasse la nôtre, sauf en hébergement de longue durée. La dispensation est à 90% publique, 10% des services sont achetés du privé ou sous-contractés. À la fin des années 1980 et au début 90, hyper centré sur l'hôpital le VHA était considéré un des systèmes les plus médiocres aux États-Unis, quelle que soit la dimension étudiée : satisfactions des usagers ou dispensateurs, accessibilité, coûts, **attentes**, utilisation des ressources ou qualité clinique. L'association médiocrité-gestion publique était amplement soulignée en certains cercles. En 15 ans, le VHA est passé du statut de système « pourri » à celui de système de référence, ceci se reflète au niveau de leurs milieux hospitaliers.

<sup>23</sup> Selon Sales et al<sup>(77)</sup>, « *This is significant for a public sector hospital system* »<sup>(page 459)</sup>. D'ailleurs, Gélinas et Bohlen signalent le faible roulement au VHA (4% à 12% pour l'ensemble du personnel). Ils le lient avec une baisse de 20% des DMS et un coût de 25% moindre par épisode de soins.

<sup>24</sup> M. Pitzel, du VHA, en a fait aussi un des thèmes de ses conférences données au Québec en 2006.

### 3- INCITATIFS ET HÔPITAUX MAGNÉTIQUES.

La littérature évaluative internationale est d'une grande cohérence quant aux variables critiques à la base du succès des Hôpitaux Magnétiques<sup>(1,6,43,57,99)</sup>. Tout comme dans le cas d'autres professions tels les médecins, les variables constituant des incitatifs non-économiques<sup>25</sup> (ex. valorisation, rétroaction) sont d'aussi puissants, sinon de plus puissants, aiguillons de comportements que les variables jouant sur la composante revenu<sup>(11,43,48,54,58,86,101)</sup>.

En comparaison des CH environnants, dans l'étude Kramer et Schmalenberg<sup>(60)</sup> on note même qu'un Hôpital Magnétique paie particulièrement mal ses jeunes infirmières. À l'époque du moins, ceci ne lui occasionnait ni problème de recrutement, ni problème de rétention. Pourtant, les jeunes sont plus facilement portés à changer d'emploi<sup>(10,43,99)</sup>. Mais si vous constituez un lieu d'apprentissage exceptionnel et un milieu de travail chaleureux (le terme de famille revient avec régularité dans les évaluations), cela peut compenser. En fait, dans la récente revue de littérature de Hayes et al.<sup>(43)</sup>, la force centripète de la satisfaction au travail ressort comme plus critique que la force centrifuge de facteurs externes amenant des départs (ex. opportunités d'emploi).

Les Hôpitaux Magnétiques paient bien, mais rien d'exceptionnel ou de hors-normes, parfois un peu mieux les infirmières très expérimentées et reconnues, d'ailleurs très présentes<sup>(59,60,67)</sup>. Ce qui est exceptionnel, c'est le milieu de travail et la satisfaction à évoluer en celui-ci<sup>(58,86)</sup>. Les expressions, les plus souvent notées lors d'évaluations qualitatives, sont : « *It's a good place to work* » ou encore « *They listen to us* »<sup>(57,66,99)</sup>. Lors de l'évaluation initiale de 1982-83, le terme « *listen* »<sup>26</sup> était même le plus utilisé, autant par les infirmières que par les gestionnaires des établissements évalués<sup>(66,67)</sup>. Certains de ces derniers considéraient que leurs meilleurs consultants étaient leurs employés. C'est autant d'économisé en consultations externes avec, en prime, un gain de crédibilité à l'interne.

Un accès facile et informel à la haute direction concrétise l'impression, à tout le moins, d'être écouté et constitue un trait distinctif des Hôpitaux Magnétiques<sup>(57,58,67)</sup>. En conséquence, on note une hausse de la confiance manifestée par le personnel envers l'administration<sup>27</sup>, les changements sont mieux perçus, reçus et sont même recherchés<sup>28</sup><sup>(1,10,57)</sup>. Un Hôpital Magnétique est un milieu où on expérimente volontiers<sup>(60)</sup>.

---

<sup>25</sup> Hayes et al.<sup>(43)</sup> parlent de la satisfaction au travail comme constituant une puissante récompense externe, au même titre que le revenu (« *extrinsic reward* »). Stone et al.<sup>(86)</sup> mentionnent aussi qu'un plus haut niveau de revenu ne se traduit pas par une baisse de l'intention de quitter.

<sup>26</sup> Ce fait est d'autant plus intéressant que le terme « *listen* » n'avait pas pu atteindre le stade de nouveau slogan de gestion (« *buzzword* »). On sait avec quelle rapidité certains indicateurs, peu robustes, peuvent perdre de leur validité, devenant par eux-mêmes des normes factices faciles à afficher<sup>(15)</sup>. Si l'utilisation des mots écoute ou écouter devient un indicateur, suivi sur la base du « nombre de fois énoncé ou écrit », les textes en seront inondés et le bruit en deviendra étourdissant (« *buzz* »). Par perte de validité, ce qui est devenu une illusion chiffrée enregistrera des gains aussi rapides qu'artificiels.

<sup>27</sup> Dans leur revue de littérature, Wai Chi Tai et al.<sup>(99)</sup> rapportent un taux de satisfaction envers le leadership, trois fois plus élevé en CH Magnétiques que dans les autres CH. Parmi les points observés/comparés, c'est un des écarts les plus considérables.

Les auteurs de l'étude initiale <sup>(66,67)</sup> étaient impressionnés par la convergence des réponses des infirmières et celles de la direction nursing sur les éléments qui font que des hôpitaux sont des Hôpitaux Magnétiques. La lecture de la réalité est similaire. *A priori*, on fait assez confiance à l'administration<sup>29</sup>. En conséquence, on n'est pas constamment à la recherche d'un éventuel agenda caché. Mais, selon la savoureuse expression de Léonard Aucoin<sup>30</sup> : « *Les bottines suivent les babines* ». Il n'est alors pas besoin de discourir autant. C'est une gestion par les « gestes et l'exemple », ce qui est cohérent avec l'importance des perceptions<sup>31</sup> dans le succès des Hôpitaux Magnétiques <sup>(58,79,92)</sup>.

---

<sup>28</sup> On retrouve possiblement ici un effet "Hawthorne", célèbre expérience des années 1930. Changements et expérimentations peuvent induire une plus grande motivation et être reçus sans méfiance. Les questions de confiance dans les relations de travail seront critiques. Plusieurs de mes lectrices infirmières (liste en page 2) partageaient ce point de vue. En fait, même des tâches exigeantes peuvent être recherchées (valorisation, défi). Des milieux stables, dynamiques et valorisants accueillent le changement avec confiance. Mais 10 ans de tâches routinières induiront une déqualification progressive. Un changement devient alors facilement une menace, surtout lorsque les relations de travail sont « pourries », terme revenu souvent chez mes lecteurs (liste en page 2).

<sup>29</sup> Williams <sup>(100)</sup> donne cette définition de la confiance : "*Trust is defined here as one's willingness to rely on another's action in a situation involving the risk of opportunism*" <sup>(page 9)</sup>. Pour les relations de travail, surtout en milieu professionnel, c'est un ingrédient précieux. Certains gains de court terme peuvent résulter de manipulations habiles de gestion, mais plus ou moins élégantes. Toutefois, le prix à long terme peut en être très élevé. Il n'y a plus d'écoute, la méfiance domine.

<sup>30</sup> Terme du terroir utilisé lors de la présentation faite au MSSS en 2007. Cette rupture discours/pratique lui semblait un des gros obstacles au changement dans les réformes québécoises.

<sup>31</sup> Shamian et al. <sup>(79)</sup> montrent aussi l'importance de la perception. Une perception favorable de son milieu de travail est associée à une meilleure santé et à moins d'absentéisme.

## 4- UNE ÉVOLUTION VERS HUIT CONDITIONS ESSENTIELLES

Initialement, une batterie de variables (environ 65) furent associés aux Hôpitaux Magnétiques<sup>(6,66,67)</sup>. Le tout a progressivement été ramené à huit conditions essentielles traduisant mieux les importants changements survenus dans la pratique infirmière et les milieux hospitaliers (ex. technologie). Les objets d'attention se sont modifiés. Les variables critiques se sont modulées. Ainsi, les questions de ratio de personnel sont devenues plus lancinantes<sup>(20,64)</sup>.

Mais l'étiquette d'Hôpitaux Magnétiques est demeurée, ainsi que l'indicateur de base : le roulement du personnel infirmier. Vingt-cinq ans plus tard, c'est toujours un établissement qui se démarque par son attraction/rétention d'infirmières. On y affiche une forte rétention, un faible roulement et une forte satisfaction au travail « ...*because they can give quality care* »<sup>(page 26 in 58)</sup>. Ce dernier point semble immuable.

La présentation peut varier. Mais, sous une forme ou une autre, on trouve mention de ces huit conditions essentielles dans les études évaluatives des Hôpitaux Magnétiques. Elles sont aussi présentes en d'autres contextes d'évaluation de la pratique infirmière ou du milieu hospitalier. Même si elles sont souvent inter-reliées, on peut les départager ainsi :

- 1- **L'autonomie professionnelle** des infirmières<sup>(1,6,10,33,49,57,84)</sup>. Elle vient au premier plan et se concrétise dans les tâches effectuées, des modèles de soins solides (« *evidence based* »), la forte décentralisation de la gestion au niveau des unités et la capacité d'innover<sup>32</sup>. Dans ce dernier cas, sous condition d'évaluer et de reconsidérer ce que l'on fait. Car une constante revient, les professionnelles sont « ... *accountable for their own practice* »<sup>(page 15 in 66)</sup>. De manière très décentralisée, on contrôle son environnement, souvent horaires inclus<sup>33</sup>. L'identification professionnelle joue à plein, en soi elle contribue à surmonter des conditions difficiles et réduit le roulement<sup>(43)</sup>.
- 2- **Le support fourni** par les appareils administratifs dans les diverses conditions de travail : sécurité au travail, équipement, soutien informatif (ex. rétroaction), le tout allant, dès cette époque (1983), jusqu'aux repas chauds la nuit ou aux garderies<sup>34</sup> (1,6,8,9,11,43,48,57,61,66). C'est une gestion qui supporte, plus qu'elle ne dirige strictement, et surtout qui est vue comme équitable<sup>(43)</sup>.

---

<sup>32</sup> Dans l'étude ontarienne de Tourangeau et al<sup>(97)</sup>, la dimension autonomie est celle ayant reçu la plus faible cote de satisfaction.

<sup>33</sup> Stone et al<sup>(88)</sup> comparent l'impact de deux horaires (8 heures ou 12 heures). En certains départements, recourir aux 12 heures induit plus de satisfaction du personnel. Il en résulte moins d'absentéisme sporadique (« *missed shifts* »), moins de roulement de personnel et moins de postes vacants. Dans le contexte actuel ce sont de gros gains potentiels. Des horaires de 12 heures ne sont pas adaptés à tous les services<sup>(96)</sup>. Lorsqu'ils sont possibles, ils comportent l'avantage appréciable de réduire de moitié les moments où un délicat passage d'information est requis.

<sup>34</sup> Si, il y a 20 ans, Delamothe<sup>(30,31)</sup> pouvait déplorer le manque de soutien dans le NHS, les anglais y sont maintenant plus sensibles, notamment au problème du gardiennage d'enfants pour horaires atypiques. À la même époque, Akyeampong<sup>(5)</sup> avait aussi des données allant en ce sens pour le Canada. Le très sérieux *Chief Medical Officer*<sup>(93)</sup> anglais souligne l'importance du support aux infirmières, en particulier sous forme de gardiennage. Un budget est donné aux hôpitaux à ce titre,

- 3- **Une bonne collaboration entre médecins et infirmières** <sup>(1,6,8,28,34,57,66,69,84,95)</sup>. C'est une variable critique du cabinet de médecin (à condition d'avoir de telles infirmières) aux milieux institutionnels, les Hôpitaux Magnétiques ne font pas exception. Depuis 1986, date de la célèbre étude de Knaus et al. <sup>(55)</sup> montrant un risque de surmortalité liée à la mauvaise collaboration entre médecins-infirmières, ce point est acquis et n'a fait que se renforcer<sup>35</sup>.
- 4- **La valorisation professionnelle et le leadership infirmier** <sup>(1,6,9,10,26,43,48,55)</sup>. Au-delà de discours aussi lassants que répétitifs, la valorisation se manifeste concrètement dans les actions de l'administration : l'encouragement à suivre/donner des cours<sup>36</sup>, l'importance de la formation continue (des infirmières y sont dédiées), la participation à la recherche, l'innovation, etc. À défaut, les infirmières reproduisent ce qu'elles ont appris. Au mieux, elles peuvent en rester là, faute de moyens <sup>(74)</sup>. Au pire, il y aura induction d'un enchaînement : routinisation ► déqualification progressive ► insécurité croissante (trop peu de roulement) ► et « présentéisme ». Dans un Hôpital Magnétique la valorisation transparaît aussi dans le statut du nursing dans le CH (ex. place sur les instances décisionnelles) ainsi que la qualité d'un leadership infirmier, reconnu à ce titre par les infirmières mais aussi très souvent hors du CH (fait autorité en soins infirmiers). En conséquence, le personnel se sent respecté, terme revenant systématiquement dans les évaluations des Hôpitaux Magnétiques <sup>(67)</sup>. Respect et confiance en l'administration vont de paire <sup>(83,85)</sup>.
- 5- **Des relations positives avec les pairs**, vus comme compétents <sup>(6,10,40,43,49,57,61,67)</sup>. Depuis 25 ans que des évaluations qualitatives et quantitatives sont menées, une expression apparaît régulièrement : « *Ici, c'est une famille* ». On est soutenu par les autres, mais aussi porté plus facilement à faire de « l'extra », à ne pas laisser tomber les collègues (absentéisme social), etc. Volontiers, on appartient à un groupe (« *belonging* »), on s'implique<sup>37</sup> (« *involvement* » et « *commitment* »), on est motivé (« *dedicated* ») <sup>(85,96)</sup>. Ces traits jouent sur l'efficacité <sup>(10,99)</sup>. Il y a un faible recours aux agences dans les Hôpitaux Magnétiques, souvent un indicateur de dysfonctionnement <sup>(21,34,66,102)</sup>. Avoir des collègues vus comme compétents permet l'établissement de relations de confiance et d'un travail d'équipe<sup>38</sup>

---

mais pas assez protégé à ses dires. Il signale que le *King's College Hospital* a introduit 60 places de garderie. Une étude a montré un lien avec une baisse des postes non comblés (passés de 13% à 7%) et une réduction de 10 000 heures (-17%) du recours aux agences ou au dépannage. Dans l'étude canadienne de Shields et Wilkins <sup>(80)</sup> le Québec se démarque positivement au plan de l'accessibilité à des services de garde.

<sup>35</sup> Dans une étude canadienne, Estabrooks et al. <sup>(34)</sup> rapportent une baisse de risque de mortalité (.74) lorsque les relations infirmières-médecins sont positives. Mais nous partons de loin. La première école infirmière en Ontario avait pour devise « *I see and am silent* » <sup>(22)</sup>. Et des traces de corporatisme sont décelables dès le début du régime français <sup>(39)</sup>. Toutes ne sont pas disparues.

<sup>36</sup> Hayes et al. <sup>(43)</sup> soulignent qu'une insatisfaction sur les variables de formation et de promotion a plus d'impact qu'une insatisfaction quant à la charge de travail et au salaire.

<sup>37</sup> Dans sa méta analyse, dès 1993 Blegen <sup>(10)</sup> montre une forte association entre satisfaction au travail et implication dans ce même milieu (.526). Dans leur revue de littérature, Wai Chi Tai et al <sup>(99)</sup> vont aussi en ce sens. On retrouve cette association chez les médecins hospitaliers <sup>(13)</sup>. Ce n'est peut être pas par hasard que les infirmières semblent préférer le modèle des médecins hospitaliers <sup>(13,28,46)</sup>.

<sup>38</sup> Wai Chi Tai et al. <sup>(99)</sup> mentionnent qu'un roulement élevé affecte la cohésion (« *cohesiveness* »), donc le fonctionnement en équipe. Une forte cohésion fait baisser le roulement de personnel. On ne laisse pas tomber la « famille ».

- (21,50,100). On sait avec qui on travaille, on peut agir en conséquence. On passe de la relation de confiance institutionnelle (tel diplôme) à celle relationnelle (telle personne avec tel diplôme), la plus riche<sup>39</sup> (100). La stabilité et le faible roulement ne sont pas le fait du seul établissement, les unités aussi les vivent. Car, à défaut, jamais la notion d'équipe ne peut prendre corps.
- 6- **Un ratio de personnel adéquat**<sup>40</sup> (4,6,8,42,44,51,57,61,67,68,70,73). Les CH américains privilégient l'intensité de traitement (effet DRG). Ils ont des ratios<sup>41</sup> élevés de personnel, malgré les problèmes généralisés de recrutement. Ces problèmes sont moins aigus pour les Hôpitaux Magnétiques, même s'ils affichent des ratios particulièrement élevés (1 infirmière / 4 usagers). De plus, la proportion d'infirmières très qualifiées y est plus importante, ce qui semble annoncer de meilleurs résultats (au sens de « *outcomes* »)<sup>(51,69,71)</sup>.
- 7- **Un focus client**<sup>(27,60,67)</sup>. L'objet d'attention est le client, c'est le point de départ et d'arrivée des discussions, initiatives et changements (« *paramount in the organisation* »<sup>(58)</sup>). La dimension clinique transcende. Il est possible qu'un mécanisme de paiement comme le DRG aide à donner une vraie dimension client (vu comme un revenu), plus que de simple bénéficiaire (vu comme une dépense), mais rappelons-nous que le DRG fut introduit pratiquement au moment de la parution de la première étude sur les Hôpitaux Magnétiques. Ces hôpitaux étaient déjà là, avec leurs caractéristiques. Ce ne sont pas les DRG qui ont contribué à les instaurer.
- 8- **L'importance de la qualité**<sup>(6,27,58,67,99)</sup>. En lien avec le point précédent, la recherche d'une meilleure qualité des soins et services, si elle aussi dépasse le stade du discours<sup>42</sup>, est un indéniable attrait pour tout groupe professionnel. Dans l'étude comparative de Kramer et Schmalenberg<sup>(57)</sup>, «...*being able to give quality patient care...*»<sup>(page 277)</sup> explique plus de 80% du différentiel dans la satisfaction au travail et 86% de la capacité à attirer et retenir le personnel infirmier, chez les Hôpitaux Magnétiques en comparaison des autres. Il y a un projet clinique ayant de solides fondements, il est donc partagé par tous les cliniciens y compris les médecins<sup>(20,67,98)</sup>.

---

<sup>39</sup> Cette variable de la confiance semble inestimable pour toute organisation "... *that depend on cross-functional teams, interorganizational partnerships...*"<sup>(page 8 in 100)</sup>.

<sup>40</sup> Hayes et al.<sup>(43)</sup> mentionnent que « *Empirical evidence suggests that each additional patient per nurse is associated with a 23% increase in the odds of burnout...* »<sup>(page 4)</sup>. McGills-Hall et Irvine-Doran<sup>(69)</sup> affichent des résultats ontariens allant en ce sens.

<sup>41</sup> La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé<sup>(36)</sup> suppose un lien entre les ratios insuffisants et une détérioration de la qualité. Sur 16 000 décès évitables, elle avance que les « *...méthodes pour assurer la dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux canadiens font peut-être partie du problème...* »<sup>(page 1 in 36)</sup>. Kane et al.<sup>(51)</sup> ont produit la plus récente méta analyse. Le lien est indiscutable, même si la causalité n'est pas bien comprise<sup>(43,91)</sup>.

<sup>42</sup> Malgré des recherches intensives, jamais nous n'avons pu trouver un auteur ou un groupe d'intérêts se disant contre la qualité des soins et services ou déclarant en faire peu de cas. La simple profession de foi présente donc peu d'intérêt, peu importe le nombre de fois où elle est énoncée.

On doit retenir que plusieurs de ces variables<sup>43</sup> ne comportent, en soi, aucun coût additionnel (des coûts de transition parfois) ou même peuvent induire des « économies » (moins de recours aux agences) <sup>(1,6,67)</sup>. Lorsqu'il y a coût supplémentaire (ex. support, ratio), les gains d'efficacité peuvent compenser, à tout le moins partiellement. Évidemment, avoir un mode de paiement dynamique aide (DRG par opposition à budget global historique). Mais, encore une fois, les Hôpitaux Magnétiques étaient là avant le DRG.

Un établissement qui peut se permettre de choisir son personnel est nécessairement en meilleure position que celui qui est acculé à « ça »<sup>44</sup> ou rien <sup>(59)</sup>.

---

<sup>43</sup> Dans une étude anglaise <sup>(84)</sup>, ces conditions essentielles des Hôpitaux Magnétiques sont toutes reliées à la satisfaction (.42), au roulement (-.26) et à la perception de dispenser des soins de qualité (.53).

<sup>44</sup> Kramer et Schmalenberg <sup>(59)</sup> ont observé que, règle générale, un Hôpital Magnétique préférera tolérer un poste vacant que de le combler « ...with an inappropriate person <sup>(page 15 in 59)</sup> », il a un peu plus de marge de manœuvre dû à son faible roulement.



## 5- LES TRAITS ORGANISATIONNELS D'UNE « BONNE ENTREPRISE ».

Habituellement, les études comparent des Hôpitaux Magnétiques à d'autres non identifiés à ce titre, ou encore feront des avant-après. Mais, à la fin des années 1980, Kramer et Schmalenberg<sup>(59,60)</sup> ont mené une étude qualitative visant à analyser 16 de ces hôpitaux sous l'angle des meilleures entreprises du secteur privé, hors du domaine de la santé. Les traits mis en lumière sont toujours d'actualité. Ils ont l'avantage de déborder le seul personnel infirmier. Ce sont tous les employés qui sont en cause. Notre hypothèse, voulant que le roulement infirmier soit un indicateur d'ensemble, y trouve un fondement.

Les analogies sont frappantes. Sur huit critères, caractérisant ces meilleures entreprises, sept se retrouvent présents dans les Hôpitaux Magnétiques, le plus souvent à un degré très élevé. L'élément absent est le principe de se centrer sur sa mission et son expertise «*stick to the knitting*»<sup>(59)</sup>. Les Hôpitaux Magnétiques peuvent être « fureteur ». Pour le reste, comme ces excellentes entreprises ils...

- 1- **Privilégient l'action**, la devise pouvant en être : « *Chaotic action is preferable to orderly inaction* »<sup>(page 17 in 60)</sup>. La direction est présente (« *walking about* ») et accessible sans crainte (confiance). On promeut une culture où l'erreur est admise, mais pas la « bêtise ». On essaie et corrige vite si ça ne fonctionne pas. On laisse beaucoup de place à l'informel<sup>45</sup>, ce qui confère souplesse et rapidité. De là, l'importance d'une équipe<sup>46</sup> stable, notion qui revient souvent, où les gens se connaissent et se comprennent à demi-mot. Surtout : les infirmières ne sont pas considérées être des pièces interchangeables. La gestion est conséquente, plus professionnelle que bureaucratique. C'est la première marque du respect.
- 2- **Ont un souci concret du client**, la devise pourrait être « *...outstanding- no superb- reputations* »<sup>(page 22 in 60)</sup>. À l'affut pourtant, les auteurs n'ont jamais entendu : « *I can't wait to get out of here* »<sup>(page 20 in 60)</sup>. Il y a un souci de la qualité dans tous les départements des Hôpitaux Magnétiques, y compris ceux en support (ex. pharmacie). Beaucoup de rétroaction<sup>47</sup> est donnée aux professionnels. Ils peuvent se comparer, se situer puis chercher à comprendre et corriger. Un support leur est rapidement fourni en cas de difficultés, les infirmières s'attendent naturellement à une réponse ou à une solution dans les 48 heures... et généralement ne sont pas déçues. L'infirmière peut alors se consacrer à son patient car « *...someone else is taking care of me* »<sup>(page 12 in 59)</sup>.
- 3- **Favorisent l'autonomie et le dynamisme**, la devise pourrait être « *...known for their innovations* »<sup>(page 23 in 60)</sup>. L'autonomie professionnelle est mise de l'avant, nous l'avons déjà amplement souligné.

---

<sup>45</sup> Williams<sup>(100)</sup> signale que la présence d'une confiance mutuelle facilite la tolérance de l'informel et réduit les coûts de négociation.

<sup>46</sup> Même sous forme d'équipe volante. La cohésion demeure.

<sup>47</sup> Williams et al.<sup>(101)</sup> mentionnent que fournir une rétroaction, permettant de se comparer et de comprendre, améliore la performance de CH américains, surtout ceux moins bons au départ. Mais cette rétroaction doit être « *... clinically meaningful...* »<sup>(11)</sup>.

- 4- **Recherchent la productivité, mais avec l'appui des employés**, la devise pourrait être « *...feeling of family...* » (page 11 in 59). Le respect des employés est manifeste, mais en sus le terme « famille » revient constamment lors des entrevues faites, et pas seulement chez les infirmières. Il y a beaucoup d'informel, évitant la bureaucratisation des rapports<sup>48</sup>.
- 5- **Sont portés par des valeurs ancrées et partagées**, la résultante devient un bannissement des « *... union threats, poor nursing and poor medical practice* » (page 14 in 59). Les observateurs sont frappés par les contes/histoires/légendes<sup>49</sup> évoqués systématiquement dans ces hôpitaux, en lieu et place de directives formelles<sup>50</sup>. Les valeurs sont ainsi formulées, véhiculées et reproduites. Ces valeurs expliquent ce qui se passe. Les relations avec des gestionnaires stables, présents et accessibles supportent le tout.
- 6- **Comptent peu de paliers hiérarchiques** et de faibles taux d'encadrement supérieur, le leadership<sup>51</sup> est clinique. Ceci favorise autonomie et gestion décentralisée « *... a major hallmark...* » (page 16 in 59). Du fait des rapports/liens/relations informels, la chaîne de commandement est parfois difficile à retracer pour un observateur. En revanche, une forte centralisation des paramètres entoure quelques procédures clés (ex. système d'information, dossiers). À première vue, ce flou donne l'impression d'une constante réorganisation. Dans les faits, fusions et réorganisations administratives sont peu le lot des Hôpitaux Magnétiques<sup>52</sup>. Comme encore récemment observé, l'impact en est souvent négatif<sup>53</sup> au plan qualité (1,27,34).
- 7- **Affichent une gestion souple et ferme à la fois** (« *loose tight properties* »). Probablement, la caractéristique la plus difficile à traduire. Résumons-la par : une gestion très ferme sur quelques points clés, avec en parallèle énormément de marge de manœuvre donnant parfois une fausse impression de désorganisation (« *messiness* »). Il faut une bonne dose de confiance de la part des gestionnaires pour accepter ces flottements. Il faut aussi une bonne dose de confiance entre pairs pour la vivre. Ces liens de confiances permettent de réduire le besoin de détailler et de formaliser<sup>(100)</sup>. L'autocontrôle par les pairs devient une variable centrale. La discipline provient d'abord des valeurs partagées et du regard des autres : *ça ne se fait pas ici!* Malgré une apparence de « désordre sympathique » sous un regard bienveillant et lointain, « *Nothing gets very far out of line.* » (page 16 in

<sup>48</sup> À noter : bureau petit, table en désordre et porte ouverte caractérisent la « *Chief Nurse Executive* ». On perd en standing, mais gagne en leadership

<sup>49</sup> C'est aussi un trait majeur dans le réseau Mayo<sup>(98)</sup>.

<sup>50</sup> En fait, il y a une forte formalisation des dimensions ayant une importance clinique reconnue (ex. standards, protocoles, information saisie).

<sup>51</sup> Les meilleurs hôpitaux anglais enregistrent aussi des scores élevés sur les plans leadership et satisfaction du personnel<sup>(26)</sup>.

<sup>52</sup> On évite alors ce que Glouberman et Mintzberg déplorent « *... administrative reorganizations that shuffle boxes on charts but not much else...* » (page 13 in 38). Une gestion que je qualifie d'un peu « Au hasard Balthazar ».

<sup>53</sup> Dans leur étude canadienne, Estabrooks et al.<sup>(34)</sup> portent au bilan des grosses restructurations de la deuxième partie des années 1990 : baisse de la satisfaction au travail, baisse d'efficacité ou d'habileté et disparition d'équipes. En conséquence, le moral est négativement affecté et, inévitablement, on enregistre une hausse du roulement de personnel, toutes catégories incluses. Au Québec, l'étude de Breton<sup>(12)</sup> et les données de l'assurance salaire<sup>(78)</sup> tendent à étayer ce point de vue.

<sup>59)</sup> ». Une forte culture d'entreprise joue<sup>54</sup> et, puisque le recrutement est moins difficile, on peut se permettre le luxe de « virer » après une période d'essai.

En réponse à une de leur question précise, la réponse la plus entendue par Kramer et Schmalenberg <sup>(59,60)</sup> fut « *What is the biggest attractor here? Working someplace where your work has meaning and where you can feel good about your work* » <sup>(page 17 in 60)</sup>.

Malgré le déficit général de personnel infirmier affectant toute société (« *external shortage* »), une organisation réunissant ces caractéristiques réduit, au mieux, son déficit interne (« *internal shortage* ») <sup>(59)</sup>. Celui sur lequel elle peut influencer, allant du simple établissement à un système.

Dans une réplique d'étude sur des Hôpitaux Magnétiques, Stordeur et D'Hoore <sup>(92)</sup> constatent que les « bons » CH affichent les caractéristiques générales des « *healthy workplaces* » : peu hiérarchisés, très grande confiance entre travailleurs, milieu supportant et gestion consciente de l'importance du support à fournir.

---

<sup>54</sup> C'est encore un trait majeur chez Mayo <sup>(98)</sup>. Une organisation sans but lucratif, Mayo est devenu un réseau (17 hôpitaux affiliés) répartis en divers points des États-Unis. Il ne s'agit donc pas seulement d'une grosse clinique isolée à Rochester, Minnesota, son lieu d'origine il y a plus de 100 ans. Peu importe la catégorie de personnel : « *The loyalty of Mayo clinic personnel is reflected in high staff satisfaction measures and low attrition rates* » <sup>(page 1092 in 98)</sup>.



## 6- DES « PRÉDICTEURS » DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE

Lors de l'étude initiale, en 1983, on pouvait raisonnablement postuler un lien entre la qualité des soins ou l'efficacité et le fait d'afficher les caractéristiques des Hôpitaux Magnétiques<sup>(67)</sup>. Avec le temps, il est devenu possible d'être davantage affirmatif, même si les liens de cause à effet demeurent parfois nébuleux<sup>(1,8,34,42,84,87,90,91)</sup>.

Trait distinctif des Hôpitaux Magnétiques, on peut tenter d'insérer la rétention du personnel infirmier dans le schéma classique de Donabedian illustrant l'enchaînement Structure ► Processus ► Résultats, ce dernier au sens de « *outcomes* »<sup>(14,15,17,40,57)</sup>.

Une série d'éléments s'enchaînent, diverses formes de résultats apparaissent en succession. Sous des conditions adéquates d'utilisation, tous peuvent servir d'indicateurs<sup>(15)</sup>.

- a) **Structure**<sup>55</sup> : sous l'influence de diverses variables systémiques ou locales, la satisfaction du personnel induit l'intention de rester dans un établissement ou même une profession. Le faible roulement de personnel et une forte rétention en témoignent.
- b) **Processus**<sup>56</sup> : de ce fait la stabilité du personnel est acquise, une connaissance mutuelle devient possible, un sentiment d'appartenance naît, la confiance s'installe, l'implication individuelle grandit et la vitale notion d'équipe se concrétise<sup>(95)</sup>. Le fonctionnement est plus fluide, divers coûts sont réduits (efficacité, dont durée de séjour).
- c) **Résultats**<sup>57</sup> : finalement, pour la clientèle, des résultats supérieurs de santé paraissent en découler (ex. moins de mortalité ou de complications), dont une satisfaction très élevée.

---

<sup>55</sup> Par structure, Donabedian entend les conditions relativement permanentes (ex. système d'information, bâtiment, emplacement, équipement, ratio de personnel, caractéristiques de celui-ci dont stabilité, formation permanente, formation continue<sup>(14,15)</sup>). À titre d'indicateurs, des résultats intermédiaires relatifs aux intrants (« *inputs* ») peuvent être identifiés et recherchés s'ils ont une valeur prédictive au plan qualité, par exemple réussir à recruter et garder son personnel. En soi, rien ne démontre qu'*ipso facto* les pratiques sont bonnes du fait du respect d'une norme (ex. taille optimale), mais c'est le plus souvent le cas. Ce fut démontré ailleurs et en de multiples occasions, notamment par les Hôpitaux Magnétiques. Dès lors, nous avons un indicateur valide. Les indicateurs structurels sont intéressants par leur valeur prédictive. Avoir le bon ratio ne garantit rien, mais avoir le mauvais garantit des ennuis.

<sup>56</sup> Par processus, Donabedian entend les façons de faire, la pratique clinique (ex. protocoles, guides de pratique, pratiques effectives, relations entre professionnels, etc.)<sup>(14,15)</sup>. D'autres résultats plus près ici des extrants (« *outputs* ») peuvent ici aussi être identifiés, par exemple la collaboration entre médecins-infirmières, la maîtrise d'un protocole.

<sup>57</sup> Par résultats, au sens anglais de « *outcomes* », Donabedian entend les résultats de santé. Ils seront définis par ce qu'il est possible d'atteindre (ex. guérison, survie, capacité de fonctionner, soulagement, adaptation, respect de la fin de vie, etc.)<sup>(14,15)</sup>. Donabedian a aussi mis de l'avant la notion de résultats négatifs (« *adverse outcomes* »), par exemple réadmissions, complications, erreurs de médication, oublis, etc. Ce sont des indicateurs plus facilement disponibles et au lien causal plus facile à établir avec des composantes ou pratiques spécifiques à un système de soins. Dans les études évaluatives de qualité, ce sont les indicateurs les plus régulièrement utilisés, car révélant ce qui ne devrait pas se

À titre d'indicateur, l'intérêt du roulement du personnel devient double.

- a) **Directement**, le roulement affecte la qualité, par exemple il perturbe les relations professionnelles et les communications, car « *As turn over increases, communication is likely to become less accurate* » <sup>(page 1914 in 99)</sup>. La circulation de l'information est une composante particulièrement critique de la qualité des soins et services et, lorsqu'elle est mauvaise, devient une source importante d'erreurs<sup>58</sup> <sup>(14,55)</sup>.
- b) **Indirectement**, il révèle « l'atmosphère » générale d'un CH précis, d'un réseau ou d'un système. De là, la recherche de LA caractéristique des Hôpitaux Magnétiques : roulement et rétention de personnel. Ce devient un gage de qualité.

Diverses variables en découlent ou y sont liées et sont particulièrement critiques et présentes dans les Hôpitaux Magnétiques.

- 1- **La satisfaction des usagers.** La satisfaction des usagers y est plus élevée. Satisfaction des infirmières, en fait du personnel, et satisfaction des usagers sont liées <sup>(1,14,43,69)</sup>. La satisfaction des usagers peut être considérée comme un objectif à poursuivre en soi (« *outcomes* »). Mais, indépendamment de cette considération, des usagers satisfaits sont : a) plus respectueux du traitement à suivre (« *compliance* »), b) moins portés à « magasiner » c) se rétablissent mieux <sup>(15,45)</sup>. Ce sont trois considérations majeures d'efficience pour un système comme le nôtre. De plus, des usagers satisfaits sont aussi plus fidèles. Dans les systèmes publics ou privés où la satisfaction rejaille sur le financement ou la rémunération, c'est une considération importante supplémentaire.
- 2- **La confiance.** À différentes reprises le thème de la confiance a été mentionné, soit entre pairs, soit entre administration et professionnels. Dans ce dernier cas, elle réduit le besoin de contrôles et l'introduction de normes tatillonnes tout en permettant de conférer plus d'autonomie ou d'initiatives <sup>(37)</sup>. Entre pairs, cette confiance est vitale. Elle permet de passer du stade de groupe à celui d'équipe, amenant implication et entraide <sup>(4,21,50)</sup>. Il en résulte un bannissement des comportements parasites (« *sucker effect* » <sup>(50)</sup>) et des mentalités opportunistes (« *calculative mentality* » <sup>(50)</sup>). Elle requiert une stabilité du personnel, comme condition de base. L'instabilité peut entraîner de sérieux dysfonctionnements <sup>(34,36)</sup>.
- 3- **Fonctionnement harmonieux.** Le fonctionnement fluide des Hôpitaux Magnétiques favorise une réduction des durées de séjour, ainsi que du recours aux

---

produire, du moins au-delà de certains seuils. Si on n'y prend garde, ils ont toutefois le sérieux inconvenient d'instaurer facilement une gestion punitive par les appareils administratifs centraux. Ceux-ci tendent à se dédouaner par une réaction énergique ciblant un « cas isolé », surtout si médiatisé <sup>(14,15)</sup>.

<sup>58</sup> Même les meilleurs systèmes d'information ne permettent pas de saisir toute l'information, ce point est ressorti dans le dossier des médecins hospitaliers <sup>(13)</sup>. Mais les risques sont décuplés si un CH 1) ne peut se reposer sur un bon système d'information clinique, 2) compte 2 rotations de personnel plutôt qu'une seule et 3) fait face à un fort roulement de personnel, donc des professionnels moins impliqués et peu familiers les uns avec les autres.

- soins intensifs et des coûts accessoires <sup>(1,8,37,43,76)</sup>. La baisse des événements négatifs<sup>59</sup> (« *adverse outcomes* »), dus à des dysfonctionnements internes<sup>60</sup>, explique probablement une bonne part de ces gains <sup>(21,34,76,90)</sup>.
- 4- **Les meilleures pratiques.** Les Hôpitaux Magnétiques respectent davantage les meilleures pratiques <sup>(8)</sup>. Ce point de vue semble partagé par la Joint Commission on the Accreditation of Health care Organization (JCAHO), un des piliers du suivi de la qualité aux États-Unis <sup>(1)</sup>.
  - 5- **Un bon ratio de personnel.** Au plan qualité et efficience le ratio de personnel semble une variable critique <sup>(31,36,50,70,73)</sup>. Rogers et al. <sup>(75)</sup> mentionnent que le très respecté *Institute of Medicine* semble y attacher une grande importance. Plusieurs études reviennent sur ce thème, sous un angle ou un autre <sup>(36,43,44,76)</sup>. Les Hôpitaux Magnétiques affichent des ratios plus élevés de personnel, bien qu'encore parfois critiques du fait des problèmes de recrutement, et surtout des proportions de personnel plus qualifié.

L'étude initiale sur les Hôpitaux Magnétiques ne portait que sur le roulement du personnel infirmier, vu comme un inconvénient agaçant, mais isolé du reste de la réalité CH. Avec le temps, il est apparu évident qu'il devient un indicateur d'une réalité plus vaste. C'est que la satisfaction d'une frange aussi importante de personnel que celle du personnel infirmier devient un indicateur d'ensemble. Rappelons qu'Aiken <sup>(1)</sup> parle d'une sorte d'effet de halo<sup>61</sup>. Tout ce que nous avons vu sur les Hôpitaux Magnétiques tend à lui donner raison. Lorsque des études couvrent plus que le seul personnel infirmier, le portrait demeure le même pour les autres catégories de personnel.

En fait, par son nombre, le personnel infirmier devient intéressant à titre d'indicateur (cas traceur) de l'ensemble d'un CH, mais aussi d'un réseau (Mayo) ou d'un système (VHA et Kaiser). S'il y a beaucoup de variations entre CH dans un système de soins, ce qu'a révélé l'étude initiale sur les Hôpitaux Magnétiques américains, c'est que les États-Unis ne sont pas un système, du moins au sens d'un ensemble bien organisé. Un bon système (ex. Kaiser, VHA et Mayo) enregistre moins de roulement et moins de variances entre ses établissements.

---

<sup>59</sup> Il faut toutefois prendre garde à la sous déclaration. Certains événements négatifs peuvent être plus manipulables (ex. chutes), surtout s'ils servent sur la base d'une gestion par sanctions.

<sup>60</sup> Stone et Gershon <sup>(89)</sup> rapportent moins d'accidents de travail dans les Hôpitaux Magnétiques, à tout le moins au niveau des soins intensifs, leur objet d'étude. Dans leur étude belge, Stordeer et D'Hoore <sup>(92)</sup> montrent que l'équivalent de leurs Hôpitaux Magnétiques font aussi mieux sur : l'exposition aux risques, le stress (« *emotional demand* »), les conflits, la conciliation famille-travail, le rapport effort-récompense, les relations avec la direction et l'utilisation de l'expertise. En conséquence, la satisfaction au travail et l'implication sont supérieurs. Sans surprise, on observe alors que l'intention de quitter est plus faible.

<sup>61</sup> En Ontario, Aiken <sup>(1)</sup> a montré que la présence des variables caractérisant les Hôpitaux Magnétiques indiquait une propension à afficher de meilleurs résultats de santé pour la clientèle. Des hôpitaux se démarquent d'un portrait général moins brillant. Une autre étude canadienne montre aussi la corrélation entre la présence de ces variables et la confiance envers la gestion (.56) ainsi qu'un risque moins élevé d'épuisement professionnel (-.62) <sup>(84)</sup>.





## 7- CONTRASTE AVEC NOTRE SITUATION ET POINTS D'INTÉRÊTS

Menée à la demande du MSSS en 2001, une étude qualitative troublante, mais ayant peu circulée, est celle de Breton <sup>(12)</sup>. Après avoir quadrillé la province de « *focus groups* » composés des différentes catégories de dispensateurs ou gestionnaires intermédiaires, l'auteur relevait divers points, plusieurs sont en opposition directe aux caractéristiques de base des Hôpitaux Magnétiques :

- 1- **Convergence et spontanéité des réponses.** Peu importe les milieux, les mêmes opinions étaient exprimées, des mots ou expressions identiques étaient utilisés. Des silences tout aussi révélateurs planaient. Breton s'est dit d'ailleurs surpris de cette homogénéité. Dans le cas québécois, cette similarité des perceptions est toutefois négative. On n'utilise pas le terme famille, on ne se dit pas écouté (c'est l'inverse), on ne qualifie pas d'établissement où il fait bon travailler. Point de consolation, la passion professionnelle reste vive. C'est l'élément moteur des Hôpitaux Magnétiques. On peut construire sur cette base.
- 2- **Manque de support.** La cause d'insatisfaction numéro 1 est le manque de support qui s'exprime sous forme de surcharge, de manque de ressources matérielles ou facilitant le travail.
- 3- **Instabilité et valorisation.** On déplore le roulement constant du personnel et le remplacement aléatoire par du personnel vu comme plus ou moins compétent. Peu de souci est accordé à la continuité relationnelle (même dispensateur avec même usager) et à l'adéquation de la compétence pour une situation donnée. La notion d'équipe<sup>62</sup> s'est volatilisée, il y a désarticulation. On peut parler d'une gestion par pièces interchangeables<sup>63</sup>, l'époque des mises à la retraite ayant constitué un sommet. Il en découle une impression de non respect du personnel et une dévalorisation sur lesquelles les discours de « valorisation<sup>64</sup> » n'ont aucune prise. On peut difficilement être davantage aux antipodes des Hôpitaux Magnétiques. En conséquence, « *La fierté d'appartenir à un établissement ou à une institution n'apparaît plus comme un facteur de satisfaction significatif...* » (page 19 in 12).
- 4- **Gestion lourde et bureaucratique.** La gestion supérieure est perçue, sauf quelques cas, comme ou encombrante, ou ennuyeuse, ou sans valeur ajoutée, ou

---

<sup>62</sup> Dès 1987, le Comité d'étude sur la main d'œuvre en soins infirmiers se montre préoccupé du roulement du personnel et de l'impact sur certaines variables clés, celles permettant l'émergence de « l'équipe » <sup>(23)</sup>. Dès 1987, les établissements déplorent le recours accru aux agences privées <sup>(24)</sup>.

<sup>63</sup> Ici aussi le Comité a fait preuve de clairvoyance <sup>(23)</sup>. Il dénonce l'amélioration du sort de chacun par changements de postes qui sont fonction de l'ancienneté car alors ce sont « *...les personnes les moins expérimentées qui font face aux conditions les plus difficiles...* » (page IX in 32). Treize ans plus tard la Commission Clair fera le même constat <sup>(25)</sup>.

<sup>64</sup> La valorisation par la promotion à titre de cadre était aussi réprouvée par le Comité québécois <sup>(23)</sup>. Les qualités de soignant ne sont pas nécessairement celles de gestionnaire. Mais valoriser ainsi est plus facile si, de l'infirmière, on *...oublie son rôle de professionnelle autonome...* (page XI in 23). C'est malheureusement là une caractéristique essentielle des Hôpitaux « Magnétiques » qui est ainsi écartée.

causant des pertes de temps. En fait, elle semble appartenir à un autre cosmos<sup>65</sup>. Le discours est parfois vu comme fumiste (ex. discours maintien à domicile et réalité). Point de consolation, les cadres intermédiaires sont régulièrement bien perçus. Fait à noter, dans les « *focus groups* » leurs points de vue corroborent ceux des dispensateurs. La confiance n'est plus là, les indices de décrochage se multiplient. L'appartenance à un établissement est remplacée par l'identification à une profession.

En 1999, Lamothe<sup>(62)</sup> avance que la reconfiguration des hôpitaux est un défi d'ordre professionnel. Les données de Breton donnent à penser qu'il ne fut pas bien relevé. Au même moment, l'assurance salaire explosait littéralement<sup>(78)</sup> avant d'accomplir un soudain redressement, soit par amélioration radicale de la situation, soit (plus vraisemblable) par un raidissement des conditions d'accès.

Pour la même époque, on peut aussi ajouter les constats de Dussault et al<sup>(32)</sup> déplorant que les infirmières du Québec travaillent en plusieurs endroits. C'est une source d'insatisfaction qui affecte la cohésion (équipe) et amène moins d'implication. En prime, il y a perte de continuité. Dans cette étude, le contraste avec les Hôpitaux Magnétiques est aussi saisissant.

Le tournant des années 2000 fut particulièrement pénible, il est vrai. Il est possible que la situation ait évolué plus favorablement<sup>66</sup>, mais peu d'indicateurs indépendants permettent de le soutenir<sup>67</sup>. L'étude de Breton ne fut pas répétée. Une situation simplement moins détériorée que celle de 2001 nous laisse encore loin de celle des réseaux affichant, dans leurs CH, les caractéristiques des Hôpitaux Magnétiques.

Dans l'ensemble canadien une forte insatisfaction prévaut chez les infirmières<sup>(3,97)</sup>. Elle accompagne une perception marquée de détérioration de la qualité des soins ou de manque de respect<sup>68 (2,3,83)</sup>. Au Canada, de nombreux départs<sup>69</sup> vers les États-Unis lui sont

---

<sup>65</sup> La distance prévalant entre dispensateurs et administrateurs semble toujours présente au Québec. Ainsi, en services de longue durée, un mécanisme d'appréciation a été instauré, suite à divers scandales initialement d'ailleurs qualifiés de « cas isolés ». Suite à ces visites, les établissements font l'objet de pointage. Celui-ci induit un processus de réajustement, mais peut aller jusqu'à suggérer la fermeture. Fait à retenir, les visiteurs ont comparé leurs observations à celles de trois autres groupes : usagers/aidants, cliniciens et administration centrale. Il ressort que les points de vue des usagers/aidants ou cliniciens sont corrélés avec ceux des visiteurs. Ils varient selon les divers milieux et vont dans le même sens. En revanche, celui de l'administration est toujours très positif et varie peu entre établissements, indépendamment donc de la situation perçue/vécue par les dispensateurs et même de tout autre groupe.

<sup>66</sup> Au Québec, l'introduction, tardive il est vrai, des infirmières spécialisées recèle un potentiel comme élément de valorisation. Depuis longtemps, Kaiser utilise aussi de telles infirmières en anesthésie<sup>(49)</sup>.

<sup>67</sup> Au plan de la morosité au travail, le récent rapport Castonguay trace un portrait similaire à celui du rapport Clair il y a huit ans. La situation ne se serait donc pas améliorée sensiblement. La très grande majorité de mes lecteurs (liste en page 2) décrivent un portrait aussi très sombre, se situant parfois à des années-lumière de celui évoqué par les Hôpitaux Magnétiques. Les écarts semblent particulièrement importants sur les dimensions : perception de respect, formation continue, ratio de personnel et support fourni entre autres sous forme d'équipements.

<sup>68</sup> L'enchaînement respect perçu, satisfaction et baisse de l'intention de quitter est encore observé dans une récente étude canadienne<sup>(83)</sup>.

possiblement attribuables. Insatisfaction au travail, absentéisme, roulement de personnel et postes vacants sont des phénomènes liés. En 2006, au Canada, l'absentéisme infirmier représentait quasi 10 000 ETP (équivalent temps plein), le Québec ouvrant la marche <sup>(7)</sup>. Dans l'étude de Shields et Wilkins <sup>(80)</sup> le Québec se signale négativement sur certains points préoccupants (ex. erreurs de médications, plus forte proportion de notes faibles sur la collaboration médecins-infirmières, plus forte insatisfaction au travail, absences plus prolongées).

Un trait distinctif des Hôpitaux Magnétiques est la confiance relative des professionnels envers leur administration. Notre situation contraste. Les fermetures des années 1990 ont induit un cynisme qui se répercute sur la stabilité, un ingrédient critique de base <sup>(37)</sup>. On peut même parler au Canada de méfiance <sup>70</sup>, en Ontario <sup>(85)</sup> comme au Québec <sup>71</sup> à tout le moins <sup>(12)</sup>.

On peut résumer et contraster divers traits. À défaut d'un bilan solide qui reste à faire, chacun peut insérer ses propres constats ou conclusions pour le Québec.

Hôpital Magnétique	Situation québécoise.
1- Un bon endroit où travailler	Incertain et variable
2- La qualité clinique importe le plus	Le focus coûts autant ou plus
3- La fierté d'y travailler	Remplacée par professionnelle
4- La profession est reconnue	Si oui, peu ou mal perçue
5- La profession est valorisée	Davantage un discours
6- La formation est promue	Anémique
7- La pratique est soutenue	Très gros motif de plainte
8- Gestion participative	Souvent disqualifiée
9- Gestion professionnelle	Gestion bureaucratique
10- Confiance en la gestion	Méfiance a priori
11- Car on y est écouté	Réunir ne signifie pas écouter
12- C'est une « famille »	Rarement mentionné
13- Confiance entre professions	Variable
14- Confiance envers les pairs	Menacée
15- Des équipes existent	Fragile

<sup>69</sup> Dans une étude très récente, Little <sup>(63)</sup> compte 27 000 départs d'infirmières canadiennes vers les États-Unis, le sommet survenant en 1996-97. Ces départs peuvent aussi refléter le fait que les postes disparaissaient simplement. Il faudrait aussi compter les retours. Le point intéressant : c'est l'époque où Shamian et al. <sup>(79)</sup>, en Ontario, rapportent le plus haut taux d'insatisfaction accompagné, bien sûr, d'un fort taux d'absentéisme.

<sup>70</sup> Bon nombre des lecteurs (liste en page 2) du présent texte évoquent les difficiles relations de travail au Québec. Possiblement dues aux conflits antérieurs et aux séquelles de la grève des infirmières, même si elle date de plus de dix ans. Dès lors, une fin de non recevoir constitue souvent un positionnement *a priori*. Il est à noter que le VHA et Kaiser, mais pas le réseau Mayo, sont deux entités fortement syndiquées. Les hôpitaux du VHA affichent pourtant, maintenant, les caractéristiques Magnétiques.

<sup>71</sup> Plusieurs des lecteurs (liste en page 2) ont signalé que la formation même des infirmières au Québec pouvait causer des difficultés en multipliant des strates, parfois mal définies, et en suscitant des tensions par une réintroduction de rapports hiérarchiques entre elles.



## CONCLUSION

Notre hypothèse était que d'indicateur spécifique à la seule réalité infirmière, la rétention et le roulement du personnel infirmier sont devenus des indicateurs d'une réalité beaucoup plus vaste, en fait de l'ensemble de la réalité « CH ». Cette hypothèse trouve de solides fondements. L'élargissement de l'approche des Hôpitaux Magnétiques à l'ensemble des établissements de longue durée montre aussi un potentiel.

Pour le moment nous devons noter que malgré un intérêt croissant pour les variables caractérisant les Hôpitaux Magnétiques, il y a peu de données canadiennes, encore moins simplement québécoises. Encore que certains signaux sont à retenir. Ainsi, au cours de l'année, des échanges avec divers acteurs de notre système de soins ont mis en lumière le fait que les CH de milieu anglophones semblent mieux performer, du moins au plan du roulement de personnel<sup>72</sup>. Notre assurance salaire le reflète, les taux varient selon l'appartenance linguistique<sup>(78)</sup>.

**Un indicateur permanent.** Le premier geste à poser est de se doter d'indicateurs de rétention mais surtout de roulement de personnel, infirmier au premier chef. On aura ainsi un portrait de la situation actuelle. Ces données étant cumulées depuis longtemps, l'évolution pourrait être mesurée.

Les données de l'assurance salaire sont partielles. Elles ont permis de tirer une première sonnette d'alarme, mais il y a eu glissement. D'indicatives, ces données sont devenues des objectifs en soi. Les règles d'admissibilité sont devenues plus rigides, le taux de recours a baissé brutalement une année donnée (début 2000) puis est reparti à la hausse. La satisfaction au travail ne s'améliore pas pour autant, même si l'appareil de gestion

---

<sup>72</sup> Lorsque possible par le contexte (cours, séminaires, tables de travail), de janvier 2007 à janvier 2008 j'ai systématiquement posé trois questions à tous les cliniciens croisés (médecins, infirmières et pharmaciens principalement). Jamais, je n'ai subi un refus de réponse.

- 1) Est-ce que vous avez déjà travaillé dans deux types d'établissements, certains situés en milieu francophone et d'autres en milieu anglophone? 58 ont répondu avoir travaillé dans les deux. Ils ont été retenus.
- 2) Pour ces 58 répondants. Est-ce que selon vos observations les façons de faire sont différentes dans les deux milieux? 58/58 ont spontanément répondu oui.
- 3) Est-ce que, selon votre appréciation, la situation est supérieure en milieu anglophone, 51/58 ont spontanément répondu oui. Les 7 restants ont tous demandé des précisions.
- 4) En complément : Pour ces 7 j'ai alors référé aux variables critiques des Hôpitaux Magnétiques : collaboration médecins-infirmières, travail d'équipe, etc. Les 7 ont alors rejoint le jugement des 51 premiers.

Pour expliquer leurs impressions, les participants invoquent divers facteurs : répartition des tâches, collaboration médecins-infirmières, mentorat, rigidité hiérarchique. À l'exception du facteur culturel, la plupart sont liés à ce que les Hôpitaux Magnétiques démontrent. Certes, le tout reste très impressionniste, la méthode d'enquête est « opportuniste ».

Mais, comme l'aurait dit Lavoisier, « Pourtant, il y a quelque chose là ». Chimiste français de génie guillotiné sous la Terreur en 1794, on lui attribue ce dernier mot, dit en se pointant la tête. 58/58, ne décapitons pas trop vite ce résultat déplaisant.

peut se réjouir des apparentes économies. L'indicateur a perdu de sa capacité à traduire une réalité.

Un indicateur composite de l'ensemble des phénomènes de fuites du travail serait plus complet et moins manipulable. Car, le risque de l'indicateur qui devient un simple objectif administratif reste réel. Les variations de notre assurance salaire l'illustrent bien.

**Identifier les établissements ayant un faible ou fort roulement.** Nos taux varient-ils entre CH. Y a-t-il un lien avec la qualité des soins ou l'efficience?

**Identifier des Hôpitaux Magnétiques.** Nous constaterons probablement que nous avons des établissements s'apparentant davantage aux Hôpitaux Magnétiques<sup>73</sup>, donc se démarquant de l'ensemble. Une fois des établissements spécifiés et le lien établi entre roulement et qualité, la question posée en 1983 aux Hôpitaux Magnétiques surgira spontanément : pourquoi eux?

Il serait aussi peu coûteux et fort intéressant de mener une étude qualitative auprès de dispensateurs ayant évolué en milieu « *Magnet* » aux États-Unis et dans nos propres établissements. Quelles conditions critiques divergent?

**Comparer dans l'espace.** Utiliser ces données à titre de « *benchmarking* » permettra d'éviter le piège, administrativement confortable il est vrai, de blâmer simplement des établissements isolés ou de porter aux nues certains autres, avec en filigrane : « Si vous voulez vous pouvez! ». On dédouane ainsi l'appareil central. Or, Kaiser, le réseau Mayo et le VHA américain<sup>(37,49,57,72,77,98)</sup> montrent que de bons hôpitaux sont aussi largement affaire de systèmes de soins<sup>(65)</sup>, surtout dans des systèmes très centralisés.

La Belgique pourrait offrir un terrain pour comparer, ainsi que l'Ontario. Les deux ont produit diverses études.

**À retenir.** Encore une fois, les incitatifs économiques directs ne ressortent pas à titre de premier incitatif pour rester en poste. Les facteurs non économiques semblent aussi cruciaux. On les sous-estime facilement. Notre contexte traditionnel de négociation des conditions de travail y est possiblement pour quelque chose<sup>74</sup>.

---

<sup>73</sup> Dans le « *Top 100* » des meilleurs employeurs au Canada pour 2008, la revue *Maclean's* (15 octobre 2007) classe le CUSM (*McGill University Health Centre*).

<sup>74</sup> Ce thème des relations de travail détériorées est revenu comme une « scie » chez mes lecteurs (liste en page 2), aussi bien cliniciens que non cliniciens. Fortement syndiqués eux aussi, Kaiser et le VHA montrent que d'autres contextes peuvent exister. En fait, à l'exception du réseau Mayo, les sous-systèmes performants des États-Unis (ex. Harvard, Puget, etc.) sont tous syndiqués. Il en est de même de Sault Ste-Marie, un modèle canadien souvent évoqué. Son roulement de personnel est aussi faible. Dans la littérature sur les Hôpitaux Magnétiques, la question de la syndicalisation n'est jamais présentée comme un obstacle en soi et n'est signalée comme problème que dans des milieux très détériorés au plan des relations de travail (« *union threats* ») : « Il y a quelque chose là ».

Les traits de « bon employeur », des Hôpitaux Magnétiques, permettent de soutenir que la réalité décrite s'applique à l'ensemble du personnel. Le personnel infirmier devient un « cas traceur » révélateur de l'ensemble.





## BIBLIOGRAPHIE

- [1] AIKEN L., “Superior Outcomes for Magnet Hospitals: The Evidence Base”, Magnet Hospitals Revisited. Attraction and Retention of Professional Nurses, Washington, *American Nurses Publishing*, 2002, 61-82 p., Chap 3.
- [2] AIKEN L. ET AL., “Nurses' reports on hospital care in five countries” in *Health Affairs*, 2001, 20, 3 (may/june): 43-54.
- [3] AIKEN L.H., CLARKE S.P., SLOANE D.M., “Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings” in *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14, 1 (february): 5-12.
- [4] AIKEN L.H., SOCHALSKI J., LAKE E.T., “Studying outcomes of organizational change in health services” in *Medical Care*, 1997, 35, 11: NS6-NS18.
- [5] AKYEAMPONG E.B., « L'absentéisme: une mise à jour » in STATISTIQUE CANADA, L'emploi et le revenu en perspective, cat. 75-001F, Ottawa, Statistique Canada, 1988, p. 48-58.
- [6] AMERICAN NURSES CREDENTIALING CENTER., “History of the Magnet Program”, Silver Spring, American Nurses Credentialing Center, 2007, 5 p., [www.nursecredentialing.org/magnet](http://www.nursecredentialing.org/magnet).
- [7] ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA., « Tendances: absentéisme pour cause de maladie et blessure et heures supplémentaires chez les infirmières du secteur public », Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada., 2006, 26 p.
- [8] ATWATER A. ET AL., “Evaluation and Development of Potentially Better Practices for Staffing in Neonatal Intensive Care Units” in *Pediatrics*, [2006], 118, supplement 2 (november): s134-s140.
- [9] BAUMANN A. ET AL., « Engagement et soins: les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système », Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé, Ottawa, 2001, 1-21 p.
- [10] BLEGEN M.A., “Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables” in *Nursing Research*, 1993, 42, 1: 36-41.
- [11] BRANNON D., BUCHER J.A., “Quality assurance feedback as a nursing management strategy” in *Hospital & Health Services Administration*, 1989, 34, 4: 547-558.

- [12] BRETON A., « Étude sur la qualité de vie au travail et les motifs d'insatisfaction des employés du réseau de la santé et des services sociaux », Montréal, Leger Marketing, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec., 2001, 26 p.
- [13] BRUNELLE Y., « Le mouvement américain vers les "Hospitalists" », Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale des affaires médicales et universitaires, [2003], 19 p.
- [14] BRUNELLE Y., « La qualité des soins et services: un cadre conceptuel », Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de l'évaluation, 1993, 124 p., (Collection Études et Analyses).
- [15] BRUNELLE Y., SAUCIER A., « Les indicateurs et le système de soins », Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation, 1999, 37 p., Collection méthodologie et instrumentation, No 13.
- [16] CAMPBELL S.M. ET AL., “Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study” in *British Medical Journal*, 2001, 323 (october): 784-787.
- [17] CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, “Hospital Report, acute care”, Toronto-Ottawa, *Canadian Institute for Health Information*, 2002, 1-89 p.
- [18] CASSARD S.D. ET AL., “The impact of unit-based self-management by nurses on patient outcomes” in *HSR: Health Services Research*, 1994, 29, 4: 415-433.
- [19] CASTLE N.G., ENGBERG J., “Staff Turnover and Quality of Care in Nursing Homes” in *Medical Care*, 2005, 43, 6 (june): 616-626.
- [20] CLARK M.L., “The Magnet Recognition Program and Evidence-Based Practice” in *Journal of PeriAnesthesia Nurses*, 2006, 21, 3 (june): 186-189.
- [21] CLEMENTS D., DAULT M., PRIEST A., “Effective Teamwork in Healthcare: Research and Reality” in *Healthcare Papers*, special issue, 2007, 7: 26-34.
- [22] COBURN J., “I see and am silent: a short history of nursing in Ontario, 1850-1930”, *Health and Canadian Society: sociological perspectives*, Canada, Fitzhenry and Whiteside, 1981, 182-201 p.
- [23] COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA MAIN-D'OEUVRE EN SOINS INFIRMIERS, « La main-d'œuvre en soins infirmiers », Rapport du comité d'étude sur la main-d'œuvre en soins infirmiers, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987, 120 p.

- [24] COMITÉ D'ÉTUDE SUR LA MAIN-D'OEUVRE EN SOINS INFIRMIERS, « La main-d'œuvre en soins infirmiers », Annexe III: Attraction et rétention des infirmières, conditions de travail et gestion des effectifs description, problématique et aménagements, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987, 137 p.
- [25] COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX, « Les solutions émergentes - Rapport et recommandations », QUÉBEC, QUÉBEC, 2000, 410 p.
- [26] COMPTROLLER AND AUDITOR GENERAL., “Improving Quality and Safety. Summary”, London, National Audit Office, 2007, 12 p.
- [27] COMPTROLLER AND AUDITOR GENERAL, “Achieving Improvements through Clinical Governance. Summary”, The Stationery Office, London, Ordered by the House of Commons, [2003], 7 p.
- [28] CZAPLINSKI C., DIERS D., “The effect of staff nursing on length of stay and mortality” in *Medical care*, 1998, 36, 12: 1226-1238.
- [29] DANNA K., GRIFFIN R.W., “Health and Well-Being in the Workplace: A Review and Synthesis of the Literature” in *Journal of Management*, 1999, 25, 3: 357-384.
- [30] DELAMOTHE T., “Nursing Grievances III: Conditions” in *British Medical Journal*, 1988, 296: 182-185.
- [31] DELAMOTHE T., “Nursing grievances I: Voting with their feet” in *British Medical Journal*, 1988, 296: 25-28.
- [32] DUSSAULT G., FOURNIER M.-A., ZANCHETTA M.S., KEROUAC S., DENIS J.-L., BOJANOWSKI L., CARPENTIER M., GROSSMAN M., « Le marché du travail en soins infirmiers au Canada: revue de la littérature », GRIS (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé), Montréal, Université de Montréal, Faculté de médecine, Secteur santé publique, 2001, 1-6 et 1-3 p.
- [33] ESTABROOKS C.A., “Will evidence-based nursing practice make practice perfect?” in *Canadian Journal of Nursing Research*, 1998, 30, 1: 15-36.
- [34] ESTABROOKS C.A., MIDODZI W.K., CUMMINGS G.G., RICKER K.L., GIOVANETTI P., “The Impact of Hospital Nursing Characteristics on 30-Day Mortality” in *Nursing Research*, 2005, 54, 2 (march): 74-84.
- [35] FIMIAN M.J., FASTENAU P.S., THOMAS J.A., “Stress in nursing and intentions of leaving the profession” in *Psychological Reports*, 1988, 62: 499-506.

- [36] FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ, « Mise en œuvre des plans de dotation en personnel infirmier pour une meilleure qualité de services » dans *Données à l'appui*, 2006 (septembre): 1-2.
- [37] GÉLINAS L., BOHLEN C., “The Business case for Retention” in *Clinical Systems Management*, 2002 (june): 14-22.
- [38] GLOUBERMAN S., MINTZBERG H., “Managing the Care of Health and the Cure of Disease Part I: Differentiation”, Montréal, McGill University, 1999, 24 p.
- [39] GOULET D., PARADIS A., « Trois siècles d'histoire médicale au Québec - Chronologie des institutions et des pratiques (1639-1939) », Montréal, VLB éditeur, 1992, 527 p.
- [40] GRAHAM R.G., DEPORTER J.G., “Managing nursing quality” in *Topics in Health Care Financing*, 1991, 18, 2: 46-52.
- [41] GRUMBACH K., BODENHEIMER T., “Can Health Care Teams Improve Primary Care Practice?” in *JAMA*, 2004, 291, 10 (march): 1246-1251.
- [42] HARTZ A.J. ET AL., “Hospital characteristics and mortality rates” in *New England Journal of Medicine*, 1989, 321, 25: 1720-1725.
- [43] HAYES L.J. ET AL., “Nurse turnover: A literature review” in *International Journal of Nursing Studies*, 2005 (february): 23.
- [44] HEGGERSTAD T., “Do Hospital Length of Stay and Staffing Ratio Affect Elderly Patients' Risk of Readmission? A Nation-wide Study of Norwegian Hospitals” in *Health Services Research*, 2002, 37, 3 (june): 647-665.
- [45] HSIEH M.O., KAGLE J.D., “Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care” in *Health and Social Work*, 1991, 16, 4: 281-290.
- [46] HUDDLESTON ET AL., “Medical and Surgical Comanagement after Elective Hip and Knee Arthroplasty” in *Annals of Internal Medicine*, 2004, 141, 1 (july): 28-38.
- [47] INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, « Hospital Report 2001: acute care », Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2001, 1-88 p.
- [48] IRVINE D.M., EVANS M.G., “Job Satisfaction and Turnover Among Nurses: Integrating Research Findings Across Studies” in *Nursing Research*, 1995, 44, 4 (august): 246-253.

- [49] JONES D., SMITH R., “Kaiser Permanente: A Fully Integrated Health care System” in *Nursing Administration Quarterly*, 2000, 24, 4 (summer): 18-28.
- [50] JONES G.R., GEORGE J.M., “The experience and evolution of trust: Implications for cooperation and teamwork” in *The Academy of Management Review*, 1998, 23, 3 (july): 531-546.
- [51] KANE R.L., SHAMILYAN T.A., MUELLER C., DVAL S., WILT T.J., “*The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes*” in *Medical care*, 2007, 45, 12 december: 1195-1204.
- [52] KEELER E.B., RUBENSTEIN L.V., KAHN K.L., DRAPER D., HARRISON E.R., MCGINTY M.J., ROGERS W.H., BROOK R.H., “Hospital characteristics and quality of care” in *Journal of the American Medical Association*, 1992, 268, 13: 1709-1714.
- [53] KESSNER M.D., KALK E.C. SINGER J., “Assessing Health Quality-The Case for Tracers” in *The New England Journal of Medicine*, 1973, 288, 4 (January) : 189-194.
- [54] KINGMA M., “Nurses on the Move: A Global Overview” in *Health Research and Educational Trust*, 2007, 42, 3 (june): 1281-1298.
- [55] KNAUS W.A., DRAPER E.A., WAGNER D.P., ZIMMERMAN J.E., “An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers” in *Annals of Internal Medicine*, 1986, 104: 410-418.
- [56] KRAKAUER H. ET AL., “Evaluation of the HCFA model for the analysis of mortality following hospitalization” in *Health Services Research*, 1992, 27, 3: 317-335.
- [57] KRAMER M., SCHMALENBERG C.E., “Best Quality Patient Care. A historical perspective on magnet hospitals” in *Nursing Administration Quarterly*, 2005, 29, 3 (september): 275-287.
- [58] KRAMER M., SCHMALENBERG C., “Staff Nurses Identity Essentials of Magnetism” Chap 2, Magnet Hospitals Revisited. Attraction and Retention of Professional Nurses, Washington, *American Nurses Publishing*, 2002, 25-59 p. Chap 2.
- [59] KRAMER M., SCHMALENBERG C., “Part II, Magnet Hospitals: Institutions of Excellence” in *J.O.N.A.*, 1988, 18, 2 (february): 11-31.
- [60] KRAMER M., SCHMALENBERG C., “Magnet Hospitals: Part 1 Institutions of Excellence” in *J.O.N.A.*, 1988, 18, 1 (january): 13-24.

- [61] LACEY S.R., COX K.S., LORFING K.C., TEASLEY S.L., CARROLL C.A., SEXTON K., “Nursing Support, Workload, and Intent to Stay in Magnet, Magnet-Aspiring, and Non-Magnet Hospitals” in *JONA.*, 2007, 37, 4 (april): 199-205.
- [62] LAMOTHE L., « La reconfiguration des hôpitaux: un défi d'ordre professionnel » dans *Ruptures*, 1999, 6, 2: 132-148.
- [63] LITTLE L., “Nurse migration: A Canadian Case Study. Part II” in *Health Services Research*, 2007, 42, 3 (june): 1337-1353.
- [64] MASSACHUSETTS NURSE ASSOCIATION, “Position Statement On the Magnet Recognition Program for Nursing Services in Hospitals”, Massachusetts, [www.massnurses.org/pubs/positions/magnet.htm](http://www.massnurses.org/pubs/positions/magnet.htm), 2007, 5 p.
- [65] MOLLOY G.J., O'BOYLE C.A., “The SHEL Model: A Useful Tool for Analyzing and Teaching the Contribution of Human Factors to Medical Error” in *Academic Medecine*, 2005, 80, 2 (february): 152-155.
- [66] McCLURE M.L., POULIN M.A., SOVIE M.D., WANDELT M.A., “The Original Study. Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses”, Magnet Hospitals Revisited. Attraction and Retention of Professional Nurses, Washington, *American Nurses Publishing*, 2002, 1-24 p., Chap 1.
- [67] McCLURE M.L., POULIN M.A., SOVIE M.D., WANDELT M.A., “Magnet Hospitals Attraction and Retention of Professional Nurses”, Kansas City Missouri, American Nurses' Association, 1983, 139 p., *Task Force on Nursing Practice in Hospitals*.
- [68] MCGILLIS L. ET AL., “Nurse Staffing Models as Predictors of Patient Outcomes” in *Medical Care*, 2003, 41, 9 (september): 1096-1109.
- [69] MCGILLIS-HALL L., IRVINE-DORAN D., “The Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change Strategies on Patient, System and Nurse Outcomes”, Toronto, Faculty of Nursing, University of Toronto., 2001, 102 p.
- [70] NEEDLEMAN J. ET AL., “Increasing registered nurse staffing levels may improve clinical outcomes for people in hospital” in *Evidence-based Healthcare*, 2002, 6: 141-142.
- [71] NEEDLEMAN J., BUERHAUS P., MATTKE S., STEWART M., ZELEVINSKY K., “Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals” in *New England Journal of Medecine*, 2002, 346, 22 (may): 1715-1722.
- [72] OLIVER A., “The Veterans Health Administration: An American Success Story” in *The Milbank Quaterly*, 2007, 85, 1: 5-31.

- [73] PERSON S.D. ET AL., “Nurse Staffing and Mortality for Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction” in *Medical Care*, 2004, 42, 1 (january): 4-12.
- [74] PRAVIKOFF D.S., TANNER A.B., PIERCE S.T., “Readiness of U.S. Nurses for Evidence-Based Practice” in *American Journal of Nursing*, 2005, 105, 9 (september): 41-52.
- [75] ROGERS A.E., HWANG W.T., SCOTT L.D., AIKEN L.H., DINGES D.F., “The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety” in *Health Affairs*, 2004, 23, 4 (july): 202-212.
- [76] ROTHBERG M.B., ABRAHAM I., LINDENAUER P.K., ROSE D.N., “Improving Nurse-to-Patient Staffing Ratios as a Cost-Effective Safety Intervention” in *Medical Care*, 2005, 43, 8 (august): 785-791.
- [77] SALES A.E. ET AL., “Nurse Staffing and Patient Outcomes in Veterans Affairs Hospitals” in *J.O.N.A.*, 2007, 35, 10 (october): 459-466.
- [78] SERVICE DE LA RECHERCHE ET DE L'ANALYSE., « Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire », Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale du personnel réseau et ministériel, 2006, 170 p., [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).
- [79] SHAMIAN J., KERR M.S., SPENCE LASCHINGER H.K., THOMSON D., “A Hospital-Level Analysis of the Work Environment and Workforce Health Indicators for Registered Nurses in Ontario's Acute-Care Hospitals” in *Canadian Journal of Nursing Research*, 2002, 33, 4: 35-50.
- [80] SHIELDS M., WILKINS K., « Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 », Ottawa, Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2006, 165 p.
- [81] SILBER D., « Comment ressusciter un système public de santé: l'exemple inattendu des Vets, Paris, Institut Montaigne [www.institutmontaigne.org](http://www.institutmontaigne.org), 2007, 70 p.
- [82] SILVER G.A., "Scarcity of nurses" in *The Lancet*, 1989, 8638: 607.
- [83] SPENCE LASCHINGER H.K., “Hospital Nurses' Perceptions of Respect and Organizational Justice” in *J.O.N.A.*, 2004, 34, 8 (august): 354-364.
- [84] SPENCE LASCHINGER H.K., ALMOST J., TUER-HODES D., “Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics” in *J.O.N.A.*, 2003, 33, 8 (august): 410-422.

- [85] SPENCE LASCHINGER H.K., FINEGAN J., “Using Empowerment to Build Trust and Respect in the Workplace: A Strategy for Addressing the Nursing Shortage” in *Nursing Economics*, 2005, 23, 1 (february): 6-13.
- [86] STONE P. ET AL., “Organization and Staffing: Nurse Working Conditions, Organizational Climate, and Intent to Leave in ICUs: An Instrumental Variable Approach” in *Health Services Research*, 2007, 42, 3 (june): 1085-1104.
- [87] STONE P. ET AL., “Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes” in *Medical Care*, 2007, 45, 6 (june): 571-578.
- [88] STONE P.W. ET AL., “Comparison of Nurse, System and Quality Patient Care Outcomes in 8-hour and 12-hour Shifts” in *Medical Care*, 2006, 44, 12 (december): 1099-1106.
- [89] STONE P.W., GERSHON R.R.M., “Nurse Work Environments and Occupational Safety in Intensive Care Units” in *Policy, Politics and Nursing Practice*, 2006, 7, 4 (november): 240-247.
- [90] STONE P.W., MOONEY-KANE C., LARSON E., HORAN T., GLANCE L.G., ZWANZIGER J., DICK A.W., “Nurse Working Conditions and Patient Safety Outcomes” in *Medical Care*, 2007, 45, 6 (june): 571-578.
- [91] STORDEUR S., D'HOORE W., “S’agit-il du modèle universel d’hôpital?” in *Le Point en administration de la santé et des services sociaux.*, (printemps): 20-22.
- [92] STORDEUR S., D'HOORE W., NEXT STUDY GROUP, “Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses” in *JAN*, Original Research, 2006 (july): 45-58.
- [93] THE CHIEF MEDICAL OFFICER, “Dirty hands... the human cost”, London, Department of Health, 2007, 60 p., 2006 *Annual Report*.
- [94] THE HSM GROUP, “Acute Care Hospital Survey of RN Vacancy and Turnover Rates in 2000” in *JONA*, 2002, 32, 9 (september): 437-439.
- [95] THIBAUT C., DESROSIERS G., « L'organisation des soins infirmiers: évolution et perspectives », Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 1990, 141 p.
- [96] TIGERT J.A., SPENCE H.K., “Critical care nurses' perceptions of workplace empowerment, magnet hospitals traits and mental health” in *CACCN*, 2004, 15, 4 (winter): 19-23.



- [97] TOURANGEAU A.E., COGHLAN A.L., EVANS S., "Registered Nurse and Registered Practical Nurse Evaluations of Their Hospital Practice Environments and Their Responses to These Environments" in *Nursing Research*, 2005, 18, 4: 54-69.
- [98] VIGGIANO T.R., PAWLINA W., LINDOR K.D., OLSEN K.D., CORTESE D.A., "Putting the Needs of the Patient First: Mayo Clinic's Core Value, Institutional Culture, and Professionalism" in *Academic medicine*, 2007, 82, 11, November: 1089-1093
- [99] WAI CHI TAI T., BAME S.I., ROBINSON C.D., "Review of Nursing Turnover Research" in *Soc. Sci. Med.*, 1998, 47, 12 (december): 1905-1924.
- [100] WILLIAMS M., "In whom we trust: Group membership as an effective context for trust development" in *The Academy of Management Review*, 2001, 26, 3: 377-396.
- [101] WILLIAMS S.C. ET AL., "Quality of Care in U.S. Hospitals as Reflected by Standardized Measures, 2002-2004" in *The New England Journal of Medicine*, 2005, 353, 3 (july): 255-264.
- [102] WILSON C.R.M., "Hospital-wide quality assurance - models for implementation and development", Toronto, W.B. Saunders, 1987, 140 p.