

**INFLUENCE DES PROCESSUS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITE DES SOINS  
SUR LA PRATIQUE DES INFIRMIERES D'URGENCE : UNE ETHNOGRAPHIE  
INSTITUTIONNELLE**

**SOPHIE POMERLEAU**

Thèse soumise à l'Université d'Ottawa  
Dans le cadre des exigences du programme de  
Doctorat en sciences infirmières

École des sciences infirmières  
Faculté des sciences de la santé  
Université d'Ottawa

© Sophie Pomerleau, Ottawa, Canada, 2021

## RÉSUMÉ

Par leur travail, les infirmières d'urgence contribuent directement à la qualité des soins. Puisqu'une part importante des résultats de soins dépend du travail effectué par les infirmières, plusieurs moyens mis en œuvre pour améliorer la qualité des soins ciblent le travail et les environnements de pratique des infirmières. Or, l'évaluation du succès des améliorations de la qualité tient rarement compte des effets engendrés par l'implantation des processus d'amélioration sur la pratique des infirmières. Ainsi, il est possible que les moyens déployés pour améliorer la qualité des soins s'avèrent inadaptés aux contextes de pratique et à la nature du travail accompli par les infirmières.

Cette recherche qualitative s'intéresse à la qualité des soins offerts par les infirmières qui exercent dans un département d'urgence. Plus particulièrement, cette étude vise à comprendre quelles sont les forces institutionnelles impliquées dans le choix des processus d'amélioration de la qualité implantés dans l'environnement de travail des infirmières d'urgence qui œuvrent dans un centre hospitalier tertiaire. Elle vise à 1) décrire le travail des infirmières d'urgence qui évoluent dans un environnement de travail conçu pour diminuer l'encombrement de l'urgence par l'optimisation des processus de travail et des flux de patients, 2) décrire l'organisation sociale qui soutient les choix d'aménagements du département de l'urgence dans lequel évoluent les infirmières et 3) explorer les impacts de l'organisation spatiale de cette urgence sur la pratique des infirmières.

Une ethnographie institutionnelle a été réalisée entre mai 2018 et novembre 2019 dans un centre hospitalier tertiaire. Des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de 10 infirmières d'urgence et de 8 informateurs clés secondaires (gestionnaires, personnel d'encadrement de la pratique clinique et technique). De plus, 35 autres informateurs ont participé à de brèves entrevues

informelles. Des documents utilisés par les infirmières dans le cadre de leur travail, ainsi que des documents institutionnels ont aussi été collectés. Toutes les données recueillies ont été analysées et interprétées à l'aide du processus analytique de l'ethnographie institutionnelle.

Nos résultats montrent que l'environnement de travail des infirmières a été remodelé en suivant les principes du *Lean design*, afin d'y intégrer des processus d'optimisation du travail et d'amélioration des flux de patients de façon à réduire l'encombrement de l'urgence. On découvre aussi que certaines caractéristiques de l'aménagement de l'urgence se révèlent inadéquates à la pratique de soins de qualité. En effet, l'aménagement rend difficile la surveillance visuelle des patients désormais confinés dans des chambres individuelles, la communication avec les autres infirmières, le travail d'équipe nécessaire à la surveillance collective des patients et la répartition de la lourdeur de la tâche. De plus, l'omniprésence de mécanismes de reddition de comptes dans l'environnement de travail immédiat des infirmières entraîne un recadrage de leurs priorités de soins qui les amène, dans certains cas, à prioriser les objectifs de l'organisation de santé au détriment des besoins de leurs patients. Ces résultats soulèvent l'importance d'évaluer les initiatives d'amélioration de la qualité des soins introduites dans les milieux de pratique des infirmières et soulèvent des doutes quant à la capacité des infirmières à faire reconnaître leurs savoirs et leurs contributions aux soins de santé afin que les changements opérés favorisent des pratiques soignantes optimales.

**Mots clés :** soins infirmiers d'urgence, ethnographie institutionnelle, qualité des soins, *Lean design*

*À la mémoire de mon grand-père Thomas Bérubé,  
érudit et ouvrier de la Dominion Textile,  
qui nous a offert l'éducation en héritage*

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
TABLE DES MATIÈRES .....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
LISTE DES FIGURES .....	xiii
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	xv
REMERCIEMENTS .....	xvi
CHAPITRE 1 Problématique.....	1
1.1 Objectifs spécifiques de l'étude.....	5
1.2 Questions de recherche .....	5
1.3 Position épistémologique .....	6
CHAPITRE 2 Recension des écrits .....	11
2.1 Améliorations de la qualité des soins à l'urgence et pratique infirmière.....	11
2.1.1 Type d'amélioration de la qualité.....	13
2.1.2 Les processus d'amélioration de la qualité à l'urgence .....	16
2.1.3 Perspective des infirmières d'urgence lors de l'évaluation des processus d'amélioration de la qualité.....	19
2.2 Le problème de l'encombrement des urgences .....	25
2.3 La qualité des soins et l'amélioration de la qualité .....	27
2.3.1 Qualité des soins et soins infirmiers.....	28
2.3.2 Perspective et amélioration de la qualité.....	29

2.4 Les modalités de gestion qui visent l'optimisation des processus de travail.....	31
2.4.1 L'optimisation des processus et les systèmes d'information.....	36
2.5 Environnement physique, qualité des soins et travail des infirmières .....	38
Chambres individuelles.....	39
L'aménagement des postes de travail des infirmières .....	40
2.5.1 Aménagement physique de l'urgence et pratique des professionnels de la santé .....	41
2.6 Caractéristiques et dynamiques des organisations de santé.....	44
2.6.1 Les organisations de santé : des systèmes politiques .....	45
2.7 L'influence des infirmières au sein des organisations de santé.....	47
2.7.1 Savoirs infirmiers .....	48
2.7.2 Les infirmières et le patriarcat ambiant.....	50
CHAPITRE 3 Cadre théorique .....	56
3.1 Marx, idéologie et pratiques matérielles .....	56
3.2 Féminisme.....	57
3.3 Le féminisme <i>standpoint (standpoint feminism)</i> .....	59
3.3.1 Position sociale et soins infirmiers .....	63
3.4 Monique Wittig : les femmes et la société hétérosexuelle.....	65
3.4.1 Société hétérosexuelle – les infirmières.....	69
3.5 Foucault : pouvoir, gouvernementalité et biopouvoir.....	70
Pouvoir.....	70
3.5.1 Pratique infirmière et pratiques de gouvernementalité .....	79
CHAPITRE 4 Considérations méthodologiques .....	82
4.1 Devis de recherche – Ethnographie institutionnelle.....	82

4.2 Milieu de recherche.....	86
4.3 Recrutement et échantillon .....	86
4.3.1 Processus de recrutement.....	86
4.3.2 Échantillonnage.....	89
Informateurs clés primaires : les infirmières de l'urgence .....	89
Les informateurs clés secondaires.....	90
4.4 Méthodes de collecte de données .....	91
4.4.1 Observation descriptive et sélective .....	92
4.4.2 Entrevues.....	93
Entrevues de premier niveau.....	93
Entrevues de deuxième niveau.....	93
4.4.3 Recherche documentaire .....	94
4.4.4 Journal de bord .....	95
4.5 Analyse des données .....	95
4.5.1 Analyse itérative.....	96
4.5.2 Identification des récurrences et des scissions.....	97
4.6 Rigueur méthodologique.....	99
La crédibilité.....	100
La fiabilité.....	100
La transférabilité .....	100
La réflexivité.....	101
4.7 Considérations éthiques .....	103
CHAPITRE 5 Présentation des résultats.....	105

Mise en contexte.....	105
Résultats.....	108
5.1 Description du travail des infirmières d'urgence .....	108
5.1.1 Données sociodémographiques des informateurs clés .....	108
5.1.2 Description du travail des infirmières .....	113
Chambres individuelles.....	117
Disposition des espaces de soins.....	119
5.1.3 Surveillance technologique.....	124
Prendre connaissance des soins à prodiguer.....	124
Prendre connaissance de l'environnement de travail.....	128
Surveillance technologique de la condition des patients .....	132
5.1.4 Positionner le patient.....	133
Destination civière, destination salle d'attente.....	135
Disponibilité des espaces de soin et recherche d'un espace.....	137
Chacun à la bonne place : les soins ambulatoires .....	140
5.2 Organisation sociale de l'aménagement de l'urgence : textes, espaces, langage, discours et coordination .....	143
5.2.1 Le design architectural .....	145
5.2.2 Devis architecturaux et devis institutionnels .....	155
Adaptabilité de l'espace : la flexibilité .....	156
Devis et chambres individuelles.....	157
Principes sur lesquels s'appuie le devis.....	158
5.2.3 Les systèmes d'information .....	180

Système d'information et coordination du travail des infirmières .....	184
5.3 Impacts de l'aménagement de l'urgence pour la pratique des infirmières d'urgence.....	199
5.3.1 Soins et débit des patients .....	199
5.3.2 Qualité de la pratique infirmière.....	203
5.3.3 Outils disponibles et pratique infirmière.....	206
5.3.4 Contrôle du travail des infirmières .....	208
5.3.5 Présence infirmière et environnement de travail .....	211
5.3.6 Espace physique communication, travail d'équipe, mentorat et imputabilité .....	212
5.3.7 (In)flexibilité de la répartition de la charge de travail.....	216
5.3.8 (In)flexibilité du positionnement des patients .....	218
5.4 Résumé des résultats .....	223
CHAPITRE 6 Discussion.....	227
6.1 Pratiques disciplinaires et aménagement de l'environnement de travail .....	229
6.2 Environnement bâti, environnement performant et pratique infirmière .....	236
6.3 Savoirs infirmiers, savoirs des autres .....	240
6.4 Implications .....	249
Implications pour la pratique.....	249
Implications pour la recherche .....	251
Implication pour la gestion .....	252
Implications pour la formation .....	254
Implications pour les politiques de santé.....	255
Contribution méthodologique.....	256
Contributions principales à l'avancement des connaissances .....	257

6.5 Limites de l'étude .....	257
6.6 Avenues pour les recherches futures.....	259
CONCLUSION.....	261
RÉFÉRENCES .....	265
Annexe A : Offre d'emploi Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance de l'éthique et du <i>Lean</i> .....	303
Annexe B : Lettre aux gestionnaires .....	305
Annexe C : Certificat d'éthique Université d'Ottawa .....	307
Annexe D : Certificat d'éthique du centre hospitalier.....	310
Annexe E : Lettre dédiée au personnel.....	315
Annexe F : Affiche dédiée au recrutement .....	317
Annexe G : Texte paru dans le journal dédié au personnel .....	320
Annexe H : coupon réponse.....	322
Annexe I : Formulaire de consentements des informateurs clés primaires .....	324
Annexe J : Formulaire de consentement – Informateurs clés secondaires.....	337
Annexe K : Les principaux types de données recueillies par l'ethnographie institutionnelle.....	348
Annexe L : Grille d'observation .....	350
Annexe M : Guide d'entrevue des informateurs clés primaires (infirmières) .....	353
Annexe N : Questionnaire autoadministré de l'infirmière .....	356
Annexe O : Guide d'entrevue des informateurs clés secondaires .....	359
Annexe P : Grille d'extraction des données.....	361
Annexe Q : Processus itératif de la collecte et de l'analyse de données.....	363
Annexe R : Définition des différents rôles de l'infirmière à l'urgence.....	365

Annexe S : Liste des documents analysés.....	369
Annexe T : Autorisation de reproduction de photographies.....	374

**LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1. Caractéristiques des informateurs clés primaires (infirmière d’urgence) ayant participé à une entrevue formelle	111
Tableau 2. Principes et caractéristiques des éléments architecturaux devant être privilégiés selon Huddy (2017)	163
Tableau 3. Principes du <i>Lean Santé</i> (Crane et Nook, 2019)	167
Tableau 4. Exemples d’utilisation des termes qui désignent des éléments du plan de l’urgence ou de son opérationnalisation	177

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. Photo représentant une partie de la zone intérieure de l'urgence prise avant l'ouverture du département	107
Figure 2. Schéma du positionnement des acteurs de la note d'observation du 21 juin 2018	114
Figure 3. Vue sur la chambre d'un patient à partir d'un poste de travail des infirmières situé dans la zone intérieure (core)	118
Figure 4. Plan de l'urgence indiquant les zones interdites aux patients et aux familles	121
Figure 5 Exemple d'un écran fictif utilisé dans la zone des soins ambulatoires (vertical)	127
Figure 6. Exemple d'un écran fictif représentant l'occupation des espaces de soins pour la zone l'horizontal 2 (HRZL-2)	128
Figure 7. Exemple d'une feuille de répartition des infirmières et des préposés aux bénéficiaires pour un quart de travail de soir	130
Figure 8. Écrans de la zone des soins aigus (horizontal) disposés au-dessus des portes des chambres des patients	132
Figure 9. Écran de triage tiré d'un document de formation	135
Figure 10. Plan détaillé de l'urgence	148
Figure 11. Vue sur l'horizontal-2 à partir de la zone horizontal-1 près du poste de travail des ASI	149
Figure 12. Salle de réanimation	150
Figure 13. Répartition des postes de travail des infirmières	152

Figure 14. Trajectoire des patients de l'urgence à partir de l'arrivée jusqu'au départ (figure originale)	154
Figure 15. Langage et aspects du travail influencés par le Lean Design utilisé par les infirmières d'urgence (figure originale)	174
Figure 16. Écran d'accueil affiché sur les nombreux postes de travail	185
Figure 17. Case représentant un patient de la zone horizontale dans le système d'information	187
Figure 18. Données produites par la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique	189
Figure 19. Portrait quotidien de la situation des urgences et des centres hospitaliers	190
Figure 20. Langage et travail des infirmières d'urgence associés au système d'information (figure originale)	197
Figure 21. Feuille de triage	202
Figure 22. Tensions entre les discours de la qualité des soins et le discours de l'efficience dans la pratique des infirmières d'urgence (figure originale)	222
Figure 23. Organisation sociale de la qualité des soins à partir de la perspective des infirmières d'urgence (figure originale)	224

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASI	Infirmière assistante du supérieur immédiat
AMUQ	Association des médecins d'urgence du Québec
AVC	Accident vasculaire cérébral
BCDU	Banque de données communes des urgences
CVAP	Communauté virtuelle d'apprentissage de la pratique en soins d'urgence du Québec
ECG	Électrocardiogramme
EI	Ethnographie institutionnelle
IHI	Institute for Health Improvement
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NGP	Nouvelle gestion publique
PBDP	Pratiques basées sur les données probantes
SIGDU	Système d'information et de gestion des départements d'urgence

## REMERCIEMENTS

Ce travail de recherche est le fruit d'un long parcours. Plusieurs personnes rencontrées en cours de route ont contribué, par leur soutien, à l'aboutissement de ce projet. Au début de mon parcours doctoral, j'ai rencontré Franco Carnevale qui a su me guider vers des avenues de recherche jusqu'alors inconnues; je planifiais effectuer une recherche quantitative au début de mes études doctorales... Il m'a suggéré que l'ethnographie institutionnelle pourrait possiblement répondre à mes inclinaisons ontologiques et épistémologiques. Je tiens à remercier Dorothy E. Smith, Janet M. Rankin, Marie Campbell et Susan Turner pour leur mentorat et leurs précieux conseils méthodologiques. Merci à Janou-Ève LeGuerrier dont le talent a été mis à contribution pour l'illustration de mes résultats. Merci à la Pre Denise Moreau et à la Pre Isabelle St-Pierre pour la rigueur et la qualité de vos révisions et commentaires. Merci à Marie-Claire Richer et à Alain Biron pour leur soutien et leur mentorat lors de l'amorce de cette épopée doctorale. Je remercie mes amis, et collègues de la branche « EI » : Laura Bisailon, Craig Dale, Liz Brûlé, Lauren Eastwood, Nicola Waters, Emily Doyle, Laurie Clune, ainsi que mes « partners in crime » de l'Université McGill, Dan Nagel et Jamie Penner pour les nombreux fous rires. Merci à Annie Carrier, mon amie et complice intellectuelle (et méthodologique), qui parvient à me faire rire et à me défouler tout en m'aidant à garder, sainement, le cap. Merci à mes enfants Arnaud, Alice et Romane, pour leur présence, leur vivacité, leur curiosité qui me ramènent à l'essentiel et qui m'invitent à profiter de la vie et à réaliser la chance que j'ai de les côtoyer. Un merci particulier à Jérôme, mon conjoint, pour sa présence au quotidien, son soutien indéfectible, sa compréhension et surtout sa grande disponibilité. Merci à tous mes proches et à mes collègues de travail qui m'ont accompagné pendant ce parcours. Je tiens à remercier particulièrement les infirmières qui m'ont accordé leur confiance en participant à cette recherche. Je me sens honorée de porter votre voix

aujourd'hui. Merci aux organismes et instances subventionnaires qui ont participé au financement de ce projet soit le Centre FERASI, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le Centre universitaire de santé McGill, l'Université McGill et l'Université d'Ottawa. Merci à l'organisme *Thèsez-vous* qui m'a aidé à assembler les conditions nécessaires à l'aboutissement de ce projet et qui m'a permis de faire la connaissance de nouveaux compagnons de route. Au moment d'écrire ces quelques remerciements, j'ai une pensée spéciale pour ma grande amie Nathalie Savard qui m'a accompagnée et encouragée pendant mon parcours doctoral et qui nous a quitté, trop rapidement, l'automne dernier pour assister à la fin de ce projet. Nathalie, ce fut un grand privilège de t'accompagner jusqu'à la fin.

Enfin, il est impossible de terminer ces remerciements sans exprimer ma reconnaissance envers mes directeurs de thèse. Je tiens à remercier la professeure Mélanie Lavoie-Tremblay, ma codirectrice, pour son attitude positive et son soutien indéfectible. Merci de m'avoir épaulée lors des moments cruciaux qui se soldent aujourd'hui par l'aboutissement de ce doctorat. Merci au professeur Dave Holmes, mon directeur, qui a repris la balle au bond et qui a su insuffler une nouvelle direction à ce projet. Par son aide, ses conseils et ses enseignements, il a forgé la chercheuse que je deviens. Je m'estime chanceuse d'avoir pu jouir du mentorat et de la direction de ces deux chercheurs exceptionnels.

## CHAPITRE 1

### Problématique

Il y a un peu plus de vingt ans, aux États-Unis, l'Institute of Medicine (2000) publiait un rapport-choc mettant en lumière les nombreuses complications de santé et les décès imputables aux erreurs liées à la prestation des soins dans les établissements de santé. En 2004, Baker et al. (2004) publient un rapport montrant que la situation qui prévaut au Canada n'est pas plus reluisante. Ces constats ont attiré l'attention du public et forcé l'ensemble des organisations de santé à s'intéresser à la qualité de leur prestation de soins et à revoir leurs critères d'évaluation de la qualité des soins. Dès lors, il n'est plus suffisant de s'intéresser à l'efficacité des soins et traitements pour une condition de santé spécifique : l'ensemble des événements indésirables ayant des répercussions sur l'état de santé des patients lors de la dispensation de soins de santé doit être évalué et, lorsque nécessaire, des mesures correctives doivent être mises en place (Agrément Canada, 2010; Baker et al., 2004; CFHI, 2014; Conseil canadien de la santé 2012; Institute of Medicine, 2001; O'Cloo et Fulop, 2011, Santé Canada, 2010). La qualité des soins peut être déterminée en évaluant trois dimensions du système de santé soit la structure, les processus et les résultats de santé obtenus à la suite du contact d'une personne avec le système de santé (Donabedian, 1980a; Donabedian 1980b). Le terme « processus d'amélioration de la qualité » désigne les moyens utilisés et implantés dans les organisations de santé dans le but d'améliorer la qualité des soins (Grol et al., 2004). Ils regroupent les efforts combinés et continus visant à améliorer les résultats de santé des patients, la performance du système de soins et la pratique des professionnels de la santé (Batalden et Davidoff, 2007; Grol et al., 2004).

Dans le contexte particulier des urgences, l'encombrement est désigné comme la principale problématique affectant la qualité des soins (Pine et Griffey, 2015). L'encombrement de l'urgence

se produit lorsque la demande de soins d'urgence excède l'offre produite par les ressources disponibles (Bellow et Gillespie, 2014). L'encombrement de l'urgence affecte les résultats de santé puisqu'il est associé à des délais d'évaluation et de traitements sous-optimaux, à une plus grande fréquence d'erreurs, ainsi qu'à des taux de complications et de mortalités plus élevés (Morley et al., 2018). L'encombrement de l'urgence peut être causé par l'augmentation du volume de patients en attente d'être vus, l'augmentation des délais d'évaluation ou de traitement des patients déjà présents à l'urgence ou par l'impossibilité de transférer les patients admis dans un lit d'unité de soins lorsque leurs soins et traitements d'urgence sont complétés (ACEP, 2019; Morley et al., 2018). De plus, l'encombrement des urgences entraîne une augmentation de la charge de travail et est associé à des taux d'épuisement professionnel (Crane et al., 2014; IOM, 2006; Morley et al., 2018; Quinn et al., 2014). Ces éléments qui impliquent l'environnement de pratique des infirmières ont aussi des répercussions négatives sur la qualité des soins aux patients (Wei et al., 2018). Considérant ces éléments, il semble logique que la plupart des processus d'amélioration de la qualité introduits dans les urgences ciblent la problématique de l'encombrement (Wei et al., 2018). Par conséquent, plusieurs mesures mises en place dans les urgences visent la réduction de l'encombrement (Morley et al., 2018). Parmi celles-ci, la plupart ciblent l'amélioration de la fluidité de la trajectoire des patients (*patient flow*) (Forsman et al., 2012; Grouse et al., 2014; Jelinek et al., 2014; Lowthian et al., 2015; Marino et al., 2015; Morley et al., 2018; Naik et al., 2012; Piggott et al., 2011; Vermulen et al., 2014; Vose et al., 2014). Puisque le département de l'urgence ne peut pas contrôler le volume de patients qui s'y présentent ni la capacité d'admission aux étages, les efforts déployés pour réduire l'encombrement visent l'optimisation des processus de travail et se concentrent sur la révision des processus internes, visant l'amélioration des délais de la prise en charge et des traitements (Morley et al., 2018; Salways et al., 2017). Ces changements

touchent inexorablement certains aspects du travail des infirmières d'urgence (Page, 2004; Wei et al., 2018). Dans certains cas, les changements proposés entraînent des remaniements partiels ou complets de l'aménagement physique de l'urgence (Huddy, 2017). Pourtant, jusqu'à présent, aucune étude ne s'est intéressée aux effets de ce type de réaménagement des espaces de travail sur la pratique infirmière.

Les infirmières prodiguent la majorité des soins directs offerts à la population. Ainsi, elles contribuent directement à la qualité des soins offerts aux patients (Antrobus, 1997; CNA, 2018; CNA, 2013; Griffith et al., 2008; IOM, 2001). La qualité des soins infirmiers est d'ailleurs identifiée comme l'un des déterminants principaux des résultats de soins dans les organisations de santé (Griffith et al., 2008; IOM, 2001). À l'urgence, comme ailleurs, la qualité des soins dépend donc du travail effectué par les infirmières. L'urgence est un environnement de travail où les demandes et les priorités changent continuellement et où les interruptions sont fréquentes (Kallberg et al., 2020). Conséquemment, l'infirmière compétente dans cette spécialité doit pouvoir gérer plusieurs tâches de manière simultanée afin d'offrir les soins requis au moment opportun (Walter et al., 2019).

Or, les contextes sociaux et de pratiques exercent une influence importante sur la capacité des infirmières à offrir des soins de qualité (Wei et al., 2018). Aussi, il faut s'inquiéter des répercussions sur la pratique des infirmières d'urgence de l'implantation de moyens visant l'optimisation des processus de travail considérant que les effets d'implantation de ces processus d'amélioration de la qualité des soins ne sont souvent pas évalués et que, malgré les efforts déployés, ces processus ne parviennent pas toujours à produire les résultats escomptés (Champagne et al. 2009; Ferlie et Shortell, 2001; Grol et Grimshaw, 2003; Grol et al., 2004; Kaplan et al., 2010).

Dans le système de santé, les infirmières n'occupent pas une position sociale dominante. Par conséquent, leur expertise est souvent sous-évaluée et peu considérée dans les processus décisionnels touchant l'organisation du système des soins (Choinière, 2011; Ceci, 2004; Risjord, 2011). De plus, Wears et Hunte (2014) soulèvent que, dans certains cas, les moyens mis en œuvre pour améliorer la qualité des soins peuvent être mal adaptés aux environnements de travail et à la nature du travail de ces professionnels de la santé. A fortiori, certains auteurs s'inquiètent des répercussions négatives, comme le désengagement dans la relation thérapeutique ainsi que la négligence de la mise à jour des compétences professionnelles, que peuvent entraîner les processus d'amélioration de la qualité ciblant la pratique des professionnels de la santé (Minzberg, 1982; Wears et Hunte, 2014). Ainsi, il est inquiétant de constater que lors de l'évaluation des processus d'amélioration de la qualité implantés à l'urgence, la perspective (point de vue) des infirmières d'urgence est rarement considérée. En conséquence, les effets des mesures implantées dans le but d'améliorer la fluidité de la trajectoire des patients de l'urgence sur la pratique des infirmières d'urgence et sur les soins prodigués aux patients, tels que perçus par les infirmières, ne sont pas rapportés. Il est à souligner que les infirmières sont impliquées dans l'ensemble des soins effectués entre l'arrivée et le départ des patients de l'urgence (Westbrook et al., 2011). Aussi, elles possèdent une expertise, des savoirs et poursuivent des objectifs de soins essentiels à la dispensation des soins qui sont distincts de ceux des administrateurs et des médecins (Benner, 2013; Benner et al., 2011).

Nous savons que le système de santé dans lequel évoluent les infirmières est un environnement complexe dans lequel se jouent plusieurs relations de pouvoir d'ordre économique, social et politique (McDaniel et Driebe; 2001; Plsek et Greenhalgh, 2001; Sinclair, 2007). Ces divers jeux de pouvoir forment le contexte social qui influence la façon dont les problèmes de

qualité des soins sont évalués, déterminés et corrigés. Par conséquent, l'identification des facteurs qui contribuent aux problèmes de qualité des soins et le choix des solutions proposées dépendent de la position sociale et des objectifs poursuivis par ceux qui déterminent le problème (Lee et al., 2019). Il importe donc d'explorer les impacts de l'implantation des processus visant la réduction de l'encombrement de l'urgence sur la pratique des infirmières d'urgence en considérant leur point de vue. Cette perspective nous apparaît primordiale puisque l'implantation de tels processus est susceptible d'influencer directement le travail des infirmières d'urgence et, par conséquent, la qualité des soins qu'elles prodiguent.

### **1.1 Objectifs spécifiques de l'étude**

Cette recherche a comme objectifs de 1) décrire le travail des infirmières d'urgence qui évoluent dans un environnement de travail conçu pour diminuer l'encombrement de l'urgence par l'optimisation des processus de travail et des flux de patients 2) décrire l'organisation sociale qui soutient les choix d'aménagements du département de l'urgence dans lequel évoluent les infirmières 3) explorer les impacts de l'organisation spatiale de cette urgence sur la pratique des infirmières.

### **1.2 Questions de recherche**

Ce projet de recherche s'intéresse à la qualité des soins prodigués par les infirmières qui travaillent en salle d'urgence. Plus particulièrement, il cherche à fournir des éléments de réponses aux questions suivantes :

- Quelles sont les forces institutionnelles impliquées dans le choix des processus d'amélioration de la qualité implantés dans l'environnement de travail des infirmières d'urgence qui œuvrent dans un centre hospitalier tertiaire?

- Est-ce que les processus d'amélioration de la qualité des soins liés au désencombrement de l'urgence implantés dans l'environnement de travail des infirmières d'urgence permettent à celles-ci de dispenser des soins de qualité cohérents avec leurs objectifs de soins?

### **1.3 Position épistémologique**

La profession infirmière a le mandat social de participer à la protection de la vie humaine et à l'amélioration de la qualité de la vie sur les plans physique, psychologique et social (Fortin, 2013). Cela signifie que l'exercice de la profession infirmière nécessite, en plus des savoirs empiriques et des valeurs morales, une dimension politique (Chinn et Kramer, 2014). Cette dimension politique implique que les infirmières peuvent influencer, par leurs actions, les états de santé et de bien-être des patients et des populations. Cela leur impose une responsabilité : celle de s'assurer qu'elles sont en position d'accomplir leur mandat (Fortin, 2013). Cela suppose également une forme de vigilance visant la pratique. Les infirmières doivent effectuer le monitoring de leur pratique et des résultats qui en découlent et, dans les cas où les résultats sont sous-optimaux, entreprendre les actions nécessaires à la poursuite de leur mandat social (Benner, 2013; Fortin, 2013; Risjord, 2011). Lorsque les conditions de pratique portent atteinte à la réalisation de leur mandat social (injustices envers les patients ou certaines populations, conditions d'exercice portant atteinte à la sécurité des patients, etc.), les infirmières sont invitées à prendre la parole pour dénoncer ces situations et à participer à la mise en place de mesures correctives (CNA, 2013; Fortin, 2013). De plus, le mandat social confié aux infirmières s'accompagne d'une forme de surveillance et de contrôle externe de la pratique infirmière qui a pour objectif de s'assurer qu'elles poursuivent leur mission (Martin et al., 2013; Perron et al., 2010; Risjord, 2011). En conséquence, l'analyse des diverses forces qui influencent la pratique des infirmières fait obligatoirement

référence à la notion du pouvoir. Pour Risjord (2011), aborder la question du pouvoir en lien avec la pratique infirmière implique de porter attention à la position sociale occupée par les infirmières et à la valeur accordée à leurs savoirs et à leurs expertises dans le domaine de la santé.

Mon expérience clinique a été acquise, principalement, dans les secteurs de soins aigus, dont l'urgence. Depuis une vingtaine d'années, j'ai assisté à l'implantation de plusieurs processus visant l'amélioration de la qualité des soins. Dans certains cas, je me suis questionnée quant à l'adéquation des processus d'amélioration de la qualité des soins implantés relativement aux exigences du travail infirmier. Je me suis également interrogée quant aux connaissances que possèdent les instigateurs de ces processus sur la réalité de la pratique infirmière ainsi que les impacts de ces mêmes processus sur l'état de santé des patients. Cette expérience est indissociable du présent projet de recherche. Par ailleurs, je reconnais que le travail à l'urgence requiert une expertise infirmière particulière dans ce domaine.

Cette étude qui s'intéresse aux diverses forces institutionnelles qui influencent le travail des infirmières et qui privilégie une perspective capable de considérer les infirmières soignantes comme une source de savoir crédible s'inscrit dans le paradigme de la théorie critique. Voilà pourquoi la recension des écrits met l'accent sur la perspective des infirmières soignantes et de la place accordée à celle-ci dans l'identification des problématiques de qualité des soins, l'élaboration des mesures correctives et l'évaluation de leurs effets. De plus, les choix méthodologiques ont été faits de façon à placer les infirmières soignantes au centre du projet. Cette étude prend donc comme point de départ la perspective (*standpoint*) des infirmières localisées dans leur environnement de pratique de tous les jours : l'urgence. Cette position de départ permet de découvrir, à partir des activités accomplies par les infirmières, le monde social qui influence leur travail quotidien.

Un paradigme constitue une vision du monde, c'est-à-dire un ensemble de valeurs et d'hypothèses qui guident l'action du chercheur (Lincoln et al., 2011). Conséquemment, le paradigme dans lequel s'inscrit le chercheur influence la conceptualisation, la conduite et la nature de la recherche (Bloomberg et Volpe, 2015). Lincoln et al. (2011) identifient cinq paradigmes : le positivisme, le post-positivisme, la théorie critique, le constructivisme et le participatif. Cette recherche, qui s'inscrit dans le paradigme de la théorie critique, se positionne en réaction face aux paradigmes positiviste et post-positiviste.

La théorie critique remet en question la neutralité objective de la science ainsi que les hypothèses traditionnelles (entourant le savoir, la vérité et le pouvoir) posées par les paradigmes positivistes et post-positivistes (Holter, 1988). D'abord, la théorie critique considère que le monde social n'est pas apparu tel qu'il est d'un coup, il est le produit historique de l'action humaine et doit donc être analysé et compris dans son contexte (Campbell et Bunting, 1991; Creswell, 2013; Giacomini, 2010; Horkheimer, 1982; Lincoln et al., 2011; Marcuse, 1968). La réalité est donc une construction humaine qui dépend de plusieurs facteurs historiques, culturels, sociaux, politiques et économiques. Ensuite, la théorie critique considère que le chercheur ne peut s'extraire du contexte dans lequel il s'inscrit (Horkheimer, 1982). De là, le savoir créé ne peut être que le reflet d'une position sociale donc, il ne peut être séparé de la réalité sociale et des valeurs (Lincoln et al., 2011). D'après Habermas (1979), chaque groupe est localisé dans un environnement social et historique (un contexte tel que la guerre, l'exil, la famine, la ségrégation, etc.) qui influence sa lecture de la réalité ainsi que la production des savoirs. Il est donc impossible d'obtenir une analyse neutre de la réalité.

En somme, pour les théoriciens critiques, le fait de ne pas reconnaître les dimensions contextuelles et l'expérience humaine lors de la construction des savoirs issus des paradigmes

(post) positivistes provoque une distorsion de la réalité et la réification de l'être humain (Chinn et Kramer, 2014; Smith, 2005, 2006; Weber, 1949). À l'instar des paradigmes positivistes et post-positivistes, la théorie critique considère les sujets humains et l'expérience vécue par ceux-ci comme une source valable et importante de génération de savoirs (Lincoln et al., 2011). Aussi, la science est considérée comme une entreprise subjective plutôt qu'objective. D'ailleurs, pour les théoriciens critiques, l'apparente neutralité de la science a pour effet de masquer les jeux de pouvoir présents lors de la création des savoirs et de participer au maintien des forces dominantes (Creswell, 2013; Foucault, 1980, 2008; Giacomini, 2010; Marcuse, 1968; Wittig, 1980a, 1980b).

La théorie critique cherche à examiner et à formuler une critique de la société qui permet de soulever les injustices et les inégalités. Elle valorise la justice sociale (Creswell, 2013; Lincoln et al., 2011). De plus, l'analyse critique considère les dynamiques de pouvoir qui créent le savoir, et les contextes sociaux et politiques qui l'influencent (Creswell, 2013; Lincoln et al., 2011). D'après ce paradigme, le pouvoir est un phénomène social et politique maintenu par les institutions politiques et sociales (Creswell, 2013; Foucault, 1975, 1976; Giacomini, 2010; Lincoln et al., 2011; Smith, 1987, 1995, 2004, 2005, 2006). Conséquemment, d'après le paradigme de la théorie critique, il importe d'analyser les régimes de pouvoir qui mènent à l'établissement des « faits », de la vérité et des savoirs. Comme la réalité est une construction sociale découlant de l'activité humaine, les êtres humains possèdent le pouvoir de la changer. En conséquence, la théorie critique entretient l'espoir que l'être humain possède le pouvoir de transformer les structures sociales associées à son oppression. Elle cherche à produire un savoir qui permettra de transformer la société (Brookfield, 2007). Le chercheur est, de ce fait, engagé envers les participants qu'il considère comme des collaborateurs actifs. Il vise généralement à faire entendre leurs voix et à éveiller leurs consciences (Bloomfield, 2007; Chinn et Kramer, 2014; Lincoln et

al., 2011). Pour Chinn et Kramer (2014), l'analyse critique tend à faire émerger un savoir libérateur qui identifie les structures sociales qui entretiennent les inégalités, les formes d'exploitation, etc., et qui permet une prise de conscience individuelle et collective nécessaire au changement (Chinn et Kramer, 2014; Lincoln et al., 2011; Ray, 1992).

## **CHAPITRE 2**

### **Recension des écrits**

Cette recherche s'intéresse aux diverses influences qui sont impliquées dans le choix des processus d'amélioration de la qualité implantés dans les salles d'urgence et à leurs impacts sur la pratique des infirmières. Cette recension vise à dresser un portrait des connaissances rattachées à nos préoccupations de recherche qui touchent à la fois aux types de processus d'amélioration de la qualité implantés dans les départements d'urgence et aux contextes dans lesquels les infirmières évoluent. Cette recension des écrits est organisée en deux parties. D'abord, nous présentons une recension qui vise à tracer un état des connaissances portant sur les types d'amélioration de la qualité implantés dans les urgences et sur l'intérêt accordé à la perspective des infirmières lors de l'évaluation des effets de leur implantation (section 2.1). Ensuite, la recension des écrits s'organise autour de 6 axes : le problème de l'encombrement des urgences, la qualité des soins et l'amélioration de la qualité, les modalités de gestion qui visent l'optimisation des processus, l'influence des caractéristiques physiques des environnements de soins sur la qualité des soins et le travail des infirmières, les caractéristiques et les dynamiques prévalentes dans les organisations de santé et enfin l'influence des infirmières dans les organisations de santé.

#### **2.1 Améliorations de la qualité des soins à l'urgence et pratique infirmière**

Cette partie de la recension des écrits s'intéresse spécifiquement aux processus d'amélioration de la qualité implantés à l'urgence et à leurs effets sur la pratique infirmière dans cette spécialité de soins. Elle vise à tracer un portrait sommaire des types d'amélioration de la qualité implantés dans les urgences, des stratégies utilisées et enfin de l'importance accordée à la perspective des infirmières lors de l'évaluation des effets de l'implantation.

Les articles retenus pour cette portion de la recension des écrits ont été trouvés en utilisant les mots-clés suivants : nursing, quality of care, quality, security, patient safety, quality of healthcare, quality of nursing, quality improvement, emergency department, emergency medicine, emergency services, emergency care, emergency room dans les banques de données Embase, PsyInfo, Web of Science, CINAHL, MEDLINE, Current Content et Cochrane. Les publications en langue française et anglaise, publiées entre 1999 et décembre 2020, ont été sélectionnées pour l'analyse du contenu. L'année 1999 a été retenue, car cette année correspond à la publication, en novembre 1999, du rapport de l'IOM intitulé *To Err is Human*. Dans cette publication, l'IOM lance un appel à l'amélioration des soins de santé pour éviter les erreurs et les accidents. La publication de ce rapport marque l'essor du champ de recherche consacré à la qualité et à la sécurité des soins, *quality improvement*.

Parmi les écrits traitant des processus d'amélioration mis en place dans le contexte de l'urgence, seules les études empiriques ont été retenues. Ainsi les éditoriaux, les commentaires et les discussions n'apparaissent pas dans cette synthèse. Tous les types de devis d'études quantitatives et qualitatives ont aussi été retenus. Il est à noter que seuls les articles en provenance des pays occidentaux ont été sélectionnés pour l'analyse de contenu, car les conditions générales dans lesquelles exercent les infirmières d'urgence et les compétences infirmières requises dans ces pays sont semblables à celles présentes au Québec. Toutes les études abordant des améliorations de la qualité n'étant pas en lien, directement ou indirectement, avec la pratique des infirmières, comme, par exemple, les études s'intéressant à l'ajout d'un nouvel équipement d'imagerie médicale ou à de nouvelles directives cliniques touchant exclusivement le diagnostic médical, ont été rejetées. De plus, les processus d'amélioration de la qualité devaient avoir été implantés dans des urgences traitant une clientèle adulte. Les urgences pédiatriques et psychiatriques ont été

exclues car le travail dans ces milieux fait appel à des expertises différentes. Ainsi, les processus d'amélioration de la qualité implantés peuvent différer de ceux visant les particularités des soins et traitements d'une clientèle adulte. Par exemple, en pédiatrie on peut penser à des approches ciblées pour les nourrissons; des pratiques visant à diminuer les traumatismes vécus lors de l'expérience de soins chez une clientèle d'âge préscolaire; à l'évaluation infirmière de la condition de santé pour une clientèle qui ne nomme pas ses symptômes, etc. Les articles où les processus d'amélioration de la qualité ont été implantés exclusivement dans des urgences pédiatriques ou psychiatriques ont été rejetés. Enfin, les processus d'amélioration de la qualité devaient avoir eu lieu dans les lieux physiques du département de l'urgence. Par exemple, les études rapportant des mesures visant à améliorer le transport préhospitalier ou des procédures de transfert sur les unités de soins ont été exclues. Au total, 77 articles ont été retenus et de ce nombre, une grande majorité provenait des États-Unis ( $n = 49$ ). Les autres articles retenus proviennent de l'Australie ( $n = 10$ ), du Canada ( $n = 8$ ), de la Suède ( $n = 4$ ), du Royaume-Uni ( $n = 4$ ), des Pays-Bas ( $n = 1$ ) et de l'Irlande ( $n = 1$ ). D'abord, nous avons regroupé ces articles d'après le type d'amélioration de la qualité visé. Ensuite, nous avons analysé les types de stratégies retenus et enfin nous nous sommes intéressés à la perspective à partir de laquelle les processus d'amélioration de la qualité ont été évalués.

### ***2.1.1 Type d'amélioration de la qualité***

Dans un premier temps, nous avons relevé les types d'amélioration de la qualité implantés dans l'environnement de travail des infirmières d'urgence. On constate que 25 articles se concentrent sur les processus d'amélioration ciblant les actions cliniques comme le soulagement de la douleur (Dunne, Jooste, McCabe et McMahonn, 2014), l'implantation d'un protocole pour améliorer les soins des patients de soins palliatifs (Vasquez et al. 2019) ou d'un programme

d'enseignement pour les patients sous opioïdes (Waszak et al., 2017). D'autres touchent la prévention du syndrome de sevrage alcoolique (Glann et al., 2019); le traitement de l'asthme (Akerman et Sinert, 1999); l'augmentation de l'accès au dépistage pour le VIH (Heslin et al., 2019); la prévention des chutes (Murphy et al., 2015; Stoeckle et al., 2019); l'administration de la dose complète d'antibiotiques (McLaughlin et al., 2016); le retrait du collet cervical par les infirmières (Fontaine et al., 2018) et la formation d'infirmières-chefs d'équipe en traumatologie (Geyer et al., 2018). On retrouve aussi dans cette catégorie les améliorations qui visent la diminution des prélèvements contaminés (Moeller, 2017; Self et al., 2014), hémolysés (Damato et Rickard, 2015) ou mal identifiés (Spain et al., 2015); la prévention des infections nosocomiales par le lavage des mains (Wiles et al., 2015); et de nouveaux équipements pour prévenir la transmission des infections à *C. difficile* (Delaney, 2017). On retrouve aussi des interventions qui visent l'amélioration du comportement de caring des soignants (Kipp, 2001); de la communication des informations relatives aux patients entre les infirmières de l'unité (Wilson, 2011); des notes aux dossiers (Nielsen et al., 2014); des communications et des transferts visant le désencombrement de l'urgence (Potts et al., 2018); de la qualité des services offerts aux patients par l'ajout de tournées aux heures et de rapports effectués au chevet des patients (Skaggs et al., 2018); ou par l'instauration d'un rapport au chevet des patients (Campbell et Dontje, 2019). D'autres auteurs cherchent à réduire le nombre d'évènements violents (Gillam, 2014); à améliorer le travail d'équipe (Morey et al. 2002) ou encore à perfectionner les soins offerts aux patients par le réaménagement des modalités de fonctionnement (physique et processus) de l'aire des patients en attente d'une admission à l'étage (Bornemann-Shepherd et al., 2015).

Ensuite, plusieurs interventions rapportées visent l'amélioration des délais d'évaluation et de traitement. Dix articles ciblent l'amélioration du processus de triage (Blank et al., 2007; Combs

et al., 2007; Edwards, 2011; Forsman et al., 2012; Jelinek et al., 2014; Love et al., 2012; Marino et al., 2015; Nailon et al., 2015; Spencer et al., 2019; Venella et al., 2012), alors que quinze articles évaluent des améliorations visant l'optimisation des délais d'initiation de traitements ciblés comme l'antibiothérapie (Covington et al., 2007; Groth et al., 2013); le traitement de l'infarctus aigu du myocarde (Borden et al., 2012; Hendrickson, 2008); la gestion du syndrome coronarien (Levy et al., 2014; Piggott et al., 2011); la gestion du sepsis sévère (Kent et Fields, 2012; Mitzkewich, 2019; Moore et al., 2019; Treatt, 2019); la mise en place d'un programme pour l'amélioration du délai de réanimation cardiorespiratoire et l'oxygénation par circulation extracorporelle (Grunau et al., 2017); le délai porte ECG (Stanfield, 2018); le délai d'initiation de traitements pour les AVC (Prabhakaran et al., 2016; Ver Hage et al., 2018) et de traitements variés (analgésie, thrombolytique, antibiotique) auprès d'une clientèle oncologique (Toncich et al., 2000).

Nous avons également trouvé 26 articles qui évaluent la mise en place de diverses méthodes implantées dans le but d'améliorer la fluidité de la trajectoire des patients (*patient flow*; *throughput*), afin de réduire les durées de séjour et l'encombrement de l'urgence. À l'intérieur de cette catégorie d'amélioration de la qualité, plusieurs moyens différents sont étudiés. Parmi ceux-ci, on retrouve l'ajout d'un coordonnateur des flux ou d'un programme de gestion de la trajectoire des patients (DeAnda, 2018; Murphy et al., 2014); l'amélioration de la gestion logistique des lits (Healy-Rodriguez et al., 2014; Jweinat et al., 2013); l'ajout d'un protocole de gestion de la capacité (Khanna et al., 2012); la séparation des flux à l'urgence (Grouse et al., 2014); l'amélioration des communications et des transferts visant le désencombrement de l'urgence (Potts et al., 2018); l'implantation d'un programme de référence à des organismes communautaires pour les patients âgés sans couverture médicale (Cerisier, 2019); l'amélioration du délai de prise en charge par l'ajout d'infirmières-praticiennes spécialisées et d'assistants médicaux (Ducharme et

al., 2009); la révision de plusieurs processus d'optimisation simultanément (Dickson et al., 2009; Kane et al., 2015; Leung et al., 2017; Naik et al., 2012; Preyde et al., 2012; Probus et Smith, 2020; Sedlak et Robert, 2004; Sharieff et al., 2013; Ulhassan, Von Thiele Schwarz et al., 2014; Ulhassan, Westerlund et al., 2014; van der Linden et al., 2019) ou encore la mise en place de réformes nationales, de programmes, d'incitatifs nationaux ou gouvernementaux (Cobelas et al., 2001; Condon et al., 2018; Geelhoed et De Klerk, 2012; Lowthian et al., 2015; McHugh et al., 2013; McHugh et al., 2012; Sullivan et al., 2014; Vermeulen et al., 2014).

### ***2.1.2 Les processus d'amélioration de la qualité à l'urgence***

Dans un deuxième temps, nous avons fait la recension des processus retenus lors de l'implantation des améliorations de la qualité. Nous avons noté que la formation du personnel est privilégiée dans 25 études (Campbell et Dontje, 2019; Cerisier, 2019; Covington et al., 2007; Dunne et al., 2014; Fontaine et al., 2018; Geyer et al., 2016; Gillam, 2014; Groth et al., 2013; Grunau et al., 2017; Kent et Fields, 2012; Kipp, 2001; Levy et al., 2014; McLaughlin et al., 2016; Moeller, 2017; Morey et al., 2002; Nailon et al., 2015; Self et al., 2014; Spain et al., 2015; Stanfield, 2018; Stoeckle et al., 2019; Vasquez et al. 2019; Ver Hage et al., 2018; Waszak et al., 2017; Wiles et al., 2015; Wilson, 2011), alors que d'autres recherches ont utilisé des stratégies comme l'implantation d'un processus de révision de cas interprofessionnel (Murphy, Murphy, Hastings et Olberding, 2015); l'utilisation de protocoles ou d'outils de dépistage pour le sepsis (Mitzkewich, 2019; Moore et al., 2019); ou l'utilisation de méthodes de gestion de changement (Skaggs et al., 2018; Spencer et al., 2019). Dans d'autres études, l'ajout d'une personne-ressource ou d'une nouvelle fonction au sein de l'équipe de soins de l'urgence est privilégié. À cet égard, Blank et al., (2007) ont étudié l'ajout d'infirmières assignées à la réévaluation au triage; Venella et al., (2012) se sont intéressés à la présence d'infirmières dans la salle d'attente et Edwards (2011)

a évalué l'ajout d'une équipe d'évaluation rapide au triage. D'autres ont étudié l'introduction d'une infirmière dédiée aux cas de traumatologie (Jelinek et al., 2014) (*trauma report nurse au triage*); l'ajout d'une infirmière (*greeter nurse*) capable de procéder à l'évaluation rapide (*quick triage*) des patients se présentant à l'urgence (Marino et al., 2015); ou d'un coordonnateur de la circulation de l'urgence (*ED flow coordinator*) (Murphy et al., 2014). DeAnda (2018) a évalué l'ajout d'une infirmière coordonnatrice des flux des patients; tandis que Ducharme et ses collaborateurs (2009) ont regardé l'ajout d'une infirmière-praticienne spécialisée. Stanfield (2018) a évalué l'ajout d'une infirmière dédiée à l'exécution des ECG et van der Linden et al. (2019) se sont intéressés à l'ajout une infirmière praticienne, de 5 médecins spécialistes en plus d'une intervention multimodale de type *Lean*.

D'autres études ont observé l'impact de l'implantation d'un protocole standardisé pour le sepsis (Treatt, 2020); les AVC (Prabhakaran et al., 2016); ou de l'introduction de nouveaux types d'équipements comme des bassines (Delaney, 2018). D'autres auteurs ont privilégié l'utilisation d'outils technologiques pour faciliter les communications interservice (Potts et al., 2018); d'outils d'évaluation des risques de chutes (Stoeckle et al., 2019); et d'outils pour le dépistage du sevrage alcoolique (Glann et al., 2019). Bornemann-Shepherd et al. (2015) ont évalué un projet d'amélioration des soins offerts aux patients qui attendent un lit à l'étage initié par une équipe d'infirmières tandis que Heslin et al. (2019) se sont intéressés à l'ajout d'une offre de dépistage pour le VIH après le passage au triage.

Cette courte recension des écrits spécifiques aux processus d'amélioration de la qualité implantés dans les salles d'urgence permet de constater que plusieurs études s'intéressent à la révision des processus et des pratiques cliniques. Parmi celles-ci, nous remarquons que la méthode

*Lean*<sup>1</sup>, répertoriée dans 17 articles, semble la plus populaire (Damato et Rickard, 2015; Dickson et al., 2009; Grouse et al., 2014; Jweinat et al., 2013; Kane et al., 2015; McHugh et al., 2012; McHugh et al., 2013; Naik et al., 2012; Prabhakaran et al., 2016; Piggott et al., 2011; Preyde et al., 2012; Probus et Smith, 2020; Sharieff et al., 2013; Ulhassan, Von Thiele Schwarz et al., 2014; Ulhassan, Westerlund, et al., 2014; van der Linden, 2019; Vermeulen et al., 2014). Nous notons aussi l'utilisation de méthodes de révision des opérations inspirées de la méthode *Lean* (Leung et al., 2017). Dans cette catégorie, on retrouve aussi la mise en place d'améliorations testées à très petite échelle (Hendrickson, 2008; Nielson et al., 2014; Toncich et al., 2000) qui utilisent, entre autres, le procédé PDSA (*Plan, Do, Study, Act*) (DeAnda, 2018; Treatt, 2020). Ensuite, parmi les études qui visent l'amélioration des processus et des pratiques cliniques nous retrouvons, en plus de la méthode *Lean*, des programmes de gestion logistique (Healy-Rodriguez et al., 2014); le *prudent healthcare* (Condon et al., 2018); des modèles de gestion de la capacité (*capacity management*) (Khanna et al., 2012); l'analyse des processus de travail (*work flow analysis*) (Borden et al., 2012) et la révision des processus par des équipes de travail (Love et al., 2012; Yancer et al., 2006). Notons que, dans certains cas, les changements sont motivés par la mise en place de nouvelles règles ou de cibles gouvernementales (Cobelas et al., 2001; Geelhoed et Klerk, 2012; Lowthian et al., 2015; Sullivan et al., 2014), ou encore par l'ajout de nouvelles normes de pratiques cliniques (Akerman et Sinert, 1999). Dans d'autres cas, il s'agit d'améliorations des processus d'après une initiative locale (Combs et al., 2007; Sedlak et Robert, 2004; Vasquez et al.

---

<sup>1</sup> La Méthode Lean repose sur un ensemble de principes et de techniques qui encouragent les organisations à mettre en place des moyens d'amélioration continue visant le rehaussement de la valeur ajoutée produite. La méthode Lean vise l'identification et le renforcement des processus nécessaires, pertinents et bénéfiques et l'élimination des processus inutiles qui ne procurent aucune valeur ajoutée [traduction libre] (Dickson, Singh, Cheung, Wyatt & Nugent, 2009, p. 177).

2019). Enfin, Forsman et al., (2012) ont étudié l'impact de l'implantation d'un outil technologique d'aide à la décision au triage sur la sécurité des soins aux patients.

### ***2.1.3 Perspective des infirmières d'urgence lors de l'évaluation des processus d'amélioration de la qualité***

Lors de l'analyse des articles retenus, une attention particulière a été portée à la perspective rapportée (organisationnelle, infirmière, autre professionnel). La perspective est le point de vue à partir duquel une situation problématique est formulée, choisie et évaluée. On relève de cette analyse que la perspective qui prédomine les écrits analysés est celle des administrateurs (perspective organisationnelle). La majorité des études analysées présentent des processus d'amélioration de la qualité qui visent l'amélioration de la performance du département de l'urgence. On note que dans la majorité des cas, les processus visent l'amélioration des délais ou de la trajectoire des patients à l'urgence (*patient flow*). Parmi ces études, certaines s'intéressent à des éléments touchant le processus de soins tels le temps de triage, les délais de traitements et leur conformité aux meilleures pratiques (Blank et al., 2007; Borden et al., 2012; Combs et al., 2007; Covington et al., 2007; Edwards, 2011; Forsman et al., 2012; Groth et al., 2013; Hendrickson, 2008; Jelinek et al., 2014; Kent et Fields, 2012; Levy et al., 2014; Love et al., 2012; Marino et al., 2015; Nailon et al., 2015; Toncich et al., 2000; Treatt, 2020; Piggott et al., 2011; Venella et al. 2012).

Également, comme avancé par plusieurs auteurs, les résultats des interventions mises en place pour améliorer la performance des soins offerts à l'urgence sont évalués en mesurant des aspects facilement mesurables (Batalden et Davidoff, 2007; Condy et al 2012; Knutson, 2012; Mintzberg 1982) tels les temps d'attentes, les délais de soins et de traitements, le nombre de

patients traités, les durées de séjour à l'urgence, la mortalité, le nombre de réadmissions, le nombre de patients ayant quitté avant d'être vus et la satisfaction des patients.

Nous constatons que les actions des infirmières sont très souvent absentes de l'analyse ou que leurs actions et perceptions sont diluées avec celles d'autres membres du personnel incluant les médecins et le personnel administratif. Dans cet ordre d'idée, l'étude de Geelhoed et De Klerk (2012) évalue l'implantation de processus visant l'amélioration du flux des patients (*patient flow*) à l'urgence et la diminution de l'encombrement, mais occulte complètement la présence des infirmières. D'ailleurs, dans cette étude le mot « nurse » ne figure qu'une seule fois pour évoquer les ratios infirmières-patients (*nurse-patient ratio*). Pourtant, la réalité d'un séjour à l'urgence nécessite l'intervention de plusieurs infirmières notamment lors de l'évaluation au triage, la réévaluation, les soins et traitements, les directives de congé, etc. Dans l'étude de Lowthian et al. (2015), l'atteinte des objectifs est attribuée à l'implantation d'une « règle des quatre heures » visant les séjours à l'urgence et non au travail effectué par les infirmières ou les professionnels de la santé. C'est aussi le cas dans l'article de Vermeulen et al. (2014) où les résultats sont attribués à l'implantation d'un processus de type *Lean*. D'ailleurs, le mot *nurse* n'apparaît pas dans cet article. Dans l'étude de Borden et al. (2012), l'amélioration des délais entre l'évaluation initiale et l'arrivée du patient en hémodynamie (*door to balloon time*) est, quant à elle, attribuée à la mise en place d'une séquence de quatre étapes essentielles soit obtenir un ECG, aviser et mettre en marche le laboratoire d'hémodynamie, amorcer la procédure d'angioplastie et effectuer la procédure d'angioplastie coronaire transluminale percutanée. Plusieurs autres études se retrouvent dans cette catégorie où le terme *nurse*, lorsque présent, est utilisé de façon générique dissimulant les infirmières et leurs actions (Dickson et al., 2009; Groth et al., 2013; Hendrickson, 2008; Levy et al. 2014; Naik et al., 2012; Self et al., 2014; Spain et al., 2015; Yancer et al., 2006). Dans tous les

cas, compte tenu du contexte dans lequel les processus d'amélioration de la qualité sont implantés, il est évident que les infirmières ont participé activement à l'atteinte des résultats présentés.

Notons que, parmi les 77 articles retenus dans cette revue des écrits, seulement quinze articles tiennent compte, à des degrés divers, de la perception des infirmières face aux processus d'amélioration de la qualité qui ont été implantés. Parfois, l'évaluation est sommaire et se limite à un bref questionnaire de satisfaction (Bornemann-Shepherd et al., 2015; Moore et al., 2019) alors que souvent la qualité des données limite la portée des perceptions recueillies. Par exemple, Moore et al., (2019) ont évalué la satisfaction des infirmières à l'aide d'un questionnaire à la suite de l'implantation d'un protocole pour diminuer l'initiation des traitements pour les patients développant un sepsis. Seuls 9 % des infirmières ont répondu à ce questionnaire (10/110). 80 % ont dit trouver l'algorithme de décision facile à utiliser, alors que 90 % ont indiqué que l'outil de communication les aide à organiser et suivre leurs interventions. Les infirmières ayant répondu ont aussi trouvé difficile de respecter les délais prévus dans ce protocole lorsqu'elles doivent s'occuper de plusieurs patients. À d'autres occasions, on utilise un questionnaire pré-post intervention pour évaluer la compliance aux mesures implantées ou le niveau de rétention des connaissances (Campbell et Dontje, 2019; McLaughlin et al., 2016). Aussi, on note que la perspective des soignants est sollicitée pour permettre l'évaluation indirecte des objectifs de l'intervention. Ainsi, Cobelas et al. (2001) ont invité les membres du personnel, dont 51 répondants de l'équipe soignante (assistantes-infirmières-chefs, infirmières de triage, résidents en médecine ou médecins) et 33 administrateurs intermédiaires (directeurs du département de l'urgence et infirmières-chefs) à partager leur perception de l'amélioration des soins aux patients et des indicateurs de performances à l'aide d'un *focus group* et d'un questionnaire. Notons que le point de vue du personnel soignant a été sollicité sans que le nombre de répondants issus de la

profession infirmière soit spécifié. C'est le cas aussi dans l'article de Vasquez et al. (2019) où l'appréciation des médecins et des infirmières est fusionnée. De même, Morey et al. (2002) ont évalué l'efficacité d'un programme de formation visant l'amélioration du travail en équipe (*teamwork*) dans six des neuf départements d'urgence à l'étude. Pour l'évaluation, ils ont recueilli des données auprès du personnel (médecins, infirmières de l'urgence, infirmières) des unités de soins. Toutefois, toutes les données provenant du personnel de soins sont présentées sans qu'il soit possible de discriminer les perceptions des infirmières de celles des médecins ou des autres membres du personnel. De même, les données statistiques présentées ne permettent pas de connaître le nombre d'infirmières ayant répondu aux questionnaires. En continuité, Delaney et al. (2017) rapportent que 95 % (nombre de répondants non spécifié) des employés (types d'employés non rapportés) sont satisfaits des nouvelles bassines jetables introduites pour diminuer la transmission de *C. difficile*. Ensuite, Forsman et al. (2012) ont évalué la perception de l'utilité d'un outil d'aide à l'évaluation au triage pour les infirmières à l'aide d'un court questionnaire dans lequel certaines infirmières, plus expérimentées, ont soulevé que le manque de souplesse de l'outil, la difficulté d'apparier les mots-clés à ceux proposés ainsi que l'absence d'un algorithme d'aide à la décision adéquat pour les situations cliniques du patient diminuaient les avantages procurés par cet outil d'aide à la décision. Une infirmière relate même qu'un patient souffrant d'un anévrisme aortique (évalué comme prioritaire par cette infirmière) et décédé 15 minutes suivant son arrivée à l'urgence, s'était fait octroyer une cote non prioritaire par l'outil d'évaluation au triage. Forsman et al. (2012) relatent que les infirmières expérimentées ont parfois eu l'impression ou une intuition qu'elles passaient à côté de quelque chose d'important lors de l'évaluation avec cet outil. Ces auteurs soulèvent que le manque de flexibilité inhérente à cet outil ne permet pas aux infirmières d'ajuster l'évaluation d'après leurs impressions, leurs intuitions et leurs connaissances. Les auteurs

concluent qu'un outil d'aide à la décision peut être utile, mais qu'il ne peut remplacer la compétence d'une infirmière expérimentée.

Dans le même ordre d'idées, Wilson (2011) a évalué, à l'aide d'un court sondage, l'utilité de l'implantation d'un outil de transfert d'informations structurées de la condition des patients entre le personnel infirmier. Cette évaluation sommaire permet de constater que la majorité des répondants jugent l'outil utile et bénéfique pour les patients. De leur côté, même s'ils rapportent une amélioration générale de la communication et de la collaboration entre l'urgence et les unités de soins ainsi qu'une diminution de l'encombrement de l'urgence perçue par le personnel infirmier, Sullivan et al. (2014) soulignent l'insatisfaction, les doutes et les inquiétudes soulevés par le personnel infirmier à la suite de la mise en place d'une série de processus d'amélioration de la qualité. Dans cette étude, les améliorations apportées ont permis de faire diminuer la durée de séjour à l'urgence. Ainsi, avant la mise en place des améliorations, seulement 33 % des patients avaient une durée de séjour à l'urgence sous les quatre heures. Cette proportion est passée à 62 % après l'implantation des mesures visant à améliorer la trajectoire des patients (*patient flow*). Cependant, dans cette étude, le personnel infirmier exprime de l'insatisfaction face aux nombreux changements imposés à leur pratique qui affectent, notamment, leurs interactions avec les autres équipes cliniques. Certaines infirmières mentionnent manquer de temps pour compléter l'évaluation des patients et notent une augmentation des tensions entre l'urgence et les unités de soins.

De plus, Blank et al. (2007) ont évalué l'effet de l'implantation d'une amélioration de la qualité sur le niveau de bien-être du personnel infirmier. Ainsi, ils ont mesuré les niveaux de stress des infirmières de triage avant et après l'introduction d'une procédure de réévaluation systématique des patients présents dans la salle d'attente. Les auteurs rapportent une réduction de

la perception de harcèlement par les patients présents dans la salle d'attente et du degré d'anxiété associé à l'attente des patients. Toutefois, les infirmières qui effectuent le triage n'ont pas exprimé d'amélioration du sentiment d'insécurité ressenti face aux patients mécontents. Enfin, deux articles publiés par Ulhassan et ses collaborateurs ont évalué, auprès des infirmières et des aide-soignantes, l'effet des processus d'amélioration de la qualité de type *Lean management* sur l'environnement psychosocial des unités de soins, dont l'urgence (Ulhassan, Von Thiele et al., 2014); et sur la dynamique de fonctionnement de groupe (Ulhassan, Westerlund et al., 2014). Il s'agit des seuls articles dont l'objet d'étude porte sur l'effet de processus d'amélioration de la qualité sur la dynamique présente dans des unités de soins. Dans l'article s'intéressant à l'environnement psychosocial, les auteurs avancent que le succès de l'implantation de l'approche *Lean* pourrait être associé aux conditions psychosociales de travail présentes avant l'implantation (Ulhassan, Von Thiele et al., 2014). Par conséquent, le succès attribué à l'implantation des processus d'amélioration semble associé à la présence de bonnes conditions psychosociales de travail avant le début de l'implantation et leur échec à un environnement psychosocial de travail moins favorable. Notons que ces auteurs mentionnent que l'implantation de processus d'amélioration *Lean* dans un environnement de travail où les conditions psychosociales de travail sont pauvres pourrait entraîner la détérioration de ces conditions (Ulhassan, Von Thiele et al., 2014). Les résultats du deuxième article soulèvent la difficulté d'étudier l'impact de l'implantation de processus *Lean* dans un milieu aussi complexe que celui des environnements de soins ainsi que les limites inhérentes à l'utilisation d'outils de mesures quantitatives, comme le *Group Development Questionnaire*, qui ne permettent pas de considérer la multitude de facteurs pouvant affecter la dynamique de groupe des infirmières (Ulhassan, Westerlund et al., 2014).

Cet examen des écrits touchant aux processus d'amélioration de la qualité implantés à l'urgence permet de constater que les processus d'amélioration de la qualité visent principalement l'amélioration de la performance des soins qui y sont offerts. Elle souligne aussi que la contribution des infirmières d'urgence aux soins est souvent occultée et que peu d'études présentent leur point de vue relatif aux processus d'amélioration de la qualité implantés dans leur environnement de travail.

## **2.2 Le problème de l'encombrement des urgences**

L'encombrement des urgences est désigné comme le principal problème qui menace la qualité des soins et services (IOM 2006; Pine et Griffey, 2015). L'encombrement se produit lorsque la demande de soins d'urgence excède l'offre produite par les ressources disponibles (Bellow et Gillespie, 2014). Ce déséquilibre est causé par plusieurs facteurs tels que la complexité des problématiques de santé des patients et l'accès aux soins primaires qui sont constitués de facteurs extrinsèques aux établissements de santé et des facteurs intrinsèques relevant des capacités opérationnelles des organisations de santé (IOM, 2006; Morley et al., 2018). Plus précisément, l'augmentation des volumes de patients en attente, les retards dans les délais de consultation initiale, l'initiation des traitements des patients de l'urgence ainsi que la non-disponibilité des lits aux étages influencent négativement les résultats de santé produits. En effet, d'une part, l'augmentation du volume de patients en attente d'être vus a pour conséquences d'augmenter le temps d'attente et de diminuer l'accès aux soins de santé. Tandis que les retards dans les délais de consultation initiale et d'initiation des traitements aux patients et la non-disponibilité des lits aux étages prolongent les durées de séjour à l'urgence qui affectent subséquemment les délais d'attente, de prise en charge et de traitements des patients en attente (ACEP 2019; IOM, 2006).

Par conséquent, l'encombrement affecte les résultats de santé pour les patients, car il est associé à des délais d'évaluation et de traitements sous optimaux; à la non-adhésion aux meilleures pratiques cliniques par les professionnels de la santé; à une plus grande fréquence d'erreurs et à des taux de complications et de mortalités plus élevés (Morley et al., 2018). De plus, cette problématique affecte les infirmières, car l'encombrement est associé à une augmentation du stress et des violences subies au travail, à l'augmentation de la charge de travail, à des taux d'épuisement professionnel et à des problèmes de rétention du personnel infirmier (Crane et al., 2014; IOM, 2006; Morley et al., 2018; Quinn et al., 2014; Rowe et al., 2006). Or, ces éléments associés à l'environnement de pratique des infirmières ont aussi des répercussions négatives sur la qualité des soins des patients (Wei et al., 2018). Puisque les établissements de santé qui offrent des soins d'urgence ne peuvent pas contrôler l'acuité des patients, ni l'offre de service en première ligne, ni le volume des patients qui se présentent pour obtenir des soins, les solutions privilégiées se concentrent sur la révision des opérations et les techniques d'amélioration des flux de patients; la révision des processus de production de soins et des services de santé et l'amélioration de l'efficacité par la mise en place de moyens qui visent une meilleure utilisation des ressources hospitalières (Crane et Nook, 2019). L'encombrement est alors opérationnalisé en divers indicateurs tels le nombre total de patients à l'urgence; le pourcentage de l'urgence occupée par des patients admis; la durée de séjour à l'urgence; le pourcentage du temps où la capacité de l'urgence est atteinte ou dépassée; le niveau d'occupation des lits de l'urgence et de l'établissement; le délai entre la demande d'un lit à l'étage et l'affectation; le délai entre le triage et l'évaluation initiale par un médecin; le délai entre le moment où le lit à l'étage est disponible et le transfert effectif (Ospina et al., 2007).

### 2.3 La qualité des soins et l'amélioration de la qualité

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2008) définit la qualité des soins comme la capacité de :

Garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

La qualité des soins comporte plusieurs dimensions, telles que l'acceptabilité, l'équité, l'accessibilité, la sécurité, l'efficience, l'efficacité des soins et des services offerts en plus de la capacité à tenir compte des besoins et préférences des patients (Bengoa et al., 2006). Par conséquent, le type de qualité des soins privilégié peut varier d'après l'importance accordée à certaines dimensions. Cela implique que la qualité des soins peut différer selon le rôle, les valeurs et les objectifs visés par ceux qui en feront l'évaluation. Par exemple, il est possible que les aspects de la qualité des soins préconisés par les patients diffèrent de ceux des professionnels de la santé (Campbell et al., 2000; Conry et al., 2012).

Selon le modèle de Donabedian, l'évaluation de la qualité des services peut être appréciée en considérant trois dimensions, soit la structure (les éléments structurels du système de soins comme les ressources humaines et les ressources matérielles), les processus (activités liées à la dispensation des soins de santé comme les pratiques cliniques, les mécanismes d'amélioration de la qualité, etc.) et les résultats qui découlent de la relation entre la structure et les processus (états de santé, satisfaction) (Donabedian, 1980a; Donabedian, 1980b; Sitzia et Wood, 1997). L'amélioration des résultats de soins de santé implique donc l'analyse des structures et des processus du système de soins (Donabedian, 1980a; Donabedian, 1980b). D'ailleurs, l'amélioration de la qualité des soins regroupe les efforts combinés et continus visant à améliorer

les résultats de santé des patients, la performance du système de soins et la pratique des professionnels de la santé (Batalden et Davidoff, 2007). Par conséquent, l'amélioration de la qualité des soins constitue un ensemble de processus administratifs, d'outils et de techniques qui visent, par leurs actions combinées, l'implantation des changements nécessaires à l'atteinte des objectifs poursuivis. Les processus d'amélioration de la qualité des soins misent donc sur une variété d'approches centralisées ou décentralisées ayant pour objectif l'autorégulation des professionnels et l'utilisation de pouvoirs incitatifs et externes (Grol et al., 2004).

### ***2.3.1 Qualité des soins et soins infirmiers.***

Ensuite, la manière de concevoir, d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins dépend de la perspective et des priorités de celui qui en fait l'analyse (Batalden et Davidoff, 2007; Ferlie et al., 2005; Langley et Denis, 2011). Il existe donc une multitude de possibilités pour évaluer la qualité des soins. Donc, selon la position occupée par la personne ou le groupe qui en fait l'analyse, la qualité des soins revêt une morphologie différente si elle est évaluée par un clinicien, un politicien, un patient ou un administrateur (Cameron et al., 2011). Selon Garnerin et al. (2001), les professionnels de la santé ont tendance à privilégier une définition qui inclut plusieurs dimensions de la qualité des soins (Batalden et Davidoff, 2007; Campbell et al., 2000; Gormley, 2011). Par exemple, les infirmières soignantes accordent une importance particulière sur l'action de soigner. De ce fait, elles définissent la qualité des soins infirmiers comme la capacité de répondre aux besoins de santé des personnes soignées, à la qualité de l'interaction qu'elles entretiennent avec leurs patients (Burhans et Alligood, 2010). L'interaction de qualité doit permettre aux infirmières de soigner dans le respect des besoins et des droits des personnes sous leur responsabilité (Burhans et Alligood, 2010; Campbell et al., 2000; Duffy et Hoskins, 2003). D'autre part, les organisations de santé s'intéressent davantage à certains éléments de la qualité des soins comme la sécurité des

patients ou encore des aspects facilement mesurables tels le délai moyen de traitement, le nombre de réadmissions, les taux d'infections nosocomiales et elles tendent ainsi à ignorer certains aspects tels que la qualité de la relation thérapeutique (Batalden et Davidoff, 2007; Conry et al., 2012; Knutson, 2012; Mintzberg, 1982). En résumé, il existe plusieurs façons de définir et d'évaluer la qualité des soins.

### ***2.3.2 Perspective et amélioration de la qualité.***

La perspective ou la position occupée par la personne ou le groupe qui procède à l'analyse de qualité des soins influence les aspects de la qualité des soins qui seront évalués, la formulation du diagnostic ainsi que la mise en œuvre des solutions aux problèmes de qualité identifiés (Cameron et al., 2011). D'ailleurs, le fait que les professionnels de la santé et les administrateurs ne partagent pas toujours la même conception de la qualité des soins peut générer des tensions (McMillan, 2018). C'est pourquoi, lorsqu'une problématique est analysée par des personnes situées à l'extérieur du monde professionnel (clients, administrateurs non professionnels, citoyens, membres du gouvernement, technocrates), il est fréquent que les problèmes identifiés soient perçus comme des problèmes de contrôle de l'exercice des professionnels (Mintzberg, 1982). Cela fait en sorte que les problèmes de qualité des soins sont généralement imputés aux comportements individuels des professionnels de la santé plutôt que perçus et analysés comme le résultat de l'interaction de ces professionnels avec les divers acteurs et composantes des organisations (Gephart, 1984; Morgan 1999; Sagan 1994; Wears et Hunte, 2014). La mise en place de tentatives de contrôle de l'exercice professionnel par des mécanismes comme la supervision directe ou la standardisation des procédés apparaît alors comme une réponse logique et adaptée aux problèmes identifiés (Wears, 2002; Wears et Hunte, 2014). Cela se traduit par la mise en place de formes de surveillance s'intéressant à l'exercice des professionnels de la santé et aux processus de prestation

de soins, puis à l'élaboration et à l'implantation de mesures correctives (Mintzberg, 1982; Martin et al., 2013; Wears et Hunte, 2014). Bref, les organisations déploient des efforts visant à améliorer et à changer la pratique des infirmières. Or, pour Mintzberg (1982), la mise en place de tels procédés de surveillance et de contrôle entrave le travail des professionnels : « Les contrôles technocratiques ne peuvent pas améliorer le travail de nature professionnelle ni distinguer entre les comportements professionnels responsables et ceux qui ne le sont pas : ils font peser leurs contraintes également sur les deux » (p. 334).

Par ailleurs, dans le cas des organisations où les comportements professionnels déviants sont rares, de tels contrôles ont plutôt des effets pervers, comme ceux de nuire à la relation thérapeutique nécessaire à la pratique des actes professionnels et de diminuer l'intérêt des professionnels à procéder à la mise à jour de leurs compétences (Mintzberg, 1982). Par conséquent, la mise en place de mesures de contrôle de l'exercice professionnel des infirmières peut avoir des répercussions négatives sur la qualité des services rendus et la pratique des infirmières (Dekker, 2011a; Dekker, 2011b; Martin et al., 2013; Wears, 2002; Wears et Hunte, 2014). Ajoutons que les connaissances actuelles ne permettent pas d'identifier les conditions permettant d'assurer le succès des interventions visant l'amélioration de la qualité. D'abord, parce que le design des interventions d'amélioration de la qualité ainsi que leurs modalités d'implantation sont rarement soutenus par des fondements théoriques (Conry et al., 2012). Ensuite, parce que les effets de l'introduction d'interventions visant l'amélioration de la qualité des soins et services de santé ne sont généralement pas connus, car ils sont rarement évalués (Grol et Grimshaw, 2003; Grol et al., 2004). Qui plus est, dans la plupart des cas, le succès de l'introduction d'une intervention est déterminé par l'achèvement du processus d'implantation (Grol et al., 2004). Notons, par ailleurs, qu'un survol des écrits effectué par Champagne et al. (2009) révèle que plus de la moitié des tentatives

d'implantation d'interventions ne produisent pas les résultats espérés. Ainsi, l'implantation peut s'avérer un processus imprévisible qui entraîne des résultats aléatoires (Cummings et al., 2007; Van de Ven, 1986). Cela pourrait expliquer la difficulté des interventions d'amélioration de la qualité à donner les résultats escomptés (Schouten et al., 2008; Shortell et al., 1998).

## **2.4 Les modalités de gestion qui visent l'optimisation des processus de travail**

Dans la majorité des pays occidentaux, les notions d'efficacité, de performance et de résultats se sont glissées dans les discours et les pratiques de la NGP. Le Québec n'échappe pas à cette tendance (Rouillard et al., 2004). Dès la fin des années 1980, la nouvelle gestion publique (NGP), un mouvement international de réformes des administrations publiques, s'impose progressivement et entraîne des transformations majeures (structurelles, organisationnelles et axiologiques) dans le secteur public. Ces transformations entraînent des conséquences sur les politiques, les institutions et les acteurs du réseau public (Bourque et Grenier, 2018). Ainsi, progressivement, les notions de nouvelle gestion publique pénètrent les pratiques de gouvernance des institutions. La nouvelle gestion publique est un type de gestion orienté sur le client et basé sur la vérification des processus tenant compte des règles du marché. Elle vise à rendre l'administration publique plus performante et est caractérisée par cinq dimensions, soit la décentralisation et la fragmentation de la prise de décision; la coordination horizontale (par opposition à une coordination hiérarchique); la mise en concurrence (entre les établissements publics, communautaires ou privés); l'approche client et le contrôle de la qualité (la satisfaction du client est placée au centre de la production des services) et la gestion par résultats qui vise l'atteinte de cibles de performance (Bourque et Grenier, 2018). C'est un mode de gestion qui encourage une culture entrepreneuriale et qui prône le contrôle des coûts par une reddition de compte rigoureuse (Bourque et Grenier, 2018). Le domaine des soins de santé n'échappe pas à

cette tendance (Newman et Lawler, 2009). Ainsi, l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins et services de santé produits est désormais au cœur du modèle de gestion des organisations de santé.

Puisqu'elles sont des systèmes complexes, les organisations de santé doivent intégrer dans leur fonctionnement de nombreuses normes de pratique clinique et de qualité. Ces normes proviennent des organismes de réglementation (accréditation, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), ordres professionnels, lois) et tiennent compte des données scientifiques. Ainsi, les considérations légales (imputabilité des organisations de santé), les pratiques basées sur les données probantes (*Evidence-based practice*), l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins (*Quality Improvement*), et le suivi inhérent à la gestion des risques sont tous des éléments qui poussent vers la standardisation et la surveillance des opérations et des pratiques cliniques (De Ruiter et al., 2016). Par conséquent, des méthodes d'optimisation des processus (modélisation mathématique, le mode de gestion *Lean*, le Six Sigma, ou leurs dérivés) sont régulièrement utilisées pour améliorer la qualité dans les organisations de santé (Radnor et al., 2012). Puisque l'utilisation de la méthode de gestion *Lean* est encouragée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), il importe de la présenter.

La méthode de gestion *Lean* est une approche systémique d'optimisation, issue du système de production Toyota, qui vise la réduction ou l'élimination du gaspillage (les étapes inutiles, la perte de temps) dans les processus de production nécessaires à la confection d'un produit ou d'un service de qualité maximale répondant aux attentes du client (Womack et Jones, 2003). Elle vise la production de résultats (produits) de haute qualité tout en utilisant peu de ressources grâce à la dissémination d'une culture organisationnelle qui valorise l'amélioration continue (Womack et Jones, 2003). Ayant démontré leur efficacité dans l'industrie de l'aviation et de la production

automobile, les approches d'optimisation qui promeuvent la réorganisation du travail visent l'atteinte d'une qualité et d'une efficacité maximales par la mise en place de procédés de révision des opérations (Crane et Nook, 2019; Radnor et al., 2012; Womack et Jones, 2003). Alors, le mode de gestion *Lean* adapté aux services de santé, le *Lean santé (Lean Healthcare)*, vise l'amélioration de la performance par la mise en application de quatre principes principaux : la création de valeur pour le patient, l'élimination des pertes, l'amélioration des flux et l'amélioration continue des processus et des personnes (Crane et Nook, 2019). Dans les soins de santé, l'application de cette méthode vise à réduire le gaspillage relatif à la dispensation des soins tout en maximisant la valeur pour les patients par la production de soins et de services qui répondent à leurs besoins. D'après cette méthode, un soin ou un service qui permet une prise en charge rapide de bonne qualité qui est sécuritaire et qui répond aux besoins de santé des patients est considéré comme ayant de la valeur pour le patient. La méthode *Lean* est utilisée dans de nombreux programmes d'amélioration de la qualité, car elle met l'accent sur l'amélioration continue des processus et de la qualité des soins (Magalahaes et al., 2016). Aux États-Unis, l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), une organisation influente dans le domaine de l'amélioration de la qualité, place les méthodes *Lean* au cœur de son modèle d'amélioration de la qualité (Scoville et Little, 2014). Cette organisation, qui a pour mission d'améliorer les soins de santé partout dans le monde, participe à la dissémination des méthodes *Lean* par le biais de son offre de ressources (outils, formations, conférences, services consultatifs) aux organisations de santé. Au Québec, la méthode *Lean Santé (Lean Healthcare)* est implantée dans divers établissements depuis le début des années 2010 (MSSS, 2011). Depuis, l'adoption des méthodes du mode de gestion *Lean* est encouragée dans tout le système de santé québécois. L'importance de cette méthode dans les modalités de gestion des organisations de santé se reflète par la place qu'on lui octroie : les gestionnaires sont encouragés à suivre des formations

et la connaissance des méthodes du *Lean* est un critère de sélection à l'emploi pour les postes de direction. Malgré les résultats mitigés de l'application du mode de gestion *Lean* dénotés dans le domaine des soins de santé (DelliFraine et al., 2010; Deblois, et Lepanto, 2012), le MSSS encourage encore l'utilisation de cette modalité de gestion en l'intégrant aux structures des établissements de santé québécois. Ainsi, pour le volet sanitaire de l'État québécois, les liens entre l'amélioration de la performance, la qualité des soins et l'adoption d'un mode de gestion *Lean* semblent sans équivoque, car, dans certains établissements de santé, ces domaines se retrouvent regroupés au sein d'une même direction : la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance, de l'éthique et du *Lean* (Annexe A).

Pour les organisations de santé, le mode de gestion *Lean* s'annonce intéressant puisqu'il promet l'amélioration des résultats de santé. D'après les tenants de cette modalité de gestion, elle améliore la productivité et l'efficacité du personnel, réduit le temps d'attente des patients, améliore l'utilisation des lits d'hôpitaux, permet de réduire les durées de séjour, favorise les congés précoces, améliore l'accès aux soins, diminue les variations observées dans les pratiques de soins, diminue les coûts, améliore l'implication et le travail en équipe du personnel, réduit les heures supplémentaires, améliore la satisfaction des employés, améliore la qualité des services prodigués, améliore la satisfaction des patients, améliore la sécurité des patients et des professionnels de la santé; et elle permet aussi de réduire les erreurs et la mortalité (Magalhaes et al., 2016). Toutefois, des revues des écrits soulèvent que les données scientifiques actuelles ne permettent pas de soutenir l'affirmation que l'implantation de procédés découlant des modes de gestion *Lean* ou *Six Sigma* est associée à l'amélioration de la qualité des soins de santé (DelliFraine et al., 2010; Moraros et al., 2016). Des résultats semblables sont aussi soulevés par la synthèse effectuée par Deblois et Lepanto (2012). De plus, tous ces auteurs soulignent le manque de robustesse des devis

d'évaluation contenus dans les études qui mesurent les effets de l'application des modalités d'optimisation (*Lean* ou le *Six sigma*) sur l'amélioration de la qualité des soins (Deblois et Lepanto, 2012; DelliFraine et al., 2010; Moraros et al., 2016).

Des études menées auprès des employés œuvrant dans les établissements de santé soutiennent que l'implantation de méthodes découlant de la NGP (Nouvelle Gestion publique) peut entraîner la détérioration des conditions psychosociales de l'environnement de travail (Ulhasan, Von Thiele et al., 2014) et avoir des effets négatifs sur les soignants (Dupuis, 2018; Grenier et Bourque, 2018). Les méthodes découlant de la NGP amènent des changements dans la pratique des soignants qui sont encouragés à poursuivre les objectifs ciblés par les organisations de santé au détriment des objectifs cliniques et des besoins des patients (Dupuis, 2018). Cela crée des tensions qui ont pour effet de fragiliser les soignants (Dupuis, 2018; Grenier et Bourque, 2018; Soares, 2010). Des constats semblables sont observés chez les infirmières. En effet, la diminution des durées de séjour, l'augmentation du débit dans la trajectoire de soins des patients et l'augmentation des ratios ont comme conséquence l'intensification du travail des infirmières (Debesay et al., 2014; Strandås et al., 2019; Willis et al., 2017). Cette intensification est associée à une augmentation de soins infirmiers non réalisés. Strandås et al. (2019) expliquent que ces facteurs amènent un cadre de travail rigide dans lequel l'infirmière est consciente que son travail est observé, évalué et comparé. Cela a comme conséquence de déplacer l'objectif de l'action professionnelle vers l'atteinte des cibles de performances attendues, au détriment des besoins des patients (Debesay et al., 2014; Harvey et al., 2017; Macdonald, 2007; Rankin, 2004; Strandas et al., 2019; Willis et al., 2017). C'est alors que l'infirmière privilégie certains soins et traitements au détriment des soins de bases, généralement non comptabilisés, tels les soins de bouche et la mobilisation (Harvey et al., 2017). De plus, l'intensification du travail diminue le temps disponible

aux autres tâches et augmente le stress et la fatigue, ce qui détourne les infirmières d'un aspect de leur travail exigeant : le travail émotionnel impliqué dans la relation infirmière-patient (Lopez, 2006). Enfin, l'adoption de la NGP dans les environnements de soins bouscule les systèmes de valeurs qui guident les actions des professionnels, car elle introduit une culture de performance qui encourage et récompense des comportements individuels qui s'accordent avec l'atteinte des cibles managériales (Bourque et Grenier, 2018). Cette transformation entraîne de nombreuses tensions et souffrances pour les professionnels de la santé (Bjornsdottir, 2009; Chénard et Grenier, 2012; Nicosia et al., 2018; Tufté et Dahl, 2016). Chez les infirmières, on relève l'érosion de l'autonomie professionnelle, les sentiments de perte de contrôle, l'insatisfaction professionnelle et l'épuisement professionnel (Harvey et al., 2017; Macdonald, 2007; Strandas et al., 2019; Tufté et Dahl, 2016; Willis et al., 2017). Bref, les méthodes découlant de la NGP influencent la pratique des infirmières. Toutefois, l'impact de ces méthodes sur la pratique des infirmières demeure relativement peu exploré (Nicosia et al., 2018).

#### ***2.4.1 L'optimisation des processus et les systèmes d'information***

La mise en place de système de reddition de compte et de contrôle des activités est facilitée par les capacités des systèmes d'information déployés dans les organisations de santé (Barnard, 2016; De Ruiter, 2016). Ces systèmes sont efficaces, car ils sont généralement intégrés à même les activités des organisations. Donc, dans les organisations de santé, ces systèmes s'intègrent aux activités de soins des infirmières. Or, comme avancé par Jacques Ellul (1964), la technologie est fréquemment développée et implantée dans le but de rendre l'être humain plus efficace, plus performant. De plus, on fait miroiter que son utilisation le rendra plus libre. Toutefois, pour Ellul (1964), l'utilisation de la technologie s'accompagne souvent d'une perte de contrôle, particulièrement lorsque la technologie vise l'amélioration de l'efficacité. De même, De Ruiter,

Liaschenko et Angus (2016) soulignent que les pratiques de documentation dans les établissements de santé ont été pensées pour répondre aux priorités institutionnelles requises par une variété d'agences d'accréditation et d'agences législatives. Les informations saisies dans les dossiers des patients sont aussi utilisées pour suivre et assurer l'adhérence aux « standards de soins ». En conséquence, ces auteurs considèrent que les notes aux dossiers reflètent les diverses relations de pouvoir prévalentes dans les organisations de santé. Dans le même ordre d'idées, Barnard (2016) affirme que les technologies présentes dans les environnements de travail infirmier portent les idéologies politiques et sociales de l'organisation dans le design. Elles définissent, de ce fait, la façon dont elles permettent la division du travail. L'utilisation des technologies implique donc des formes de contrôle de la pratique des infirmières. À cet effet, Barnard (2016) souligne que l'utilisation des technologies est efficace et qu'elle peut entraîner des effets contradictoires avec les bonnes pratiques de soins infirmiers. Par exemple, les notes aux dossiers permettent à la fois de documenter les éléments professionnellement pertinents à la pratique des soins infirmiers tels que les évaluations, les signes vitaux, les soins et traitements prodigués, mais leur intégration dans un système d'information fournit aussi des données utiles qui répondent aux attentes institutionnelles. Par exemple, elles permettent d'expliquer, en temps réel, pourquoi un patient s'écarte de la trajectoire standardisée prévue (Wachter, 2015). Par ailleurs, certains auteurs considèrent que les systèmes d'information permettent l'établissement d'une surveillance continue des cliniciens par les administrateurs du système de la santé de manière à assurer leur compliance (Barnard, 2016; Campbell et Rankin, 2017; De Ruiter et al., 2016; Dillard-Wright, 2019). De ce fait, les technologies, comme les outils de documentation électronique, déplacent le pouvoir des cliniciens et leur autonomie professionnelle vers les administrateurs de la santé et déplacent l'objet

de leur pratique professionnelle vers les cibles institutionnelles aux dépens des besoins des patients (Campbell et Rankin; 2017; De Ruiter et al., 2016).

## **2.5 Environnement physique, qualité des soins et travail des infirmières**

L'environnement de pratique des infirmières constitue un aspect qui influence la qualité des soins prodigués. De nombreuses études se sont intéressées aux effets des environnements de travail sur la pratique infirmière et les résultats de santé (Wei et al., 2018). La majorité des études s'intéressent à l'environnement psychosocial des infirmières dans la perspective où un environnement de travail offrant des conditions favorables est propice à la rétention des infirmières et affecte positivement la qualité des soins offerts aux patients (Paquet et al., 2013; Rafferty et al., 2007; Wei et al., 2018). Bien qu'il constitue un aspect influençant l'environnement de travail, l'aménagement architectural est rarement étudié comme un aspect qui influence les soins de santé (Martin et al., 2015; Vanheuvelen, 2019). Depuis quelques années, la recherche s'est intéressée aux effets des caractéristiques de l'environnement physique des établissements de santé (Fréchette et al., 2020; Ulrich et al., 2008). La majorité de ces études se penchent sur les effets des environnements physiques sur les résultats des patients. Cependant, peu de recherches portent sur l'influence de l'environnement physique sur la pratique des professionnels de la santé (Donetto et al., 2017). Parmi celles-ci, la plupart s'intéressent à la façon dont l'environnement physique des établissements de santé influence la performance et l'efficacité du travail qui y est effectué (Bosch et Gharaveis, 2017; Gharaveis et al., 2016; Ulrich et al., 2008). Deux aspects des environnements de soins touchant la pratique des infirmières font l'objet d'une attention plus soutenue. Il s'agit des chambres individuelles et de l'aménagement des postes de travail des infirmières.

### *Chambres individuelles.*

L'une des tendances actuelles, lors du réaménagement des environnements de soins, consiste à remplacer les espaces de soins partagés par des chambres individuelles (Pennington et Isles, 2013). Ces changements sont effectués pour répondre à de nouvelles logiques qui soutiennent que la dispensation des soins dans des espaces privés permet un contact plus personnalisé avec les patients et une amélioration de la satisfaction de ceux-ci (Calleja et Forrest, 2011); la diminution de la transmission des infections (Stall, 2012); et la diminution des erreurs associées à la prescription médicale (Ulrich et al., 2008). Pourtant, les études révèlent aussi que ce type d'aménagement comporte des désavantages, car il entraîne une augmentation des distances parcourues par le personnel (Donetto et al., 2017; Fischer et al., 2000; Feeley et al., 2019); complique la communication directe de type face à face (Fischer et al., 2000); augmente le sentiment d'isolement (Feeley et al., 2019); augmente la charge de travail (Fischer et al., 2000); et augmente les besoins du personnel (effectifs) (Ulrich et al., 2008). En outre, les infirmières mentionnent qu'elles perdent la capacité de voir et d'entendre leurs patients et leurs collègues lorsqu'elles prodiguent des soins à l'intérieur des chambres (Donetto et al., 2017). Elles indiquent aussi qu'elles ne sont plus conscientes de l'ensemble des activités qui se déroule sur l'unité et qu'il est plus difficile d'être vues et localisées par leurs collègues. Cela influence négativement leur capacité de travailler en équipe. Ces auteurs s'inquiètent du fait que ce type d'aménagement crée un contexte peu favorable à l'interaction entre les membres de l'équipe de soins et qui limite leur capacité de soutenir leurs collègues et d'obtenir des informations essentielles aux soins de leurs patients. Fréchette et al. (2020) relatent des constats semblables. Cette étude réalisée au Québec auprès d'infirmières travaillant aux soins intensifs néonataux, dont l'environnement de travail a été complètement métamorphosé, souligne que les changements de l'aménagement physique de

l'unité ont entraîné des ajustements de la pratique des infirmières. En effet, les infirmières, qui travaillaient auparavant dans un environnement de soins ouvert regroupant plusieurs patients, doivent aujourd'hui s'ajuster à un environnement de travail dans lequel la grande majorité des patients se retrouvent dans des chambres individuelles. Les infirmières affirment qu'il est désormais impossible d'assurer la surveillance constante de leurs patients et qu'elles doivent, pour compenser, se fier beaucoup plus à la technologie (moniteur cardiaque) et courir d'une chambre à l'autre afin de surveiller leurs patients (Fréchette et al., 2020). Ce fait contribue au sentiment d'impuissance et à l'impression de faillir à l'accomplissement de leur rôle d'infirmière de soins critiques. D'ailleurs, ces auteurs considèrent que l'impossibilité d'assurer la surveillance constante des patients est un facteur de risque susceptible de compromettre la sécurité des patients.

#### *L'aménagement des postes de travail des infirmières*

L'aménagement des postes de travail des infirmières constitue un autre aspect de l'environnement physique des infirmières qui a fait l'objet de recherches. On rencontre généralement deux types d'aménagement des postes de travail : des postes centralisés ou décentralisés. Le poste de travail des infirmières constitue l'endroit où les activités relatives à la rédaction des plans de soins, des notes au dossier nécessaires à la coordination des soins et du suivi des patients sont effectuées (Fay, et al., 2019). Traditionnellement, les postes de travail des infirmières étaient centralisés et utilisés par toutes les infirmières d'une unité. Cet espace est généralement consacré à la documentation, mais est aussi propice aux interactions formelles et informelles entre les membres de l'équipe de soins, ce qui favorise le mentorat et le soutien (Fay et al., 2019; Tindle et al., 2020). L'aménagement des postes de travail décentralisés se définit comme toutes les configurations de postes de travail des infirmières qui ne sont pas centralisées. On retrouve plusieurs types d'aménagement tels que les alcôves, les stations mobiles, les *Pods*,

etc. (Fay et al., 2019). L'aménagement des postes de travail décentralisés est une tendance observée depuis une quinzaine d'années qui est généralement complémentaire à la conception d'unités composées de chambres individuelles (Fay et al., 2019). Ce type d'aménagement cherche à répartir les infirmières dans l'espace, de façon à rapprocher leurs postes de travail des chambres de leurs patients. L'aménagement d'une unité avec des postes de travail infirmiers décentralisés vise aussi à améliorer la visibilité des patients, à augmenter le temps passé au chevet des patients et à diminuer la fatigue du personnel en diminuant la distance parcourue (Fay et al., 2019; Ulrich et al., 2004). Lorsque comparée à la centralisation des postes de travail, la décentralisation des postes de travail infirmiers est associée à une meilleure satisfaction des patients, une réduction du temps consacré à la documentation et à plus de temps passé auprès des patients. Toutefois, la décentralisation des postes de travail est aussi associée à une réduction de la capacité de travailler en équipe, à l'augmentation du sentiment d'isolement des infirmières et à la diminution de la qualité des soins (Fay et al., 2019). De plus, les niveaux de bruits sont moins élevés dans une unité dont les postes de travail sont décentralisés. Cela est associé à une réduction du stress et des distractions, et à une amélioration de la performance au travail (Fay et al., 2019; Ulrich et al., 2008). En revanche, les postes de travail centralisés favorisent la communication face à face, les interactions sociales entre les membres de l'équipe de soins et la satisfaction du personnel infirmier (Fay et al., 2019).

### ***2.5.1 Aménagement physique de l'urgence et pratique des professionnels de la santé***

L'aménagement de l'urgence doit faciliter l'exécution immédiate et efficace des soins aux patients (Calleja et Forrest, 2011; Welsh, 2012.). Comme c'est le cas pour les autres environnements de soins, l'influence de l'aménagement physique des lieux de l'urgence sur la pratique professionnelle est encore peu étudiée (Zamani, 2019). La tendance actuelle en

aménagement de l'urgence favorise le développement d'unités fonctionnelles plus petites qui répartissent les équipes dans des zones géographiquement séparées. Ce choix d'aménagement vise à favoriser le fonctionnement et l'autonomie des équipes médecins-infirmières assignées à ces unités fonctionnelles. Ce type d'aménagement repose sur la prémisse que la décentralisation des postes de travail favorise la communication des équipes infirmières-médecins (Weaver et al., 2017). Toutefois, les données de recherche actuelles ne permettent pas de déterminer si ce type d'aménagement est efficace. D'ailleurs, Tindle et al. (2020) soulignent que les choix d'aménagement sont largement influencés par l'opinion d'experts et des données anecdotiques. La majorité des études portant sur l'environnement physique de l'urgence portent sur le flux des patients et rapportent le point de vue des médecins (Tindle et al., 2020). Ainsi, peu d'études rapportent les répercussions de l'environnement physique de l'urgence sur la pratique des infirmières (Tindle et al., 2020). Quelques auteurs se sont intéressés à l'impact de certains attributs de l'environnement comme la visibilité et ses effets sur la communication, le travail en équipe (Tindel et al., 2020; Zamani, 2019; Gharaveis et al., 2018) ou encore le temps consacré à l'orientation des patients et des familles dans l'espace (*wayfinding*) (Zamani, 2019). Les études de Gharaveis et ses collègues suggèrent que les postes de travail centralisés offrent une meilleure visibilité et facilitent la communication; deux éléments essentiels au travail en équipe (Fay et al., 2018; Gharaveis et al., 2020a; Gharaveis et al., 2020 b). Gharaveis et al., (2020a) soulignent, de plus, l'importance de documenter les effets de l'environnement sur les infirmières, car leurs priorités diffèrent de celles des médecins. Par exemple, ils mentionnent que la visibilité, soit la capacité de voir l'espace, les choses et les personnes, est jugée plus importante par les infirmières alors que c'est la visibilité des collègues qui est prioritaire pour les médecins. Pour les infirmières, la visibilité est un aspect qui facilite le travail en équipe. Ces résultats concordent avec ceux de

Zamani (2019) qui souligne que la communication en équipe est favorisée par la capacité d'assurer une surveillance non obstruée des patients et de leurs collègues. En résumé, l'environnement physique dans lequel travaillent les infirmières influence leur travail. On sait que certains aspects de l'environnement de soins influencent leur capacité à communiquer et à travailler en équipe. Toutefois, il s'agit d'un champ de recherche récent et les données de la recherche sont encore fragmentaires. D'ailleurs, encore peu d'études s'intéressent à l'environnement bâti comme un élément qui influence les conduites et la façon d'agir des soignants (Vanheuveren, 2019). Aussi, tel que le soulignent Martin et al. (2015), peu d'études s'intéressent à la matérialité des bâtiments de santé ainsi qu'à l'analyse des structures de pouvoir qui y sont consolidées. La matérialité du bâtiment de santé contient les logiques d'efficacité et d'efficience prévalentes lors de sa conception (White et al., 2012). De ce fait, l'architecture des hôpitaux renferme les idéologies dominantes relatives aux savoirs médicaux, aux rôles des patients et aux rapports de la société avec la maladie et la santé (Adams, 2008; Martin et al., 2015). Par exemple, au 19<sup>e</sup> siècle, la théorie des miasmes<sup>2</sup> influença la conception des unités de soins. Ces unités étaient constituées de très grandes salles regroupant plusieurs patients dans un même espace ouvert où la ventilation, favorable à l'élimination des miasmes, était assurée par la présence de nombreuses fenêtres de part et d'autre de la salle (Adams, 2008). Il est donc possible d'affirmer que « le bâtiment qui abrite l'hôpital véhicule les discours qui contribuent à la construction des objets et des corps des patients et des professionnels » [Traduction libre] (Martin et al., 2015, p. 1012).

---

<sup>2</sup> La théorie des miasmes est une théorie épidémiologique, aujourd'hui infirmée, en vigueur à partir du 15<sup>e</sup> siècle jusqu'au 17<sup>e</sup> siècle, selon laquelle les maladies comme la peste, le choléra et la chlamydie se propageaient par un brouillard composé de particules (miasmata). La propagation était alors attribuée à la circulation de ce « mauvais air » (Macfarlane, 2002).

## **2.6 Caractéristiques et dynamiques des organisations de santé**

Les organisations de santé sont des systèmes adaptatifs complexes caractérisés par la présence d'une pluralité d'éléments et d'acteurs répartis en divers sous-systèmes (Celliers, 1998; McDaniel et Driebe, 2001; Sinclair, 2007). Un système complexe adaptatif se définit comme un ensemble d'acteurs qui possèdent chacun une liberté d'action et dont les actions ne sont pas toujours prévisibles (Celliers, 1998; McDaniel et Driebe, 2001; Sinclair, 2007). Dans ce type de système, les actions des différents acteurs sont interdépendantes, ainsi les actions d'un seul acteur changent le contexte des autres acteurs (Plsek et Greenhalgh, 2001). Selon Celliers (1998), les systèmes complexes adaptatifs sont des systèmes non linéaires dans lesquels les acteurs (agents) qui les composent interagissent les uns avec les autres et possèdent la faculté de s'auto-organiser de façon spontanée. L'interdépendance est un élément central à ce type de système, car les changements apportés à certains acteurs ou éléments auront des répercussions sur les autres éléments ou acteurs. Les acteurs et les divers éléments composant ce système sont donc interdépendants les uns des autres. Ils sont aussi dotés d'une faculté d'apprendre leur permettant d'évoluer (coévolution). Les systèmes adaptatifs complexes sont considérés comme des systèmes « vivants » qui possèdent la capacité d'apprendre de leur expérience et d'évoluer, de sorte que ces systèmes sont en changement perpétuel (Begun et al., 2003). Les travailleurs de la santé évoluent dans ce type d'environnement complexe (Begun et al., 2003; Sweeney et Kernick, 2002). Donc les interventions et changements opérés dans ces environnements ne répondent pas à une logique linéaire : ils sont à l'image du milieu dans lequel ils doivent être implantés, c'est-à-dire complexes et imprévisibles (Plsek et Greenhalgh, 2001). L'accomplissement des tâches, souvent complexes, demande aux travailleurs de la santé un échange dynamique des ressources, un effort de

coordination et une capacité d'adaptation perpétuelle aux facteurs environnementaux (Swezey et al., 1994).

Aussi, selon Mintzberg (1982), la configuration organisationnelle qui s'applique aux organisations de santé est celle de la bureaucratie professionnelle. La bureaucratie professionnelle est une configuration organisationnelle qui se retrouve dans les organisations où les biens et les services produits dépendent de l'activité d'une main-d'œuvre qualifiée. Dans les organisations de santé, les soins et les services offerts dépendent du travail spécialisé des professionnels de la santé comme celui des infirmières. Le travail y est exercé dans un environnement complexe, mais stable. Il est donc généralement possible de prédire le type de situations auquel les infirmières seront exposées (stabilité), mais la nature du travail requiert, en contrepartie, un recours à des procédures complexes dont l'apprentissage demande des années de formation. L'homogénéité et la qualité des services offerts reposent donc sur la capacité des professionnels de la santé à recourir à des procédures et à des savoirs complexes acquis par des années de formation auprès de leurs pairs. Or, selon Mintzberg (1982, 1999), les professionnels doivent disposer d'assez de liberté pour exercer leur jugement professionnel (Mintzberg, 1982, 1999). C'est donc la combinaison de l'expertise et de la liberté d'action (latitude) qui permet aux infirmières d'adapter leur travail au contexte et de répondre adéquatement aux besoins des patients. Il est donc possible de dire que la qualité des soins dispensés par les infirmières dépend de leur capacité d'adapter leur travail aux conditions et aux besoins des personnes soignées.

### ***2.6.1 Les organisations de santé : des systèmes politiques***

Nous avons vu que les organisations de santé sont des systèmes complexes ne pouvant pas répondre à une logique mécaniste (Greenhalgh et Stones, 2010). Dans le domaine de l'amélioration

de la qualité, certains auteurs se sont penchés sur la dynamique particulière qui prévaut dans les organisations de santé. Selon Greenhalgh et Stones (2010), le système de santé est :

Un système composé de plusieurs niveaux (macro, méso et micro) dans lequel se jouent des interactions complexes où diverses influences, autorités, poursuites d'objectifs et d'allocations de ressources s'entremêlent à l'intérieur d'un ensemble particulier de normes sociales, systèmes de croyances (systèmes de sens) et de contraintes. [Traduction libre] (p. 1286)

Il importe, par conséquent, de considérer les organisations de santé comme des systèmes politiques dans lesquels plusieurs systèmes de valeurs co-existent et où se jouent des jeux de pouvoir à l'intérieur desquels les coûts et les bénéfices ne sont pas répartis uniformément entre les différentes parties. Or, de façon générale, les questions de pouvoir sont trop souvent absentes des études portant sur l'analyse des organisations de santé (Langley et Denis, 2011). Cela pourrait être attribuable au fait que le domaine de la santé est, encore aujourd'hui, dominé par une tradition positiviste de la recherche (Greenhalgh et Stones, 2010). Le domaine de l'amélioration de la qualité n'échappe pas à cette dominance (Langley et Denis, 2011; Dekker et Nyce, 2014; Wears et Hunte, 2014). Ainsi, l'analyse des causes ayant entraîné des problèmes pouvant affecter la qualité des soins est généralement basée sur une lecture linéaire et modelée, sur une vision mécanique, bureaucratique et hiérarchique des organisations de santé. Toutefois, il apparaît que les approches scientifiques cartésiennes, rationnelles et linéaires associées à la tradition positiviste s'avèrent inadaptées à la nature complexe des organisations de santé, car elles proposent une lecture linéaire d'un monde organisationnel qui ne l'est pas; elles ne considèrent pas les conditions imprévisibles dans lesquelles les professionnels de la santé doivent agir; elles n'accordent pas d'importance aux dynamiques et aux relations entre les divers éléments et acteurs du système (Sweeney et Kernick, 2002). De plus, elles prônent la neutralité de la science alors que les professionnels de la santé doivent faire face à diverses situations humaines ou éthiques (Sweeney et Kernick, 2002). Ainsi,

parce qu'elles esquivent la présence et l'analyse des relations de pouvoir, l'utilisation des approches issues de la tradition positiviste fait en sorte qu'une image irréaliste, simplifiée et partielle du fonctionnement des organisations de santé et du travail des professionnels de la santé est couramment présentée (Anderson, 1999; Braithwaite et al., 2015; Kanigel, 1997; Langley et Denis, 2011; Morgan, 1999; Wears et Hunte, 2014; Wears et al., 2015). À cet effet, nous avons vu que la définition de la qualité des soins fluctue selon le point de vue de celui qui l'évalue. Aussi, Dekker et Nyce (2014) précisent que les relations de pouvoir sont présentes lors du diagnostic d'un incident ou d'un problème de qualité, car, dans le système de santé, plusieurs perspectives de la réalité coexistent. Ces perspectives rivalisent pour faire accepter la vision de la réalité qu'elles privilégient comme modèle dominant. C'est d'ailleurs la perspective des groupes d'intérêts les plus puissants qui possèdent le plus de ressources qui tend à dominer (Gephart, 1984; Sagen, 1994; Smith, 2005).

Conséquemment, les causes d'un problème de qualité des soins sont des constructions sociales qui reflètent les relations de pouvoir présentes lors de l'analyse (Dekker, 2011b). Certains auteurs s'inquiètent d'ailleurs du manque d'analyse politique dans le domaine de la santé et des conséquences de cette omission pour les professionnels et les patients (Antonsen, 2009; Catino, 2008; Langley et Denis, 2011; Mintzberg, 1999; Wears, 2002; Wears et Hunte, 2014). Pour plusieurs, cette analyse est nécessaire, car elle permet de mettre en doute la neutralité des diagnostics et des interventions mises en œuvre (Dekker, 2007; Langley et Denis, 2011; Wears et Kneebone, 2012).

## **2.7 L'influence des infirmières au sein des organisations de santé**

Le fait de considérer le système de santé comme un système complexe dans lequel se jouent des jeux de pouvoir entre les divers acteurs, nous oblige à porter une attention particulière au degré

d'influence que peuvent exercer les différents groupes professionnels au sein des organisations de santé. Bien qu'elles forment le plus grand groupe de professionnels de la santé et qu'elles occupent une fonction essentielle à l'atteinte des objectifs du système de santé, les infirmières influencent peu les décisions de santé et peinent généralement à faire valoir leur expertise et la valeur de leur contribution (Ceci, 2004; Davies, 2004; Manojlovich, 2007; Traynor et al., 2010a; Traynor et al., 2010 b). Choinière (2011) souligne que les multiples réorganisations (fusions, gestion par programme, etc.) ayant eu lieu pendant les deux dernières décennies ont modifié l'accès des infirmières à leurs gestionnaires. D'abord, ces réorganisations ont permis à des gestionnaires situés à l'extérieur de la profession infirmière d'administrer les secteurs d'activités traditionnellement réservés aux infirmières gestionnaires. Ensuite, les fusions ont entraîné une augmentation de la charge de travail des gestionnaires, ceux-ci deviennent donc moins disponibles pour leurs équipes. Conséquemment, dans plusieurs organisations de santé, les gestionnaires se retrouvent éloignés du lieu d'exercice des infirmières soignantes. Choinière (2011) mentionne que l'éloignement des gestionnaires des lieux de pratique contribue à la méconnaissance générale des administrateurs du temps et de l'expertise nécessaire à la dispensation des soins. Ainsi, la contribution des infirmières à la qualité des soins demeure trop souvent invisible (Benner et Hooper-Kyriakidis, 2011) et la distance entre l'administration des organisations de santé et les infirmières complique, pour ces dernières, la reconnaissance de leur expertise et de leur capacité d'influencer les décisions qui les touchent (Choinière, 2011).

### ***2.7.1 Savoirs infirmiers***

La distance physique entre les infirmières et les décideurs de la santé n'est pas le seul élément à considérer pour expliquer les difficultés rencontrées par les infirmières à influencer les décisions dans le domaine de la santé. D'autres barrières résident dans la méconnaissance de la

contribution des infirmières aux soins de santé et dans la valeur accordée à leur expertise. Coombs (2004) souligne qu'on reconnaît aux infirmières une expertise qui diffère de l'expertise médicale. D'ailleurs, certains savoirs tels que les savoirs empiriques, esthétiques, personnels, éthiques (Carper, 1978) et les savoirs émancipatoires (Chinn et Kramer, 2014) sont reconnus comme des types de savoirs propres aux soins infirmiers.

De manière générale, le corps médical ignore l'ensemble des actions posées par les infirmières qui participent au succès des soins et des traitements : les savoirs relatifs aux besoins d'élimination des patients, aux soins de plaies, à la protection de l'intégrité de la peau, aux soins de bouche, à la communication avec la famille et à l'analyse de la situation familiale ou sociale (Benner et al., 2011; Benner, 2013; Coombs, 2004). Toutefois, d'autres connaissances, telles que celles acquises grâce à la présence continue des infirmières auprès du patient, ne sont pas perçues comme des formes d'expertises aussi crédibles et importantes que les savoirs biomédicaux (Coombs, 2004; Dallaire, 2008). Pourtant, les connaissances particulières (la réponse aux traitements d'un patient, le niveau de confort du patient après l'administration d'analgésiques, les moments où il est plus réceptif aux interventions, sa capacité de se reposer et les facteurs qui y contribuent) sont toutes des savoirs essentiels à la poursuite du mandat confié aux infirmières. Ces savoirs permettent aux infirmières de mettre en place les actions qui, en favorisant le bien-être du patient, participent à la réussite des traitements prescrits par le corps médical (Benner et al., 2011; Coombs, 2004; Dale, 2013). De même, les infirmières savent manipuler et faire fonctionner les divers équipements nécessaires à la dispensation des soins en plus de connaître presque tous les aspects liés à la gestion des soins (politiques institutionnelles, approvisionnement, personnel de soutien, etc.) (Benner et al., 2011; Risjord, 2011). Enfin, pour exercer leur rôle et, notamment, communiquer les informations pertinentes et utiles à l'ajustement des traitements médicaux, les

infirmières doivent maîtriser les savoirs biomédicaux qu'utilisent les médecins (Coombs, 2004). Tous ces savoirs sont importants et requis, car ils permettent aux infirmières de répondre à la panoplie de problèmes rencontrés dans leur pratique (Risjord, 2011). Cependant, Coombs (2004) souligne que ces savoirs tacites sont généralement considérés comme superficiels. D'ailleurs, les médecins et certaines infirmières ont tendance à dévaluer l'expertise infirmière, ce qui contribue à la marginalisation des savoirs infirmiers (Risjord, 2011; Benner et al., 2011). Il apparaît alors que la différence de pouvoir qui existe entre les infirmières et les médecins est reproduite dans la valeur accordée à leur expertise. Il s'avère difficile, pour les infirmières, d'attirer l'attention sur les problèmes qu'elles rencontrent dans leur pratique, et ce, même si ceux-ci présentent un risque pour la santé des patients et de la population. À cet effet, rappelons le cas présenté par Ceci (2004) où les infirmières ont été incapables, malgré de nombreuses interventions, d'alerter les autorités hospitalières d'une menace importante à la sécurité des soins offerts aux patients. Il aura fallu une commission d'enquête portant sur la mort de 12 enfants ayant subi une chirurgie cardiaque pour comprendre comment 10 mois ont dû s'écouler pour que les infirmières parviennent à alerter les autorités de l'importance du problème. Dans son rapport, le juge souligne que le statut social (de subordonnées) des infirmières et des considérations sexospécifiques ont contribué à discréditer, à de nombreuses reprises, les faits rapportés par les infirmières. Ce cas soulève la question de l'influence que peuvent exercer les infirmières pour améliorer les soins offerts aux patients et de l'impact que cette influence (ou de son absence) a sur leur pratique.

### ***2.7.2 Les infirmières et le patriarcat ambiant***

L'incapacité apparente des infirmières à faire entendre leurs préoccupations n'est pas étrangère à la position sociale occupée par la profession dans une société patriarcale. Selon Wall (2007), la profession infirmière évolue et est déterminée par les relations sociales associées au

patriarcat prévalant dans nos sociétés (Wall, 2007). Au Québec, les femmes représentent 88,5 % de l'effectif infirmier (OIIQ, 2020). Comme la profession est majoritairement féminine, l'analyse de la position sociale occupée par les infirmières renvoie inexorablement à la place occupée par la femme dans la société (Burton, 2020). Par conséquent, les comportements relatifs aux soins sont dépeints comme une extension naturelle du rôle de la femme (Nicholson, 2015, cité dans Burton, 2020). De même, l'exercice des soins infirmiers est fréquemment perçu comme une avenue naturelle pour les femmes plutôt qu'une expertise professionnelle (Burton, 2020). La profession infirmière est ainsi soumise aux attentes sociales relatives au genre. Les infirmières sont appelées à utiliser leurs habiletés maternelles et domestiques « naturelles » pour soutenir et soigner leurs patients et leurs communauté (Reverby, 1987). Pour Turner (1995), cité dans Wall (2007), les soins infirmiers représentent un excellent exemple de la subordination des femmes à l'intérieur du patriarcat, car les infirmières sont exploitées par une idéologie qui compare les soins infirmiers à l'exercice de la maternité et dans laquelle l'unité de soins devient l'extension de la sphère du travail domestique des femmes. La société patriarcale fait circuler des discours sexospécifiques qui envoient aux infirmières des messages selon lesquels leur réalité, leur position sociale, leurs conditions d'exercice sont des attributs naturels de la vie sociale alors qu'ils sont le résultat de constructions sociales. Par conséquent, les infirmières acceptent les discours qui concèdent la supériorité des savoirs médicaux, des pratiques basées sur les données probantes, du professionnalisme et des logiques économiques d'efficacité (coût/efficacité) qui profitent aux administrateurs et aux médecins (Wall, 2007). Ces discours ont pour effet de cacher les savoirs infirmiers et d'assujettir les infirmières aux contrôles médicaux et administratifs. L'acceptation de la position naturelle des soins infirmiers au sein de la société amène les infirmières à utiliser les discours dominants pour décrire leurs activités, leurs actions, leurs objectifs de soins et à nier leurs

expériences et leurs savoirs particuliers (Smith, 2005, 2006; Rankin, 2004; Wall, 2007). Cela participe à l'effacement de leur contribution aux soins de santé. De plus, les discours sexospécifiques limitent et contraignent l'action des femmes et des infirmières, car ils véhiculent des croyances qui les persuadent que l'activité politique n'est ni professionnelle ni féminine (Mason et al., 1991).

Conscientes de leur positionnement social, les infirmières américaines ont tenté d'améliorer leur rang social par la professionnalisation au début des années 1900. Or, la professionnalisation de la pratique infirmière a amené les infirmières à épouser des standards de pratiques calqués sur le modèle biomédical et à rejeter les formes de savoirs intuitifs ancrés dans la pratique des soins infirmiers (Kane et Thomas, 2000). Les effets des contrôles et de la structuration de la profession nécessaires à la reconnaissance professionnelle ont restreint la diversité des pratiques de soins et des caractéristiques des personnes qui exercent la profession, en plus d'entraîner l'uniformisation des voix infirmières et de reléguer au silence les voix indépendantes ou dissidentes (Kane et Thomas, 2000). Encore aujourd'hui, les idéologies propres au patriarcat circulent à l'intérieur même des institutions infirmières (institutions de santé, de formation et de recherche). Cela a pour conséquence de répliquer les hiérarchies de pouvoir patriarcales (respect des règles d'ancienneté, gradation des pouvoirs en fonction des niveaux d'éducation et d'expertise) au sein des institutions infirmières, d'entretenir des formes de violence horizontale dans la profession et de limiter les possibilités de remise en question de certains dogmes (Burton, 2020).

Les soins infirmiers ont adopté le modèle biomédical de la santé et de la maladie (Smith, 2020). Cela se traduit par une formation infirmière axée sur le développement des compétences, la capacité de réussir les examens professionnels et la satisfaction des exigences des employeurs

(Smith, 2020). En contrepartie, peu de place est accordée aux sciences sociales, à l'histoire de la profession et à l'enseignement des théories permettant d'approfondir les questions relatives au pouvoir. Les savoirs issus de ces domaines sont pourtant incontournables à la compréhension du positionnement social et de l'influence politique exercée par la profession infirmière (Burton, 2020; Kane et Thomas, 2000; Wall, 2007). Les infirmières sont donc socialisées d'après les dogmes patriarcaux. Elles n'ont pas appris à reconnaître les savoirs expérientiels rattachés à leur pratique comme des formes valides de savoirs experts. La formation infirmière participe, de plus, à la propagation d'une hégémonie féminine par le renforcement des comportements associés au genre féminin (Burton, 2020). L'ensemble de ces éléments limitent la capacité des infirmières à défendre leurs intérêts, à lutter pour la reconnaissance de leurs savoirs, à s'émanciper face aux savoirs biomédicaux et administratifs et à améliorer leur statut social (Carryer, 2020).

En résumé, les infirmières sont les professionnelles de la santé qui offrent la majorité des soins à la population (Antrobus, 1997). Ainsi, la qualité des soins offerts dépend de leur travail et des conditions dans lesquelles elles exercent leur profession. Pourtant, plusieurs chercheurs considèrent que la contribution des infirmières à la qualité des soins de santé est sous étudiée et qu'elle demeure, pour ainsi dire, largement invisible pour les décideurs politiques et les gestionnaires de la santé (Benner et al., 2011; Jelinek et Pierce, 1982; Lang et al., 2004; McCloskey et Diers, 1995; Pappas, 2008).

Le système de santé est un système complexe dans lequel les résultats de santé sont directement liés aux actes des professionnels (Mintzberg, 1999). La qualité des soins de santé dépend donc de l'expertise et de l'expérience des infirmières. Cependant, pour répondre aux besoins de leurs patients et donc prodiguer des soins de qualité, les infirmières doivent disposer d'une autonomie leur permettant d'adapter leurs actions aux diverses situations (Mintzberg, 1999).

Or, les procédés généralement mis en place pour améliorer la qualité des soins ont tendance à augmenter le niveau de contrôle (standardisation, surveillance) exercé sur les professionnels de la santé (Martin et al., 2013; De Ruiter et al., 2006; Wears, 2002). De ce fait, ils minent leur liberté d'action. Ainsi, les processus d'amélioration de la qualité implantés peuvent s'avérer inadaptés aux contextes de pratique et à la nature du travail des infirmières et peuvent entraver la qualité des soins offerts par les infirmières (Wears et Hunte, 2014).

Les infirmières d'urgence travaillent dans un environnement où les demandes et les priorités changent de façon continue et aléatoire. Dans cet environnement de travail, la qualité des soins offerts par les infirmières dépend de leur capacité à moduler leur travail afin de répondre de manière adaptée aux situations prioritaires de soins. L'encombrement de l'urgence est considéré comme le principal problème qui affecte la qualité des soins dans cette spécialité (IOM, 2006; Pine et Griffey, 2015). Ainsi, plusieurs processus d'amélioration de la qualité implantés dans ce milieu visent à améliorer la fluidité de la trajectoire des patients par la mise en place de moyens qui permettent une révision des processus de travail pour augmenter leur efficacité (Crane et Nook, 2019). Dans certains cas, la révision des processus de travail entraîne des changements qui modifient les routines de travail des infirmières, alors que dans d'autres cas, cette révision entraîne des changements dans l'environnement de travail des infirmières. Nous avons vu que l'aménagement physique des espaces de travail infirmiers influence la pratique des infirmières (Donetto et al., 2017; Fréchette et al., 2020). Ainsi les changements opérés dans l'environnement de travail des infirmières peuvent produire des effets sur la qualité des soins et des services de santé prodigués aux patients. Or, la révision des espaces de travail des infirmières ne tient généralement pas compte de leur point de vue (Ghavareis et al., 2020a; Tindle et al., 2020) et les impacts des caractéristiques physiques des environnements de travail des infirmières sur leur

pratique infirmière sont peu étudiés (Tindle et al., 2020). En raison des impacts potentiels sur la pratique des infirmières d'urgence et sur la qualité des soins prodigués, il nous semble important d'évaluer les effets des processus d'amélioration de la qualité implantés à l'urgence qui modifient l'organisation spatiale de l'environnement de travail des infirmières. De plus, compte tenu de l'importance des jeux politiques qui se jouent dans les organisations de santé, il importe d'améliorer notre compréhension des influences qui guident les choix des processus d'amélioration implantés à l'urgence.

## CHAPITRE 3

### Cadre théorique

Cette recherche s'inscrit dans le paradigme de la théorie critique. Plusieurs influences constituent le cadre théorique utilisé dans ce projet de recherche. Il s'agit de l'idéologie et des pratiques matérielles de Marx, du féminisme *standpoint*, du féminisme matérialiste de Wittig et enfin de la gouvernementalité et du biopouvoir de Foucault.

#### 3.1 Marx, idéologie et pratiques matérielles

Pour Marx, les rapports à la production permettent de déterminer les classes sociales et le fonctionnement de l'ensemble de la société (Singer, 2000). Ainsi, le principe d'accumulation économique, qui vise à maintenir la production et la reproduction de la vie-force-de-travail, est au centre des rapports sociaux (Marx, 1859; Olssen, 2004). Marx estime que la réalité matérielle (structures sociales et politiques) dans laquelle nous vivons est historiquement produite (Marx, 2012; Singer, 2000). Ainsi, la pensée marxiste ouvre vers l'émancipation, car ce qui a été créé par l'humain peut être changé par celui-ci (Olssen, 2004). Pour les marxistes, le monde réel est constitué des conditions dans lesquelles se retrouvent les êtres humains et des activités exercées par ceux-ci. Ces conditions de vie ne sont pas les mêmes pour tous, c'est-à-dire que le pouvoir n'est pas réparti également dans la société : il existe une classe dominante (*ruling class*) et une classe ouvrière (une classe dominée). Les marxistes considèrent que les conditions de vie sont mises en place et maintenues par des idées dominantes qui circulent par le discours et qui coordonnent les consciences et les activités humaines. Ces idées sont nécessaires au fonctionnement de la société notamment parce qu'elles permettent de déterminer et de maintenir les rapports de forces présents dans les relations sociales (Marx et Engels, 1952). Les formes de pensées dominantes possèdent la capacité de déformer l'idée que se font les hommes de leurs

activités (Kirkpatrick et al., 1980; Risjord, 2011). Cette représentation déformée de la réalité qui est détenue par la classe dominante est appelée l'idéologie (Kirkpatrick et al., 1980; Marx et Engels, 1952). Pour Marx et Engels (1952), l'idéologie est un élément important qui contribue au maintien de la classe dominante. Ce maintien s'effectue par l'implication de pratiques matérielles grâce auxquelles l'idéologie circule.

Pour Marx, les pratiques matérielles sont définies comme les activités humaines (les interactions interpersonnelles ou les interactions avec l'environnement) qui constituent les fondements de la vie sociale et de l'humanité. La classe dominante établit plusieurs des pratiques matérielles qui constituent les relations sociales. Par ce fait, elle conserve son pouvoir. De là, les inégalités peuvent se manifester dans les manières dont les personnes interagissent entre elles (Risjord, 2011). Pour Marx, les personnes qui composent la classe ouvrière sont dans une situation qui leur permet de constater et de comprendre l'origine des inégalités qui les affligent. Toutefois, l'idéologie mise en place par la classe dominante rend la compréhension de l'organisation des structures sociales hors de portée pour plusieurs puisqu'elle fausse l'interprétation des raisons qui soutiennent leurs faits et gestes et qu'elle déforme l'analyse du fonctionnement de la société. L'analyse inspirée du matérialisme historique de Marx vise donc à identifier et comprendre comment les formes dominantes de pensées déterminent les rapports de forces entre les différentes classes sociales et coordonnent la réalité actuellement vécue (Olssen, 2004).

### **3.2 Féminisme**

Le féminisme se définit comme une vision du monde qui met de l'avant les femmes et qui reconnaît et cherche à dénoncer les injustices liées au genre (Campbell et Bunting, 1991). Le visage du féminisme est pluriel, mais toutes les théories féministes considèrent le savoir comme une construction sociale influencée par le contexte historique, social, politique et économique (Bunting

et Campbell, 1990; Chinn et Weeler, 1985; Kralik et Van Loon, 2008; Olesen, 2011). De plus, les féministes considèrent qu'il existe plusieurs interprétations de la réalité : des perspectives. Ces perspectives dépendent de la position de la personne qui est déterminée par son appartenance ethnique, son genre, sa classe sociale, etc. La position d'une personne influence sa compréhension et son expérience de la « réalité » (Chinn, 2003; Smith, 1987, 1990 a, 1990 b, 2005). Au point de vue épistémologique, le féminisme maintient qu'il existe des formes de savoirs dominants ayant des effets défavorables pour les femmes et les groupes minoritaires (Campbell et Bunting, 1991; Gortner, 1993; Marshall, 2008). À ce sujet, rappelons que les savoirs féminins ont longtemps été considérés comme irrationnels et discrédités au profit d'une « raison » forgée à partir d'une identité masculine (Bunting et Campbell, 1990; Federici, 2014). Ainsi, le féminisme estime que les expériences vécues par les femmes constituent une forme de savoir valide (Campbell et Bunting, 1991). Le projet de recherche poursuivi par les féministes s'inscrit donc dans l'expérience vécue des femmes et s'intéresse particulièrement à l'intersection entre le pouvoir et le savoir. Les féministes considèrent que les injustices et l'oppression vécues par les femmes sont maintenues par les institutions politiques et sociales. D'ailleurs, l'histoire nous révèle que l'autonomie des femmes a été de nombreuses fois la cible des pouvoirs politiques et religieux. Ainsi, la répression des sectes hérétiques au XVe siècle et des communautés béguines; la chasse aux sorcières du XVe et XVIIe siècle et la répression de la prostitution sont des exemples où les femmes ont été dépossédées de leurs savoirs ancestraux féminins; de leur pouvoir économique et du contrôle de leur corps (Federici, 2014). Dans le domaine de la santé, il est avancé que la chasse aux sorcières, où les femmes furent persécutées en masse, a eu pour effet de remplacer des guérisseurs et guérisseuses populaires par la médecine professionnelle (Ehrenreich et English, 2016). De cette manière, les femmes ont été dépossédées de leurs savoirs et exclues de la science moderne :

Après la persécution des guérisseuses populaires, les femmes furent dépossédées d'un patrimoine de savoir empirique, concernant les plantes et les remèdes, qu'elles avaient accumulé et transmis de génération en génération, perte qui ouvrit la voie à une nouvelle forme d'enclosure. Ce fut l'avènement de la médecine professionnelle qui érigea en face des « classes inférieures » un mur de connaissances scientifiques incontestables, inabordables et étrangères, malgré leurs prétentions curatives. (Federici, 2014, p. 368)

Le féminisme s'intéresse à la façon dont les savoirs sont produits et aux raisons pour lesquelles les relations de pouvoir injustes sont pérennisées (Chinn, 2003; Olesen, 2011; Smith, 1987, 1990a, 1990 b, 2005). La recherche qui s'inscrit dans un cadre féministe est donc toujours un projet politique qui cherche à identifier la nature (savoirs, idéologies, structures, etc.) des injustices vécues par les participantes afin de permettre leur émancipation et la transformation de leur contexte de vie (Olesen, 2011).

### **3.3 Le féminisme *standpoint* (*standpoint feminism*)**

Les féministes reprochent au marxisme de ne s'être attardé qu'au travail rémunéré dans les analyses économiques classiques. De ce fait, le travail réel [non rémunéré] et essentiel à la vie sociale accompli par les femmes demeure ignoré (Harding, 2008; Risjord, 2011; Smith, 2005, 2006). De plus, elles soulèvent que l'analyse marxiste ne considère pas que les femmes constituent une classe sociale. Le conflit de classes entre les hommes et les femmes est absent de l'analyse marxiste. Les femmes y existent dans leur relation « naturelle » à l'homme : elles appartiennent à la classe bourgeoise ou à la classe prolétarienne. Wittig énonce d'ailleurs (1980a, 1980b) qu'elles appartiennent aux classes des hommes (nous reviendrons plus tard sur ce point). Les femmes comme groupe social sont donc absentes de l'analyse marxiste. En conséquence, le marxisme, dans sa forme classique, entrave la lutte des femmes.

Les féministes se sont toutefois approprié les idées de Marx relatives à l'idéologie et à la façon dont les structures sociales sont construites et maintenues en place pour et par une classe

dominante. Une branche théorique du féminisme, le féminisme *standpoint*, soutient qu'il est possible de comprendre les formes de pouvoir qui maintiennent certains groupes dans l'oppression. Cette possibilité dépend de la position sociale occupée par la personne. Comme la compréhension du monde est rarement établie d'après la position des groupes opprimés, les savoirs disponibles tendent à légitimer la position de domination des groupes dominants (Hartsock, 2019). Comme d'autres champs du féminisme, le féminisme *standpoint* s'intéresse à la façon dont nos sociétés sont constituées. Il considère que le pouvoir et le savoir sont intrinsèquement liés. Ainsi, ce que les gens font (*le travail*) est lié à leur position dans les structures sociales. Cette position facilite ou limite aussi ce qu'ils peuvent connaître, car les savoirs disponibles et accessibles dépendent de leur positionnement social. Selon leur position sociale, les gens ont une expérience de la réalité différente. Leur connaissance du monde dans lequel ils vivent et interagissent est différente de celle des personnes occupant une position différente (Smith, 2005, 2006).

Les questions relatives aux relations qui existent entre le pouvoir et le savoir sont centrales au féminisme *standpoint*. Cette branche du féminisme vise à produire un savoir pour les femmes (Harding, 2008). Tout comme dans la tradition marxiste, dont s'inspire le féminisme *standpoint*, la perspective (position et point de vue : le *standpoint*) du groupe dominé est centrale à l'analyse des relations de pouvoir et à la réalisation des transformations sociales. De ce fait, la perspective du groupe dominé est placée au cœur du projet. Le projet ancré dans le féminisme *standpoint* cherche à révéler les principes et les pratiques : les pratiques conceptuelles, les structures sociales et les institutions dominantes qui gouvernent la vie des femmes et des groupes minoritaires. Le féminisme *standpoint* considère que les disciplines de recherche et les politiques publiques servent ces institutions. Ainsi, elles refusent d'amorcer leur projet à partir des cadres de références dominants de leurs disciplines (Collins, 2002; Harding, 2008; Smith, 2005, 2006).

Les féministes qui adhèrent au féminisme *standpoint* avancent qu'il est impossible pour les personnes issues des groupes dominants de comprendre la nature et l'origine de leur propre situation sociale privilégiée s'ils l'analysent à partir de leur propre position sociale. Seule l'analyse à partir du positionnement (*standpoint*) des personnes des groupes opprimés et démunis permet de révéler la nature et les conditions des groupes dominants (Harding, 2008). C'est cette perspective qui permet de remettre en question la légitimité de la domination exercée par les groupes dominants (Hartsock, 2017). Il existe donc des positions sociales qui offrent la possibilité de voir et de comprendre ce qui est invisible pour ceux qui occupent une autre position sociale (Harding, 1991; Hartsock, 2017; Smith, 1987). Les femmes, les personnes issues de groupes ethniques minoritaires et de la classe ouvrière occupent de telles positions (Harding, 1991; Smith, 1987).

Le féminisme *standpoint* s'intéresse aux savoirs accessibles à partir d'une position sociale dite épistémiquement privilégiée. Ce privilège épistémique existe si les quatre conditions suivantes sont satisfaites. D'abord, le rôle social doit être en position d'infériorité (opprimé) par rapport à un rôle social dominant. Ensuite, la relation entre ces deux rôles sociaux (opprimé et dominant) doit être structurée par les besoins et les intérêts du groupe dominant. Aussi, les activités du groupe dans la position opprimée rendent les activités du groupe dominant possibles. Notons que les activités accomplies par le groupe opprimé demeurent largement invisibles pour le groupe dominant. Enfin, les activités qu'accomplissent les membres du groupe opprimé exigent que ceux-ci maîtrisent, en plus des savoirs propres à leur domaine de connaissances, ceux appartenant au domaine du groupe dominant (Harding, 1991).

Le féminisme *standpoint* cherche, à l'aide d'une démarche empirique, à rendre les structures sociales visibles et à corriger les injustices qui touchent les personnes qui se retrouvent en position socialement désavantagée (Harding, 2015; Smith 1987). Le féminisme *standpoint* ne

s'intéresse pas directement à l'oppression, mais à la relation qu'une certaine position sociale entretient avec les savoirs dominants (Harding, 1991; Hartsock, 1983). Les savoirs disponibles à partir d'une position sociale opprimée ne sont toutefois pas facilement accessibles. Les savoirs dominants, qui influencent la vie de tous les jours des personnes, sont souvent imperceptibles, car ils font partie de la réalité matérielle (structures sociales) qui forge le quotidien des personnes et ils participent, de façon insidieuse, à leur marginalisation. Ainsi, « selon leur positionnement social, les personnes ont une expérience vécue différente de leurs interactions avec la nature, les autres personnes et les institutions sociales » [Traduction libre] (Harding, 2008, p. 117). Ainsi, elles interprètent l'acceptabilité de leurs propres caractéristiques, de leurs conduites et du monde qui les entoure d'après les savoirs accessibles à partir de leur position. Cela a pour effet de déformer la lecture de leur réalité et de limiter les possibilités d'émancipation (Harding, 2015).

Pour Collins (2002), la majorité des savoirs scientifiques entretiennent une relation privilégiée avec la position sociale de laquelle ils sont issus. Ainsi, le féminisme *standpoint* s'intéresse à l'intersection entre le pouvoir et le savoir. Pour Collins (2002), les savoirs experts ne sont pas neutres et portent une charge politique. Premièrement, ces savoirs sont évalués et déterminés par des groupes d'experts qui sont, eux-mêmes, influencés par leurs bagages historiques et leur propre position sociale. Deuxièmement, chaque groupe d'experts cherche à maintenir sa position socialement avantageée. Comme la position du groupe d'experts dépend de la reconnaissance de sa crédibilité par les autres groupes d'experts et par la population, les experts ont tendance à retenir les idées qui font consensus. Conséquemment, les idées plus radiales ou moins consensuelles se retrouvent désavantagées face à ce qui est généralement accepté. Cette recherche du *statu quo* de la part des groupes d'experts explique l'espace occupé par certains types de savoirs et certains points de vue considérés marginaux (Harding, 1991; 2008; 2015; Smith,

1987). Plus encore, par l'intervention des savoirs experts, les groupes dominants sont capables de présenter leur vision du monde comme neutre et scientifiquement valide. Cela a pour effet d'invalider les savoirs provenant des autres positions sociales (Harding, 2015).

En somme, pour les féministes *standpoint*, il est important de reconnaître que c'est l'interaction avec le monde (naturel et social) qui forge ce que l'on est, ce que l'on sait et ce que l'on fait. Nous avons vu que les idées des groupes dominants pénètrent la vie des gens, car elles sont matérialisées dans les pratiques conceptuelles ayant cours dans les structures sociales et les institutions. Ces idées ainsi concrétisées et disséminées rendent « vraie » l'idéologie des groupes dominants : « Cette diffusion concrétise l'autorité des groupes dominants puisque les pratiques conceptuelles sont propagées comme normales, inévitables et désirables » [Traduction libre] (Harding, 2008, p. 119).

### ***3.3.1 Position sociale et soins infirmiers***

Risjord (2011) considère que les infirmières occupent une position dite *épistémiquement privilégiée* puisque les soins infirmiers répondent aux quatre conditions énoncées préalablement. D'abord, les fondements et les savoirs de la profession infirmière posés par Florence Nightingale sont associés aux mœurs de l'époque victorienne et donc à une division sexospécifique des rôles.

Alors que Nightingale voyait sa démarche comme une façon de valoriser et professionnaliser le rôle des femmes dans les classes moyennes et supérieures de la société victorienne, elle a inscrit l'asymétrie homme-femme présente à son époque en Angleterre dans la relation médecins-infirmières. [Traduction libre] (Risjord, 2011, p. 69)

Conséquemment, le rôle des infirmières est marginalisé lorsqu'on le compare à celui des médecins. Ensuite, les priorités du système de santé sont encore largement déterminées par les besoins des médecins et ces besoins structurent aussi la relation entre les médecins et les infirmières. D'ailleurs, les frontières professionnelles sont aussi délimitées par les intérêts de la

médecine. Les soins infirmiers (soins d'hygiène, soins de plaie, surveillance, administration des médicaments...) sont déterminés selon les besoins du patient, mais ces besoins sont souvent déterminés en fonction des buts des traitements médicaux prescrits. Par la suite, même si le rôle joué par l'infirmière est nécessaire à la réalisation des traitements médicaux, le travail des infirmières reste encore largement invisible. Risjord (2011) cite en exemple les travaux de Coombs (2004) qui soulignent que les médecins ne sont pas dans une position qui leur permet d'apprécier et d'explicitier ce que les infirmières effectuent pour favoriser l'efficacité des traitements prescrits. Par exemple, les actions entreprises par les infirmières qui visent à favoriser le sommeil, l'adhérence au traitement, le soulagement de la douleur et les besoins physiques d'élimination sont généralement méconnues par le corps médical, en plus d'être considérées comme des actions cliniques superficielles (Coombs, 2004). Finalement, la pratique infirmière implique la connaissance concomitante des besoins de santé d'après la perspective médicale et la perspective infirmière. La mobilisation des savoirs liés à leur connaissance de la perspective médicale permet aux infirmières de communiquer les informations pertinentes aux médecins dans un langage biomédical partagé et d'anticiper les données susceptibles de soulever des inquiétudes quant à la condition des patients (Coombs, 2004). Toutefois, la pratique des soins infirmiers ne se limite pas à cette perspective, car les infirmières répondent aussi aux besoins plus généraux (besoins biopsychosociaux) des patients et de leur famille. C'est cette capacité des infirmières à comprendre les soins d'après les deux perspectives (médicale et infirmière) qui permet aux infirmières d'accompagner et de répondre aux besoins des patients et leurs familles dans leur situation de santé et d'ainsi favoriser leur santé et leur bien-être (Coombs, 2004).

### 3.4 Monique Wittig : les femmes et la société hétérosexuelle

La notion des réalités conceptuelles et matérielles de l'oppression est reprise par Wittig dans son analyse de la femme dans nos sociétés. Théoricienne du féminisme matérialiste, Monique Wittig remet en question la division « naturelle » (biologique) entre les hommes et les femmes qui contraint les femmes à une position de dominées. Elle critique aussi le fait que le marxisme ne permet pas aux membres des classes opprimées de réclamer la qualité de sujets, car l'individu est toujours renvoyé à la classe à laquelle il appartient. De ce fait, tous les individus d'une même classe sont soumis aux mêmes influences, aux mêmes relations sociales : celles de leur classe. Sous cet angle, les problèmes rencontrés par les individus sont des problèmes de classe et les luttes individuelles deviennent, *de facto*, celles de la classe (Wittig, 1980a). De fait, dans la pensée marxiste, l'existence d'une conscience individuelle du sujet n'est jamais considérée. La conscience de la classe est donc imposée à chaque individu. Conséquemment, l'individu est toujours analysé en fonction de son appartenance à la classe : le sujet autonome et doté de sa propre conscience n'existe pas. Ainsi, Wittig (1980b) reproche au marxisme l'impossibilité, pour les individus appartenant aux catégories opprimées (femmes et autres groupes minoritaires), de faire valoir leur individualité en tant que sujet historiquement constitué et de réclamer leur émancipation.

Pour Wittig (1980b), l'oppression des femmes provient d'un système politique hétérosexuel sur lequel reposent toutes les sociétés. Ce système entretient les inégalités entre hommes et femmes en imposant les conduites par le truchement de la « manipulation » des pensées individuelles et collectives qui s'opère par l'intermédiaire de discours.

L'hétérosexualité est un *régime politique* sur lequel sont fondées toutes les sociétés et qui repose sur la différence entre l'homme et la femme. L'hétérosexualité constitue un système normatif et hégémonique qui gouverne la vie des individus et leur impose des pratiques utiles à la

production de la richesse : la société hétérosexuelle est un système capitaliste hétéronormé. C'est-à-dire qu'il s'agit d'un régime politique dans lequel l'hétérosexualité constitue la norme. Dans ce régime politique, les hommes et les femmes sont des catégories politiques, des constructions économiques et sociales utiles à la pérennité de la société. Dans la société hétérosexuelle, la femme est définie d'après son rapport à l'homme et son utilité pour la société (procréation). La femme y est un sujet politique. Selon Wittig (1980b), le concept de la différence des sexes est nécessaire au fonctionnement même de la société, et ce, à tous les niveaux.

[La société] ne peut pas fonctionner sans ce concept ni économiquement ni symboliquement ni linguistiquement ni politiquement. Cette nécessité de l'autre différent est une nécessité ontologique pour tout le conglomérat de sciences et de disciplines que j'appelle la pensée straight. Or qu'est-ce que l'autre différent sinon dominé. (Wittig, 1980b, p. 50)

La société hétérosexuelle opère donc par le maintien de la différence, en l'occurrence celle entre homme et femme, qui profite à ceux qui sont en position dominante. Or pour Wittig (1980b), le régime politique qu'est la société hétérosexuelle n'opprime pas seulement les femmes, mais aussi tous ceux qui sont dans la situation de dominés. D'ailleurs, ce régime est maintenu par et pour les gens en position de dominance, car ceux-ci produisent les normes auxquelles tous se comparent. Ainsi, ils construisent, entretiennent et contrôlent la différence. Pour Wittig (1980b), l'acte de pouvoir est un acte essentiellement normatif.

Wittig remet donc en question la différence dite « naturelle » et biologique entretenue dans la société hétérosexuelle. Elle soutient qu'il n'existe pas de division naturelle entre les femmes et les hommes. Ainsi, les phénomènes sociaux et les raisons biologiques liés à la procréation ne suffisent pas à expliquer les différences entre les hommes et les femmes. Wittig (1980a) soutient que les discours de la société hétérosexuelle permettent de cacher l'origine de l'oppression de la femme. Pour Wittig (1980a), toutes les femmes sont soumises au mythe de la femme. La femme

n'est donc pas un groupe naturel. La femme occupe un rôle social utile à la société que le mythe de la femme permet d'entretenir. Par conséquent, la différence des sexes dite « naturelle » et biologique établit les différences entre les hommes et les femmes et entretient une relation immuable de domination « naturelle » de l'homme sur la femme (Wittig, 1980a). De là, Wittig affirme que la femme est un produit social et non un « produit de la nature ». Pour Wittig, le concept de « la femme » est une construction sociale qui soumet le corps de la femme aux impératifs économiques de la société.

Wittig (1980b) considère que les discours font partie du monde réel, ils ne sont pas des idées irréelles (ou abstraites) puisqu'ils entraînent des conséquences matérielles (économiques et politiques) pour les personnes opprimées. Par conséquent, les discours qui entretiennent la division « naturelle » entre les hommes et les femmes sont matérialisés dans les structures et les phénomènes sociaux de la société hétérosexuelle. Les savoirs experts (sciences, théories) participent donc à la domination exercée sur les femmes, car ils sont imposés à l'inconscient collectif et individuel.

L'ensemble de ces discours effectue un brouillage – du bruit et de la confusion – pour les opprimés, qui leur fait perdre de vue la cause matérielle de leur oppression et les plonge dans une sorte de vacuum a-historique. Car ces discours donnent de la réalité sociale une version scientifique où les humains sont donnés comme invariants, intouchés par l'histoire, intravaillés par des conflits d'intérêts et de classe, avec une psyché pour chacun identique parce que programmée génétiquement. (Wittig, 1980b, p. 46)

Les discours maintiennent la femme dans une position de domination exercée par les hommes et l'empêchent d'y résister. Ainsi, pour Wittig, la société hétérosexuelle est un régime violent qui impose la norme : il punit et discrédite celles qui résistent en les accusant de ne pas être de « vraies » femme. Cette répression force la conformité à la norme (Wittig, 1980a, 1980b). Ainsi, les savoirs des femmes sont banalisés, ignorés et relégués à la marginalité. Les discours de la

société hétérosexuelle empêchent la prise de parole nécessaire à l'émancipation des femmes : « ils nous empêchent de parler sinon dans leurs termes et tout ce qui les remet en question est aussitôt méconnu comme “primaire” » (Wittig, 1980b, p. 48). Ainsi annihilés, les opprimés ont tendance à répéter les idées, les mots qu'on attend d'eux et qui les maintiennent dans leur position sociale.

Tous les opprimés le connaissent et ont eu affaire à ce pouvoir c'est celui qui dit : tu n'as pas le droit à la parole parce que ton discours n'est pas scientifique, pas théorique, tu te trompes de niveau d'analyse, tu confonds discours et réel, tu tiens un discours naïf, tu méconnais telle ou telle science, tu ne dis pas ce que tu dis. (Wittig, 1980b, p. 49)

Considérer la femme comme un mythe, une catégorie politique, une construction sociale, un fait social plutôt que biologique permet d'envisager la fin de l'oppression des femmes. Wittig considère qu'être féministe, c'est lutter pour les femmes.

Notre première tâche est [...] de dissocier soigneusement « les femmes » (la classe à l'intérieur de laquelle nous combattons) et « la femme », le mythe. Car « la femme » n'existe que pour nous, elle n'est autre qu'une formation imaginaire, alors que « les femmes » sont le produit d'une relation sociale. Il nous faut de plus détruire le mythe à l'intérieur et à l'extérieur de nous-mêmes. « La femme » n'est pas chacune de nous, mais une construction politique et idéologique qui nie « les femmes » (le produit d'une relation d'exploitation). « La femme » n'est là que pour rendre les choses confuses et pour dissimuler la réalité « femmes ». Pour devenir une classe, pour avoir une conscience de classe, il nous faut d'abord tuer le mythe de « la femme ». (Wittig, 1980b, p. 80)

Les femmes détiennent donc le pouvoir de mettre fin au mythe de la femme. Elles doivent s'affranchir du pouvoir et de l'idéologie de la société hétérosexuelle. Pour y parvenir, Wittig considère qu'il faut mettre fin aux catégories de sexe, à leur utilisation dans la société, et enfin qu'il faut rejeter toutes les sciences fondées sur les catégories sexuelles, soit la majorité des sciences humaines (Wittig, 1980a). Ce n'est que par la disparition de « la femme » que les femmes pourront être des sujets libres et indépendants de leurs liens aux hommes : la libération des femmes-sujets-politiques de la société hétérosexuelle implique l'abolition de la catégorie politique

« femme ». Wittig invite donc les femmes à refuser d'être « une femme », cette classe nécessaire au fonctionnement de la société hétérosexuelle.

### ***3.4.1 Société hétérosexuelle – les infirmières.***

Plusieurs parallèles peuvent être faits entre le rôle social de l'infirmière et celui de la femme décrit par Monique Wittig. Comme la femme, l'infirmière évolue dans la société hétérosexuelle. Elle occupe un rôle social indispensable pour la société soit celui de prendre soin de la santé des populations (Fortin, 2013; Perron et al., 2010). De plus, ce rôle s'inscrit dans une relation d'interdépendance avec celui des médecins. Dans cette relation, l'infirmière est nécessaire à l'exercice de la médecine puisque sans elle, les plans médicaux ne peuvent être réalisés. Cela est particulièrement vrai dans le contexte hospitalier où l'infirmière existe pour et par la médecine (Hart, 2004). Benner (2013) mentionne que les soins infirmiers « sont enracinés dans les relations de pouvoir associées à des rôles sexospécifiques (genre) et à un modèle d'organisation des soins médicaux extrêmement hiérarchique » [Traduction libre] (p. 25). D'ailleurs, dans l'imaginaire collectif, l'accent est placé sur « qui » est l'infirmière plutôt que ce qu'elle accomplit : être infirmière fait appel au don de soi, à la vocation et à la vertu (Buresh et Gordon, 2006). Au cours de leur socialisation professionnelle, les infirmières sont exposées à plusieurs modèles et théories de pratique professionnelle qui intègrent ces valeurs et qui placent l'accent sur le fait que prendre soin est un « art » qui dépend de soi (Gordon et Nelson, 2012; Traynor, 2013). Bref, être infirmière renvoie à la femme : je ne suis qu'une infirmière « just a nurse ». Pour Gordon et Nelson (2012), cela est problématique, car l'insistance sur le soin relègue l'expertise des infirmières à la banalité des actions communes, à l'anecdote; les effets de leurs actions à la gratitude exprimée par les patients et les problèmes qu'elles rencontrent à des problèmes individuels plutôt qu'attribuables à la réalité du contexte de pratique des soins. Il faut travailler sur soi, s'autosatisfaire, obéir plutôt

que de revendiquer de meilleures conditions (Traynor, 2013). L'infirmière se tait. Elle ne revendique pas. Lorsqu'elle le fait, elle voit remise en question la véracité de ses propos, la légitimité de ses inquiétudes ou elle se retrouve punie (Ceci, 2004; Gordon, 2012; Gordon et Nelson, 2012; Stake-Doucet et al., 2016). Cela a des répercussions collectives qui relèguent l'infirmière à une classe sociale dans laquelle ses savoirs sont réduits à l'invisibilité et les possibilités d'affranchissement sont limitées. D'après la pensée de Wittig, les infirmières, pour s'émanciper, doivent prendre conscience de leur oppression et lutter pour la fin de la société hétérosexuelle qui les confine.

### **3.5 Foucault : pouvoir, gouvernementalité et biopouvoir**

Michel Foucault reprend dans ses écrits portant sur la gouvernementalité et les dispositifs du biopouvoir, l'idée d'une rationalité qui guide l'action des individus vers des objectifs préalablement fixés.

#### *Pouvoir*

Pour Foucault, le type de pouvoir qui prévaut dans la société moderne se distingue de la conception classique selon laquelle le pouvoir est possédé par une classe privilégiée de la société et s'exerce en faisant usage de force et de répression (Dean, 2010). Bien qu'il reconnaisse la présence de formes de pouvoir négatives et répressives, Foucault (1976) souligne que l'exercice du pouvoir s'effectue principalement sans éclat de violence. Selon Foucault (1976), le pouvoir puise sa force dans sa capacité à s'immiscer subtilement dans toutes les strates de la société (micro, méso, macro) et à influencer les conduites de façon imperceptible. Ce pouvoir omniprésent et productif opère dans toutes les formes de relations et assujetti subtilement. En effet, il agit sur les individus et les mène à agir sur eux-mêmes par des formes d'autocontrôle (Foucault, 1976). Aussi, l'exercice du pouvoir est un phénomène social, puisqu'il circule à travers et entre les corps : c'est

un pouvoir relationnel (McHoul et Grâce, 1997). Foucault a élaboré deux concepts au sein desquels le pouvoir s'exerce dans la société moderne : la gouvernementalité et le biopouvoir.

### *Gouvernementalité*

L'analyse des relations de pouvoir occupe une place prédominante dans les écrits de Foucault. C'est afin de répondre aux questions relatives à l'exercice du pouvoir dans les sociétés modernes qu'il élabore le concept de gouvernementalité (Dean, 2010). Ses questions l'amènent à effectuer des liens entre l'exercice du pouvoir au niveau du microsystème et du macrosystème et à introduire une nouvelle dimension à l'analyse du pouvoir lui permettant d'examiner les relations de pouvoir sous l'angle du gouvernement (Bröckling et al., 2010). Il définit la gouvernementalité comme :

L'ensemble constitué par les institutions, procédures, analyses et réflexions, les calculs et les tactiques qui permettent d'exercer, cette forme bien spécifique de pouvoir qui a pour cible la population, pour forme majeure de savoir l'économie politique, pour instrument technique essentiel les dispositifs de sécurité. Deuxièmement, par « gouvernementalité » j'entends la tendance, la ligne de force qui dans tout l'Occident n'a pas cessé de conduire et depuis fort longtemps, vers la prééminence de ce type de pouvoir qu'on peut appeler le "gouvernement" sur toutes les natures : souveraineté, discipline et qui a amené, d'une part le développement de toute une série d'appareils spécifiques de gouvernement et d'autre part, le développement de toute une série de savoirs. (Foucault, 1994, p. 655)

La gouvernementalité s'intéresse aux pratiques du gouvernement (Foucault, 1994). Il importe de préciser que pour Foucault, le gouvernement est une forme de pouvoir étendu qui comprend les mécanismes de gouvernance de la société. D'ailleurs, le gouvernement auquel s'intéresse Foucault ne se limite pas à une forme d'état politique et central. Il s'agit d'une forme de pouvoir qui englobe diverses formes de relations notamment celles que l'individu entretient face à lui-même, les relations interpersonnelles privées dans lesquelles s'exerce une forme d'aide-conseil, les relations avec les institutions sociales et enfin, les relations avec des formes d'exercice de pouvoir souverain (Gordon, 1991). Le gouvernement représente l'ensemble des moyens utilisés

pour guider, influencer, diriger et mener des individus, des populations de façon délibérée vers une fin, un objectif préalablement défini (Foucault, 2004). Le gouvernement implique plusieurs formes de pensées qui touchent la nature des disciplines et des savoirs et tout ce qui doit être gouverné. Il emploie des techniques particulières et des tactiques qui permettent d'atteindre les buts, notamment en utilisant les désirs, les préférences et les croyances des individus.

Si le gouvernement parvient à pénétrer et forger l'identité des *êtres gouvernés* et de *ceux qui gouvernent* et qu'il arrive à mettre en place une forme subtile de guidance des conduites encadrant la liberté préservée des individus, il peut être appelé un art. [Traduction Libre] (Dean 2010, p. 28)

L'art du gouvernement fait appel, d'une part, aux raisons politiques capables de produire une rationalité autonome dans laquelle les buts poursuivis par les individus se joignent à ceux poursuivis par l'état. Par l'implication des raisons politiques, l'état moderne accomplit sur les individus un effet totalisant et individualisant (Foucault, 2004). Les raisons politiques sont définies comme des formes de pensées claires, systématiques et explicites qui décrivent les aspects (internes et externes) de la vie humaine. Les raisons politiques englobent les façons de problématiser certains aspects de la vie et l'énonciation des rectifications (solutions) requises à la résolution des problématiques identifiées. Par ce fait, elles commandent et justifient l'intervention du gouvernement. Elles permettent le gouvernement de soi et le gouvernement des autres (Dean, 2010; Holmes et Gastaldo, 2002). D'autre part, les technologies d'exercice du pouvoir produisent des formes d'assujettissement à partir desquelles l'état moderne et la société peuvent gouverner les humains, les populations à partir de but et d'objectif préalablement fixés. Cela implique que dans l'art de gouverner, la population doit constituer à la fois le champ d'intervention et l'objet de savoir du gouvernement (Foucault, 2004).

Même si elle n'exclut pas les techniques répressives de domination ou de discipline, la raison gouvernementale (gouvernementalité) considère la régulation de soi comme une partie intrinsèque du gouvernement des individus (Foucault, 2004). Cela signifie qu'un aspect important de la régulation gouvernementale passe par « les initiatives individuelles intéressées » c'est-à-dire que les rationalités politiques de l'état deviennent les raisons d'agir gouvernant les actions des individus (Lafleur, 2017). Gouverner fait alors appel à trois types de pouvoir : le pouvoir souverain, le pouvoir disciplinaire et le pouvoir pastoral (Holmes et Gastaldo, 2002).

La gouvernementalité ne s'intéresse pas seulement aux activités du gouvernement, mais aux moyens mis en œuvre pour parvenir à guider les conduites de façon subtile et imperceptible (Dean, 2010). Ainsi elle constitue un cadre de référence qui permet d'évaluer l'efficacité du gouvernement par l'analyse des pratiques du gouvernement (technologies) et les raisons politiques qui les soutiennent (Bröckling et al., 2010; Dean, 2010; Perron et al., 2005). Elle permet d'analyser un monde où le pouvoir est exercé grâce à la diffusion de discours, de savoirs et de technologies qui influencent la liberté des individus et leurs relations avec les autres (Holmes et Gastaldo, 2002; Martin et al., 2013). En bref, le terme gouvernement signifie la gouvernance de soi et la gouvernance des autres, et la gouvernementalité (les raisons gouvernementales) constitue l'art de gouverner (comment gouverner) (Holmes et Gastaldo, 2002).

### *Biopouvoir*

Comme mentionné, les questions relatives au pouvoir qui prévaut dans la société moderne ont mené à l'élaboration du concept de la gouvernementalité. Or, l'analyse du pouvoir présent dans la société moderne doit tenir compte des attributs de cette société. Selon Foucault (2004), la modernisation de la société a mené à l'émergence du pouvoir-gouvernement. Ainsi, progressivement, la société est passée d'un régime féodal, dont la prospérité était assurée par la

conquête de nouveaux territoires à un régime libéral (Foucault, 2004; Saar, 2010). La disparition des sociétés féodales a entraîné l'émergence de villes commerciales essentielles à la prospérité économique du gouvernement. Néanmoins, la prospérité des villes est assurée par ceux qui y vivent, qui y travaillent : leurs populations (Foucault, 1975). La population constitue donc une ressource naturelle qu'il faut entretenir et protéger des dangers (Dean, 2010). Désormais, il n'est plus nécessaire de conquérir de nouveaux territoires pour assurer à l'État sa prospérité, il suffit de veiller au bien-être des populations. Ce pouvoir qui s'intéresse à la vie est ce que Foucault appelle le biopouvoir (Foucault, 1976). Il est une forme subtile et diffuse de pouvoir dont le but est de gérer les individus, et subséquemment, les communautés et les populations (Foucault, 1976). Le biopouvoir n'est pas répressif, il est productif (Foucault, 1976). C'est un pouvoir qui agit au niveau du microsysteme, mais qui cherche à produire un effet général au niveau du macrosysteme (Gordon, 1991; McHoul et Grâce, 1997). Ce pouvoir assure une forme d'ordre politique et social nécessaire à la prospérité des sociétés modernes et libérales par la production d'individus passifs, subjugués et productifs. Pour y parvenir, il doit contrôler tous les aspects de la vie des individus, et ce, dans toutes les sphères de la société, en préservant la liberté d'agir des individus (Saar, 2010). L'exercice du biopouvoir préfère les mécanismes plus insidieux de contrôle social qui permettent l'autorégulation des individus aux mécanismes de contrôle coercitifs. Il opère en produisant des savoirs et des désirs (Dean, 2010). Ainsi, le biopouvoir reprend les techniques propres au pouvoir disciplinaire qui permettent d'établir une hiérarchie, de séparer l'utile de l'inutile, d'établir des valeurs et des normes. Ces techniques permettent d'orienter et d'aligner les conduites des individus et des populations selon des standards prédéterminés (Foucault, 2004). Le biopouvoir agit sur deux pôles. Le premier pôle, appelé *anatomo-politique*, concentre son action sur les corps, par des techniques qui individualisent et agissent sur les corps; alors que le second pôle, appelé

*biopolitique*, vise le contrôle de la population par des techniques qui permettent de réguler les comportements en agissant sur les populations (Foucault, 1976).

D'abord, le pôle *anatomo-politique* vise l'assujettissement des corps. Ce pôle considère le corps comme une machine dont il faut optimiser l'utilité. Les pratiques disciplinaires permettent la création de corps dociles, soit des sujets ordonnés et normalisés qui reproduisent la logique de la discipline (Foucault, 1975). Selon Foucault (1975), le pouvoir disciplinaire puise sa force dans son invisibilité, son apparente banalité et son omniprésence. « Le pouvoir disciplinaire s'exerce en se rendant invisible; il impose à ceux qu'il soumet un principe de visibilité obligatoire. Dans la discipline se sont les sujets qui ont à être vus » (Foucault, 1975, p. 220). Le contrôle (normalisation et régulation) des individus est accompli par des techniques disciplinaires qui organisent la vie des individus. Ces techniques sont institutionnalisées dans les écoles, les prisons, les hôpitaux, mais aussi internalisées par les individus par des comportements d'autocontrôle. Elles sont opérationnalisées par la surveillance hiérarchique, le jugement normalisant et leur « combinaison dans une procédure qui lui est spécifique, l'examen » (Foucault, 1975, p. 201). Premièrement, le pouvoir disciplinaire repose sur un système de surveillance qui permet aux personnes situées au sommet de la structure hiérarchique de guetter les individus ainsi contraints à se soumettre (Foucault, 1975). Deuxièmement, la sanction normalisatrice se trouve au cœur de tous les systèmes disciplinaires. Il s'agit des châtiments disciplinaires dont la fonction est de corriger. La punition n'est qu'un élément d'un système qui d'un côté gratifie et de l'autre sanctionne. Afin de pouvoir punir avec exactitude, les conduites sont simplifiées et séparées de façon dichotomique en deux valeurs opposées : le bien et le mal (Foucault, 1975).

Pour Foucault (1975), la discipline, en sanctionnant les actes avec exactitude, jauge les individus en « vérités ». Elle construit une identité de l'individu d'après la norme. En résumé, l'*art*

*de punir* permet de comparer, différencier, hiérarchiser, homogénéiser et d'exclure. Troisièmement, « l'examen combine les techniques de la hiérarchie qui surveille et celles de la punition qui normalise. Il est un regard normalisateur, une surveillance qui permet de qualifier » (Foucault, 1975, p. 217). L'examen place donc les individus dans un champ de surveillance. Cela s'accompagne d'un système d'enregistrement et de documentation : c'est le mécanisme d'objectivation. Il permet d'observer et d'évaluer (en réduisant) l'individu en traits spécifiques. L'examen permet la mise en place d'un système de comparaison (Foucault 1975). L'examen met en œuvre des relations de pouvoir et permet de prélever et de constituer du savoir. Le savoir devient une forme de pouvoir à partir duquel il est possible de mesurer des niveaux de connaissance, d'habiletés et qui permet d'imposer les étiquettes (Dzurec, 1989). Enfin,

Les procédés disciplinaires [...] abaissent le seuil de l'individualité descriptible et font de cette description un moyen de contrôle et une méthode de domination [...]. L'examen est au centre des procédures qui constituent l'individu comme effet et objet de pouvoir, comme effet et objet de savoir. L'examen en combinant surveillance hiérarchique et sanction normalisatrice assure les grandes fonctions disciplinaires de répartition et de classement. (Foucault, 1975, p. 225)

En résumé, les formes institutionnelles de surveillance, de discipline et de punition du corps créent des corps habitués aux contrôles externes. La discipline appliquée sur ces corps permet d'optimiser leurs capacités, d'en extraire les forces et d'en améliorer leur utilité et leur docilité. Ces corps, appelés *corps dociles*, sont ensuite intégrés à des systèmes de contrôle efficaces propres au pouvoir disciplinaire qui permet la production de corps utiles, productifs pour le système (Foucault, 1975).

D'autre part, le pôle *biopolitique* vise le contrôle de la population. Il cherche à gouverner tous les aspects de la vie (naissances, mortalité, morbidité, contraception, démographie, la santé, le bien-être) ainsi que toutes les conditions susceptibles d'influencer ces aspects de la vie comme

les conditions sociales, culturelles, environnementales, économiques, etc. (Foucault, 1976; Mchoul et Grâce, 1997; Dean, 2010). Ceci implique l'utilisation de moyens de coordination et de centralisation politique nécessaires à la gestion des populations. Cette gestion s'effectue par la mise en place d'interventions et de modes de supervision assurés par divers agents (Foucault, 1997). En résumé, l'axe biopolitique est une politique qui cherche à administrer et à gérer la vie des populations. Cela implique une connaissance des populations, ainsi que la production d'un savoir des populations. Cette production de savoir permet de connaître les populations à travers leurs descriptions morcelées en sous-groupes et en catégories. Ces sous-groupes et catégories permettent une classification en fonction de leur degré de contribution (positive ou négative) au niveau général de santé ou de bien-être de la population (Dean, 2010). Cet exercice évaluatif permet de tracer un portrait de la population, à l'aide de statistiques, et de déterminer des normes (moyennes optimales). Les normes permettent de juger de la normalité et des déviances. L'évaluation permet de constituer un savoir à partir duquel il devient possible d'effectuer une surveillance (à l'aide de statistiques : taux de mortalité, nombre de naissances, chômage, etc.) des populations et de déterminer la nécessité d'intervenir.

La surveillance des populations est assurée par la mise en place de politiques sociales qui s'intéressent à la famille, l'habitation, les conditions de vie, les conditions de travail, les habitudes de vie, les enjeux de santé publique, les flux migratoires, la croissance économique, etc. [Traduction Libre] (Dean 2010, p. 218)

La surveillance des populations est, en quelque sorte, une forme d'évaluation de la performance de la société (Foucault, 1976). Le pôle biopolitique permet d'exercer une forme de contrôle sur les individus grâce aux savoirs et aux désirs. En effet, la production des connaissances, comme les connaissances scientifiques, parvient à établir des discours normatifs auxquels les individus souhaitent se conformer (Foucault, 1980). Ainsi, la conformité ne s'accomplit pas par

l'exercice de la force, mais par le désir. Grâce au désir, ce qui pourrait, à première vue, être contraignant apparaît positif et désirable. La discipline est transformée en une libération. Le pôle biopolitique permet la conduite des individus tout en leur laissant la liberté d'agir (Dean, 2010). Les individus exercent un contrôle sur leur corps en s'imposant la conformité aux normes par des pratiques d'auto-évaluation et d'autodiscipline (Bröckling et al., 2010). Les mécanismes biopolitiques ont donc un effet régularisant sur les processus biologiques et la vie de l'espèce humaine. Ils instituent une forme d'homéostasie sociétale (Foucault, 1997). Cette régulation sociale dépend de l'action de plusieurs organisations situées à l'extérieur des mécanismes administratifs de l'état. C'est une forme de pouvoir qui fait appel aux experts. Les savoirs experts produisent des vérités qui nous permettent l'évaluation des aspects de la vie. Cette évaluation se fait en relation avec les normes présentes dans l'environnement. Ainsi, les aspects de l'existence qui doivent être corrigés et les moyens par lesquels il est possible d'y parvenir sont tous déterminés par des « vérités » qui parviennent à gouverner le rapport à soi et aux autres. Les savoirs experts participent à la constitution de la réalité. Ainsi, par sa conduite, l'individu se gouverne lui-même; et les raisons qu'il invoque, les conduites qu'il utilise permettent de contribuer à la consolidation et à la production de normes, de vérités qui le gouvernent et gouvernent les autres (Dean, 2010). Les savoirs produits ont donc un effet standardisant. Ils créent une pression à se conformer. Rappelons que pour Foucault (1975), le savoir n'est pas neutre ni objectif, il représente une perspective, des motivations particulières (McHoul et Grâce, 1997). En somme, bien que le biopouvoir utilise des méthodes disciplinaires, il s'agit avant tout d'un pouvoir dispersé, capable de pénétrer toutes les strates de la société grâce aux relations sociales impliquées dans des réseaux de pratiques institutionnels et de technologies qui opèrent dans tous les niveaux de la vie en société (Perron et al., 2005). Cette régulation de tous les aspects de la vie s'effectue par l'intervention

d'agents ayant la responsabilité d'assurer la gestion des pratiques individuelles et collectives par l'uniformisation (standardisation) (Dean, 2010). De plus, le biopouvoir s'exerce par la production des savoirs et la création du désir de conformité. Il permet aux individus de participer, par leurs conduites libres, à leur propre oppression (Dean, 2010). Autrement dit, le biopouvoir conduit les individus à poursuivre les buts du gouvernement : les individus intègrent les cadres de références des problèmes de l'état et ajustent leurs comportements individuels de façon à accomplir les buts visés par l'état. Le biopouvoir est donc un concept qui permet de comprendre comment les individus sont transformés en sujets dociles et productifs (Perron et al., 2005).

### ***3.5.1 Pratique infirmière et pratiques de gouvernementalité***

La pratique des infirmières est présente dans toutes les sphères de la vie humaine, allant de la naissance à la mort en passant par la reproduction, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et le soin des malades. Conséquemment, les infirmières exercent une fonction essentielle à l'atteinte des objectifs de préservation de la vitalité de la population (Holmes et Gastaldo, 2002; Perron et al., 2005). En effet, par leur participation aux politiques sociales et à la production de savoirs, les infirmières participent à la création de nouvelles normes sociales et donc à la gouvernance des populations (Holmes et Gastaldo, 2002). De ce fait, les infirmières participent à la création des normalités et des déviances qui font l'objet des mécanismes de contrôle, de surveillance et d'intervention du gouvernement (Holmes et Gastaldo, 2002). Conséquemment, les schèmes de pensées qui pénètrent la discipline infirmière ainsi que la pratique professionnelle sont intimement liés aux objectifs poursuivis par l'État. Cela implique une forme de contrôle social de la pratique des infirmières par des mécanismes gouvernementaux. Tout ce qui gouverne doit être gouverné (Foucault, 1975).

Toutes les influences théoriques que nous venons de présenter sont influencées par les travaux de Karl Marx. Ainsi, dans toutes ces influences théoriques se profile la volonté d'identifier les sources des inégalités qui confinent les personnes à une certaine position sociale. Ainsi, la notion des classes sociales est reprise par Foucault et les théories féministes (théorie du *standpoint* et les écrits de Wittig) afin d'y inclure les notions de groupes (ou de classe) en position marginale (les groupes dominés). De plus, l'idée que la société capitaliste place la personne humaine comme une ressource utile à la prospérité économique de la société est présente dans toutes ces influences théoriques qui partagent des visées de justice sociale. Chacune à leur façon, elles problématifient les pratiques discursives qui circulent dans l'ensemble de la société puisque celles-ci se retrouvent matérialisées dans les structures du monde social dans lequel vivent les personnes : elles influencent les conditions de vie. Ces conditions de vie sont mises en place pour et par la classe dominante (bourgeoisie, hommes, blancs, etc.) et sont maintenues en place par des processus idéologiques. L'idéologie est une construction sociale qui permet à la classe dominante de déformer la réalité à son avantage (Collins, 2002; Marx et Engels, 1952). Puisqu'elle exerce son pouvoir en pénétrant l'ensemble des structures sociales, l'idéologie s'introduit dans l'inconscient individuel et collectif. Elle guide les conduites. Cela amène les personnes composant les groupes dominés à considérer comme réelles et naturelles les conditions qui expliquent leur asservissement.

Ces influences théoriques ont guidé nos choix théoriques. Ces choix sont exposés dans le prochain chapitre. Le devis de recherche choisi est l'Ethnographie institutionnelle (EI), cette approche empirique féministe inspirée du matérialisme historique place la personne, située dans sa réalité de tous les jours, au centre du projet de recherche (Smith, 2005, 2006). Elle vise à identifier les influences (idéologies) qui guident ses actions. Cette approche maintient la présence de la personne tout au long de l'enquête. Elle tente d'éviter de la confondre aux concepts théoriques

qui peuvent s'appliquer à sa condition, à sa situation. L'EI est une méthode de recherche qui résiste à la diffusion et à la production de pratiques idéologique (Smith, 2005, 2006). Pour cette raison, l'analyse qu'elle produit est avant tout descriptive.

## CHAPITRE 4

### Considérations méthodologiques

Ce chapitre présente nos choix méthodologiques. Nous présentons d'abord le devis de recherche. Par la suite, une description du milieu de recherche, des méthodes de recrutement seront présentées suivies des méthodes de collecte et d'analyse des données. Enfin, les critères de rigueur et les considérations éthiques qui concernent cette recherche concluent ce chapitre.

#### 4.1 Devis de recherche – Ethnographie institutionnelle

L'ethnographie institutionnelle (EI) est une approche méthodologique inspirée du matérialisme historique de Marx et du féminisme. L'EI est une approche critique de recherche développée par la sociologue féministe Dorothy E. Smith. Pour Smith (1987), les activités accomplies par les personnes (*travail*) sont coordonnées par des ensembles de relations de pouvoir (*ruling relations*) situées à l'extérieur de l'expérience quotidienne des participants. Ainsi, dans le quotidien des participants, ces relations de pouvoir sont imperceptibles, mais actives. À cet égard, Smith s'intéresse, comme Foucault, aux formes de pouvoir et de pratiques discursives qui organisent la vie des personnes (Eila-Satka et Skehill, 2012). Par l'étude des actions actuellement accomplies (le travail) par les infirmières dans leur milieu de travail (*standpoint/microsystème*), il est possible de comprendre comment ces actions sont coordonnées par des formes de pouvoir qui s'exercent à travers les pratiques discursives retrouvées dans le langage, les textes et les actions des personnes. L'EI permet de révéler comment ces formes de pouvoir permettent l'alignement des pratiques (conduites) individuelles, avec celles d'autres personnes situées dans des lieux divers. Enfin, l'EI permet de comprendre comment les actions accomplies par les infirmières participent à l'activation et à la coordination d'ensembles de relations de pouvoir qui ont pour effet de coordonner leur vie de tous les jours. L'EI rejoint la pensée de Wittig qui propose l'analyse

matérialiste féministe pour exposer « que des problèmes sociaux soi-disant subjectifs, « individuels », privés sont en fait des problèmes sociaux, des problèmes de classe » (Wittig, 1980a, p. 83).

Pour Smith (1987, 2005, 2006), le monde social est constitué d'un réseau d'activités coordonnées par des forces sociales, économiques et politiques (l'organisation sociale) qui organisent ou coordonnent la vie et les activités de tous les jours des personnes. Ainsi, l'EI cherche à décrire comment les relations de pouvoir organisent l'expérience locale vécue et à démontrer comment cette coordination a pour effet d'opérer une forme de standardisation qui relie ensemble le travail de diverses personnes dans des contextes différents (Smith, 2005). De même, elle permet de révéler aux personnes leur implication dans l'activation de ces relations sociales (Smith 2004; McCoy, 2006). En d'autres termes, l'EI génère un savoir qui rend visibles les formes de « gouvernements » (invisibles, interreliées et prises pour acquises) qui déterminent la vie de tous les jours (Townsend et al., 2003). Cette approche empirique de recherche porte une attention particulière aux pratiques discursives, à la situation (position) des personnes (*standpoint*) et au travail accompli. Selon Smith (1990, 2004), les savoirs sont socialement produits et coordonnés. Ainsi, le monde social dans lequel nous vivons est le résultat de la coordination exercée par un réseau de relations de pouvoir (*ruling relations*) qui coordonnent la vie et l'expérience des personnes. Cette coordination des activités est réalisée grâce à l'utilisation de pratiques discursives qu'il est possible de retrouver dans les textes et les documents qui gouvernent les activités de tous les jours (Mykhalovskyi et Church, 2006). Selon Smith (2005), l'utilisation du langage est essentielle à la constitution du savoir. Conséquemment, il est impossible de séparer le langage des consciences. L'EI s'intéresse au langage, car celui-ci est le reflet des relations de pouvoir actuelles dans lesquelles les personnes se trouvent. Le langage n'est jamais utilisé à l'extérieur du temps et

de l'espace (lieux), il fait partie de la réalité historique et matérielle du monde dans lequel nous vivons (Smith, 2004, 2005, 2006). Les pratiques idéologiques créent des représentations sélectives du monde qui déterminent les cadres de références auxquels les personnes se réfèrent pour parler de leurs expériences, de leurs actions (Smith, 1999, 2004, 2005, 2006). Lorsqu'on cherche à transmettre nos propres expériences, nous cherchons à les transposer dans un langage partagé, commun; un système de référence qui nous permettra de partager l'expérience avec l'autre à travers des formes de savoir commun. Par le langage, les théories et les concepts utilisés, nous transposons notre expérience en quelque chose d'autre, en une approximation de la vérité. Ce faisant, le discours que nous produisons s'éloigne de l'expérience vécue et intègre le langage, les concepts et les théories – les idéologies dominantes – qui se trouvent dans notre environnement et auxquels se réfèrent aussi les autres pour décrire, expliquer leurs expériences. Ensemble, nous participons à la création et à l'activation des formes de savoirs abstraits et généraux qui dominent notre vie quotidienne. Nous participons à la déformation et à l'invisibilité des activités réellement accomplies ainsi qu'à la création d'un monde distinct qui s'éloigne de celui où sont accomplies nos activités (Smith, 1987). Cet écart entre le monde discursif et les activités constitue ce que Smith appelle la problématique. Le corps est le site de notre conscience, de nos pensées, de notre subjectivité (Smith, 2005). Les discours, les croyances, les concepts et les théories deviennent les agents moteurs des actions accomplies (travail) par les personnes en replaçant la pensée dans le corps. Les discours, les croyances, les concepts et les théories ne sont pas seulement localisés à l'intérieur de leur tête, ils sont observables, car ils guident l'action. Les pratiques discursives sont partie intégrante des actions actuelles des personnes; elles organisent la vie des personnes, la vie sociale (Campbell et Devault, 2011; Smith, 2005). Smith considère les textes comme un moyen de faire circuler les pratiques discursives dans plusieurs lieux. De plus, la facilité selon laquelle il est

possible de les reproduire permet aux idées qu'ils contiennent de circuler dans des lieux et des temps divers (McCoy, 2006; Smith, 2006). Dans nos sociétés, les gens interagissent continuellement avec des formes textuelles.

Bref, l'EI vise à rendre visible comment les *activités de tous les jours (travail)* des personnes sont organisées par des forces diverses, des relations de pouvoir dont l'origine se trouve au-delà de leur expérience de tous les jours (Smith, 2004, 2006). Elle permet de révéler aux personnes leur propre participation à l'activation de ces relations de pouvoir (Campbell et Devault, 2011; McCoy, 2006). Pour y parvenir, l'EI accorde une attention centrale aux savoirs des personnes qui se situent dans un lieu et un temps particulier (*standpoint*), au travail qu'elles accomplissent et au langage parlé et écrit qui s'y retrouve. L'EI, en ancrant le début du projet de recherche dans la situation des personnes, offre la possibilité d'identifier les discours et les formes de pouvoir qui pénètrent leur environnement, leur quotidien et qui guident leurs pensées et leurs actions. Il s'agit d'une approche méthodologique qui permet de générer un savoir utile pour les personnes qui se situent au centre de l'investigation, car elle permet de révéler les relations de pouvoir ayant un effet réel sur leur vie de tous les jours. Ainsi, l'EI génère un savoir qui ouvre vers le changement et l'émancipation (Smith, 2004).

Dans le cadre de cette étude, nous cherchons à comprendre comment le travail des infirmières d'urgence est gouverné par les diverses forces institutionnelles qui soutiennent la mise en place des processus d'amélioration de la qualité des soins. L'utilisation de l'EI pour aborder notre problématique de recherche permet de décrire le travail des infirmières d'urgence d'après leur point de vue ancré dans leur milieu de travail. Elle permet aussi d'exposer leurs savoirs expérientiels. Grâce à cet ancrage dans la vie de tous les jours des infirmières d'urgence, nous considérons que l'EI permet la découverte des diverses formes de relations de pouvoir (forces

institutionnelles) qui gouvernent leurs actions et que l'analyse ouvre vers la prise de conscience individuelle et collective du positionnement des infirmières d'urgence dans l'organisation sociale de l'amélioration de la qualité des soins.

## **4.2 Milieu de recherche**

Cette étude a été réalisée dans un centre hospitalier universitaire (CHU) offrant des soins spécialisés, situé dans un centre urbain québécois. Les deux départements d'urgence des sites adultes du CHU ont été retenus pour la réalisation de cette étude. Les modalités de fonctionnement des deux départements d'urgence ont été optimisées par le recours à des processus d'optimisation des « flux de travail ». Dans l'un de ces départements, l'optimisation des processus a été poussée jusqu'à la refonte complète de l'organisation spatiale du département. Dans le cas de l'autre département, un réaménagement aussi important est en cours de planification. Cet établissement compte 12 000 employés. Les urgences de cet établissement reçoivent 181 336 visites annuellement. Les urgences adultes emploient un total de 377 employés (site 1 = 150, site 2 = 227), dont 217 infirmières (site 1 = 79 infirmières et quatre ASI; site 2 = 134 infirmières et quatre ASI).

## **4.3 Recrutement et échantillon**

### ***4.3.1 Processus de recrutement***

Dans un premier temps, ce projet de recherche a été présenté à la directrice associée responsable des urgences ainsi qu'à la directrice des soins infirmiers du CHU. Ensuite, les gestionnaires des départements d'urgence identifiés pour cette étude ont d'abord été rejoints par courriel (Annexe B). Les deux gestionnaires ont ensuite été rencontrés individuellement afin de répondre à leurs questions et de valider la possibilité de réaliser cette étude dans leurs départements respectifs. À la suite de ces rencontres, une rencontre avec l'ensemble de l'équipe d'encadrement

qui comprend la directrice adjointe du programme des urgences, les deux gestionnaires, déjà rencontrés, des départements d'urgence, les conseillères-cadres en soins (2) et les infirmières responsables de la formation (2) de ces deux urgences a été effectuée. Lors de cette rencontre, le but et les objectifs de la recherche ont été présentés ainsi que les stratégies et documents de recrutement prévus.

Lors de cette rencontre, les copies des documents suivants ont été distribuées à chacun :

- Copies des certificats d'éthique de l'Université d'Ottawa et du CHU participant (Annexe C et Annexe D);
- Lettre d'information dédiée au personnel (Annexe E);
- Affiche décrivant l'étude dédiée au recrutement (Annexe F).

Après cette rencontre, il a été établi que les infirmières responsables de la formation ainsi que les conseillères en soins faciliteraient la diffusion de l'annonce amorçant le projet de recherche et le recrutement des informateurs clés primaires. Les informateurs clés primaires (*standpoint informants*) sont les informateurs de premier niveau, c'est-à-dire ceux qui se trouvent au cœur du projet. Dans le cas de ce projet de recherche, il s'agit des infirmières de l'urgence. Ainsi, un court texte présentant le projet de recherche et annonçant la présence prochaine de la chercheuse principale dans les départements d'urgence a été publié dans le journal du département en mars 2018 (Annexe G). Ensuite, des reproductions de l'affiche (Annexe F) présentant brièvement le projet et annonçant le recrutement ont été affichées dans les aires utilitaires et les aires de repos du personnel des deux départements (vestiaires, salons, cuisine). De plus, au début de la période d'observation (mai 2018), des copies de la lettre d'information dédiée au personnel (Annexe E) ont été remises à l'ensemble du personnel par les infirmières assistantes du supérieur immédiat (ASI). Cette lettre (Annexe E) décrit le projet de recherche, la participation attendue ainsi que

l'adresse courriel de la chercheuse principale afin que les infirmières souhaitant participer au projet puissent manifester leur intérêt. Plusieurs infirmières ont profité de la présence de la chercheuse principale sur les départements d'urgence pour lui poser des questions. Neuf informateurs clés primaires ont manifesté leur intérêt à participer à la recherche lors de ce type de contact, alors qu'une infirmière a communiqué son intérêt par courriel. C'est alors qu'elles ont remis leurs coordonnées à la chercheuse principale (voir Annexe H).

Le recrutement des informateurs clés secondaires a été effectué directement par la chercheuse principale soit par contact face à face, par téléphone ou par courriel après que ceux-ci ont été identifiés par les informateurs clés primaires. Les informateurs clés secondaires (informateurs de deuxième niveau) sont des informateurs dont les fonctions et la position les différencient des informateurs clés primaires. Dans le cadre de cette étude, ils occupent des fonctions de gestion et d'encadrement clinique ou technique à différents niveaux dans l'organisation de santé.

Chaque participant a été contacté, selon leur préférence (par courriel, SMS ou téléphone), pour leur expliquer la participation attendue, actualiser leur désir de participer, partager les documents (formulaire de consentement et la lettre d'information du projet (Annexe E, Annexe I, Annexe J) et vérifier leurs disponibilités pour le déroulement des entrevues. Après la réception des disponibilités, la chercheuse principale a offert, par courriel, de répondre aux questions relatives à la recherche et au formulaire de consentement avant le moment de l'entrevue.

Avant le déroulement de chaque entrevue, le formulaire de consentement a été revu et expliqué : un consentement écrit, libre et éclairé a été obtenu. La majorité des informateurs clés primaires (8/10) ont choisi une entrevue se déroulant dans un local fermé situé sur leur lieu de travail. Les deux autres entrevues ont eu lieu dans un local fermé situé dans un campus

universitaire et dans un café. Pour les informateurs secondaires ( $n = 8$ ), une seule a été réalisée chez un participant, les autres se sont déroulées dans leur bureau sur les lieux de leur travail. La durée de la majorité des entrevues a varié entre 45 et 60 minutes. Une entrevue a toutefois duré 25 minutes et une autre 108 minutes. Les entrevues ont été effectuées entre le 17 mai 2018 et le 29 novembre 2019.

#### ***4.3.2 Échantillonnage***

Les participants à cette étude sont répartis en deux catégories : a) les informateurs clés primaires (*standpoint informants* ou informateurs de premier niveau) soit les infirmières d'urgence et b) les informateurs clés secondaires (informateur de deuxième niveau). Les informateurs secondaires ont tous été identifiés après les entrevues de premier niveau réalisées auprès des informateurs clés primaires. Au total, 35 informateurs clés primaires (10 entrevues formelles, 25 entrevues informelles) et 18 informateurs clés secondaires (8 entrevues formelles, 10 entrevues informelles) ont participé à cette recherche. Les entrevues formelles sont des entrevues individuelles enregistrées, tandis que les entrevues informelles sont des entrevues dont la forme est celle d'un bref d'échange avec l'étudiante chercheuse pendant les périodes d'observation. Les entrevues informelles ont permis d'obtenir plus de détails concernant certains aspects habituellement associés au travail et aux actions posées par les infirmières soulevés lors des entrevues formelles.

##### *Informateurs clés primaires : les infirmières de l'urgence*

Les infirmières d'urgence ont été sélectionnées selon un échantillonnage par choix raisonné permettant d'inclure des infirmières aux profils variés (années d'expériences, formation initiale, type d'emploi) (Creswell, 2013). Ce type d'échantillonnage permet d'explorer une diversité de points de vue à partir des caractéristiques des infirmières participantes et de répartir les points de

vue selon le rôle occupé et l'environnement de pratique (les départements de l'urgence). Cette diversification de l'échantillon vise à favoriser l'émergence des diverses relations de pouvoir (forces sociales, politiques et économiques) présentes dans l'environnement de pratique des infirmières afin de guider la poursuite des entrevues de deuxième niveau avec les informateurs clés secondaires (Campbell et Gregor, 2002). Dix informateurs clés primaires (infirmières d'urgence,  $n = 10$ ) ont participé aux entrevues formelles. De plus, plusieurs autres informateurs clés primaires ont participé à de courtes entrevues informelles lors des périodes d'observation sur les unités d'urgences, soit 25 informateurs clés primaires ( $n = 25$ ). Les propos tenus lors de ces entrevues informelles ont été consignés dans les notes d'observation. Dans le cadre d'une ethnographie institutionnelle, le nombre final d'informateurs clés primaires est déterminé par les besoins de l'analyse afin d'atteindre une saturation des données permettant d'identifier les forces institutionnelles ayant un effet général pour les infirmières (informateurs clés primaires) présentant des caractéristiques différentes et travaillant dans des milieux de pratique semblables, mais distincts (Campbell et Gregor, 2002). Les critères d'inclusion retenus pour les informateurs clés primaires sont d'être une infirmière travaillant à l'urgence du centre hospitalier universitaire recruté pour cette étude; travailler à temps plein ou à temps partiel et pouvoir communiquer en français ou en anglais.

#### *Les informateurs clés secondaires.*

Afin de respecter le devis choisi, il est nécessaire de recourir à des informateurs clés secondaires (Campbell et Gregor, 2002; Devault et McCoy, 2006). Ces informateurs clés secondaires occupent une position sociale différente des informateurs clés primaires. Dans le cadre de cette recherche, ces informateurs occupent des rôles de conseillers, de soutien des équipes de soins ou de gestion au sein de l'organisation ou du système de santé. Le choix des informateurs

clés secondaires vise à expliciter les forces institutionnelles émergeant de la collecte et de l'analyse des données provenant des entrevues réalisées avec les informateurs clés primaires ou secondaires. Un échantillonnage par choix raisonné a été privilégié afin de permettre l'exposition des forces qui soutiennent l'utilisation des processus d'amélioration de la qualité ayant une influence sur le travail des infirmières d'urgence (informateurs clés primaires). Les seuls critères d'inclusion retenus pour les informateurs clés secondaires sont d'avoir été identifiés par les informateurs clés primaires et de potentiellement détenir des informations permettant de fournir plus de détails sur des aspects relatifs aux forces institutionnelles qui soutiennent l'utilisation des processus d'amélioration de la qualité soulevés ultérieurement lors de la collecte de données. À la fin de chaque entrevue, les informateurs clés primaires ont été invités à identifier des informateurs secondaires clés soit des personnes capables de fournir plus d'informations relativement à certains aspects abordés lors de l'entrevue (p. ex. : origine d'une pratique, d'un document, buts recherchés lors de la création de certains formulaires, de politiques de soins, etc.). La sélection des informateurs clés secondaires (niveau 2) a donc été effectuée selon une stratégie de recrutement « boule de neige » (Creswell, 2013). Huit informateurs clés secondaires ont participé aux entrevues formelles ( $n = 8$ ), alors que dix autres informateurs clés secondaires ont participé à des entrevues informelles ( $n = 10$ ). Ces entrevues ont eu lieu pendant les périodes d'observation. Certains de ces informateurs, notamment les ASI, ont participé à plusieurs reprises à ce type d'entrevues.

#### **4.4 Méthodes de collecte de données**

Les méthodes de collectes de données utilisées dans cette étude correspondent à celles privilégiées par l'EI soit l'entrevue et l'analyse de documents (Campbell et Gregor, 2002). L'Annexe K présente l'intérêt et l'utilisation de ces types de données pour l'ethnographe institutionnel.

La collecte de données nécessaire à cette recherche a été effectuée à deux niveaux. Les données recueillies au premier niveau visent à fournir une description détaillée du travail accompli par les infirmières qui interagissent avec les processus d'amélioration de la qualité implantés à l'urgence. Le deuxième niveau cherche à établir des liens entre les divers aspects organisationnels et institutionnels situés à l'extérieur du lieu d'exercice des infirmières et le travail accompli par celles-ci. La collecte des données vise donc à recueillir les données nécessaires à la compréhension des liens qui unissent ce qui est accompli au niveau *local* (premier niveau) avec ce qui est accompli au niveau *extralocal* (deuxième niveau) (Campbell et Gregor, 2002; Grahame, 1998). L'observation descriptive et sélective, les entrevues, la recherche documentaire et le journal de bord ont été les moyens retenus pour recueillir les données nécessaires à l'atteinte des objectifs de cette recherche.

#### ***4.4.1 Observation descriptive et sélective***

L'observation descriptive et sélective (*focused*) a été effectuée pendant une période s'étendant entre le 2 mai 2018 et le 22 novembre 2019 par la chercheuse principale afin de tracer le portrait des lieux physiques dans lesquels le travail des infirmières est accompli et de décrire les routines de travail (Peretz, 2004). De plus, les ressources matérielles utilisées (équipements, formulaires, etc.) ont été relevées. L'observation descriptive inclut les aspects architecturaux de l'environnement de travail, les routines et les séquences de travail (*workflow*), tandis que l'observation sélective permet de mettre l'accent sur certaines aires de travail, comme le triage ou la salle de réanimation (Grbich, 1999). Une grille d'observation a été utilisée pour cette partie de la collecte des données (Annexe L). Cette grille est inspirée par Peretz (2014) et Roller et Lavrakas (2015).

#### ***4.4.2 Entrevues.***

Les entrevues visent à obtenir une description des actions accomplies par les infirmières liées aux processus d'amélioration de la qualité, à énoncer clairement les raisons qui motivent leurs actions. De plus, les entrevues de deuxième niveau visent la découverte de l'organisation sociale du travail accompli par les infirmières d'urgence.

##### *Entrevues de premier niveau.*

Les entrevues individuelles formelles semi-dirigées et enregistrées ont été réalisées avec des infirmières d'urgence. La majorité des infirmières ont été rencontrées avant ou après leur quart de travail dans un local choisi selon leur convenance. L'Annexe M présente le guide d'entrevue. Les guides d'entrevue ont été élaborés à partir des guides méthodologiques propres à l'ethnographie institutionnelle et inspirés par les études réalisées auprès d'infirmières (Campbell et Gregor, 2002; Clune, 2011; Dale, 2013, Devault et McCoy, 2006; Pence et Smith, 2011; Rankin et Campbell, 2006; Smith, 2005; Waters, 2016). De plus, les guides d'entrevue ont été soumis et ont été approuvés par deux experts en ethnographie institutionnelle. En EI, l'entrevue permet d'ouvrir l'enquête vers la découverte des liens institutionnels. Avant chaque entrevue, un court questionnaire sociodémographique a été distribué et rempli par les infirmières (Annexe N). De plus, à la fin de chaque entrevue, les infirmières participantes ont été invitées à identifier des informateurs secondaires clés soit des personnes capables de fournir plus d'informations relativement à certains aspects abordés lors de l'entrevue (p. ex. : nature des formulaires, politiques de soins, utilisation des technologies, raisons de certains changements...).

##### *Entrevues de deuxième niveau.*

Les données obtenues auprès des informateurs clés primaires sont le point de départ des entrevues réalisées auprès des informateurs clés secondaires. Pour ces entrevues, des guides

d'entrevue semi-structurés ont servi à guider les entrevues avec les informateurs secondaires (Annexe O). Les entrevues de deuxième niveau visent à en apprendre plus à propos d'un aspect identifié par les informateurs clés primaires. Les guides d'entrevues ont été réalisés selon le même processus que celui utilisé pour développer les guides d'entrevue de premier niveau.

#### ***4.4.3 Recherche documentaire***

Pendant l'observation, des documents ont été collectés. Ces documents recueillis sont des outils de travail des infirmières, des plans architecturaux, des copies des écrans de travail des infirmières, des documents produits par l'établissement de santé ou par le ministère la Santé et des Services sociaux (MSSS) impliquant l'administration des urgences (tableaux de bord, politiques et orientations ministérielles) ou encore la planification immobilière et architecturale des établissements de santé. Les documents sélectionnés ont été utilisés soit par les infirmières dans le cadre de leur travail ou mentionnés par celles-ci (échelles d'évaluation, feuilles de notes, protocoles, procédures, etc.), ou nommés par les informateurs clés secondaires lors des entrevues. D'autres documents cités dans ces documents ont aussi été collectés. Tous les documents accessibles et identifiés par les infirmières (informateurs clés primaires) et les informateurs clés secondaires ont été analysés à l'aide d'une grille d'extraction des données (Annexe P). En EI, la grille d'extraction des données doit permettre de situer les documents en lien avec le travail accompli, c'est-à-dire l'ensemble des actions entreprises par les infirmières d'urgence, afin de comprendre l'influence qu'exercent ses documents sur les actions posées par les infirmières (Campbell et Gregor, 2002). La grille d'extraction des données utilisée dans le cadre de cette étude s'inspire d'ouvrages d'analyse qualitative (Miles et al., 2013) et d'ethnographies institutionnelles (Bisaillon, 2012; Carrier, 2015; Clune, 2011, Dale, 2013). Le document présenté à l'Annexe P a été révisé et approuvé par deux experts en ethnographie institutionnelle. Enfin, puisque cette

recherche s'intéresse à certains aspects de l'environnement de travail des infirmières, quelques photographies représentant des éléments particuliers soulevés par les infirmières d'urgence ont été collectées.

#### ***4.4.4 Journal de bord***

Un journal de bord a aussi été complété par la chercheuse principale pendant la collecte de données. Cet outil a été utilisé comme outil de réflexivité incluant les notes réflexives rédigées en parallèle à la collecte des données. L'utilisation d'un journal de bord concorde avec la nature critique de cette recherche (Grbich, 2007).

#### **4.5 Analyse des données**

Dans le cadre de cette recherche, plusieurs types de données ont été analysées selon la méthode préconisée par l'ethnographie institutionnelle (les enregistrements et les verbatim tirés des entrevues semi-structurées, les documents organisationnels, les notes d'observation, le journal de bord et notes réflexives) (Campbell et Gregor, 2002). Dans le cadre de notre analyse, les textes constituent donc un élément important de coordination des activités accomplies par les personnes. L'environnement bâti est analysé comme un texte, car il reproduit les attentes sociales et culturelles et les vues politiques qui encadrent les façons dont nous devrions vivre nos vies (King, 2003; Yanow, 1995). Ainsi, dans le cas des établissements de santé, l'aménagement spatial et le vocabulaire utilisé pour désigner l'espace véhiculent les idées, l'idéologie, les savoirs prédominants et les relations de pouvoir qui organisent la vie quotidienne (Martin et al., 2015; Prior, 1988).

De plus, quelques données sociodémographiques ont été compilées afin d'obtenir un portrait des infirmières participantes (informateurs clés primaires). Les entrevues ont été enregistrées et transcrites sous forme de verbatim. Le Logiciel NVivo 12 (QSR International,

1999) a été utilisé pour organiser les données et faciliter leur analyse. Les objectifs de recherche ont guidé le processus analytique. L'analyse des données respecte les pratiques de l'ethnographie institutionnelle, soit l'analyse itérative et l'identification des récurrences et des scissions.

#### ***4.5.1 Analyse itérative***

Les données recueillies auprès des informateurs clés primaires ont été analysées de façon itérative avec la collecte de données effectuée auprès des informateurs clés secondaires (Annexe Q). Les données émergentes du premier niveau (informateurs clés primaires) ont alimenté les questions posées aux informateurs clés secondaires (niveau 2). D'autre part, les données recueillies au niveau 2 permettent d'étudier les aspects du travail des infirmières ayant échappé ultérieurement à la chercheuse principale lors des entrevues avec les informateurs clés primaires. Le processus d'analyse itératif permet d'effectuer des allers-retours entre ces deux sources et permet l'identification des diverses relations de pouvoir et l'établissement de liens entre ce qui est accompli au niveau local avec d'autres lieux (*extralocal, translocal*) (Annexe Q). Cet aspect dynamique de la collecte de données permet la découverte des liens qui unissent le travail accompli par les infirmières et celui d'autres personnes situées à l'extérieur du lieu de pratique des infirmières. Les données recueillies et analysées de cette façon permettent d'identifier les similarités et les différences entre les façons dont diverses personnes, situées dans des lieux éloignés du lieu d'exercice immédiat des infirmières, parlent et justifient les actions qu'ils accomplissent en lien (direct ou indirect) avec le travail accompli par les infirmières (Campbell et Gregor, 2002). De plus, simultanément avec la procédure de collecte de données, l'analyse des données a été effectuée à deux niveaux. Au premier niveau, l'analyse permet de produire une description détaillée de l'expérience vécue (*embodied experience*) par les infirmières de l'urgence (informateurs clés primaires). Au deuxième niveau, l'analyse, à partir des données recueillies

auprès des informateurs clés secondaires, identifie les relations de pouvoir qui coordonnent et orchestrent l'expérience vécue par les infirmières d'urgence.

#### ***4.5.2 Identification des récurrences et des scissions***

Selon l'ethnographie institutionnelle, l'analyse doit identifier les récurrences et les scissions (*disjuncture*). D'une part, puisque les relations sociales produisent des effets généraux, on cherche à identifier ces effets généraux par la présence de récurrences dans les données recueillies. Les récurrences réfèrent aux termes (mots, concepts) qui reviennent de façon répétitive dans la collecte des données (Rankin, 2017). Les récurrences se retrouvent dans les entrevues et les documents. L'identification des récurrences permet d'ouvrir l'analyse vers les formes de coordination qui s'exercent sur les infirmières d'urgence. Il s'agit de comprendre comment l'expérience vécue par les infirmières d'urgence est liée à celle d'autres personnes exerçant des fonctions similaires ou différentes et situées dans des lieux et des temps différents. L'EI problématise cette différence entre la façon dont l'expérience vécue et les actions accomplies sont représentées par des abstractions qui s'éloignent de la réalité et ce qui est vraiment fait et accompli (Smith, 1987). Les récurrences permettent d'identifier la présence de relations de pouvoir dominantes. Les récurrences seront recherchées dans a) les séquences de travail décrites par les infirmières, b) dans les textes et c) dans les discours.

D'autre part, il est possible d'identifier les relations de pouvoir par la scission qu'elles produisent entre l'action accomplie et le discours (Rankin, 2001; Rankin, 2009). Pour Smith, le terme scission réfère au point à partir duquel l'expérience vécue est objectivée dans la façon dont elle est racontée et interprétée (le plus souvent dans les textes). C'est le point où l'expérience vécue est transformée en un compte rendu abstrait qui déforme la réalité telle que vraiment vécue (Rankin, 2003). C'est pourquoi c'est l'abstraction de la réalité vécue qui est reconnue comme

vraie, même si elle s'éloigne du *travail* réellement effectué. L'analyse permet aussi de révéler des scissions telles que des incohérences, des différences entre la façon dont les informateurs parlent (*talk*) de leur travail et ce qu'ils font (*work*), ce qui suggère la présence d'un discours dominant qui transforme le travail accompli et l'expérience locale vécue en des abstractions qui déforment la réalité. L'identification de scissions révèle la présence de relations sociales devant être étudiées (Rankin, 2001).

L'identification des récurrences et des scissions a été effectuée en utilisant une codification permettant de les répertorier. De façon cohérente avec L'EI, les données ont été codifiées, non pas pour produire une théorie ou une représentation de l'expérience vécue, mais pour permettre l'identification des relations de pouvoir (Campbell et Gregor, 2002; Townsend et al., 2003). Ainsi, les verbatim, les notes d'observations et le journal de bord ont été codifiés afin de faire ressortir les lieux mentionnés, la récurrence de certains mots, certaines expressions et certains aspects du travail. La codification a pour but de repérer les récurrences et les scissions et de faire les liens entre les activités et leur coordination. Ainsi, la codification permet le repérage des types de travail, des tâches effectuées, des mots utilisés par les informateurs, des lieux, des processus, des politiques institutionnelles utilisées, des objectifs visés, etc., éléments utiles à l'analyse des liens entre le premier et le deuxième niveau. Elle doit permettre d'analyser, soit de tisser des liens entre les deux niveaux d'analyse. En conformité avec les fondements de l'EI, l'analyse a été accomplie avec le souci de préserver la présence des infirmières d'urgence (informateurs clés primaires) et d'éviter leur objectivation. De cette façon, la codification reprend les termes utilisés par les infirmières. L'analyse, en EI, accorde une grande importance à la préservation de la présence des infirmières (informateurs clés primaires). De ce fait, l'utilisation de concepts et d'une typologie théorique a été évitée lors de l'analyse, car leur utilisation risque de transformer l'expérience vécue (Devault

et McCoy, 2004, 2006). En plus, le journal de bord a été utilisé afin d'établir des liens entre les codes provenant des retranscriptions des verbatim et les grilles d'extraction de données provenant des documents (McCoy, 2006). La mise à jour périodique de ces liens a permis d'orienter la collecte des données et la révision des questions contenues dans les guides d'entrevue ainsi que la sélection des nouveaux informateurs clés. Enfin, nous avons procédé à l'assemblage de ce qui a été appris à propos des informateurs clés primaires en lien avec les objectifs de la recherche. À cette étape, des schémas ont été produits afin de relier les activités et les discours situés au niveau local avec les processus et les structures des niveaux macro et de situer les informateurs clés à l'intérieur des influences plus larges provenant des niveaux macro (Doucet et Mauthner, 2008; Rankin, 2017). Cette schématisation graphique a pour but de rendre visibles les liens entre l'expérience vécue par les infirmières et les diverses relations de pouvoir qui influencent le travail des infirmières (McCoy, 2006; Smith, 2006).

#### **4.6 Rigueur méthodologique**

En ethnographie institutionnelle, la rigueur méthodologique est atteinte lorsque le chercheur peut démontrer comment les événements s'organisent et surviennent dans le quotidien des personnes (Bisaillon, 2012). Ainsi, la rigueur méthodologique est assurée par le souci du chercheur à vérifier comment les actions sont accomplies et quelles sont les raisons (relations de pouvoir) qui coordonnent l'action (Smith, 1987). De façon générale, la rigueur méthodologique est assurée par les questions suivantes : est-ce bien comme ceci que cela fonctionne? Est-ce bien comme ceci que les actions accomplies sont justifiées? Bref, est-ce que la description et l'explicitation représentent bien comment ce qui se passe ici et maintenant est coordonné (Campbell, 2015)? De plus, les critères de crédibilité, de transférabilité, de fiabilité et de réflexivité assurent la rigueur méthodologique de cette recherche (Lincoln et Guba, 1985).

### *La crédibilité*

La crédibilité vise à assurer la congruence entre le portrait effectué par le chercheur et la réalité (Lincoln et Guba, 1985). La crédibilité de cette étude est assurée par le partage et la validation des données avec les participants, par la triangulation des sources de données, des méthodes et de l'analyse de données (Miles et al., 2013; Shih, 1998). La nature itérative du processus de collecte de données permet aussi de valider les interprétations et l'identification des relations de pouvoir auprès de divers informateurs clés. Enfin, une attention particulière a été accordée aux préconceptions de la chercheuse principale afin de permettre à la perspective des infirmières d'urgence d'émerger (Creswell et Miller, 2000; Lincoln et Guba, 1985; Marshall et Rossman, 2014).

### *La fiabilité*

Pour assurer la fiabilité, la chercheuse principale a tenu un journal de bord dans lequel ont été consignés des « *audit trails* ». Cet outil d'auditabilité contient les pensées et les descriptions détaillées des décisions prises au cours du processus de recherche. Il vise à garder une trace des méthodes utilisées (Lincoln et Guba, 1985; Polit et Beck, 2012). Ensuite, l'utilisation de bandes audio a permis de vérifier la qualité des transcriptions (Poland, 2003). En somme, les résultats émergents ont été partagés avec Dorothy E. Smith, Susan Turner et les superviseurs de thèse (Dave Holmes et Mélanie Lavoie-Tremblay) afin d'assurer l'ancrage empirique de l'analyse.

### *La transférabilité*

La transférabilité est un critère qui évalue la possibilité de transférer les résultats à d'autres contextes semblables. Dans le cadre de ce projet, la transférabilité est assurée par la description détaillée de l'échantillon et du contexte de l'étude et par la découverte des relations de pouvoir du macrosystème qui coordonne les activités des infirmières (Lincoln et Guba, 1985; Polit et Beck,

2012). De plus, en EI, la généralisation réfère à la capacité des forces institutionnelles (relations de pouvoir, *ruling relations*), qui organisent le monde social des personnes dans un lieu et un temps, d'influencer les actions de personnes situées dans des lieux et des temps différents. Cette coordination est effectuée par l'utilisation des textes et des discours de l'institution (*institutional ruling complex*) (Devault, 2006; Smith, 2005). Dans le chapitre 5, nous exposons comment les textes institutionnels découverts peuvent influencer le travail d'infirmières d'urgence situées dans d'autres lieux.

### *La réflexivité*

En EI, il importe que le chercheur identifie et soit conscient de son propre positionnement (*standpoint*) par rapport à ses informateurs clés primaires et à la problématique. La réflexivité est l'exercice qui permet au chercheur de s'inclure dans le processus de recherche afin de prendre conscience de l'influence de sa perspective, de sa position sociale, de ses valeurs, de ses croyances, etc., sur le processus de recherche (Campbell et Gregor, 2002; Walby, 2013). Il doit rendre sa présence visible. D'ailleurs, Diamond (2006) invite l'ethnographe institutionnel à considérer la collecte de données comme une expérience qui implique le chercheur. Le chercheur est donc encouragé à intégrer sa présence et son expérience dans l'analyse. Ainsi, l'expérience, les frustrations et les émotions ressenties face aux règles et pratiques qui organisent l'environnement de recherche deviennent des éléments moteurs de l'analyse (Diamond, 2006). Pour Smith (2005, 2006), l'expérience vécue constitue le point de départ de l'analyse et le point d'arrivée de celle-ci : il est donc possible que le chercheur, par sa présence incarnée (*embodied experience*) dans l'environnement de recherche, puisse procéder à l'ouverture de la brèche par laquelle l'organisation sociale peut être retracée. Pour Diamond (2006), l'expérience du chercheur avec le milieu de recherche est souvent escamotée alors qu'elle doit faire l'objet d'une attention

particulière dans le processus d'analyse. Le chercheur est donc invité à intégrer sa présence et ses réactions comme outils analytiques (Diamond 2006).

Comme nous l'avons mentionné au chapitre 1, la chercheuse principale est infirmière depuis plus de 20 ans et elle travaille actuellement comme infirmière dans un hôpital situé dans une autre région administrative que le milieu de recherche choisi pour cette étude. Elle a travaillé pendant dix ans dans une urgence, mais ne pratique plus dans ce milieu depuis neuf ans. Grâce à cette expérience, elle possède une grande connaissance de la pratique infirmière, de l'organisation des soins infirmiers en contexte hospitalier et à l'urgence (routines de travail, règles de soins, conditions de travail, politiques). Bien que ces connaissances constituent un avantage, cela place la chercheuse principale dans une position sujette à la capture institutionnelle (*institutional capture*). La capture institutionnelle désigne la situation dans laquelle le chercheur se fait piéger par l'idéologie de l'institution. Cette situation risque de miner l'analyse des données, car le chercheur soumis à la capture institutionnelle fonde, sans s'en apercevoir, son raisonnement sur les modes de pensées de l'institution, plutôt que d'après les données empiriques (Smith, 2005). La capture institutionnelle est surtout susceptible d'être présente lorsque « l'informateur et le chercheur sont tous les deux familiers avec le discours institutionnel, qu'ils maîtrisent. En conséquence, ils risquent, facilement, de perdre de vue le savoir expérientiel de l'informateur clé » [Traduction Libre] (Smith, 2005; p. 225). Pour éviter ce piège, la chercheuse principale a tenu un journal de bord dans lequel ont été colligées ses réactions et ses pensées relatives aux périodes d'observation et aux entrevues. Des notes réflexives ont aussi été rédigées lors de la première lecture des verbatim afin de porter une attention particulière à son interprétation des verbatim (Walby 2013).

Enfin, la chercheuse principale a assisté, pendant une semaine, à un séminaire de recherche en novembre 2018 avec Dorothy E. Smith et Susan Turner afin de discuter et de valider la qualité méthodologique des orientations analytiques de ce projet.

#### **4.7 Considérations éthiques**

Le protocole de recherche de cette étude a reçu l'approbation éthique des comités d'éthique du CHU participant et de l'Université d'Ottawa. Chaque participant a reçu une lettre d'information et les formulaires de consentement avant leur participation à cette étude. Tous les participants ont bénéficié d'un délai leur permettant de poser des questions et d'obtenir des réponses avant de signer le consentement et de participer aux entrevues. Tous les participants invités aux entrevues formelles ont donné leur consentement libre et éclairé avant le déroulement des entrevues, tandis qu'un consentement verbal a été obtenu pour les entrevues informelles. Une copie signée du formulaire de consentement a été remise à chaque informateur clé primaire (Annexe I) et chaque informateur clé secondaire (Annexe J). À tout moment, les participants ont eu la possibilité de se retirer de l'étude sans conséquence. Aucun ne s'est prévalu de cette option. De plus, avant le déroulement de l'entrevue, les participants ont été avisés de leur droit de refuser de répondre à certaines questions et de refuser l'enregistrement de leur entrevue. Un code d'identification permettant d'assurer leur anonymat a été attribué à chaque participant. Seul le code d'identification apparaît sur les transcriptions. Sophie Pomerleau est la seule personne ayant eu accès au cahier des codes qui permet d'identifier les participants de l'étude. Lors de la transcription des enregistrements audio en verbatim, toutes les données permettant d'identifier les participants ont été éliminées. Selon le type de fonctions occupées dans l'organisation de santé, certains participants auraient pu être facilement identifiés. C'est pourquoi, lorsque nécessaire, certains détails tels que le type de travail ou le lieu de travail ont été omis afin de préserver la

confidentialité. Tous les participants ont été informés des mesures prises afin d'assurer leur confidentialité. Tous les verbatim et documents écrits sont conservés dans un classeur fermé à clé situé dans le bureau fermé de la Pre Mélanie Lavoie-Tremblay à l'Université McGill. Les enregistrements et les verbatim seront conservés dans l'ordinateur de Sophie Pomerleau sécurisé par un mot de passe. Les enregistrements audio ont été effacés de l'enregistreur vocal sur lequel ils étaient aussi sauvegardés à la fin de cette étude. Les verbatim seront détruits (les documents numériques seront effacés et les documents papier seront déchiquetés) sept ans après la fin de cette étude. Les participants à cette étude n'ont reçu aucune compensation. Aucune donnée permettant d'identifier des patients ou des membres de leur famille n'a été recueillie.

## CHAPITRE 5

### Présentation des résultats

#### *Mise en contexte*

Ce chapitre présente les résultats de cette recherche qui vise à expliciter comment les diverses forces institutionnelles qui soutiennent l'utilisation des processus d'amélioration de la qualité influencent le travail des infirmières d'urgence. Il importe de mentionner que la configuration des lieux de travail dans lesquels évoluent les infirmières observées et rencontrées est le résultat d'une métamorphose radicale de leur espace de travail survenue trois ans avant le début de la collecte de données. Ainsi, l'aménagement des lieux physiques et les changements introduits lors de l'intégration de l'équipe de soins dans ces lieux sont le résultat de processus d'amélioration de la qualité implantés et identifiés par les infirmières ayant participé à cette recherche. Comme suggéré par Diamond (2006), au fil de l'analyse, j'ai porté attention à ma propre expérience de contact avec l'environnement de travail des infirmières, c'est-à-dire ma présence, mes réactions (émotions, préoccupations) et mes interrogations. À ce titre, au cours de l'analyse, je suis revenue à plusieurs reprises à mes premières impressions détaillées dans cette note d'observation, notamment parce qu'elles font échos aux propos des infirmières d'urgence rencontrées.

Je suis là debout dans le centre de cet immense département, l'espace est dégagé de part et d'autre. Je vois plusieurs portes de chambres fermées. Je vois des infirmières effectuer des va-et-vient entre les écrans d'ordinateur, les postes de distribution de médicaments situés au centre et retourner vers une chambre et puis disparaître dans la chambre lors de la fermeture de la porte de verre givré. De cette position, j'ai l'impression qu'il ne se passe rien. De mon emplacement, je ne vois que quelques écrans sur lesquels je reconnais une miniature d'un écran de monitoring, mais

les caractères sont si petits qu'il faut s'approcher pour pouvoir lire le rythme cardiaque, la saturation et la pression artérielle (Note d'observation, 2 mai 2018). Plus tard, j'écrirai dans mon journal de bord :

Je suis encore impressionnée par cet espace. Bien que j'aie travaillé près de 10 ans en soins d'urgence, j'ai la réflexion que, malgré mes connaissances des raisons de consultations à l'urgence, des soins et traitements offerts et d'une routine de travail que j'imagine similaires à ce que j'ai connu, j'ai de la difficulté à comprendre comment ces infirmières organisent leur travail dans cet environnement. Les dossiers des patients sont informatisés, mais l'espace central où je me trouve lors de l'observation ne me permet pas d'avoir un contact visuel sur les patients. D'ailleurs, toutes les portes des chambres sont fermées. De plus, les 3/4 de la surface vitrée des portes sont givrées. Toutes les portes sont munies d'un rideau qu'il est possible d'abaisser afin de cacher la partie de verre clair. Sur la plupart des portes, ce rideau est abaissé, ce qui ne laisse qu'une ouverture de 10 à 30 cm permettant d'apercevoir le patient. Seules les portes des salles de réanimation ne sont pas givrées, mais des paravents sont déposés entre les portes et les patients. Ainsi, d'où je me situe je ne vois pas les patients ni ce qu'effectuent les infirmières avec eux. Sur les écrans qui se trouvent en hauteur, on voit des rectangles de couleurs différentes. Je comprends que chacun de ces rectangles représente un patient. Je suis déstabilisée par l'aspect physique des lieux. Comment font-elles pour voir leurs patients, comment savent-elles ce qu'elles ont à faire? (Journal de bord, 2 mai 2018)

**Figure 1**

*Photo représentant une partie de la zone intérieure de l'urgence prise avant l'ouverture du département*



*Note.* Il s'agit de la zone nommée l'horizontal-2 avant l'installation du système d'information et de l'appliqué sur les portes. Reproduction autorisée. ©Claude-Simon Langlois.

Je constate que la configuration des lieux physiques du département m'intrigue et me déstabilise dès mon premier contact avec l'environnement physique où se déroule cette recherche. L'observation ne me permet pas de comprendre comment les infirmières organisent leur travail dans cette urgence. Au cours des entrevues et des discussions avec les divers informateurs, j'ai découvert que les éléments relevés lors de ce premier contact avec le milieu de recherche sont aussi des éléments soulevés par les infirmières rencontrées. Ainsi, la configuration physique de

l'environnement de travail, jumelée à la volonté d'assurer des soins de qualité constitue, les leitmotivs qui organisent le travail des infirmières et qui colorent l'ensemble de cette recherche.

### *Résultats*

Ce chapitre présente une description du travail effectué par les infirmières d'urgence dans leur environnement de travail et des aspects de leur travail relatifs à la qualité des soins qu'elles soulèvent. Ensuite, une description des diverses influences qui soutiennent les choix de l'aménagement des lieux physiques de l'environnement de travail des infirmières d'urgence est mise de l'avant. Enfin, ce chapitre explore les impacts de l'aménagement des lieux physiques de travail des infirmières d'urgence sur leur pratique.

## **5.1 Description du travail des infirmières d'urgence**

Cette section présente le travail accompli par les infirmières dans l'environnement physique de l'urgence. 1) Dans un premier temps, les données sociodémographiques des infirmières ayant participé aux entrevues sont présentées, 2) suivies de la description du travail des infirmières d'urgence dans cet environnement de travail où 3) elles cherchent à assurer la dispensation de soins de qualité et à positionner le patient au bon endroit.

### ***5.1.1 Données sociodémographiques des informateurs clés***

Dans le cadre de cette recherche, 99 heures et 40 minutes d'observation réparties sur les deux sites à l'étude entre le 2 mai 2018 et le 29 novembre 2019 ont été effectuées (Site 1 = 91h25; Site 2 = 8 h 15). Cette différence s'explique par le choix du fil conducteur suivi dans le cadre de cette recherche, soit l'aménagement physique des lieux de travail des infirmières. Au départ, le temps d'observation a été réparti équitablement entre le site 1 et le site 2. Toutefois, dès les premières entrevues les infirmières ont soulevé des aspects relatifs à leur environnement physique de travail métamorphosé. De façon récurrente, elles comparaient la situation actuelle (maintenant)

à celle qui prévalait « avant » leur intégration dans le nouveau département (site 1), et ce, même si les entrevues se sont déroulées trois ans après ce changement. Le choix d'investiguer la pratique des infirmières dans cet environnement a impliqué une plus grande présence au site 1 afin de comprendre comment le travail des infirmières y était orchestré. De plus, lorsqu'il est devenu clair que l'organisation du travail des infirmières dans un aménagement de travail *Lean* constituait l'élément central de cette recherche l'observation a cessé au site 2. Des entrevues ont toutefois été effectuées avec des informateurs clés secondaires issus du site 2. Ainsi, une part importante de cette recherche s'est déroulée au site 1. Les observations effectuées au site 2 ont surtout porté sur l'utilisation de l'outil informatique (même que le site 1) et la trajectoire effectuée par les patients. Les observations ont été effectuées sur les quarts de jour, de soir et de nuit. De plus, 18 entrevues formelles ont été effectuées, dont dix avec les informateurs clés primaires et 8 avec des informateurs clés secondaires. Les entrevues effectuées auprès des infirmières d'urgence se sont toutes déroulées à l'extérieur de leurs heures de travail. Ces entrevues sont d'une durée qui varie entre 32 et 108 minutes. De même, plusieurs entrevues informelles (25 informateurs clés primaires et 10 informateurs clés secondaires) se sont déroulées durant les périodes d'observation. Toutes les entrevues formelles ont été effectuées auprès d'infirmières travaillant au site 1. Toutefois, certaines infirmières (informateurs clés primaires) du site 2 ont participé à des entrevues informelles pendant les périodes d'observation. De plus, des informateurs clés secondaires provenant de ce site ont participé aux entrevues de deuxième niveau, car, au moment de la collecte de données, on planifiait une refonte complète de l'aménagement de l'urgence du site 2. Les résultats du questionnaire sociodémographique sont présentés au Tableau 1. Parmi les 10 infirmières (informateurs clés primaires) ayant participé aux entrevues formelles, neuf sont âgées de 30 à 39 ans; sept détiennent un baccalauréat; une infirmière a complété une maîtrise et

deux infirmières ont un diplôme de niveau collégial. Quatre infirmières cumulent moins de cinq ans d'expérience à l'urgence, cinq ont entre 5 et 9 années d'expérience et une infirmière travaille dans ce domaine depuis plus de 10 ans. Aucune donnée sociodémographique n'a été collectée pour les informateurs secondaires ayant participé aux entrevues. Cela dit, tous les informateurs secondaires occupent un poste, ou ont occupé un poste d'encadrement clinique ou administratif dans l'organisation ou au niveau régional. La majorité des informateurs clés secondaires (entrevues formelles et informelles) sont des femmes ( $n = 12$ ).

**Tableau 1**

*Caractéristiques des informateurs clés primaires (infirmière d'urgence) ayant participé à une entrevue formelle*

Infirmière	Sexe	Âge	Endroit formation initiale	Scolarité complétée	Nombre d'années d'expérience infirmière	Nombre d'années d'expérience Urgence	Domaines d'expérience en soins infirmiers
1	F	30-39	Québec	Maîtrise	5 à 9	5 à 9	Urgence
2	F	30-39	Québec	Collégial	5 à 9	5 à 9	Urgence, soins intensifs, soins de courte durée
3	M	30-39	Québec	Baccalauréat (Sc. infirmières.)	5 à 9	5 à 9	Urgence
4	F	30-39	Québec	Baccalauréat (Sc. infirmières.)	5 à 9	5 à 9	Urgence, chirurgie-onco, médecine
5	F	40-49	Canada (autre que Qc)	Baccalauréat (Sc. infirmières.)	Plus de 20 ans	10 à 19	Urgence, soins à domicile, soins de longue durée.
6	F	30-39	Québec	Baccalauréat (Sc. infirmières.)	1 à 4	1 à 4	Urgence, enseignement clinique (université)
7	F	30-39	Québec	Baccalauréat (Sc. infirmières.)	1 à 4	1 à 4	Urgence
8	F	30-39	Québec	Baccalauréat (Sc. infirmières.)	10 à 19	5 à 9	Urgence, soins de longue durée, chirurgie, médecine, clinique externe
9	F	30-39	Québec	Collégial	1 à 4	1 à 4	Urgence, gériatrie
10	F	20-29	Québec	Baccalauréat (Sc. infirmières.)	1 à 4	1 à 4	Urgence, transplantation

*Note.* Pour ce tableau, des numéros d'identification sont utilisés alors que des pseudonymes sont associés aux verbatim. Cette façon de procéder vise le maintien de la confidentialité des informateurs ayant participé à cette recherche.

### *5.1.2 Description du travail des infirmières*

Les extraits présentés dans cette partie proviennent de l'observation et des entrevues et visent à expliciter les aspects du travail quotidien des infirmières d'urgence reliés à l'aménagement de leurs lieux de travail et à la qualité des soins. Ainsi, on retrouve l'infirmière dans son espace de travail, dans ses actions et dans ses réflexions ancrées dans sa réalité : celle d'une salle d'urgence achalandée d'un centre urbain québécois. Cette description du travail effectué par les infirmières vise à découvrir les tensions (dissonances) présentes dans le quotidien des infirmières pour ensuite ouvrir l'analyse vers la découverte des forces institutionnelles qui influencent la qualité des soins prodigués par les infirmières d'urgence. Pour débiter, un extrait d'une note d'observation permet d'ouvrir la problématique de cette ethnographie institutionnelle. Ensuite, les lieux physiques dans lesquels travaillent les infirmières sont présentés ainsi que les actions (travail/work) qu'elles y accomplissent pour offrir des soins de qualité aux patients.

La problématique relative à l'organisation des lieux physiques de travail des infirmières de l'urgence est devenue visible à la suite d'un incident dont je fus témoin alors que j'amorçais une période d'observation près du poste de travail des ASI après avoir réalisé une entrevue formelle avec Laura. À ce moment, le pharmacien et quatre médecins et médecins résidents se trouvaient près de moi, tous rivés à leurs écrans d'ordinateur.

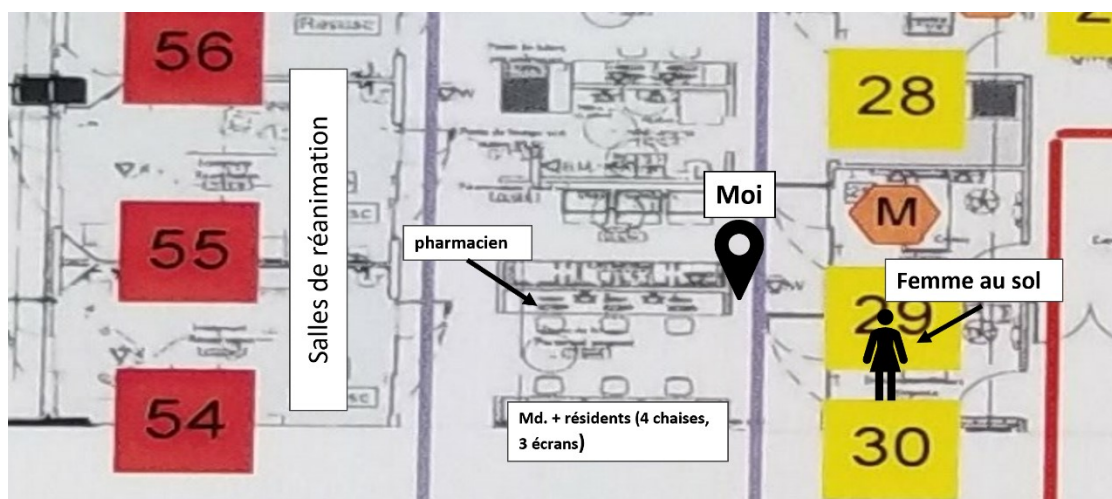
Je suis debout. [...] Tout à coup, j'entends crier : « Help! Help! ». Je ne vois rien. Personne ne réagit (médecins, médecins résidents, pharmacien). Je cherche, me retourne et m'avance devant la porte de chambre d'où semble provenir cet appel à l'aide. Il s'agit de la chambre qui se trouve juste derrière moi. Je regarde par l'ouverture de la fenêtre. Le rideau est baissé et ne laisse qu'une ouverture d'environ 30 centimètres pour apercevoir l'intérieur de la chambre. Je vois une femme âgée, cachectique au sol. [...] Personne ne réagit, je cherche à aviser quelqu'un. Juste à côté, les médecins et résidents demeurent assis et rivés à leurs écrans d'ordinateur. De leur emplacement, il est impossible de voir la femme qui se trouve au sol puisque la portion inférieure de la porte de la chambre est givrée. Je ne vois pas l'assistante ni aucune infirmière. Quelques secondes s'écoulent, je vois Laura passer. Je

l'interpelle et l'informe de la situation. Elle ouvre immédiatement la porte. Laura appelle de l'aide qui arrive très rapidement. (Note d'observation, 21 juin 2018)

Lors de cet incident, il a fallu que Laura ouvre la porte et appelle à l'aide pour que les médecins résidents qui se trouvaient tout juste à côté de la chambre de cette patiente se lèvent et entrent dans la chambre. Pendant qu'une activité évidente se déroulait dans la chambre de cette patiente, Kate, qui travaillait dans une autre zone de soins aigus, passa près de moi et me dit : « Tu vois, ce que je te disais ».

## Figure 2

*Schéma du positionnement des acteurs de la note d'observation du 21 juin 2018*



En me disant « Tu vois, ce que je te disais », Kate faisait référence à l'entrevue que nous avions eue quelques jours auparavant. Au cours de cette entrevue, elle se demandait qui avait eu l'idée d'aménager les lieux physiques de son environnement de travail de cette manière, car, à son avis, certains aspects de l'aménagement de l'urgence interféraient avec la surveillance et les soins requis par ses patients. Cela était particulièrement préoccupant pour les patients âgés.

**Kate** : La nouvelle urgence... C'est sûr, pour l'intimité des patients, c'est fantastique. Tu peux avoir des conversations privées. Vraiment, c'est du respect complet. Mais en tant qu'infirmière qui veut travailler... La façon comment c'est organisé [...] Ben là tu ne vois plus tes patients aînés... Qui ont peut-être de la démence, qui sont en train d'arracher des

choses [...] ou qui sont à risque de tomber. [...] Avant [quand l'urgence était configurée autrement] on les laissait à la vue, près de la station infirmière. Facile, au moins s'ils essayaient, on pouvait intervenir. Mais là, on est obligé de les attacher [...] je trouve ça vraiment... côté humain, j'aime moins ça [...] il y a beaucoup d'infirmières qui n'aiment pas ça attacher leurs patients pour ça.

Elle explique que les possibilités de surveillance sont problématiques pour d'autres types de problèmes de santé qui demandent une surveillance continue comme c'est le cas des patients qui consultent après une crise d'épilepsie.

**Kate :** Oui, c'est pareil pour les convulsions surtout. Parce que tu sais, tu vas avoir un patient qui est dans le coin, la chambre du coin en arrière, loin. Pis tu sais qu'il est à risque de convulsions : ben là, tu ne le vois pas!

Kate poursuit et explique que la majorité des espaces ne permettent pas d'effectuer une surveillance visuelle directe puisque les chambres individuelles dans lesquelles sont positionnés les patients ne sont pas visibles à partir des postes de travail des infirmières. De plus, les caractéristiques des portes réduisent les possibilités de surveillance visuelle, ce qui force les infirmières à recourir à d'autres moyens, comme celui de mettre les patients sous monitoring cardiaque ou de garder la porte ouverte. Selon Kate, l'aménagement actuel de son lieu de travail entrave la dispensation de soins de qualité adaptés aux besoins des patients.

**Kate :** En fait, ça ne dérange pas où il [le patient] est. À moins que tu sois à la station infirmière et que tu as le lit direct à côté au bout de ces stations. Tous les autres [patients] sont hors de ta vue à moins que tu marches en face de cette chambre et que ton patient a une convulsion à ce moment-là. Je veux dire, oui tu peux laisser la porte ouverte. Oui, tu peux le mettre sur le moniteur comme ça au moins s'il a une convulsion, il y a une alarme qui part. Comme ça, c'est sûr que s'il y a quelqu'un qui regarde l'alarme – [mais] si on est en *fatigue d'alarme*<sup>3</sup> [...] il y a des risques que ce patient-là peut être en convulsion longtemps avant que quelqu'un le réalise. Pis pareil avec les patients aînés. Quelqu'un peut tomber là.

---

<sup>3</sup> La fatigue attribuable aux alarmes « alarm fatigue » se produit lorsque les infirmières se retrouvent submergées par un grand nombre de signaux d'alarme dans leur environnement de travail. Cette exposition à de nombreuses alarmes peut entraîner une désensibilisation aux signaux d'alarme émis, ce qui risque d'entraîner un délai ou une absence de réponses aux alarmes déclenchées pour signaler des changements à la condition du patient. La fatigue attribuable aux alarmes est donc un phénomène qui peut compromettre la sécurité des patients (Sendelbach et Funk, 2013).

On a déjà trouvé des patients par terre et on n'avait aucune idée depuis combien de temps ils étaient là. [...] Il n'y a personne qui les a vus. La porte était fermée et si le rideau est fermé, ben là ça fait longtemps qu'on ne les a pas vus.

Elle considère que le nouvel aménagement de l'urgence nuit à la capacité des infirmières de surveiller leurs patients et qu'il rend impossible la surveillance collective de l'ensemble des patients comme cela était possible dans une autre forme de configuration physique des lieux de travail.

**Kate** : C'est sûr que ça [le nouvel espace] a amélioré beaucoup de choses, mais en même temps pour la sécurité des patients je dirais que... *your level of awareness* a changé. Parce qu'avant, tu mettais ces patients-là juste à côté de la station infirmière qui était tout ouverte. Si tu étais occupée avec quelqu'un, bien il y a quelqu'un d'autre qui voyait ton patient.

Kate illustre ici plusieurs éléments relatifs à l'aménagement physique de l'espace de travail qui influencent le travail des infirmières et les activités qu'elles effectuent afin d'assurer la qualité des soins prodigués. Elle explique que le nouvel environnement de travail entrave le travail de surveillance que doivent effectuer les infirmières pour assurer la sécurité de leurs patients. D'après Kate, plusieurs aspects de l'environnement de travail contribuent à ce problème. Ainsi, le confinement des patients dans des chambres individuelles dont les portes et rideaux sont tenus fermés (perte de la visibilité et de la perception auditive), la disposition des chambres par rapport aux postes de travail des infirmières et l'impossibilité de positionner certains patients près d'elles entravent la surveillance. Selon Kate, cela a des conséquences pour les patients puisque les caractéristiques physiques de ce département entravent la réactivité des soignants qui ne les voient pas et ne les entendent pas lorsqu'ils chutent ou convulsent. D'ailleurs, Kate explique que la surveillance collective, c'est-à-dire la capacité des collègues à surveiller de façon générale l'activité du département, est entravée par le fait que les soins infirmiers sont effectués à l'intérieur des chambres fermées. Ainsi, peu d'infirmières se retrouvent, au même moment, dans la zone

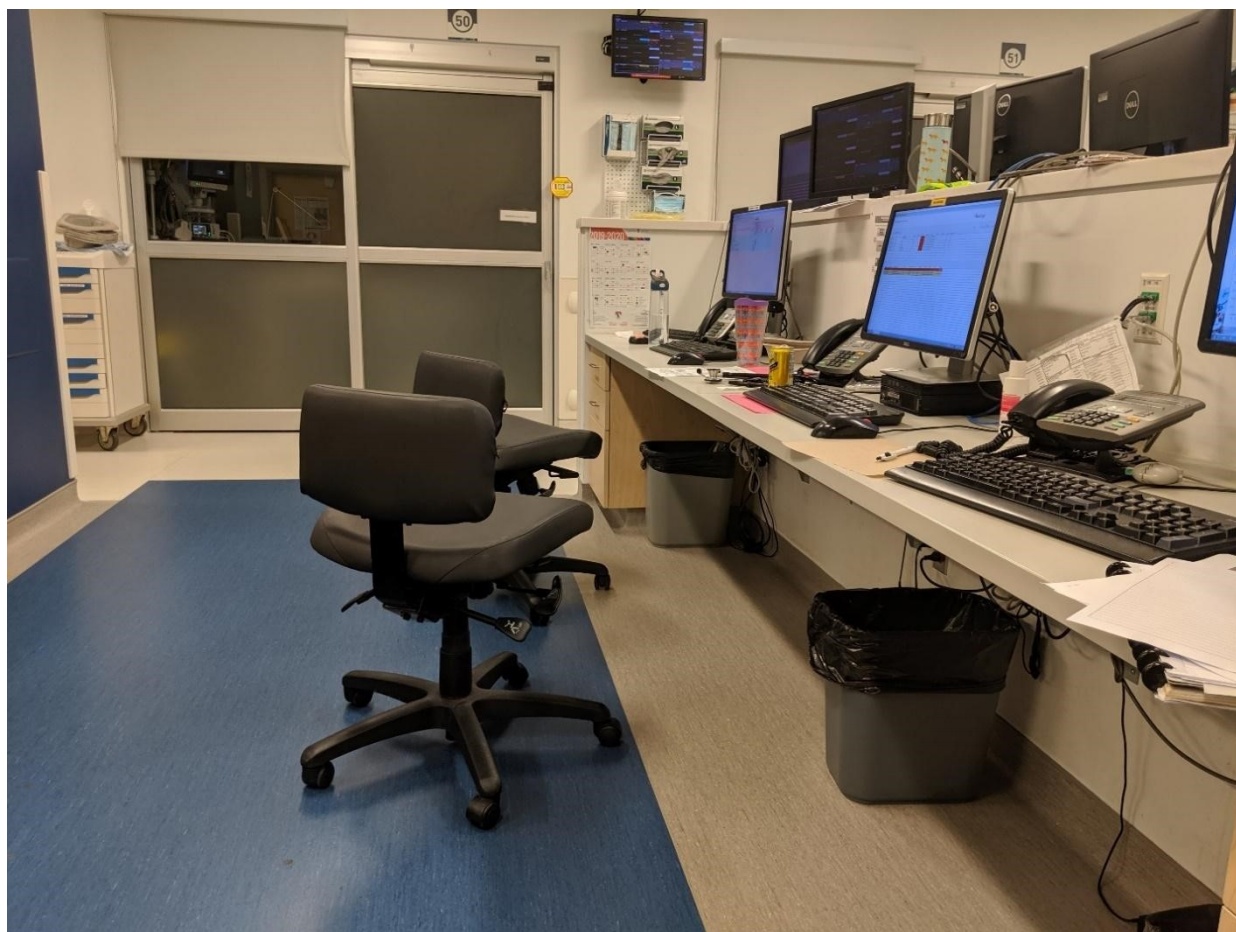
intérieure (*core*). Enfin, Kate explique que les infirmières posent des actions comme celle de placer les patients sur le moniteur ou de les attacher (application de contentions physiques) pour pallier ces difficultés. Ces éléments ont aussi été soulevés par ses collègues.

#### *Chambres individuelles*

Les chambres individuelles munies de portes givrées et tenues fermées sont identifiées comme un élément qui limite les possibilités de surveillance et de soins. Une fois placés dans ces espaces, les patients ne sont pas visibles à partir de la zone de travail des infirmières. Il est donc plus difficile de déceler les changements de leur état de santé ou les incidents. La Figure 3 présente une vue sur l'une des chambres à partir de la zone intérieure où se trouvent les postes de travail des infirmières. On constate que le patient qui se trouve à l'intérieur de la chambre n'est pas visible.

**Figure 3**

*Vue sur la chambre d'un patient à partir d'un poste de travail des infirmières situé dans la zone intérieure (core)*



Cette préoccupation est partagée par plusieurs infirmières, car les détériorations de l'état de santé des patients présents à l'urgence sont fréquentes, comme le mentionne Alicia :

**Alicia** : I mean we have a lot of sick people, so we usually have at least two decompensating every shift somewhere in our horizontal [section de l'urgence qui correspond aux soins aigus dans laquelle les patients sont placés dans des chambres individuelles et où le monitoring continu de leur condition est possible].

Aussi, le fait de ne pas pouvoir voir les patients lorsqu'ils se retrouvent dans leur chambre peut entraîner des conséquences pour les patients. Plus d'une infirmière a affirmé avoir retrouvé

des patients au sol au moment de l'ouverture de la porte, alors que Kate relate qu'il est arrivé de retrouver un patient décédé.

**Kate** : Il n'y a personne qui n'a rien vu. [...] Elle n'était pas sur le moniteur. Elle s'en allait. Elle était *discharge* [elle avait obtenu son congé]. Pis elle est décédée en attendant. Mais la porte était fermée. L'affaire [toile] était fermée. Il n'y a personne qui a vu. [Quand] l'autre *shift* est arrivé que les préposés sont rentrés pour faire leurs *rounds* [tournée]. Ils ont ouvert la porte pour faire le remplissage. Pis là, [...] elle ne se réveillait pas. [...] La dernière fois qu'elle avait été vue, c'est à la *round* de 1 h-2h [13-14h]. [Et là, il était] 3 h 30, ils commençaient leur tournée. On n'avait aucune idée [depuis] combien de temps. Je veux dire, ça ne faisait pas si longtemps que ça. Elle n'était pas raide et elle n'était pas bleue.

Bref, dans cette urgence, les infirmières se préoccupent de leur capacité d'assurer la surveillance de leurs patients isolés et placés hors de vue dans les chambres individuelles ainsi que de leur capacité à répondre aux besoins de leurs patients.

#### *Disposition des espaces de soins*

La disponibilité des espaces de soins dans l'horizontal [zone de soins aigus] ne permet pas toujours de positionner le patient au meilleur emplacement pour permettre à l'infirmière d'assurer une surveillance correspondant à ses besoins. Cet aspect a été soulevé pour les patients se présentant à l'urgence intoxiqués, confus ou souffrants de démence ou encore pour ceux ayant eu un épisode de convulsions. Dans ces cas, les infirmières ayant déjà travaillé dans une urgence offrant un autre type d'environnement physique se préoccupent de ne pas pouvoir positionner certains patients près d'elles. Elles mentionnent qu'auparavant, ces patients pouvaient être placés dans le corridor près des postes de travail des infirmières, ce qui permettait une meilleure surveillance et une capacité d'intervention plus réactive comme l'évoquent Érica et Maude.

**Érica** : Avant, les épileptiques nous les placions dans le couloir près du poste (des infirmières) pour pouvoir déceler le début d'une crise rapidement. Avec cette nouvelle configuration, il n'y a plus de possibilité de mettre des patients dans les corridors et les postes (des infirmières) sont décentralisés. Elle ajoute : « ce n'est pas idéal, on n'a pas vraiment de solution, mais nous n'avons pas eu d'incident ». (Entrevue informelle, 15 novembre, 2016)

De plus, la configuration des lieux de l'ancienne urgence permettait de mieux contrôler l'errance de certains patients puisque le positionnement des postes de travail des infirmières permettait d'effectuer une surveillance sur l'ensemble des patients placés dans une zone de soins et ainsi de superviser leurs allées et venues.

**Maude :** Tu sais avant dans la zone d'observation, oui, c'était un peu dément travailler là quand tu en avais neuf qui étaient bien confus, mais, au moins, tu sais ton poste était à côté de la porte. Ils ne pouvaient pas se sauver sans qu'on les voie.

Cette inquiétude est confirmée par l'informateur secondaire 4 qui affirme que des patients ont été perdus depuis l'ouverture de la nouvelle urgence. Dans ce cas, la fuite des patients est attribuée à l'absence d'un système permettant de barrer les portes de chambres donnant accès au corridor extérieur. L'absence d'un tel système combinée au fait qu'il est impossible d'observer en permanence les patients qui se trouvent dans les chambres a donc permis à certains patients souffrant de déficits cognitifs ou de problèmes de santé mentale de prendre la fuite par le corridor externe. Notons qu'aujourd'hui, seules quelques chambres sont munies de ce type de système de contrôle, car leur installation a été jugée trop onéreuse.

**Informateur secondaire 4 :** [au début,] c'était l'enfer parce qu'on avait demandé des locks on the doors from the outside. and it was too expensive, so they didn't gave us the locks. So les premières semaines on perdait les patients gériatriques. One ran near the highway, and another one ran away we lost 2 or 3 people, they just disappeared.

Le « *core* » désigné par Maude réfère à la zone intérieure où sont situés les postes de travail des infirmières et du personnel. Il s'agit d'un espace auquel les patients et leurs familles n'ont pas accès. Cette zone est identifiée sur la Figure 4 par des symboles d'accès interdit. Maude comme Kate affirment que peu de membres du personnel soignant sont présents, au même moment, dans la zone intérieure. D'après les infirmières, cet aspect est associé à des événements indésirables qui

pourraient être évités (chutes, fugues) si l'aménagement physique de l'urgence offrait un meilleur accès visuel aux patients ayant de plus grands besoins de surveillance.

**Figure 4**

*Plan de l'urgence indiquant les zones interdites aux patients et aux familles*



Du côté des soins ambulatoires (vertical) et des zones de soins ne disposant pas de moniteurs cardiaques (flex), les infirmières se soucient aussi de la proximité des patients et de leur capacité à les observer. Ainsi, les zones plus éloignées qui ne se trouvent pas directement sur le périmètre de la zone intérieure (core) sont identifiées comme problématiques. Les infirmières ont exprimé des préoccupations particulières relatives à la zone des fauteuils inclinables. Cette zone correspond aux espaces de soins désignés par la flèche rouge sur le plan de l'urgence (Figure 4).

Elle est située à l'extérieur du périmètre de la zone intérieure dédiée au personnel « core » et n'offre pas la possibilité d'établir un contact visuel direct avec les patients depuis les postes de travail des infirmières. De plus, comme le mentionne Nadine, l'état de santé des patients qui y sont placés n'est pas toujours stable. Il est fréquent qu'on positionne des patients qui auraient dû se trouver dans la zone de soins aigus, sur les fauteuils inclinables, car leur état de santé ne requiert pas un monitoring cardiaque. Cette zone est aussi parfois utilisée comme une zone de débordement de la zone des soins aigus (l'horizontal).

**Nadine :** J'ai appelé [la zone des fauteuils] le *trailer park* de l'urgence. Quand tu n'as pas de place ailleurs, tu les mets dans le *trailer park*. [comme pour] les patients MPOC [Maladie pulmonaire obstructive chronique] qui ont besoin de traitements, qui ont besoin de masques [d'oxygène] [...] on va les mettre dans des chaises [fauteuils inclinables], avec un 2 litres d'oxygène. Ils n'ont pas de cloche, ils ne peuvent pas t'appeler. Ils ne sont pas à la vue. Ce n'est pas idéal d'être là. Tsé, quand tu es dans une chaise sur 2 litres d'oxygène, pis tu as besoin d'aller aux toilettes. T'as pas de cloche. Sois tu enlèves ton oxygène pis tu marches jusqu'aux toilettes ou t'attends à *vitam aeternam* qu'il y ait une infirmière qui sorte pis qui passe, par hasard.

Nadine soulève qu'en plus de ne pas être visibles pour les infirmières, les patients placés dans cette zone ne disposent pas de cloche d'appel. Cette problématique a été soulevée par toutes les infirmières rencontrées en entrevue, comme dans cet extrait où Alicia s'inquiète de ne pas pouvoir répondre aux besoins des patients ainsi qu'aux normes de pratique professionnelle relatives à la surveillance des narcotiques.

**Alicia :** But sometimes you have patients that are quite sick, there too. The fact that they don't have a call bell. [...] it makes me nervous. Like, if I'm giving them a morphine or anything... It just makes me nervous if they are having pain they can't call us. I mean, il y a plein de traffic là-bas [il y a plusieurs personnes qui passent par-là], they at least can tell somebody. But it's just they should have a call bell. C'est pas tellement safe. [...] I don't know who thought about building that area... It's not very safe.

Ce type de préoccupation est aussi présente lorsque l'urgence est pleine et qu'on doit placer des patients dans des espaces non officiellement dédiés aux soins comme les salles de familles, les

salles de consultations et les bureaux initialement prévus pour les travailleurs sociaux et les psychologues. Habituellement, ces espaces ne sont utilisés que de façon ponctuelle. Par exemple, ils peuvent être utilisés pour permettre à un médecin d'effectuer une consultation et un examen médical avec un patient positionné sur un fauteuil inclinable ou attendant dans la salle d'attente. Toutefois, il arrive, lorsque l'urgence est pleine, que ces salles soient occupées plus longtemps par un patient afin qu'ils reçoivent des soins et des traitements. Ces espaces sont situés dans les zones dites « extérieures » de l'urgence comme c'est le cas pour la zone des fauteuils inclinables. Puisqu'ils ne sont pas situés dans le périmètre immédiat de la zone de travail des professionnels de la santé, ils ne permettent pas d'effectuer une surveillance visuelle des patients qui sont assignés à ces espaces. Ci-dessous, Julia exprime que le fait de placer les patients dans ces « aires de soins temporaires » n'est pas une situation idéale, car ces espaces ne sont pas dotés de cloches d'appel. Pour diminuer cet inconvénient, le personnel indique aux patients et aux familles d'appeler les infirmières par téléphone au besoin. Cela fait dire à Julia que ces patients obtiennent tout de même des « bons soins », car on leur a trouvé un espace pour les soigner.

**Julia :** Finalement, c'est des bons soins parce que le patient était content parce qu'on n'avait pas d'espace. Mais dans la salle familiale : « *prenez le téléphone. S'il y a quelque chose, appelez-nous* ». Mais, justement, donner un médicament sous-cutané, partir un litre de bolus, le patient est content de recevoir des soins, mais en même temps, dans ma tête, ça n'a pas de sens. [...] Ils sont loin. [...] Il n'y a pas de moniteurs, pas de cloches d'appel, il n'y a pas vraiment beaucoup de monde qui passe par là non plus.

En résumé, les infirmières soulèvent que certains aspects de l'aménagement des lieux physiques créent des obstacles à la surveillance que doivent effectuer les infirmières. Ainsi, les chambres individuelles, les portes et les rideaux tenus fermés, les espaces de soins situés hors de portée visuelle et jugés trop loin sont identifiés comme des obstacles qui peuvent nuire à la qualité et à la sécurité des soins qu'offrent les infirmières. D'ailleurs, elles attribuent certains incidents à

la configuration de leur lieu de travail et notent que l'aménagement de l'urgence, sans corridor, ne leur permet pas de positionner le patient à un endroit permettant de mieux l'observer. Par conséquent, l'absence de contact visuel direct sur le patient amène les infirmières à utiliser les outils technologiques mis à leur disposition pour assurer les soins et la surveillance de l'état de santé de leurs patients.

### ***5.1.3 Surveillance technologique***

Dans toutes les zones de cette urgence, on note la présence de nombreux écrans. Les outils technologiques font partie intégrante de l'aménagement des lieux physiques et ils sont indispensables à la réalisation des soins infirmiers. Les infirmières y recourent pour prendre connaissance des soins et traitements à réaliser pour leurs patients, noter la présence ou l'absence de leurs patients, prévoir leurs déplacements, effectuer le suivi du plan de traitement et de l'épisode de soins, rédiger leurs notes au dossier et assurer la surveillance de leurs patients.

#### *Prendre connaissance des soins à prodiguer*

Les infirmières utilisent la technologie pour connaître les soins et traitements qu'elles doivent effectuer. Une fois connectées, les infirmières consultent les écrans fréquemment pour s'informer des tâches à effectuer. Du côté de la zone des soins ambulatoires, les infirmières recherchent des rectangles rouges « boîtes rouges » sur les écrans. Ces boîtes rouges se situent sous la colonne des « *activités infirmières* » (Figure 5).

**Nadine :** J'ai mes boîtes rouges qui m'indiquent que j'ai une action à faire pis quand j'ouvre, ça me le dit. C'est facile de voir qui te l'a prescrit et quand ça a été prescrit. [La boîte rouge] ça me dit d'ouvrir et d'aller voir, ça me donne un indice qu'il faut qu'à quelque part dans mon temps je rajoute [cette tâche] dans ma liste des choses à faire [...] tu as le nom du patient, son âge, son numéro de dossier. Puis dans la même ligne j'ai « nursing activities ». [...] c'est soit vert [ce qui veut dire que] toutes les activités sont faites [...]. Et là, ça me dit, mettons zéro slash six [0/6]. Je sais que j'ai six activités qui s'en viennent dans les trois prochaines heures. [...] des fois, ça peut être treize. Et là, t'es comme : « Hiii! Je suis mieux de me dépêcher! ».

Nadine explique qu'elle consulte l'écran pour prendre connaissance des tâches à réaliser. Elle repère d'abord les « boîtes rouges », les ouvre les unes après les autres pour examiner ce qu'elles contiennent, c'est-à-dire les tâches à effectuer. Ce processus permet à l'infirmière de déterminer les tâches qui devront être faites en premier, d'organiser son travail et de déterminer si elle doit accélérer le rythme de travail. Ensuite, elle regarde pour quels patients les tâches doivent être réalisées. C'est donc le type d'activité à effectuer qui détermine quel patient sera vu en premier. Du côté de la zone de soins ambulatoires (le vertical), Alicia explique que l'écran sur lequel figure l'ensemble des informations utiles à son travail et surtout celles relatives aux « activités » à réaliser est pratique, car il permet l'organisation de son travail.

**Alicia** : you have to understand how Solurge<sup>4</sup> [the program] is working and [...], it's a much busier screen for flex and vertical but there's a lot more tasks because the doctors are constantly putting in bloods. Or you have all of your workouts to do in the waiting room that triage has put in. So, there's a lot of stuff.

Elle explique ensuite la routine de travail de la zone des soins ambulatoires. Ainsi, les infirmières amorcent leur quart de travail en procédant à l'évaluation des patients qui sont présents dans les chambres de la zone des soins ambulatoires. Elles tentent d'effectuer cette tâche avant que le médecin assigné à cette zone commence à évaluer des patients et à prescrire des tests et des tâches que les infirmières doivent réaliser.

**Alicia** : At first, you'll reassess your patients that are there from the nighttime. Then you have the time to go into your vitals actually talk to patients see things that are needed or anything like that but then as soon as the doctor gets in, then it starts to roll as he starts to see patients in there, in and out of the rooms. You are putting in IV's, you're doing blood work and while you do that you try to get a sense of your patients and what they need while you're doing your work. So, you take your blood. You have to multitask with them as much as you can.

---

<sup>4</sup> Système d'information de l'urgence

Elle ajoute que l'organisation du travail infirmier accompli dans cette zone s'effectue en fonction du nombre de tâches (activités) à réaliser qui apparaît sur les écrans plutôt qu'en fonction de l'attribution de patients à des infirmières. Ici, Alicia explique que les infirmières se répartissent le travail selon le nombre de patients à réévaluer et des tâches à accomplir.

**Alicia :** Okay this is what you have to do in Room 14, I'm going to go do 14. How about you do 11. [...] It's related to task. Flex and vertical is very task oriented. You know CT scans this is "quick people". These are like your [patient with a] kidney stone, your appendicitis is all these things are like their quick turnover patients.

On dégage de cet extrait que le travail réalisé du côté des soins ambulatoires (le vertical) est différent de celui effectué du côté des zones de soins aigus et que les tâches à réaliser sont le principal organisateur du travail infirmier. Alicia souligne la différence entre les patients de l'ambulatoire et ceux de la zone de soins aigus lorsqu'elle réfère au fait que ce sont des patients qui ne sont que de passage, qui « tournent rapidement » (quick patients). Cela signifie que le roulement de ces patients est plus rapide que celui des patients des autres zones.

La figure 5 présente un aperçu de l'écran des infirmières du vertical sur lequel les infirmières prennent connaissance de l'ensemble des patients ainsi que des tâches à effectuer sous la colonne « N. ACT » (*nursing activities*). Les tâches qui apparaissent en rouge sont celles à prioriser.

Figure 5

Exemple d'un écran fictif utilisé dans la zone des soins ambulatoires (vertical)

The screenshot shows a medical software interface with a patient list. The interface includes a top navigation bar with buttons like 'Disaster', 'Brief assessments: 4', 'Filter', and 'SIGN OVER TOOL'. Below this is a grid of patient information. A blue box highlights a column of red boxes, and a callout points to them with the text 'Boîtes rouges des activités à réaliser'.

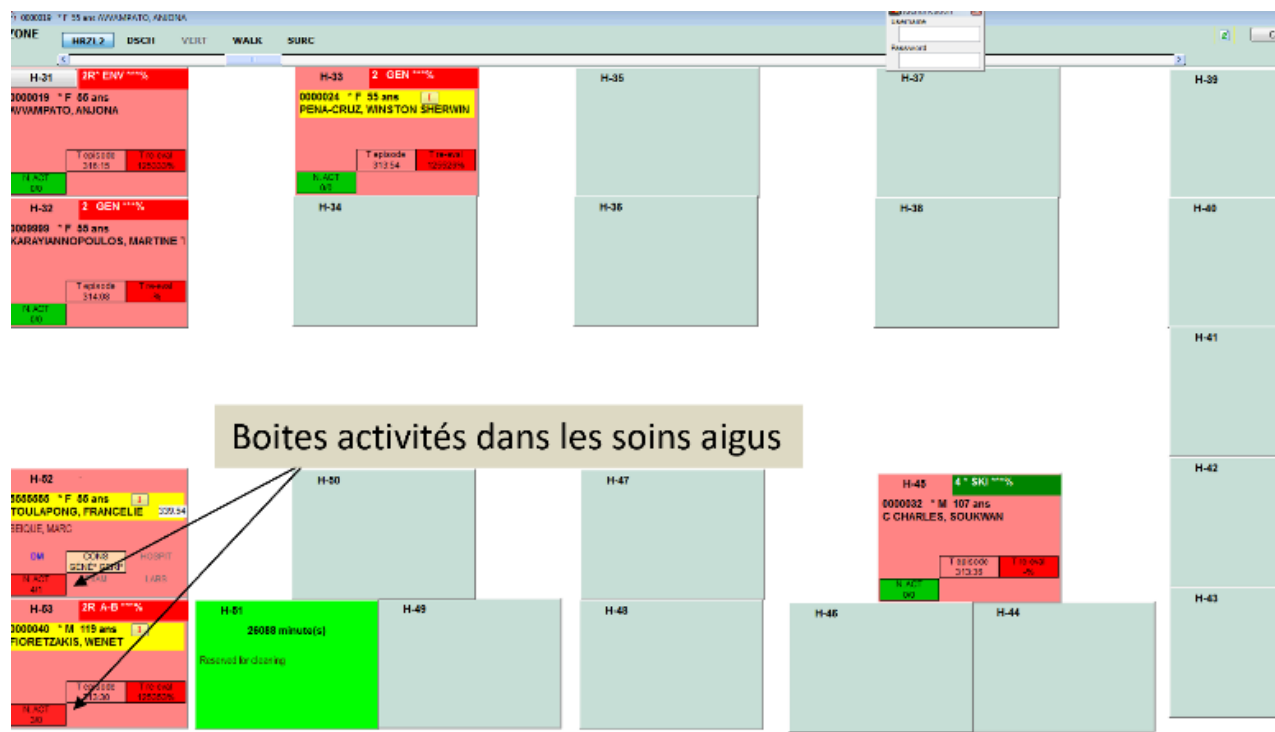
RA	Status	Dossier	Lastname, first	Noso/Alarms	Gender	Age	Prio	Delay	Complaint	Loc	MD	Consult	N	ACT	Radio/Elab	HospR	Since	Case	
		0 000 03			M	86	1	***%	CAR Cardiac arrest. Found by wife, no trauma	ZONE RSUS*				0/0				313.34	
		0 000 02			M	106	1	***%	CAR white phone. pt found in arrest by wife, no visible trauma. triage done in resus	ZONE RSUS*				0/0				313.32	
		0 000 00			F	109	1	***%	CAR Found in bed in cardiac arrest by wife	ZONE RSUS*				0/0				313.32	
		0 000 00			F	50	1	***%	CAR Arrived in cardiac arrest. Pt was found by wife, no trauma	ZONE RSUS*				0/0				313.03	
		0 000 01			F	55	2	***%	ENV	ZONE HRZL2*				0/0				316.17	
		0 009 998			F	55	2	***%	GEN Sent from ODC for chills, fever. Last chemo ten days ago.	ZONE HRZL2*				0/0					
		0 000 02			F	96	2	***%	GEN Referred by ODC. Chills and fever. NO SOB, no cough, mild diaphoresis.	ZONE WALK*				0/0					
		0 000 11			F	55	2	***%	GEN CC. Chills, fever, told by ODC to come to ED, no SOB, no cough. Skin warm, sl	ZONE WALK*				0/0					
		0 000 02			F	55	2	***%	GEN From ODC. Presents with Fever and diaphoresis.	ZONE HRZL2*				0/0					
		0 000 02			F	55	2	***%	GAS Flagged EMS on the street for abdo pain. Lower abdo pain R/T0 radiating to b	ZONE WALK*				0/0					
		0 000 02			M	55	2	***%	GAS Presents to ED with R/T0 lower abdo pain radiating to back. Abd distended and	ZONE WALK*				0/0				313.50	
		0 000 01			F	97	2	***%	A-B complaint of abdo pain, pt appears of abdo pain, dyspnea	ZONE WALK*				0/0				313.49	c01
		0 000 01			M	73	2	***%	GAS Paramedic states patient is an immigrant on welfare and abusing the system.	ZONE WALK*				0/1				313.45	c01
		0 000 04			M	118	2	***%	A-B Recent travel to Jordan 13 days ago. Cough with yellow sputum. SOB x3 days	ZONE HRZL2*				0/0				313.32	FE
		0 000 03			M	63	2	***%	A-B Recent travel to Jordan 13 days ago. Cough with yellow sputum. SOB x3 days with	ALK*				0/0				313.31	
		0 004 44			M	94	2	***%	A-B Cough with yellow sputum, chills and SOB x3 days. Decreased AEB.	ZONE WALK*				0/0				313.30	
		0 000 05			M	118	2	***%	GAS new R/T0 L1 flank pain radiating to groin. Started suddenly 3hrs ago, diaphoresis	ZONE WALK*				0/0				313.24	
		0 000 06			M	55	2	***%	GEU Left flank pain, stabbing radiating to groin. R/T0 started 3h ago. NO dysuria. Sli	ZONE HRZL1*				0/0				313.23	c01
		0 055 55			F	107	2	***%	GEU L flank pain, stabbing, started three hours ago. Appears diaphoretic, nauseate	ZONE HRZL1*				0/0				313.20	c01
		6 666 66			F	119	2	***%	A-B Coughing with yellow sputum and SOB x 3 days with chills. Recent travel to Jor	ZONE HRZL1*				0/0				313.01	
		0 000 77			F	92	3	***%	CAR From CLSC Covidish, walking, alone CC, C/O of L. calf pain x 2 days call swd	ZONE HRZL1*				0/0				313.31	
		0 000 03			M	97	4	***%	CAR from CLSOL Covidish with complaint of Swollen, painful and warm calf. Ambul	ZONE HRZL1*				0/0				313.43	
		0 000 02			M	97	4	***%	SKI Eaten by dog in backyard. Visible teeth marks on L forearm, no bleeding. ** en	ZONE HRZL1*				0/0				313.38	
		0 000 03			M	107	4	***%	SKI Eaten by a dog while picking up garbage. Teeth marks x3 on left forearm. NO or	ZONE HRZL2*				0/0				313.38	
		0 000 04			F	74	4	***%	SKI Bit on forearm by dog. Redness and tenderness. no active bleeding	ZONE WALK*				0/0				313.38	
		0 000 06			F	92	4	***%	ENE Lt earache and decreased hearing x3 days post swimming in lachine canal.	ZONE WALK*				0/0				313.19	
		0 033 33			F	81	4	***%	ENE ROEC. Left earache 3/10 x 3 days. Decrease audition, started after swimming i	ZONE WALK*				0/0				313.19	
		0 005 55			F	97	4	***%	SKI CC: Was bite by a dog in the backyard while she was picking up garbage. Tee	ZONE WALK*				0/0				313.18	
		0 000 00			M	55	4	***%	ENE L ear pain + decreased audition x 3 days after swimming in Lachine Canal	ZONE WALK*				0/0				313.16	
		0 000 00			F	55	4	***%	A-B paraplegic, wheelchair bound arrives with sudden onset SOB + feeling weak. d	ZONE WALK*				0/0				313.03	c01

Dans les zones de soins aigus (horizontal et de réanimation), « les boîtes rouges » sont localisées sur un rectangle correspondant au patient. La Figure 6 présente un écran fictif de la section horizontale 2 (H2). Plusieurs infirmières ont relaté le caractère pratique de ces boîtes puisqu'à partir de cet onglet il est facile de retrouver plusieurs informations. Dans cet extrait, Julia explique qu'il est possible de suivre les diverses interventions réalisées et planifiées pour un patient.

**Julia :** C'est quand qu'on ouvre notre boîte du patient sur l'ordinateur. Fait que c'est là que j'ai tous mes médicaments que je peux aller cliquer. Puis ça, c'est génial. T'as aussi une prise de sang à faire, c'est là. Dans le fond, tout ce que tu as à faire est là-dedans. [...] Fait que c'est comme tout rapatrié sur ton p'tit carré qui dit le nom du patient, l'âge. *Right click* [clic droit], tu peux voir les résultats de laboratoire, après ça, tu peux voir aussi les examens qui sont cédulés [prévus], qui sont rentrés.

Figure 6

Exemple d'un écran fictif représentant l'occupation des espaces de soins pour la zone l'horizontale 2 (HRZL-2)



### Prendre connaissance de l'environnement de travail

De plus, les écrans contiennent les informations qui indiquent le statut de l'occupation des chambres. Les infirmières peuvent y suivre les allées et venues de leurs patients dans le département. À plusieurs reprises, j'ai observé des infirmières interrompre promptement leur travail pour se diriger ensuite dans une chambre de patient sans qu'il me soit possible de comprendre ce qui avait permis à l'infirmière de réorganiser la priorité des tâches à effectuer comme je le relate d'ailleurs dans cet extrait du journal de bord.

L'infirmière de la réanimation est devant son poste de travail. Alors qu'elle m'explique sa routine de travail. Tout d'un coup, elle s'interrompt et elle me dit : « il faut que j'y aille, je dois aller voir mon patient dans le 56 ». Elle se dirige alors vers la chambre 56. (Note d'observation, 20 juin 2018)

Plus tard, l'infirmière m'a expliqué qu'elle a su que son patient, qui était parti à un examen, était de retour parce qu'elle a constaté que la case le représentant à l'écran avait changé de couleur. Ainsi, des codes de couleur permettent de suivre les événements qui se déroulent dans les chambres. Par exemple, ces couleurs permettent d'aviser l'infirmière qu'un nouveau patient lui a été attribué. Au début de chaque quart de travail, les infirmières sont affectées à des numéros de chambre. Ce sont donc les numéros de chambre qui déterminent quels patients sont confiés aux infirmières. La Figure 7 présente un exemple de la répartition des infirmières. On voit que les infirmières sont réparties par zone et qu'ensuite des numéros de chambre leur sont attribués. On constate qu'une section de l'horizontal-2, la section C, a été fermée et répartie aux quatre infirmières affectées à l'horizontal-2. Les numéros de chambre appartenant à la section C sont encadrés.

Figure 7

Exemple d'une feuille de répartition des infirmières et des préposés aux bénéficiaires pour un quart de travail de soir

**DISCHARGE #4**

DATE: JUL 25 2010 SHIFT: EVENING

AREA	NURSE	AREA	NAME
AIN/NIC 1		NURSES VERT	
AIN/NIC 2		ANALYSTS CHECK	
PRE TRIAGE/ Screening		FLOAT NURSE	
TRIAGE 1		PAB VERT	
TRIAGE 2		NURSES FLEX	
FLOAT PAB AMB (10h-18h)		PAB FLEX	

AREA	NAME	PATIENT
NURSES: RESUS 54 & 55		
54 & 55 Narcotic Count Accutase Check		
PAB: RESUS		
NURSES: HRZL 1 23 TO 30		
PAB: HRZL 1		
NURSES: HRZL 2 Accutase Check		
31 TO 53		
FLOAT NURSES: HRZL (08:30-2:05:2)		
FLOAT PAB: HRZL (2:1h-19h)		

NOTES:

Bien qu'il soit possible de voir l'ensemble des chambres sur certains écrans, les infirmières portent surtout attention aux cases qui représentent les patients situés dans les chambres dont elles ont la responsabilité. Donc, l'infirmière consulte fréquemment les écrans, visibles à plusieurs endroits dans l'urgence, pour s'informer des changements ayant lieu dans sa section grâce à des codes de couleur associés aux actions effectuées avec le patient. Ces codes de couleur permettent aussi de suivre la trajectoire de soins du patient. De cette façon, lorsque la case (rectangle) d'un patient est rose, l'infirmière sait qu'un nouveau patient vient de lui être confié, qu'il se trouve dans la chambre et qu'elle doit aller faire l'évaluation initiale. Ensuite, pour commencer les soins et prendre connaissance des tâches à réaliser, elle doit obligatoirement se connecter. Par cette

opération, la « prise en charge » du patient par l'infirmière est reconnue et le rectangle associé à ce patient devient orange. Par la suite, lorsque le médecin se connecte à son tour pour évaluer le patient, le rectangle devient blanc. Il est donc possible de suivre les principaux événements qui marquent l'épisode de soins du patient à l'urgence grâce aux codes de couleur. Ci-dessous, Alicia, explique comment elle constate qu'un nouveau patient est présent dans sa section. On comprend aussi que l'affectation de nouveaux patients aux infirmières se fait quasi entièrement de manière technologique et qu'il appartient à chaque infirmière de surveiller les écrans afin de prendre connaissance des nouveaux patients qui lui sont confiés.

**Alicia** : it's a different color on your board. You'll see it will be pink and as soon as you [nurse] sign up it goes orange. And then when the doctor signs up it goes white. [...] Normally they [nurse in charge] won't tell you, [you have a new patient] unless the patient is sick or there is something specific. They won't tell you because it's up to you. It's your responsibility to know that you're going to get someone else if you have an empty room. [...] You know someone will be there, so you keep an eye on the screen.

Les informations présentées sur les écrans informent aussi de la situation globale qui prévaut à l'urgence. On y retrouve les informations relatives au nombre de patients en attente d'une civière, le taux d'occupation, les délais d'attente. Ainsi, l'infirmière sait, lorsqu'un patient de sa section obtient son congé, que celui-ci sera rapidement remplacé. Julia évoque que cette information, visible par tous, ajoute parfois de la pression à l'ensemble de l'équipe.

**Julia** : S'il [un patient] a son congé, après ça tu t'attends d'en avoir un autre. [...] Dans le *walk-in* [une zone du programme informatique identifiée par le mot « WALK »], les patients qui sont alignés en [couleur] saumon ils attendent d'être dans le H [horizontal]. Tu peux le savoir un peu à moins que [...] l'infirmière en charge a décidé de t'envoyer un patient qui sort de la réanimation. [...] Souvent, tu te prépares. Des fois, tu le vois sur le *board* [tableau de bord visible sur les écrans qui donne une vue d'ensemble des patients]. Souvent, on sent la pression surtout quand il y a comme dix patients qui s'accumulent en avant. [...]. Il y a comme [...] une tension.

Julia explique que l'infirmière est informée qu'un nouveau patient est arrivé dans l'une de ses chambres lorsqu'elle remarque un rectangle de couleur rose saumon à l'endroit correspondant

à l'une des chambres dont elle assume la responsabilité. La Figure 8 illustre la vue d'ensemble qu'offrent les écrans. Les infirmières de la zone de soins aigus (horizontal et réanimation) peuvent y voir les patients en attente d'un espace de soins dans les soins aigus et avoir un aperçu de l'occupation de l'ensemble des chambres de cette zone de travail. Chaque rectangle de couleur représente un patient.

### Figure 8

*Écrans de la zone des soins aigus (horizontal) disposés au-dessus des portes des chambres des patients*



### *Surveillance technologique de la condition des patients*

Puisque les possibilités de surveillance visuelle des patients sont compromises par certaines caractéristiques de l'espace physique (caractéristiques des chambres et leur disposition dans

l'espace), les outils technologiques sont utilisés pour pallier cette difficulté. Les infirmières ont expliqué qu'il leur arrivait de placer des patients sous monitoring cardiaque, car il est impossible de positionner un patient dans un espace permettant sa surveillance directe. Ainsi, durant une période d'observation, Alicia explique qu'il lui arrive de placer des patients arrivés après une crise d'épilepsie sur le moniteur cardiaque. De cette façon, si un nouvel épisode de convulsions se produit, les mouvements anormaux du corps du patient devraient provoquer de « faux » changements des motifs du tracé cardiaque qui provoqueront le déclenchement des alarmes. Cette stratégie est aussi utilisée dans d'autres types de situations comme l'exprime Sara : « On peut les mettre sur les moniteurs cardiaques si on est préoccupées. Puis, c'est à la station d'infirmières, quand il y a des anomalies, ça va sonner ».

En résumé, les infirmières ont évoqué que les écrans leur permettent de prendre connaissance de l'occupation de leurs chambres et des soins et traitements à prodiguer à leurs patients. Or, avant d'apparaître à l'écran, ces patients ont été évalués par les infirmières assignées au triage dont la tâche consiste à évaluer le patient et à le diriger vers la zone de soins correspondant à ses besoins de santé. De ce fait, une part du travail des infirmières consiste à assigner les patients à des espaces de soins appropriés.

#### ***5.1.4 Positionner le patient***

Lorsqu'elles évoquent le travail qu'elles effectuent au triage, les infirmières expliquent comment la disponibilité des espaces de soins du département et la logistique relative à l'organisation du travail de l'urgence influencent le travail d'assigner le patient dans un espace de soins. Assurer le positionnement des patients dans les espaces de soins est un aspect important de la tâche de l'infirmière assignée au triage puisqu'il s'agit d'une condition pour que celui-ci puisse

être vu par un médecin. De plus, l'infirmière doit attribuer les espaces de soins selon les règles d'utilisation appropriée des espaces de soins qui prévalent dans ce département.

Tous les patients qui se présentent à l'urgence doivent, dans un premier temps, être évalués par l'infirmière du triage avant d'être dirigés vers un espace de soin. L'ensemble des rôles assumés par les infirmières de l'urgence est présenté à l'Annexe R. Lors du triage, l'infirmière procède à l'évaluation des patients, leur attribue un code de priorisation et détermine le secteur dans lequel ils seront évalués et traités par un médecin. Dans cet extrait d'entrevue, Rachel expose son raisonnement et ses préoccupations lors de l'amorce de l'évaluation d'un patient au triage :

**Rachel :** So I listened to them [patient]. I don't usually write at the same time. So, [...] I'm sitting there and the patients is right there and I say: » OK , *what brings you here today*” and then I'm already scanning scanning scanning and then I sort of just lean in and I just listen to them. But in the back of my mind, I'm already thinking sort of like, where can I put this patient?

Ainsi, pendant qu'elle ouvre le dossier afin de procéder au triage, l'une des préoccupations de l'infirmière du triage consiste à déterminer vers quelle zone de soins diriger la personne immédiatement après l'évaluation. Rachel explique, ensuite, qu'il est assez simple de déterminer si un patient doit être dirigé vers la zone civière (soins aigus) ou la zone de la salle d'attente (soins ambulatoires).

**Rachel :** For the most part they're fairly like straightforward. I mean, I think about the unit as if it was a blank slate. Like in the ideal emergency department, where would I put this patient if I had all the stretchers in the world, all the rooms in the world to put them in. So that's how I look at their triage. That's how I triage them regardless of how I know their trajectory is gonna look like. So, there are actually only two ways they can go. They can go on a stretcher or they can go back to the waiting room. That's it. So, for someone who needs to go on a stretcher [...] they need to be acutely ill and they need to be acutely suffering. Versus someone whom I think technically could have gone to the clinic.

Rachel mentionne qu'il est facile de déterminer vers quelle zone diriger un patient, car il n'existe que deux destinations où assigner les patients : « civière » ou « salle d'attente ». Ces

appellations correspondent aux deux options qu'il est possible de sélectionner dans l'onglet « destination après triage » qui figure sur l'écran lors du triage (voir Figure 9). De plus, on comprend qu'il existe certains critères à l'attribution des civières et que la disponibilité de celles-ci influence l'attribution des espaces de soin.

**Rachel :** You have different destinations on your triage and you can either put them on a stretcher, or the waiting room: waiting room meaning like they are an ambulatory patient. So those are the two destinations.

**Figure 9**

*Écran de triage tiré d'un document de formation*

*Destination civière, destination salle d'attente*

Les infirmières expliquent que lors de l'attribution de la destination, elles tentent de déterminer le besoin de surveillance continue (avec ou sans monitoring cardiaque) et d'anticiper

la trajectoire qu'effectuera le patient au sein de l'urgence. Les patients dont la condition de santé risque de nécessiter un séjour prolongé à l'urgence ou une admission à l'étage se voient attribuer la destination « stretcher » [civière] dans l'onglet destination. Ceux-ci sont ensuite dirigés vers les zones de soins aigus (horizontal ou réanimation) comme l'explique Laura.

**Laura :** Est-ce que c'est un patient qui risque de rester plusieurs jours, qui risque d'être admis pour son problème de santé [...] puis qui va nécessiter des investigations puis tout? Ça, tu le vois quand tu fais ton triage. [...] Ça va avec ton jugement clinique, tes expériences, mais une patiente de 92 ans qui est tombée. Elle a mal au dos, sa jambe est enflée, elle est restée 6 heures sur le plancher. Elle habite toute seule. Elle a un début de démence. Ben tu vois que cette patiente-là tu pourrais la mettre dans la zone flex où il y a les civières, mais ce n'est pas une bonne idée. C'est préférable de la rentrer dans l'horizontal parce que tu sais que c'est une patiente qui va rester là longtemps. [...] Donc, elle ne peut pas rester [dans le vertical]. Elle va bloquer une chambre, une civière dans le flex, si tu la mets là.

D'après Laura, l'infirmière doit tenter d'anticiper les besoins de soins et d'hospitalisation d'un patient lors de l'évaluation initiale effectuée au triage. Dans cet extrait, on voit apparaître deux préoccupations qui entrent en considération lors du triage soit celle liée au positionnement du patient à la « bonne place » et celle d'éviter de bloquer une chambre. Si la première considération semble répondre à des objectifs cliniques comme positionner le patient dans un endroit permettant d'assurer des soins et des traitements appropriés à sa condition de santé, la deuxième (ne pas bloquer une chambre) semble répondre à d'autres impératifs. Par ailleurs, lors du triage, il existe une troisième option de destination soit celle de la réorientation. Dans ce cas, le patient qui se présente à l'urgence est évalué par l'infirmière. Après l'évaluation, et si la condition de santé du patient le permet, l'infirmière lui propose une réorientation, c'est-à-dire d'être dirigé vers une autre ressource comme une clinique médicale spécialisée du centre hospitalier ou encore vers une clinique médicale externe. Dans les deux cas, la réorientation sera consignée au dossier de triage.

**Maryse** : On essaye d'en réorienter puis certain jour, on réussit à en réorienter plusieurs. Parfois moins. Des fois, c'est parce que ce n'est pas des candidats qui rentrent dans les critères. Faut qu'ils rentrent dans les critères. Faut que le patient accepte.

Donc, trois possibilités de destinations peuvent être sélectionnées par l'infirmière de triage. Elle peut orienter le patient qu'elle vient d'évaluer vers la salle d'attente, une civière ou des services médicaux localisés à l'extérieur de l'urgence. On remarque que des considérations autres que cliniques (état de santé du patient) entrent dans la prise de décisions relatives à l'orientation des patients lors du triage. Parmi celles-ci, la notion d'un positionnement approprié (optimal) est évoquée. Les références au bon positionnement des patients sont aussi décrites par les infirmières assignées aux autres zones de l'urgence.

*Disponibilité des espaces de soin et recherche d'un espace*

Dans l'extrait d'entrevue présenté précédemment (p. 129) Rachel explique que, dans un département d'urgence « idéal » où la disponibilité des civières est toujours assurée, l'attribution d'un espace de soins correspondant aux besoins de santé du patient est un exercice simple. Or, dans la réalité quotidienne, la congestion de l'urgence crée un problème de disponibilité chronique des civières. Cela complique alors l'attribution d'un espace de soins et de traitements appropriés. Le problème de non-disponibilité des civières pour les nouveaux patients est évoqué par plusieurs infirmières.

**Maryse** : Parfois, c'est tellement plein qu'on est congestionné, qu'on a de la misère à fonctionner. Les patients sont dans la salle d'attente. Ils devraient être des patients pour civière parce qu'ils sont assez malades et ils attendent sur des civières dans la salle d'attente pendant des heures, et des heures parce qu'il n'y a pas de place [...]. Quand l'horizontal est plein, et il n'y a pas de place, on met les patients sur l'écran dans la section *Walk-in* [...]. Ça, c'est des patients qui sont en attente d'une civière dans l'horizontal [zone de soins aigus], mais il n'y en a pas de disponible.

Ici, Maryse réfère à la situation où il n'y a plus d'espace avec civières disponibles (patient-civière) dans la zone de soins aigus (horizontal). Lorsque cela se produit, les patients déjà évalués

par le triage et en attente pour un lit dans la zone de soins aigus [horizontal] sont placés virtuellement dans une section du programme informatique. Ce placement virtuel permet de rendre visible, sur des écrans, l'ensemble des patients qui attendent pour une place dans la zone de soins aigus (horizontal). Ainsi, chaque patient en attente est représenté par un rectangle rose saumon. Ces rectangles s'alignent sur des écrans qui sont fixés en hauteur aux murs et visibles à l'intérieur du département d'urgence (Figure 8). Conséquemment, toutes les infirmières qui travaillent dans l'urgence savent qu'il y a des patients qui attendent qu'une chambre se libère.

**Élise :** Il y a une section de notre système informatique où on met les noms des patients qui attendent des civières ou des moniteurs cardiaques [et] qui ont besoin d'être couchés parce que ce n'est pas des patients ambulatoires. Par contre, il n'y a pas de place [...]. So, you can see those names building up like more and more names that come in that section. [Lorsqu'] il n'y a pas de place, on va les mettre dans ce système, cette place virtuelle. It forms a line and that line is prioritized with the triage system. So, you can tell when your patient is discharged there's gonna be someone immediately coming in.

Lorsque l'urgence déborde et que toutes les civières de la section des soins aigus sont occupées, les patients destinés à cette zone de soins sont installés sur une civière dans la salle d'attente dans une zone concomitante au triage. Cet emplacement n'est pas visible pour les infirmières assignées au triage ni par les infirmières travaillant à l'intérieur. Les patients placés dans cette zone d'attente demeurent sous la responsabilité partagée de l'infirmière du triage, l'infirmière du prétriage et de l'infirmière volante jusqu'à leur prise en charge, c'est-à-dire leur attribution à une infirmière et à un médecin. Plusieurs infirmières ont évoqué que cette situation est fréquente et que ces patients peuvent attendre pendant plusieurs heures.

**Nadine :** [Quand] on n'a pas de [place dans le H], on n'est pas capable de rentrer des patients c'est vraiment difficile. [...] c'est quasiment toujours plein. Les patients ne sortent pas de l'urgence, ils ne montent pas sur les étages. Facqu'on n'est pas capable de rentrer des nouveaux patients. Quand je suis au triage, des fois, j'ai 4-5 patients qui sont couchés sur des civières en avant du triage qui attendent pour une chambre. Pis des fois, c'est des délais de 4-5-6 heures [...]. La personne qui les réévalue c'est l'infirmière du prétriage : quand

on en a une. Puis, il y a l'infirmière qui va faire les prises de sang, ça va être la *float*, quand on en a une et que ça va bien.

Tant qu'ils se retrouvent dans la salle d'attente, les patients ne seront pas affectés à une infirmière ni vus par un médecin. Toutefois, l'infirmière volante [*float*] pourra procéder à l'exécution des ordonnances collectives sélectionnées par l'infirmière du triage lors de l'évaluation du patient. Lorsqu'elles parlent de leur travail au triage, plusieurs infirmières ont évoqué se préoccuper des patients en attente et plus particulièrement de ceux qui se retrouvent en attente d'une civière dans la zone des soins aigus. Les infirmières mesurent le poids de leur responsabilité envers les patients qu'elles ont évalués, surtout quand l'attente pour une prise en charge médicale est excessivement longue. Les infirmières affirment que cette situation est dangereuse, conséquemment, elles jugent à certains moments que les responsabilités qui leur incombent au triage sont insoutenables.

**Benoit :** Je te dirais qu'au triage c'est, de loin la place où moi je me sens le plus [conscient de mes décisions]. [...] Tu peux, te tromper. [...] Là, il y a 9 patients qui attendent pour rentrer présentement [sur des civières dans la salle d'attente]. [...] Moi, quand j'ai commencé à faire du triage, mettre quelqu'un avec des douleurs thoraciques dans la salle d'attente ça ne se faisait pas. Là, c'est routinier. [...] Des fois, ça peut aller jusqu'à 7 heures pour avoir une civière [avant d'être] entré et mis sur moniteur. [...] Ces patients-là avec des douleurs thoraciques sont obligés, si tu me passes l'expression, de se battre avec des patients qui ont des cancers et qui sont vraiment, aussi, lourdement hypothéqués. C'est des décisions d'assignation de lit qui, je m'excuse, sont merdiques. Il n'y a pas de gagnant là-dedans : est-ce que tu fais rentrer celui qui est en douleur thoracique ou qui est en phase terminale?

Ici, Benoit exprime que la disponibilité des espaces de soins modifie l'attribution de la destination du patient qui se trouve au triage. C'est pourquoi, lors des journées très achalandées où la zone de soins aigus de l'urgence (H) est pleine, cela crée un retard dans les délais de prise en charge des patients qui se présentent à l'urgence pour y recevoir des soins. De plus, puisque la configuration de cette urgence ne comprend pas de corridors situés dans la zone interne, il est impossible d'improviser des espaces de soins dans l'horizontal afin d'y placer des patients qui

bénéficieraient d'une meilleure surveillance infirmière en attendant d'être vus par un médecin. Conséquemment, des patients qui, d'après l'évaluation de leur condition par l'infirmière du triage, devraient être vus et placés dans des espaces de monitoring se retrouvent placés dans la salle d'attente. Cette situation d'accumulation de patients placés dans la salle d'attente, en attente d'une place à l'intérieur dans les espaces dédiés aux soins aigus, a comme conséquence d'accroître le fardeau de l'infirmière du triage.

*Chacun à la bonne place : les soins ambulatoires*

L'attention portée au bon positionnement des patients n'est pas exclusive aux infirmières du triage. Elle est aussi présente dans les autres zones de l'urgence. D'ailleurs, le manque de civières dans la zone de soins aigus (horizontal) pour les patients désignés « patients-civiers » a aussi des répercussions pour les infirmières qui travaillent dans les soins ambulatoires. En réalité, des civières peuvent être disponibles dans les chambres localisées dans la zone ambulatoire (appelée « le vertical » par les infirmières), mais celles-ci sont conservées pour les patients dirigés vers la salle d'attente. Ainsi, lorsque la zone horizontale est pleine et que les patients s'accumulent à l'écran en attente d'obtenir une place pour être évalués et soignés, il arrive que des patients destinés à la zone de soins aigus se retrouvent dans des salles de la zone ambulatoire (vertical). Les infirmières soulèvent que cette situation est problématique, car l'occupation d'une chambre des soins ambulatoires par un patient « qui n'appartient pas à cette section » nuit au roulement dans cette section de l'urgence. La notion de ne pas bloquer des chambres dans la section ambulatoire est évoquée à de nombreuses reprises par les infirmières qui expliquent qu'il importe de ne pas arrêter le « *flow* » dans cette section. Du côté des soins ambulatoires, la notion du roulement orchestre l'organisation des soins. Dans cette section de l'urgence, la priorité est accordée aux soins et traitements des patients qui se trouvent dans les chambres de l'ambulatoire. C'est-à-dire

que l'infirmière doit effectuer d'abord les tâches (soins, (ré)évaluations, administration de médicaments, prises de sang) pour les patients qui occupent une chambre de traitement afin de parvenir à libérer cet espace et permettre à un autre patient en attente d'être vu par le médecin. Ainsi, en plus de veiller à ce que les patients reçoivent les soins et traitements requis, les infirmières veillent au positionnement approprié et au roulement des patients d'après des règles d'utilisation des espaces de soins qui régissent la zone des soins ambulatoires dite « le vertical ». Par conséquent, leur travail consiste aussi à réassigner le patient au bon espace lorsque sa situation de santé commande un repositionnement. Nadine explique, ci-dessous, sa routine de travail au début d'un quart de travail dans la zone ambulatoire (vertical).

**Nadine :** [Au début du quart] on va se dépêcher à réévaluer nos patients parce qu'il faut quand même qu'on voit nos patients aux quatre heures quand ils sont dans les chambres pis [...] en plus de voir les patients qui arrivent pis de faire les ordres [ordonnances] que le docteur demande. [...]. Pis après ça le docteur va commencer à voir des patients facque là on va avoir à faire des prises de sang pis donner des médicaments pour les patients qui sont [au] vertical [...]. Pis, l'autre chose, on va essayer, c'est de dispatcher ces patients-là. D'aller voir l'infirmière en charge [ASI] pour dire : « *bon dans ma journée aujourd'hui j'ai comme trois patients que tu aurais besoin de rapatrier en arrière, dans le H [horizontal] [...]. Pis j'en ai deux que je peux déplacer dans des chaises dans le flex [...]* ». J'essaye de m'arranger pour que ces patients-là reçoivent des soins adéquats parce que ce sont des patients qui sont horizontal dans le vertical.

Cette zone de soins appelée « le vertical » est prévue pour recevoir des patients ne requérant que des soins et traitements brefs (ponctuels). De ce fait, la priorité des infirmières de cette zone consiste à effectuer les soins (tâches/activités) pour les patients qui se trouvent dans les chambres du vertical.

**Laura :** Ben ta priorité c'est vraiment de faire les *activités*<sup>5</sup> dans les chambres. Lorsque t'as fini les activités dans les chambres [...] c'est in and out. Le patient qui doit rester dans la chambre, c'est un patient, souvent, soit qu'il a la diarrhée ou sinon, le patient est très malade et il ne reste aucune place dans les autres zones de l'urgence et tu as avisé l'assistante-infirmière-chef et [elle] t'a dit : « il n'y a pas de place ». Le patient reste dans cette

---

<sup>5</sup> Les infirmières utilisent le terme *activités* pour désigner les soins et traitements

chambre-là. Fait que c'est à partir de ce moment-là que le patient reste. Il n'y a pas d'autre option...

Lorsque c'est possible, un patient évalué initialement dans la zone verticale [soins ambulatoires] et dont les soins et traitements prévus s'échelonnent sur une période plus longue (par exemple, ce patient pourrait avoir besoin d'une perfusion intraveineuse ou que des antibiotiques lui soient administrés), sans toutefois nécessiter une admission, sera transféré dans la zone flex comme l'explique Laura dans cet extrait.

**Laura :** Le patient, il va être vu au vertical [...]. Il vient pour une rougeur dans la jambe droite. Puis là, le médecin, il dit : je pense que c'est une cellulite. On va débiter un antibiotique puis on va voir comment ça va se passer avec un soluté. Fait que là, toi, t'es l'infirmière au vertical. Tu pars le soluté, l'antibiotique puis ensuite, tu vas voir tes collègues au flex qui ont plusieurs chaises. « J'ai un patient qui vient pour possiblement une cellulite. On commence des antibiotiques. J'ai tout commencé, ses signes vitaux sont faits. J'ai fait son évaluation. Est-ce que je peux vous le transférer? » C'est sur les chaises. C'est des zones d'aires de traitement aux patients. Ça peut arriver que le patient stable soit en attente d'une petite chirurgie. Donc, je l'envoie [là]. [...] puis, ensuite, l'infirmière du flex continue les évaluations puis les soins.

Comme mentionné par plusieurs infirmières, il arrive qu'il soit impossible de placer les patients aux endroits auxquels leur problème de santé les destine. La plupart du temps, il s'agit de patients qui auraient dû se retrouver dans la zone de soins aigus, mais qui, faute d'espace, ont été placés dans la zone de soins ambulatoires. Lorsque des patients ne peuvent être déplacés de la zone des soins ambulatoires, les infirmières disent alors que le patient « bloque » une chambre. Les patients qui ne peuvent pas être transférés dans une autre zone demeurent sous la responsabilité des médecins et des infirmières assignés au vertical qui continuent de leur prodiguer des soins et traitements. Cette situation a été évoquée par plusieurs infirmières.

**Nadine :** Pis, il n'y avait pas d'autre chambre facque, elle l'a mis dans la salle de traitement. Facque là, moi, j'ai des patients dans la salle d'attente qui attendent pour des prises de sang pour être réévalués avoir des médicaments que je ne peux pas rentrer parce que j'ai pas de salle de traitement où les traiter.

En résumé, les infirmières mentionnent que la configuration de l'urgence influence leur travail. Dans cet environnement récemment reconfiguré, elles expliquent qu'elles doivent assurer la surveillance de patients positionnés hors de leur champ visuel. Ainsi, elles doivent utiliser les outils technologiques pour localiser, suivre et surveiller leurs patients et s'inquiètent de faillir à leur assurer des soins de qualité. Cela amène les infirmières à s'interroger sur les raisons sous-jacentes aux choix architecturaux de leur environnement de travail, car ceux-ci contraignent la surveillance qu'elles peuvent exercer sur leurs patients et compliquent ou limitent les soins qu'elles souhaitent leur offrir. Aussi, elles se préoccupent de l'adéquation entre le positionnement des patients et leurs besoins de santé. Il est donc fréquent qu'elles réassignent des patients à d'autres espaces de soins situés dans d'autres zones. Par surcroît, on découvre que des règles de fonctionnement organisationnel entrent dans la prise de décision. En effet, les infirmières, en plus de positionner les patients aux bons endroits d'après leurs besoins de soins et de surveillances, s'efforcent de respecter des règles d'attribution des espaces de soins comme celle de ne pas « bloquer des chambres ». En plus, lors de l'assignation des patients aux zones de soins, l'infirmière tente d'anticiper la trajectoire de soins qu'empruntera le patient. On voit émerger les préoccupations d'assigner le patient au bon espace pour éviter son repositionnement et celle de ne pas arrêter le roulement (*le flow*). Dans chacun des exemples, des préoccupations organisationnelles influencent le raisonnement de l'infirmière lors du choix de positionnement ou de repositionnement des patients de l'urgence.

## **5.2 Organisation sociale de l'aménagement de l'urgence : textes, espaces, langage, discours et coordination**

Selon l'EI, le discours se retrouve dans les mots et le langage utilisés par les personnes dans leur vie de tous les jours. Comme déjà mentionné, l'ethnographie institutionnelle explore

comment le monde social est « actuellement mis en place » dans le quotidien des informateurs primaires. Dans le cadre de cette recherche, l'analyse cherche à exposer comment la réalité quotidienne vécue par les infirmières d'urgence est coordonnée par des pratiques discursives présentes dans leur environnement de travail. Les mots utilisés par les infirmières d'urgence lors de la communication orale (talk) ou dans les communications écrites (text) ouvrent vers la découverte des discours dominants présents dans leur environnement de travail qui influencent leurs actions, leurs raisonnements, leurs conduites (Clune, 2011). Comme l'analyse de discours de Foucault, l'approche ethnographique de Smith cherche à exposer les relations sociales et de pouvoir qui se trouvent dans les pratiques discursives langagières (talk) et écrites (text). L'EI examine comment ces pratiques discursives sont reliées aux pratiques sociales propres aux institutions (Campbell et Gregor, 2002).

Dans la section précédente, nous avons vu que les infirmières doivent négocier leurs conduites en fonction de l'aménagement physique de leur lieu de travail. Elles se préoccupent de leur capacité à assurer la surveillance et la sécurité de leur patient, elles cherchent à attribuer un espace de soins convenant à la condition de leurs patients et s'assurent que ceux-ci se trouvent à la bonne place. Cette partie de l'analyse vise à présenter les forces institutionnelles qui coordonnent le travail des infirmières. Plus précisément, cette section vise à démontrer comment des savoirs experts (extra locaux et trans locaux) portant sur les modèles de dispensation des soins offerts à l'urgence pénètrent et forment l'environnement de travail des infirmières (local). Dans le cas des infirmières, nous découvrons que des préoccupations institutionnelles relatives à la prévention des infections et à l'amélioration de l'efficacité sont des éléments qui influencent les choix d'aménagement de leur espace de travail et la logique organisationnelle de dispensation des soins déployée. Les indices de ces préoccupations organisationnelles se retrouvent dans les lieux

que fréquentent les infirmières, leurs outils de travail et le langage qu'elles utilisent. Dans un premier temps, une description de l'environnement physique dans lequel travaillent les infirmières est présentée, suivie de l'analyse de diverses influences qui participent à l'organisation du travail des infirmières dans l'espace physique de l'urgence. Deux aspects particuliers seront abordés soit les motifs sous-jacents au choix du design architectural (les caractéristiques des lieux physiques) et les choix technologiques intégrés à la dispensation des soins.

### ***5.2.1 Le design architectural***

Dès les premières entrevues, les infirmières ont identifié l'organisation spatiale de l'urgence comme un aspect qui influence la qualité des soins qu'elles prodiguent. Cette partie explore les influences qui ont mené aux choix architecturaux. D'ailleurs, Yanow (1995) soutient que l'environnement bâti traduit, comme les documents écrits, une intention. De même, il fait partie et prend part, par ses fonctions pratiques, esthétiques et politiques, à la vie sociale. Ainsi, il est possible d'analyser l'environnement bâti comme un texte, car il traduit les intentions, les objectifs de ceux qui l'ont créé (architectes et clients) et les influences sociales présentes lors de sa conception (Yanow, 1995). Par conséquent, cette section présente, d'abord, le plan de cette urgence, ensuite, les influences sous-jacentes à son élaboration seront présentées pour finalement expliquer comment l'environnement de travail et les pratiques discursives qui y sont associées participent à la coordination du travail des infirmières de cette urgence.

Toutefois, avant de poursuivre, il importe de présenter une description des lieux ainsi que de leur utilisation dans le quotidien des infirmières. La Figure 10 présente le plan de l'urgence. L'entrée des patients ambulatoires s'effectue via le stationnement. Tout près de l'entrée, une fois passé le poste de l'agent de sécurité, on retrouve le cubicule de prétriage situé dans la salle d'attente principale (A). Il est situé devant les comptoirs d'accueil administratifs. On remarque la présence

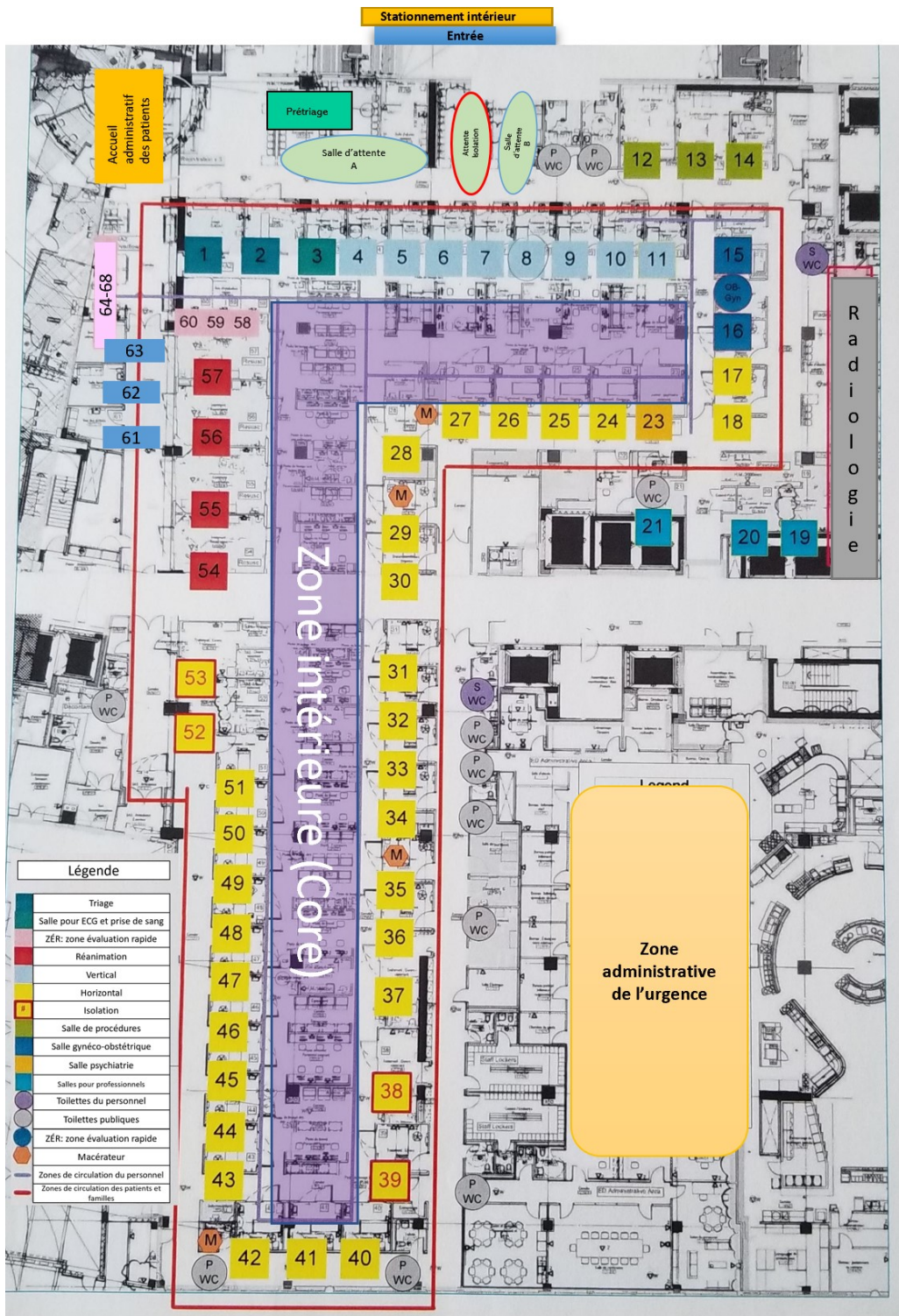
de trois zones d'attente. La salle d'attente principale (A), la salle d'attente secondaire (B) ainsi qu'une aire d'attente isolée pour les patients placés en isolation par précaution. Cette aire d'attente est une pièce fermée contrairement aux deux autres aires d'attente qui sont des aires ouvertes. Les deux locaux dédiés au triage sont identifiés par les numéros 1 et 2 sur le plan. Comme tous les locaux situés en périphérie de la zone intérieure, ces locaux sont accessibles à la fois à partir de la zone intérieure pour le personnel et par le corridor externe (tracé en rouge sur le plan) pour les patients et leurs familles. La salle 3, munie d'une civière, et la salle 8, munie d'un fauteuil, sont des espaces dédiés à l'évaluation rapide et à la réalisation des ordonnances demandées par l'infirmière du triage ou par les médecins pour les patients de la zone ambulatoire (vertical). Les chambres 4 à 16 sont des chambres dédiées aux évaluations, à la réalisation des soins et traitements et à des consultations médicales pour les patients de la zone ambulatoire. Les espaces 3 à 16 sont considérés comme des espaces appartenant à la zone des soins ambulatoires appelée « le vertical ». La zone appelée « le flex » est constituée de trois civières situées près des locaux de triage identifiées par les numéros 60, 59 et 58. Ces trois civières partagent le même espace délimité par trois murs et sont séparées les unes des autres par des rideaux. La zone des fauteuils, identifiée par les numéros 64 à 68, est constituée de 5 fauteuils inclinables (le fauteuil 69 a été retiré pour permettre la pose de cloisons permanentes entre les fauteuils). Les fauteuils sont situés dans une zone de circulation entre les salles de réanimation et le triage. Cet emplacement n'est pas directement accessible à partir de la zone intérieure (core). Les salles de réanimation sont identifiées par les numéros 54 à 57. Il s'agit de chambres plus grandes que les autres chambres de la zone des soins aigus dans lesquelles on retrouve plus d'équipements. Elles sont conçues pour recevoir les patients dont la condition de santé est critique. Les chambres 17 à 53 sont les chambres dédiées à la zone appelée l'horizontal, soit la zone des soins aigus. Les chambres 17 à 30

constituent l'horizontal-1 tandis que les chambres 31 à 52 font partie de l'horizontal-2. Toutes ces chambres sont identiques. D'autre part, les équipements et les meubles y sont disposés de manière uniforme. Les chambres 38, 39, 52 et 53 diffèrent quelque peu puisque ces chambres sont des chambres d'isolation. Ensuite, trois salles utilisées par les familles ou les consultants sont situées entre les salles de réanimation et la zone des fauteuils (61-62-63).

La zone intérieure (core) est l'immense espace en forme de « L » inversé situé au cœur du département. Cet espace est réservé exclusivement au personnel de l'urgence. Les patients et leur famille n'ont pas accès à cet espace. Le personnel de l'urgence accède aux chambres des patients localisées en périphérie à partir de cette zone tandis que les patients et leur famille accèdent aux chambres par un corridor externe, représenté par une ligne rouge, qui entoure l'ensemble du département sur le plan (Figure 10). Cette zone de travail est une aire ouverte de très grande dimension. Dans cette zone de travail dédiée au personnel, on retrouve les espaces de travail utilisés par les agents administratifs, les infirmières, les médecins, les résidents et les autres professionnels de la santé. Les espaces de travail sont divisés par des panneaux ou des comptoirs d'environ 4 pieds ainsi, en position debout, on voit une grande partie de l'espace (voir Figure 1). Une grande quantité d'écrans d'ordinateur sont visibles et utilisés par les professionnels. La plupart sont posés sur les comptoirs et quelques-uns sont fixés en hauteur sur les murs (Figures 3, 8, 11, 12).

Figure 10

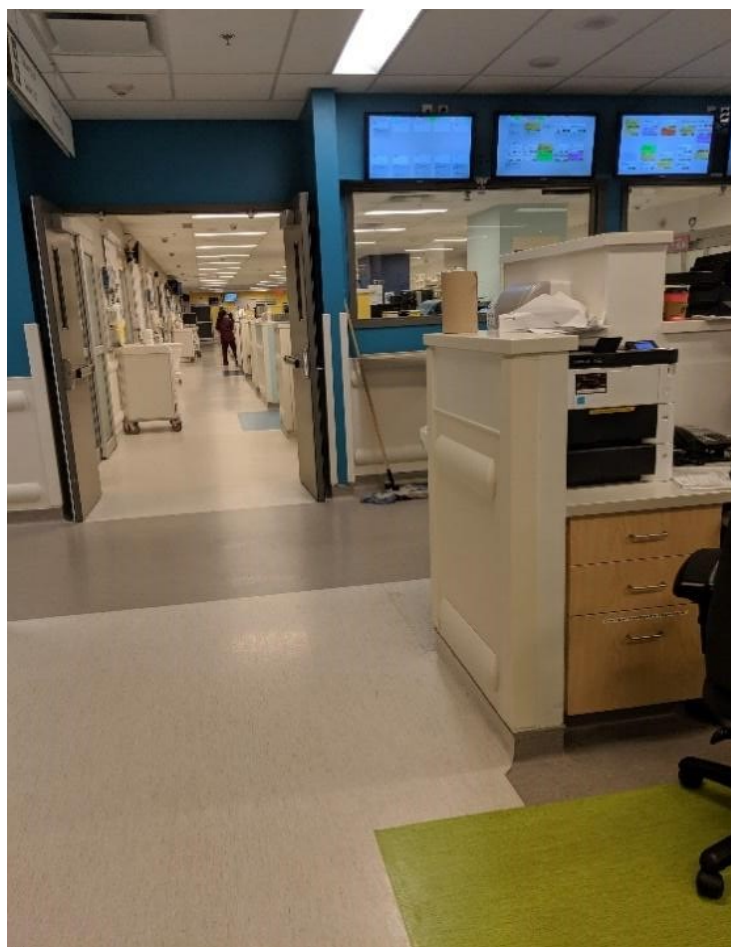
Plan détaillé de l'urgence



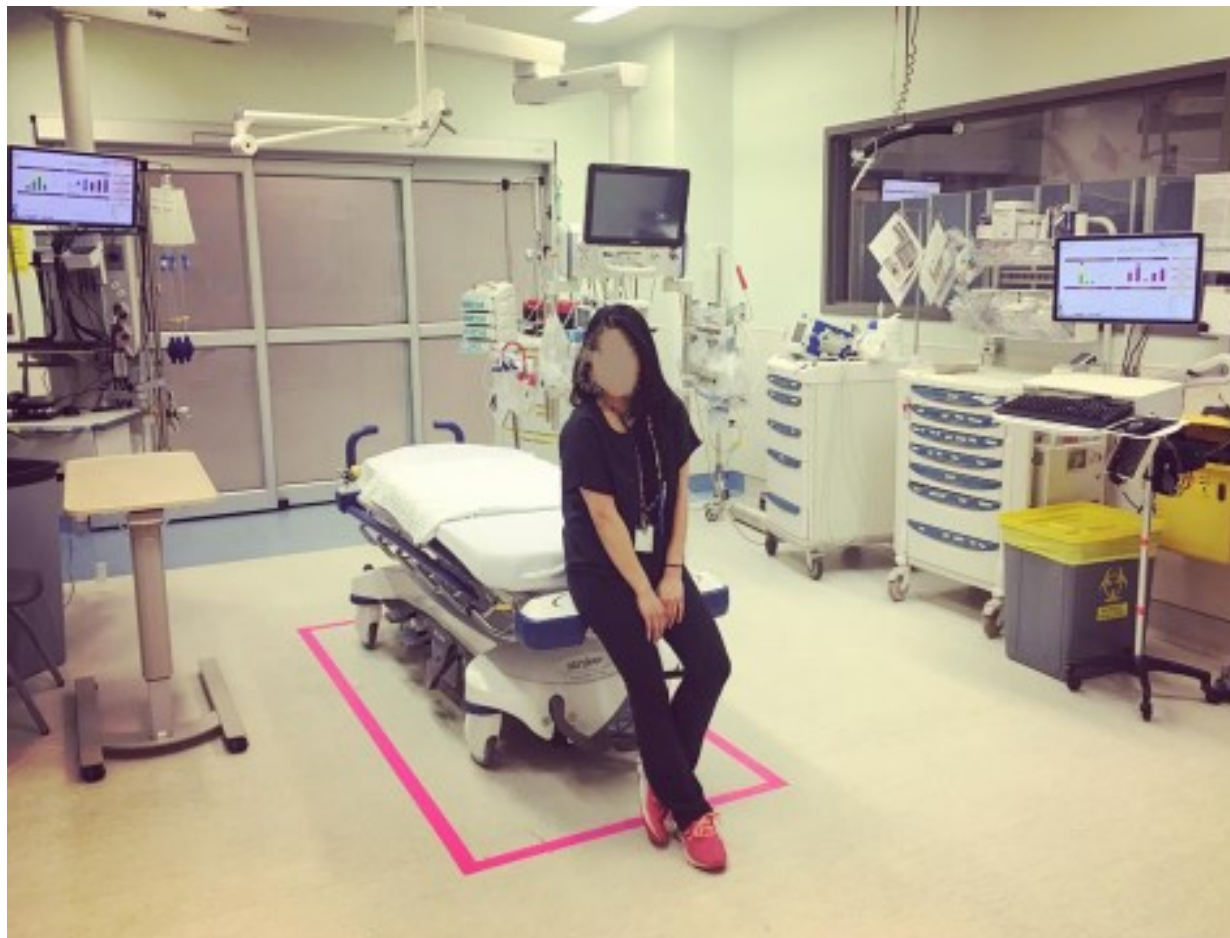
Du côté de la zone H (horizontal), les professionnels accèdent aux chambres des patients par des portes coulissantes en verre recouvertes à 75 % de leur surface d'un appliqué à l'apparence de verre givré. Sur la portion restante de verre clair, une toile est apposée (voir figure 3). Seules les salles de réanimation sont munies de portes en verre clair. Du côté de la zone des soins ambulatoires (vertical), les professionnels accèdent à la chambre du patient en franchissant une porte en bois clair identique à celles par lesquelles les patients et les familles accèdent aux chambres par le corridor externe.

### Figure 11

*Vue sur l'horizontal-2 à partir de la zone horizontal-1 près du poste de travail des ASI*



*Note.* Notez le mur fenestré qui divise ces deux sections.

**Figure 12***Salle de réanimation*

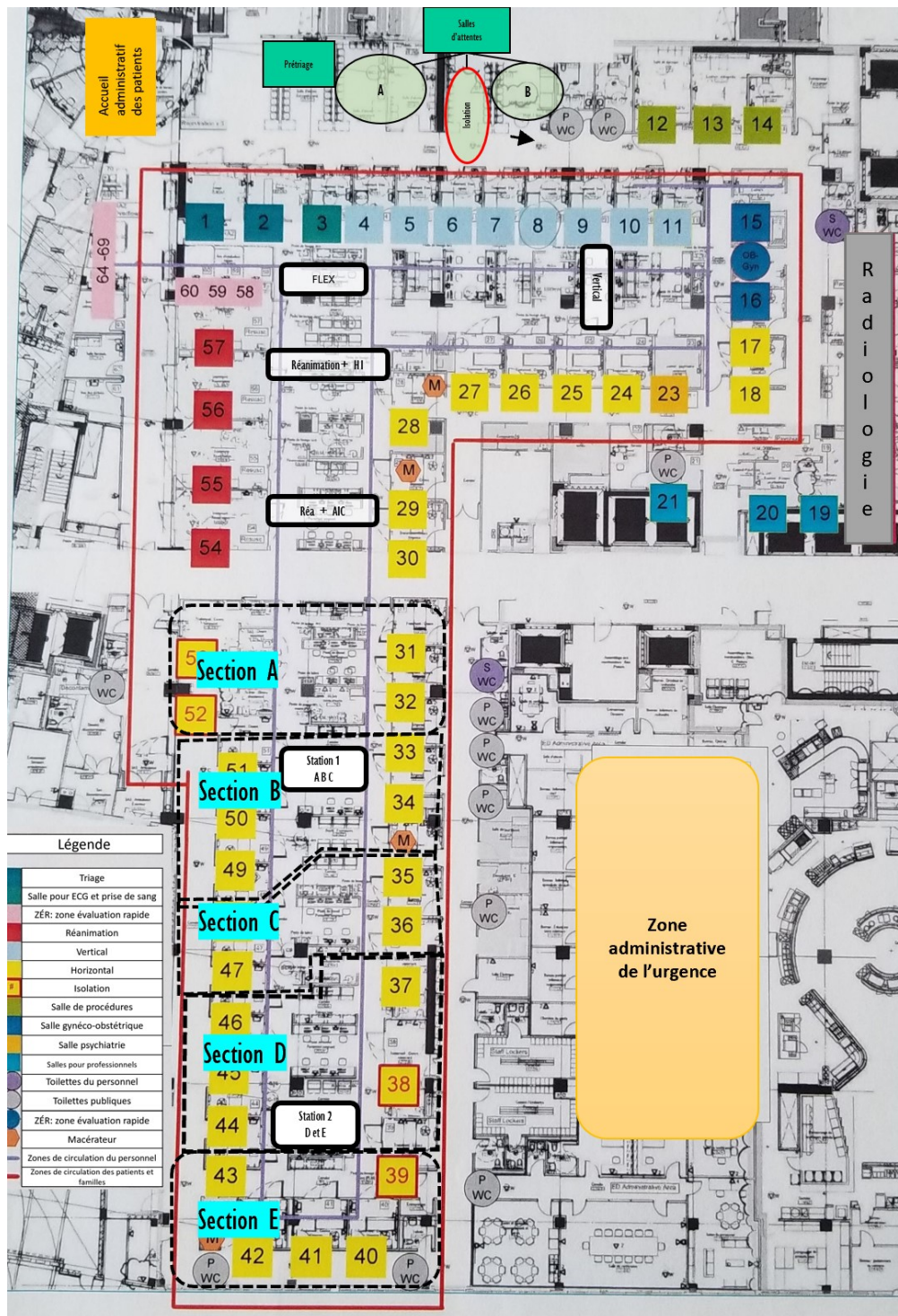
Les postes de travail des infirmières sont disposés dans la zone intérieure. La Figure 13 représente la disposition des postes de travail des infirmières dans « le core ». On y retrouve à l'avant les postes de travail dédiés au vertical et au flex. Ensuite, celui dédié aux salles de réanimation et aux infirmières assignées à la zone de l'horizontal H1 (chambres 17 à 30), celui utilisé par les infirmières AIC et parfois par l'infirmière assignée aux salles de réanimation 54 et 55. Subséquemment, les stations 1 et 2 sont situées à l'arrière de la section H2. Un mur avec des ouvertures vitrées sépare cette partie de la partie avant de l'urgence (Figure 11). Enfin, la zone administrative regroupe tous les bureaux des administrateurs du département de l'urgence, des

adjointes administratives, des infirmières ayant des fonctions de soutien à l'équipe de soins comme l'infirmière responsable de la formation, la conseillère clinique, les infirmières ASI, l'infirmière assignée au soutien informatique ainsi que des espaces dédiés aux médecins et résidents. On retrouve aussi, dans cet espace, de petites salles de réunion et les salles de repas et de repos du personnel de l'urgence. Cette zone est complètement à l'écart des espaces de soins.

En analysant les détails de ce plan, il est possible d'y retrouver des indices de l'organisation sociale qui régit l'environnement dans lequel travaillent les infirmières d'urgence. Adams (2008) soutient que l'environnement bâti est le reflet des influences prévalentes lors de sa conception. Ainsi, l'analyse de ce plan permet de constater que la disposition physique du département lui-même participe à une forme de triage social s'opérant à l'urgence. D'abord, les zones intérieures du département ne sont accessibles que pour les membres du personnel autorisés à y accéder. L'accès à ces zones est régi par l'utilisation de cartes magnétiques remises au personnel et qui permettent d'actionner l'ouverture des portes qu'ils sont autorisés à utiliser. Nous avons vu précédemment que les patients sont dirigés vers certaines zones après l'évaluation des raisons de leur consultation et de leur état de santé.

Figure 13

Répartition des postes de travail des infirmières

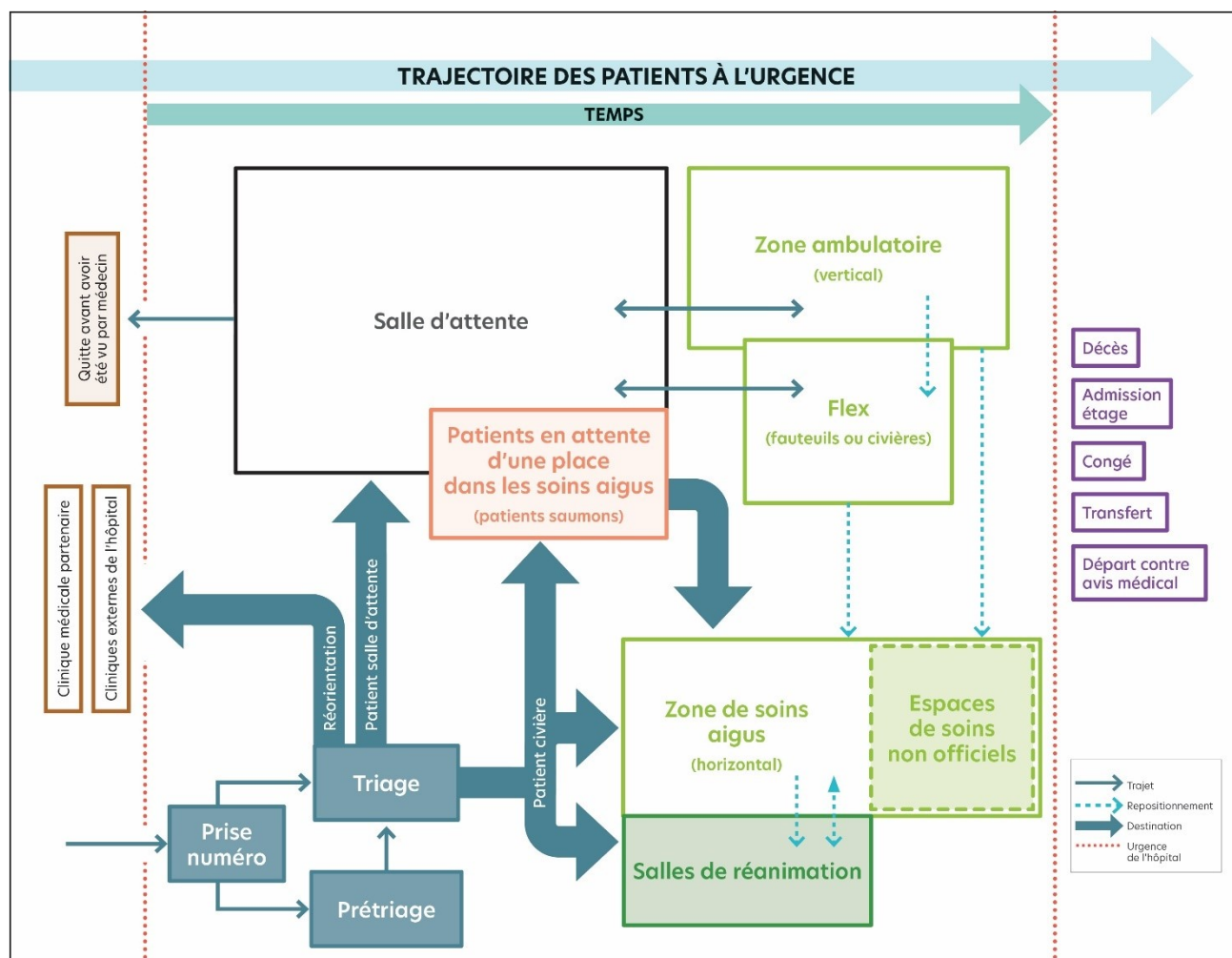


Ainsi, les patients, dont l'état de santé est jugé assez stable et pour lesquels on ne prévoit pas une hospitalisation, sont assignés à la salle d'attente et dirigés vers la section des soins ambulatoires, tandis que les patients plus malades et qui nécessitent une surveillance soutenue sont dirigés vers les soins aigus. Dans cette section, un espace de soins leur sera attribué. Généralement, ces patients demeureront dans le même espace jusqu'à la fin de leur séjour à l'urgence. La Figure 14 présente les principaux déplacements des patients au sein du département. Selon la raison de la consultation, la personne est désignée comme un « patient-civière » ou un patient « salle d'attente ». Toutes les personnes qui se présentent à l'urgence doivent d'abord prendre un ticket dans un distributeur. Elles seront alors appelées au prétriage ou au triage par leur numéro. Au moment du triage ou du prétriage, le numéro sera apparié à leur nom et leur numéro de dossier. À la suite du triage, trois cheminements principaux sont possibles. Les personnes les plus malades et dont l'état de santé nécessitera probablement une admission ou un niveau de surveillance aigu seront dirigées vers la zone des soins aigus (horizontal). Ces patients seront désignés « patients-civière ». Les patients dont la condition est plus stable et qui ne requerront pas d'admission, mais dont le traitement requiert le plateau technique disponible à l'urgence seront dirigés vers la salle d'attente pour être traités dans la zone de soins ambulatoires (vertical). Le traitement dans cette zone est constitué d'une série d'aller-retour entre les chambres des soins ambulatoires et la salle d'attente. Les chambres de la zone ambulatoire sont réservées aux activités de soins, de traitements et de rencontres avec le médecin. Dès que les soins ou traitements sont terminés, les patients sont redirigés vers la salle d'attente. Ils y attendront leurs tests, examens, résultats et/ou prochain traitement. Certains de ces patients nécessitant un traitement plus long seront dirigés vers les fauteuils inclinables. Enfin, les patients dont la condition pourrait être évaluée en clinique externe

se verront offrir d'être redirigés (réorientation) vers des cliniques médicales ou des cliniques externes de l'hôpital.

**Figure 14**

Trajectoire des patients de l'urgence à partir de l'arrivée jusqu'au départ (figure originale)



Nous avons vu dans la section précédente que l'organisation spatiale de cette urgence présente certains défis pour les infirmières qui doivent surveiller, soigner et bien positionner leurs patients. De plus, plusieurs infirmières, comme Kate, se questionnent quant aux raisons qui ont motivé la refonte de leur lieu de travail.

**Kate :** Je ne sais pas c'est qui. Comment les architectes ont fait ça. Je ne sais pas c'est quoi, je ne sais pas si c'est basé sur d'autres hôpitaux qui ont un succès. Je sais que ça ressemble beaucoup à celle du « Hôpital T ». Eux autres aussi l'ont refait. Apparemment, c'est très similaire. Il doit [y] avoir quand même un quelque chose à ça [le choix du design] qui fait que ça a été recherché. Mais, je veux dire, pourquoi ce design-là? Je ne le sais pas, je veux dire c'est tellement pas... pratique pour le travail d'équipe, pour les infirmières. C'est fou la... Surtout quand tu es *short*.

Par conséquent, cette partie s'intéresse à l'organisation sociale du travail des infirmières qui travaillent dans cette urgence. Nous cherchons donc à comprendre comment le travail des infirmières est coordonné par des textes et des discours qu'elles activent et propagent dans leurs actions quotidiennes de cette urgence. Nous avons vu que l'aménagement de l'urgence influence le travail des infirmières. Les infirmières ont soulevé que la configuration de leur environnement est problématique. Donc, l'investigation se poursuit vers la découverte des raisons, des motivations des idées qui ont influencé les choix de l'aménagement de l'urgence et qui sont activées par les personnes qui évoluent dans cet espace.

### **5.2.2 Devis architecturaux et devis institutionnels**

L'établissement de santé dans lequel s'est déroulée cette étude possède deux urgences destinées à une clientèle adulte. L'une d'elles a été aménagée trois ans avant le début de cette étude, tandis qu'on élabore présentement les plans de la rénovation de la seconde. Ainsi, des informateurs clés secondaires ont discuté des choix motivant le choix du design retenu. Dans les deux cas, un design linéaire constitue le choix architectural retenu.

**Informateur secondaire 4 :** On est allé à une conférence aux États-Unis parce qu'il y avait un expert, un médecin. Il était *the guru of ER design* [emergency room design]. On a été bien impressionné parce qu'il avait fait des consultations à travers tous les États-Unis. Puis, il nous a convaincus. Why the linear design would be the best one [...]. C'était basé sur des principes, c'était pas le design. It got to design, but [it was] les principes. So for safety reason, for infection control reason, for this, confidentiality, then what is the best design. [...] like I said, it was not based on its a nice design kind of thing, it was really based on, these are principles and these principles are gonna lead us to what design meet the principles the most.

Dans cet extrait, l'informateur secondaire 4 explique que les choix architecturaux ont été guidés par des principes relatifs à la sécurité, au contrôle des infections nosocomiales et au respect de la confidentialité. Ces principes ont guidé les choix de l'aménagement du département de l'urgence. Sur une page web de l'établissement de santé, un article paru en 2011 présente le design choisi.

Un plan linéaire, ou en accordéon, sépare le cheminement des patients et des membres de la famille du personnel, assurant ainsi un déroulement du travail plus efficace, un meilleur respect de la vie privée et de la confidentialité, une plus grande visibilité des patients par le personnel et une facilité à se situer dans l'espace. Ce plan favorise également une dotation en personnel optimale, car l'urgence peut grossir ou rapetisser selon les fluctuations des patients et du personnel sur une période de 24 heures. Le plan en accordéon permet également d'accroître ou de réduire graduellement le nombre de civières et de salles d'examen accessibles en tout temps. (Site web de l'établissement de santé, octobre 2011)

Ensuite, toujours dans cet article, un médecin est cité : « Nous profitons de l'occasion pour créer de nouveaux processus qui nous rendront plus efficaces. ». Ainsi, la possibilité de réorganiser l'espace physique pour moduler la dotation en personnel au fil de l'achalandage, le respect de la vie privée et de la confidentialité et l'amélioration de l'efficacité du travail effectué sont des aspects retenus lors du choix d'un design linéaire. Ces principes directeurs ont d'ailleurs été évoqués par des informateurs secondaires.

#### *Adaptabilité de l'espace : la flexibilité*

La possibilité d'étendre et de rabattre le département au fil de son occupation est jugée intéressante, car elle permet de moduler le nombre d'infirmières requises selon l'achalandage du département. Les informateurs secondaires évoquent la flexibilité lorsqu'ils abordent cet aspect.

**Informateur secondaire 5 :** OK, so one of the biggest things we're looking for is functionality and a good resource use of space and resources [...]. On average, you might be working like from a 160 percent, let's say, from ten in the morning to ten at night. But then the numbers slowly trickle down over the night shift. So, by the time you come in, in the morning, maybe you're only at 120 percent. So, the idea is, if you have a department that sort of can expand and collapse, [...] as the numbers are starting to dwindle, you would

move those patients closer to the core and then therefore you would expand closer to the core. So that maybe on a night shift, you might not need an extra PAB or a nurse [...]. And then you know that maybe starting around 10:00 or 11 : 00 in the morning, you're slowly going to have to open that up. So that's when you would bring in extra staff. So instead [...] of staffing for 14 nurses whether we need them or not.

La notion de flexibilité est aussi considérée pour permettre de convertir ponctuellement des locaux en espace de soins lorsque l'urgence déborde. La planification tient compte de ces locaux afin de pouvoir accommoder une augmentation ponctuelle de patients, mais ces locaux ne doivent pas être désignés comme des espaces de soins officiels afin de limiter leur utilisation régulière et d'éviter que la situation de débordement se chronicise. D'après cet informateur, la création de plus d'espace de soins incite leur utilisation. Ainsi, la construction d'espace de soins supplémentaires aux prévisions est à proscrire lors de la planification d'une urgence.

**Informateur secondaire 5 :** It doesn't matter how big you build an emergency, there always ends up being an overflow. [...] The thinking is that if you go to 42 [stretchers], we'll be perfect. But the reality is: you have overflow at 42. So, I think, in any design, we need to figure out what do we do on those days that we even exceed what is considered our normal. [...] The reality is, the overflow always becomes our problem. So, you don't want to build extra space because then you're almost creating a place for it. But [...] you need to have it on those moments when you are exceeding. So, that's something that we're going to look at using space, [...] that could easily be converted into stretcher areas. [...] When it becomes reality, you're not, then stuck trying to manage people in a waiting room. We can have some space that we could quickly use in a way that could be appropriate for patients, but not wanting to name them as patients' rooms.

#### *Devis et chambres individuelles*

Notamment, le choix d'une configuration qui privilégie le soin des patients dans des chambres individuelles répond à des impératifs liés au respect de la vie privée et de la confidentialité et à la prévention et au contrôle des infections. Lors d'une entrevue informelle, l'informateur secondaire 3 m'indique que le choix des chambres individuelles est sans équivoque guidé par des standards de prévention et le contrôle des infections. Cet aspect a aussi été évoqué par l'informateur secondaire 5.

**Informateur secondaire 5 :** Yes. So it will all be a single patient rooms. Definitely. Those are the standards for infection control. For privacy, confidentiality. [...] The idea with having... [single rooms] [...] instead of moving the patient to the monitor, you would move the monitor to the patient. So every room has the capability of being monitored, but not every room would have a monitor. [...] So as soon as a patient needs a monitor it doesn't mean you automatically have to move somebody in and out.

Le choix des chambres individuelles permet aussi d'éviter de déplacer les patients fréquemment lors de l'épisode de soins à l'urgence puisque toutes les chambres sont équipées de manière identique. Elles peuvent ainsi recevoir tous les types de clientèle. Cela permet d'assurer le positionnement des patients sans égard à la raison de la consultation et des spécificités de surveillance requises. Par ailleurs, l'informateur secondaire 5 évoque que ce fait facilite la traçabilité des cas et des expositions lors des éclosions par le service de prévention des infections, et permet de diminuer le risque d'erreurs liées à l'identification des patients.

**Informateur secondaire 5 :** You know that when you start moving patients around multiple times, that's when you start to lose track of who's who. You increase your chances of errors because the patient was in spot nine. Now they're in ten. Oops! Now they're in twelve. Like, you know, unless you're really, you know, good at keeping track of your board and making sure that you're identifying your patients properly, the more you move patients around, the more you increase the chances of errors or things being forgotten. So by having single patient rooms, you're making it more secure in one way.

*Principes sur lesquels s'appuie le devis*

Au cours des entrevues, les informateurs secondaires ont évoqué plusieurs documents. L'Annexe S présente l'ensemble des documents analysés. Parmi ceux-ci, on retrouve des guides de planification immobilière, les plans d'aménagement des urgences, les normes et principes directeurs à intégrer lors de la rénovation ou la construction d'établissements de santé, les directives ministérielles (MSSS), les guides d'aménagement visant la prévention et le contrôle des infections à l'urgence, le guide de gestion des urgences et les plans stratégiques du MSSS. Dans certains de ces documents, on retrouve les raisons, les logiques et les données empiriques qui

appuient les choix du plan d'aménagement de l'urgence dont parlent les informateurs secondaires. De plus, on retrouve les mots et les concepts mentionnés par les infirmières dans leur pratique quotidienne. Parmi ces documents, citons le *Guide de performance des CHU* (MSSS, 2008) qui constitue un cadre de référence de planification et de conception des projets. Il a pour but de mettre à la disposition des équipes de projets des centres hospitaliers universitaires un outil de base pour la planification, la conception, l'analyse et le suivi des projets. On retrouve dans ce guide les critères de conception généraux de l'immeuble (image, échelle des proportions, design innovateur, accessibilité, les circulations et la prévention des infections) et les aspects spécifiques à considérer pour tous les secteurs des centres hospitaliers. Dans la section consacrée à l'urgence, les critères de conception pour chacune des zones de l'urgence (triage, soins aigus, soins ambulatoires, aire clinique administrative, etc.) sont présentés. Par exemple, pour l'aire de triage, il est mentionné d'organiser les lieux de façon à « assurer que l'ensemble de l'aire d'attente soit visible à partir de l'aire de triage, tandis que l'aire des civières (zone de soins aigus dans cette thèse) doit prévoir des espaces polyvalents de façon à éviter le déplacement des patients dans les différents secteurs ». On conseille aussi de prévoir l'aménagement afin qu'il n'existe aucune possibilité d'ajouter des civières dans les corridors ou dans les autres espaces vacants : « Tout doit être mis en œuvre pour que la capacité maximale en civières de l'urgence ne puisse pas être dépassée » (MSSS, 2008, p. 46). Il est aussi suggéré de prévoir une aire flexible permettant le débordement d'une zone vers une autre pour s'adapter aux périodes de pics d'achalandage. On y précise qu'il faut aménager les espaces civières en tous points identiques afin de favoriser les interventions rapides et les gestes répétitifs. Ce dernier point est présent autant pour la planification de la salle de réanimation que pour celle de la zone ambulatoire. Les diverses exigences techniques sont présentées et

accompagnées des codes et règlements, suivies des objectifs budgétaires à respecter. On retrouve aussi des devis d'aménagement des divers locaux.

Enfin, parmi les ouvrages ayant été utilisés pour la rédaction de ce guide, il y a des lignes directrices de prévention des infections, le guide de gestion des urgences (MSSS, 2006) ainsi qu'une publication traitant du design des départements d'urgence écrite par l'architecte américain Jon Huddy.

Dans un livre publié aux éditions de l'American College of Emergency Physician (ACEP), cet architecte propose des options de design qui permettent de répondre aux défis auxquels font face les départements des urgences. L'approche proposée repose sur l'identification des défis et la révision des opérations afin de concevoir le meilleur département d'urgence possible. Huddy (2017) a été impliqué dans la réalisation de plus de 325 départements d'urgence principalement aux États-Unis, mais aussi au Canada, en Amérique du Sud et en Europe. Il soutient que tous les départements d'urgence partagent les mêmes objectifs, soit d'organiser les opérations et l'environnement de travail de façon à traiter des volumes de patients toujours plus élevés, plus malades, tout en réduisant les sommes investies dans la réalisation de nouvelles installations. Ces objectifs poussent le développement d'aménagements performants dans des espaces restreints. Pour répondre à ces impératifs, Huddy (2017) estime que l'aménagement de l'urgence doit être efficient. Pour ce faire, il doit pouvoir répondre à une demande fluctuante et, notamment lors des périodes de surcapacité (surge), il doit prévoir l'intégration de la technologie, promouvoir la satisfaction des patients et du personnel (rétention), et ce, tout en tenant compte des contraintes budgétaires. Ainsi, le département d'urgence idéal doit offrir une flexibilité permettant de réduire la superficie utilisée lors des périodes moins achalandées (pour permettre la réduction du personnel requis). Dès les premières pages de l'ouvrage, Huddy (2017) explique que le département

d'urgence d'aujourd'hui doit améliorer l'expérience du patient et améliorer sa « capacité de traiter la bonne personne à la bonne place et par la bonne personne » [Traduction libre] (Huddy, 2017 p. 1). C'est donc la recherche d'efficacité qui domine le processus d'élaboration de l'aménagement. Par conséquent, d'après Huddy (2017), la conception d'un département d'urgence doit se baser sur les opérations d'optimisation et viser à améliorer l'efficacité des choses et des personnes. Ainsi, la planification de la conception doit placer l'accent sur deux points : les opérations *Lean* et les approches permettant de rationaliser les soins et les mouvements des patients (patient flow). De plus, Huddy (2017) souligne l'importance d'intégrer au design la technologie devenue indispensable à la prestation des soins et services à l'urgence. Pour Huddy (2017), le réaménagement d'une urgence doit être considéré comme une occasion d'en réviser le fonctionnement et d'améliorer les opérations. Ainsi, la conception ne doit pas seulement s'arrêter aux choix architecturaux. Cette révision doit se faire en plaçant le rapport coût/efficacité au cœur du projet d'aménagement et doit tenir compte des principes suivants : 1) garder le patient vertical à la verticale « *Keeping the vertical patient vertical* »; 2) viser des espaces multifonctionnels et universels (éviter de spécialiser les espaces de soins); 3) proposer des soins centrés sur le patient afin de promouvoir sa satisfaction; 4) promouvoir la satisfaction du personnel (rétention) en planifiant des espaces pour les pauses, des vestiaires et des espaces sécuritaires, propres et de dimensions appropriées pour la documentation.

Le Tableau 2 présente les définitions des principes et caractéristiques des éléments architecturaux de l'urgence devant être privilégiés selon Huddy (2017) lors de la conception de l'aménagement d'une urgence. On y remarque que l'attention est placée sur l'amélioration de la fluidité du passage des patients afin de réduire les durées de séjour et les délais d'attente tout en maintenant le contrôle des coûts. Cela requiert le développement d'une capacité d'évaluation des

étapes de la trajectoire effectuée par les patients. Donc, l'analyse de l'efficacité des diverses améliorations implantées est facilitée par l'intégration d'un système d'information intégré aux activités des soignants. Les choix architecturaux sont donc effectués afin d'améliorer l'efficacité du travail et des processus nécessaires à l'amélioration du flux des patients. En somme, pour Huddy (2017), l'optimisation des processus opérationnels *Lean* fait partie intégrante du processus de conception d'une urgence. Il affirme d'ailleurs que les principes d'aménagement qu'il présente se basent sur les notions présentées dans le livre *The definitive guide to emergency department operational improvements* (Crane et Nook, 2019).

**Tableau 2**

*Principes et caractéristiques des éléments architecturaux devant être privilégiés selon Huddy (2017)*

Principe	Définition et caractéristiques
Flexibilité	<p>Qualité de l'aménagement qui lui permet de répondre aux besoins fluctuants de la demande.</p> <p>Exige :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'élimination de la spécialisation de l'espace et l'uniformisation des espaces de soins afin que ceux-ci répondent aux besoins de tous les patients.</li> <li>• La décentralisation des espaces de rangement du matériel et des aires de documentation afin de maximiser l'efficacité. Buts recherchés par cette caractéristique sont : 1) de permettre le rabattement de l'étendue du département lors des périodes moins achalandées et la réduction des effectifs en personnel; 2) de répondre à l'augmentation des volumes projetés dans les 5 prochaines années sans « surconstruire ».</li> </ul>
Conception Lean (Lean Design)	<p>Application des principes <i>Lean</i> à la conception d'un aménagement. Dans le cadre du processus de conception d'un projet, le travail est analysé et repensé afin de maximiser la valeur ajoutée et d'éliminer les pertes. D'après Huddy (2017), l'optimisation des opérations est maintenant une norme. Désormais, tous les architectes incluent une forme de révision des opérations à leur projet de conception.</p>
Flux de travail (work flow)	<p>Le flux de travail doit permettre d'améliorer le flux des patients.</p> <p>Le flux des patients (patient throughput) dans le département d'urgence doit être la pierre angulaire d'une conception d'un département d'urgence réussie. Ainsi, tout design d'un département d'urgence doit, en plus des autres objectifs (l'amélioration du respect de la vie privée, la sécurité et l'amélioration de la satisfaction des patients et du personnel), reposer sur des opérations d'optimisation qui visent à réduire les temps d'attente, car le temps d'attente est associé à la satisfaction des patients [traduction libre] (Huddy, 2017, p. 55). Les variables telles que la durée de séjour, la moyenne de la durée de séjour, le délai d'admission, le délai de congé, le délai porte-prise en charge médicale, le porte-triage permettent d'apprécier le flux des patients.</p> <p>« L'amélioration du flux des patients passe par l'optimisation des flux de travail. Il s'agit d'analyser en profondeur l'ensemble des trajectoires de travail des professionnels ainsi que celles des patients. Les choix opérationnels pourront ensuite fournir la base sur laquelle les choix d'aménagement sont effectués ». [traduction libre] (Huddy, 2017, p. 55)</p>
Système d'information	<p>Le système d'information doit être bien intégré aux besoins du département de l'urgence. Il doit permettre la documentation effectuée par les professionnels de la santé, contenir des outils de soutien aux décisions cliniques, permettre l'entrée d'ordonnances et de prescriptions, rapporter les résultats (examens, laboratoires). Il doit, de plus, permettre l'extraction de données permettant l'analyse de divers éléments des épisodes de soins tels que les divers délais (délai triage, ECG, évaluation médicale, radiologie, etc.) ou d'autres éléments permettant l'analyse des opérations.</p>

Chambres individuelles universelles	Les chambres individuelles visent à créer un environnement efficient et flexible qui permet de traiter tous les patients indépendamment de leurs conditions et qui permet de faciliter le travail du personnel qui trouve les équipements plus facilement. Les chambres sont configurées de manière identique : les articles sont disposés de manière uniforme dans chacune des chambres afin de faciliter le travail du personnel. L'accès au patient par la droite en entrant dans la chambre est privilégié.
Zone de traitement rapide – Fauteuils inclinables	Cette zone permet de répondre au principe « <i>keep the vertical patients vertical</i> » qui vise à favoriser le traitement rapide des patients qui se présentent pour des problèmes de santé mineurs sans que ceux-ci soient placés en position horizontale sur une civière. De plus, il est avancé que l'espace à prévoir pour les fauteuils inclinables est moindre que celui des chambres, ce qui permet de diminuer les coûts de l'aménagement.
Poste de travail des infirmières et des médecins	La documentation au chevet est encouragée, car elle permet de maximiser le temps au chevet des patients ( <i>bedtime patient care time</i> ). Le choix d'un concept de « <i>lean touch down workstations</i> » devrait être privilégié, car il est jugé plus efficient puisque cette configuration permet au personnel d'accéder rapidement aux comptoirs de travail munis d'ordinateurs situés à proximité des chambres et de retourner rapidement au chevet.  Les stations des médecins sont placées à proximité des postes des infirmières afin de favoriser la communication.
Configuration du département	La configuration doit maximiser la flexibilité. Le design du département doit permettre de s'adapter aux variations de volume en permettant le déploiement et la rétraction du département (principe d'accordéon).  D'après Huddy (2017), les meilleurs design (flexibles et sécuritaires) sont ceux qui maximisent la visibilité de part et d'autre du département. Cela est accompli lorsque les espaces de travail ouverts du personnel (ne nécessitent pas de murs) sont situés au centre et que les chambres des patients sont situées en périphérie de cet espace et des espaces de soutien (toilettes, utilités souillées, utilités propres).
Zone de soin des patients vertical	L'un des objectifs communs à toute l'urgence est d'éliminer le besoin de placer tous les patients en position horizontale (couchés sur une civière) sans égard à leur condition. L'objectif en « gardant le patient vertical, vertical » est de donner congé aux patients après un traitement rapide et de conserver les chambres pour les patients plus malades. Cette façon de concevoir la zone de soins ambulatoires favorise l'utilisation d'espaces de soins tels des cubicules délimités par 3 murs munis de fauteuils inclinables ou de chaises. Seuls les patients qui peuvent demeurer en position assise pour recevoir leurs traitements sont dirigés vers cette zone. Les patients n'utilisent un espace de soins que lorsqu'ils reçoivent un traitement ou lorsqu'ils sont en contact avec un professionnel (examens, soins, labos, congé, etc.). Le reste du temps, ils sont dirigés vers la salle d'attente de cette zone où ils attendent leurs résultats, d'autres examens ou encore leur prochain traitement. De cette façon, ils ne monopolisent pas un espace de soins. Cette organisation de la zone verticale permet de maximiser la capacité et le débit.
Super Track	Zone d'évaluation médicale rapide qui comprend une ou deux chambres et qui favorise la rotation rapide des patients dans ces espaces. Comme pour la zone des fauteuils, les patients sont évalués dans les chambres et sont retournés vers la salle d'attente pour y attendre leurs résultats, leurs examens, etc.  Le but est de maximiser le débit. Pour y parvenir, l'attention doit se porter sur l'utilisation de la chambre par le patient : le patient ne doit se trouver dans la chambre que lorsqu'il est en contact avec les professionnels de la santé. Le reste du temps, il attend dans la salle d'attente.

Flex	Zone pour les patients dont la condition de santé et les traitements requis se situent entre les critères de la zone de soins aigus (horizontal) et de la zone verticale. Ce type de zone tampon permet d'étendre la zone horizontale ou verticale en fonction des besoins (principe de flexibilité et d'accordéon).
Séparation des entrées	Une entrée pour les ambulances séparée de l'entrée des patients ambulatoires. En favorisant un accès direct aux salles de réanimation pour les ambulances, les entrées doivent être positionnées de façon à ne pas se retrouver isolées des aires de travail ouvertes en cas de rabattage du département.
Salle de réanimation	La flexibilité doit être considérée. Il faut s'assurer que, lors du rabattement du département, les salles de réanimation ne se retrouvent pas isolées dans une zone éloignée. Cela permet d'éviter de devoir pourvoir une zone de l'urgence afin de répondre aux besoins des salles de réanimation qui seraient alors isolées dans une zone fermée de l'urgence.
Éviter la spécialisation des espaces	<p>Ce principe permet de maximiser la flexibilité. Dans une grande urgence, il est important de maintenir la capacité de surveillance visuelle de plusieurs zones de soins et de ne pas laisser de zones « visuellement isolées ». Le design doit favoriser des zones ouvertes qui communiquent les unes aux autres.</p> <p>Les zones de soins doivent être visuellement ouvertes. La flexibilité est un concept incontournable. Pour assurer une grande flexibilité, il faut éviter, le plus possible, la spécialisation des espaces de soins et opter pour des espaces de soins permettant de recevoir une grande variété de clientèle. Selon Huddy (2017), le département d'urgence le plus flexible est celui qui permet l'accès (et la supervision visuelle) à tous les espaces de soins. Le département doit pouvoir se déployer et se contracter en fonction de l'achalandage (principe de l'accordéon). Cela n'est réalisable que si les zones sont contigües et ouvertes. Cela permet d'ouvrir deux chambres plutôt que de devoir ouvrir une section complète : la flexibilité favorise l'efficacité.</p>
Configuration des postes de travail des infirmières p. 124	En règle générale, il doit y avoir un poste d'infirmières pour 12-14 chambres. Lorsqu'un département excède ce nombre, un poste des infirmières centralisé mène à une grande perte d'espace. Le positionnement des espaces de travail infirmier doit se faire en pensant aux possibilités liées à la flexibilité.
Configuration du département	Plusieurs configurations, soit la configuration octogonale, linéaire, en « L » et en « H », permettent de rencontrer les principes organisationnels, la flexibilité et la surveillance visuelle.
Design linéaire	Le design linéaire est une configuration qui sépare les zones de circulation des patients de celles utilisées par le personnel. Dans ce design, la circulation des patients s'effectue à l'extérieur des chambres, tandis que les chambres des patients sont positionnées plus près des zones de travail du personnel ( <i>the inner core</i> ). Les professionnels accèdent aux chambres à partir de la zone intérieure, tandis que les patients y accèdent par le corridor externe. Ce design permet d'intégrer toutes les composantes et les principes énoncés ci-haut.

---

Crane et Nook (2019) affirment que le principal problème qui affecte la performance des urgences est l'encombrement, notamment parce qu'il retarde le délai de consultation et d'initiation des traitements, car il augmente les temps d'attente, limite l'accès aux soins de santé, augmente les détournements d'ambulances et est associé à la diminution de la productivité et de la satisfaction du personnel. Pour ces raisons, l'encombrement affecte la sécurité et la qualité des soins. Ainsi, Crane et Nook (2019) présentent le mode de gestion *Lean Santé* (*Lean Healthcare*) comme un moyen d'améliorer l'encombrement des urgences. Le *Lean Santé* vise l'amélioration de la performance de l'établissement de santé par l'application de quatre principes principaux : 1) la création de valeur pour le patient, 2) l'élimination du gaspillage (les pertes), 3) l'amélioration des flux et 4) l'amélioration continue des processus et des personnes. Le Tableau 3 présente les quatre principes du *Lean Santé*, leurs objectifs et des exemples de leurs applications dans le contexte de l'urgence présentés par Crane et Nook (2019). L'amélioration des flux est la pierre angulaire sur laquelle repose le mode de gestion *Lean*. Dans leur guide, Crane et Nook (2019) présentent l'ensemble des outils *Lean* et consacrent une part importante de leur ouvrage à la gestion des flux. Les auteurs présentent les principales opérations et chaînes de valeur (une chaîne de valeur d'une organisation représente toutes les étapes nécessaires à la transformation des intrants en extrants (produits) qui s'appliquent à la réalité du département de l'urgence). Puisque la gestion des files et donc de l'attente est un aspect important de ce mode de gestion, une importance marquée est accordée à la mesure des délais marquant les trajectoires des patients à l'urgence. Par conséquent, les délais tels que le délai « porte-triage », le délai « porte-enregistrement », le délai « début du triage - fin du triage », le délai « triage - assignation à une chambre », le délai « porte-consultation médicale » constituent des moyens d'apprécier, d'évaluer et de suivre le fonctionnement des opérations et d'identifier les points à améliorer

**Tableau 3***Principes du Lean Santé (Crane et Nook, 2019)*

Principe du <i>Lean Santé</i>	Objectifs	Mise en application
Création de valeur pour le patient	Créer et définir les flux qui ajoutent de la valeur pour le patient.	Il importe de définir les chaînes de valeur pour les patients « patient value streams ». Une chaîne de valeur se définit comme l'ensemble des activités nécessaires à la production d'un produit (à partir la réception de la matière première jusqu'à la livraison). L'analyse de la chaîne de valeur permet de livrer plus rapidement aux clients, de réduire les biens en cours de production et de diminuer les dépenses. De manière générale, trois chaînes de valeur (trajectoires principales) sont identifiées à l'urgence. Elles sont différenciées d'après l'acuité (faible moyenne et élevée) de la condition de santé des patients. Il est possible d'établir des chaînes secondaires : les cheminements accélérés comme ceux propres au sepsis (code sepsis), à l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (code STEMI) et à l'accident vasculaire cérébral sont des exemples de ce type de chaînes secondaires. Ces cheminements requièrent la mise en place d'opérations relatives à des conditions spécifiques requérant une orchestration spécifique. Enfin, les activités sans valeur ajoutée sont celles qui ne créent pas de valeur pour le patient. Dans le cas d'un patient qui se présente à l'urgence pour une consultation médicale, les activités relatives au triage, à la facturation et à l'admission sont des activités sans valeur ajoutée.
Élimination des pertes	Viser l'élimination des activités qui n'ont pas de valeur ajoutée	Les activités telles que celles liées aux déplacements des patients ou du matériel, les déplacements du personnel (p. ex. : recherche de matériel); les surplus d'inventaires d'équipement ou de fournitures; l'attente; le traitement excessif (p. ex. : questionnaires redondants); la surproduction (p. ex. : faire plus de tests que requis); les défauts (accidents, demander le mauvais test) et le fait de ne pas utiliser les ressources humaines pour participer à la résolution des problèmes et à l'amélioration des processus sont toutes des activités considérées comme des pertes.
Amélioration des flux	Améliorer la capacité de déplacer le patient d'une activité à valeur ajoutée à une autre avec le minimum de délai.  Constitue l'un des aspects les plus importants.	Il existe deux façons de comprendre et d'améliorer le flux.  1) En utilisant la théorie des files d'attente (queuing theory) qui permet d'envisager les solutions optimales de gestion des files d'attente. 2) La théorie des contraintes qui permet de cibler les améliorations à prioriser en fonction du ratio coût/efficacité (efforts fournis/gains envisagés)  La segmentation des patients en chaînes de valeur secondaires est un moyen d'améliorer le flux et d'améliorer la capacité du service.

Amélioration continue des processus et des personnes	Viser l'atteinte de la perfection constitue le principe directeur des organisations qui adoptent le mode de gestion <i>Lean</i> . Il guide la recherche de solutions aux problèmes soulevés et le développement des ressources humaines.	Les organisations adoptent un mode de gestion qui valorise l'autonomisation des personnes. Pour ce faire, elles enseignent à leur personnel les outils <i>Lean</i> (Cartographie des chaînes de valeur; A3; 5S; standardisation du travail; changement rapide (rapid change over); vérification des erreurs et résolution de problèmes). Cet apprentissage permet au personnel de participer à l'amélioration de leur environnement de travail.
--	--	---

---

Ainsi, pour Crane et Nook (2019), la création de la valeur pour le patient se situe au cœur de l'analyse. Par conséquent, le mode de gestion *Lean Santé* s'intéresse à la rapidité selon laquelle le patient et le médecin se trouvent réunis. Il faut donc mettre en place des moyens permettant d'améliorer le délai de prise en charge médicale en éliminant le maximum d'étapes qui ne présentent pas de valeur ajoutée. Il s'agit du fil directeur des initiatives d'amélioration du flux.

Certaines ressources sont considérées comme essentielles à l'amélioration du flux. Il s'agit des infirmières, des médecins et des lits (civières). Conséquemment, l'optimisation de l'utilisation de ces ressources est visée. Ainsi, on tend à améliorer le flux par l'ajustement des ratios infirmières/patients et médecins/patients en fonction de l'achalandage; par la révision des tâches accomplies par les infirmières et les médecins afin d'éliminer les tâches sans valeur ajoutée (comme les interruptions); par la tentative de favoriser les moyens susceptibles d'augmenter la quantité de travail produit par les infirmières et les médecins (standardisation du travail; mise en place d'incitatifs; réorganisation des heures de travail, de pauses, de diner, etc.; l'analyse des facteurs qui amènent des variations de dotation des infirmières). Cela amène les auteurs à problématiser la ressource infirmière et à chercher des solutions pouvant répondre aux impératifs de productivité tout en considérant les coûts. Les infirmières y sont décrites comme une ressource qui a tendance à ralentir sa productivité, mais qui répond à des incitatifs de productivité simples et peu coûteux.

Unlike most physician groups almost no nurses are currently incentivized based on patient throughput. Almost all nurses' these day are paid on an hourly basis. The obvious way to game hourly wage systems is to do the least amount of work per unit of time. This effectively increases the rate of pay relative to the amount of work being performed. This is often the root cause for patient delays in terms of discharging outpatients, sitting on patients who are waiting to go upstairs, and other subtle forms of delays such as not collecting urines. It promotes "break behaviors" of finding ingenious ways to delay performing tasks. There are many options in terms of incentive plans. A relative value unit (RVU) = based plan, similar to physician reimbursement is relatively straightforward to

implement. Straight volume-based plans are also easy to implement. Even something as simple as rewarding the staff for each hour the waiting room remain empty is an easy way to reward the right type of behavior. We have seen in many EDs that many times the staff does not need a financial reward, but recognition of other token rewards such as coffee cards or thank-you grams go a long way. (Crane et Nook, 2019, p. 271)

De plus, les pauses et les diners sont considérés comme problématiques, car ils surviennent au même moment que les périodes les plus achalandées. Par conséquent, les auteurs proposent de créer des quarts de travail de 4 heures pour assurer la couverture de ces périodes de manière rentable.

There two options for covering lunch breaks. The first is to cover them with short-shift staffing resources. These are frequently referred to as *princess shifts*. These shifts usually last from 10 a.m. to 2 p.m. and serve to relieve staff for lunch. For instance, if you send 4 nurses per hour on hourly lunch breaks, starting at 11 a.m. through 2 p.m., then you would need 4 *princess shifts* to cover lunch. These shifts can often be filled with nurses who have school-aged children and don't need to work fulltime. They can drop their kids off at school, go to work for 4 hours, and be back by time they get out of school. (Crane et Nook, 2019, p. 272)

Nous désirons soulever qu'il est étonnant que ces auteurs, considérés comme des experts dans le domaine de l'optimisation des soins de santé (Jody Crane est un médecin spécialisé en médecine d'urgence considéré comme l'un des principaux experts américains (É-U) dans le domaine de la révision des opérations des urgences, professeur à l'Université du Tennessee et membre de *l'Institute for Healthcare Improvement*; Chuck Noon est professeur à l'Université du Tennessee spécialisé en amélioration opérationnelle, en modélisation d'affaires, en simulation et analyse et aide à la décision), n'ont pas jugé pertinent de soutenir leurs propos dénigrants et misogynes relatifs aux infirmières par des données probantes permettant de soutenir les « faits » rapportés et les solutions proposées.

En ce qui a trait à l'utilisation des lits, le mode de gestion *Lean Santé* considère que l'activité ayant le plus de valeur ajoutée est l'utilisation de l'espace soins par le patient lorsque

celui-ci est en contact avec un professionnel de la santé. Les lits (ou civières) sont conceptualisés comme un « véhicule » qui permet d'accommoder la réalisation du travail des médecins et des infirmières. Cela favorise donc une utilisation judicieuse des espaces de soins (civières) selon laquelle les lits ne doivent pas être occupés pour d'autres fonctions que celles offrant une valeur ajoutée, ce qui encourage l'application du principe de garder le patient vertical, vertical « Keeping the vertical patient, vertical » pour les patients des soins ambulatoires (patient vertical). Cette maxime signifie qu'il importe de garder mobiles (en position assise ou debout) les patients de la zone ambulatoire. Selon ce principe, la grande majorité des patients de l'ambulatoire sont des patients qui pourraient être vus dans une clinique externe. Puisque dans ce contexte ils ne se retrouveraient pas couchés sur une civière, il n'y a donc pas de raison qui justifie que ces patients se retrouvent couchés sur une civière à l'urgence. Ces patients sont donc dirigés vers la salle d'attente. Cette pratique permet d'optimiser l'utilisation des civières. L'utilisation de la civière d'urgence est donc parcimonieuse. Elle n'est justifiée que pour la dispensation des soins et des traitements, lors de l'examen médical, des réévaluations médicales, lors des discussions relatives au plan de traitement, lors de l'administration de médicaments ou lorsque la condition du patient requiert une surveillance continue des signes vitaux. D'après le cadre de référence qu'impose le mode de gestion *Lean Santé*, présenté par Crane et Nook (2019), toutes les autres utilisations des civières par le patient n'apportent pas de valeur ajoutée et doivent être réduites ou éliminées. D'ailleurs, d'après ce mode d'optimisation, l'ajout de civières ne constitue pas une solution à l'encombrement de l'urgence, mais est plutôt vu comme un moyen de diminuer l'efficacité : il est considéré que cet ajout entraînera une augmentation des durées de séjour à l'urgence et une utilisation non justifiée des espaces de soins de l'ambulatoire. De plus, toujours d'après le mode de pensée *Lean*, l'ajout de civière a pour effet de camoufler les véritables failles opérationnelles et

nuit donc à leur révision et à leur amélioration. Enfin, les traitements requis, la file d'attente de l'admission à l'étage, l'inefficacité du travail (délai pour la divulgation de résultats, délai des rapports interservices, etc.) sont des facteurs qui affectent l'utilisation des lits/civière de l'urgence. Il est donc impossible d'améliorer le flux de l'urgence sans s'intéresser à celui de l'ensemble de l'hôpital. La performance de l'urgence dépend donc de celle des autres services et unités et son amélioration requiert un effort collectif impliquant l'ensemble des intervenants et services concernés.

Pour terminer, la satisfaction des patients constitue un résultat de santé important qui permet d'évaluer la qualité des soins et services reçus. La satisfaction des patients dépend des résultats obtenus et des attentes. Selon le *Lean Santé*, la valeur pour le patient (*patient value*) contribue à la satisfaction des patients. La valeur pour le patient se définit comme la différence entre les sacrifices (attente, procédures inconfortables, etc.) consentis et les résultats obtenus lors de l'utilisation des services (l'amélioration de l'état de santé). Ainsi, d'après la perspective d'un mode de gestion *Lean*, l'amélioration des opérations permet d'améliorer la satisfaction des patients par la promotion de l'efficacité. Bref, le délai « porte-médecin » constitue le facteur le plus susceptible d'influencer la satisfaction des patients. Ainsi, les auteurs fournissent un exemple pour illustrer comment ajuster les opérations en fonction de la valeur pour le patient de façon à favoriser des résultats de satisfaction des patients favorables :

The final comparison we will make is between a business executive and a homeless person. If a business executive came to the ED and had to wait hours in order to be seen, he may literally be losing hundreds of dollars per hour in opportunity cost, whereas the homeless person has no opportunity cost and actually benefits by spending time in the waiting room, sleeping, and receiving food and shelter. In this case, time spent in the waiting room is not a sacrifice, but it is something realized and improves their patient value. Ironically, homeless people, by definition, can't receive a survey, even though I bet most are thrilled with their experience in the ED; but I'll bet that executive will blast you on your survey.

As you can see, defining much less delivering, patient value can be quite complex (Crane et Nook, 2019, p. 303).

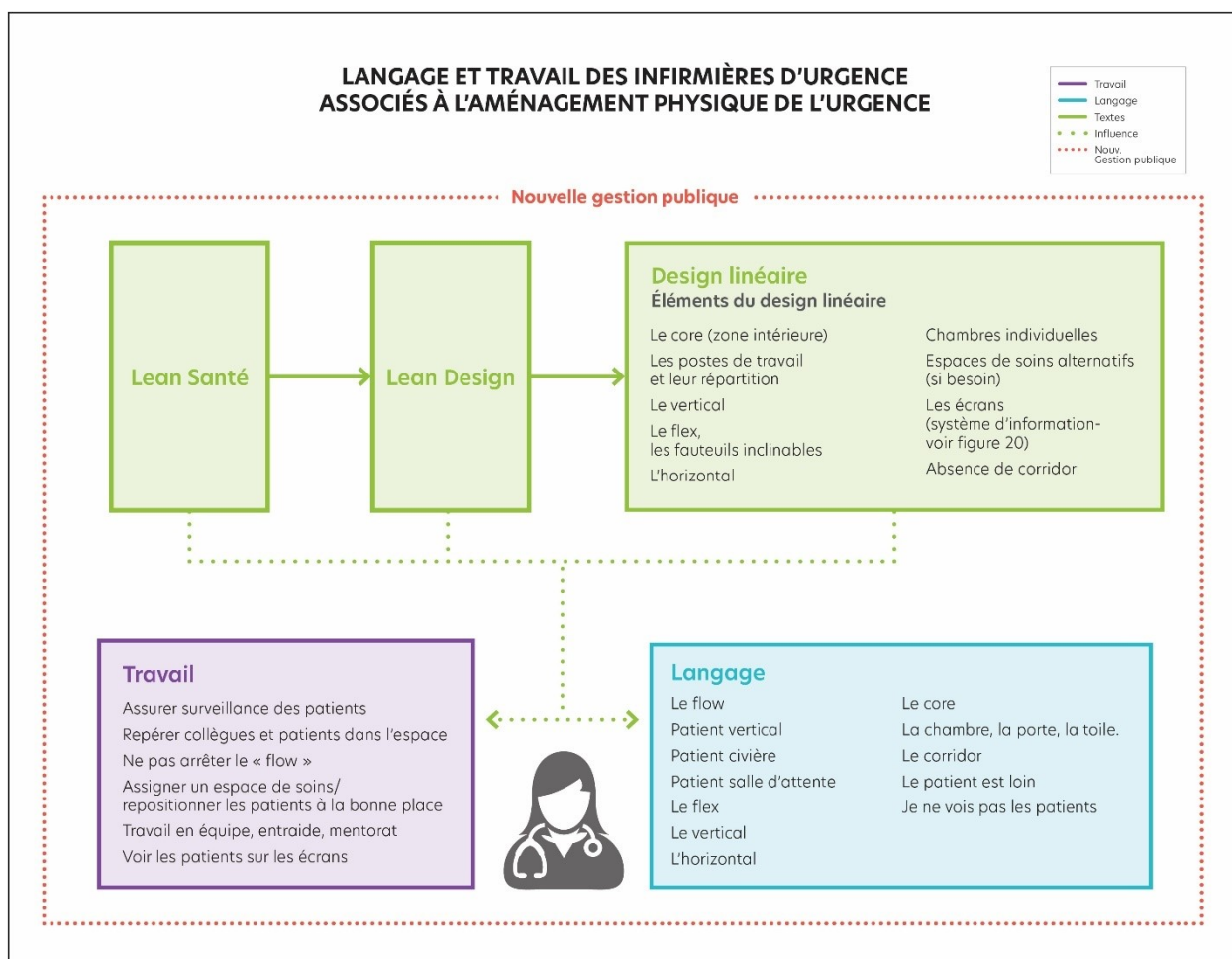
À la lumière de cet extrait, on constate que les auteurs proposent d'effectuer les choix opérationnels en fonction des chances d'obtenir de bonnes évaluations. Cela laisse entendre que les choix opérationnels doivent être effectués en fonction de satisfaire les clientèles les plus susceptibles de porter plainte. Dans le cas illustré, les moyens mis en œuvre doivent permettre de satisfaire le dirigeant d'entreprise puisqu'on estime que la personne itinérante ne remplira pas le sondage de satisfaction.

Ces documents sont importants parce qu'ils permettent de comprendre comment le mode de gestion *Lean* véhicule des pratiques idéologiques qui organisent le travail (les pensées et les actions) quotidien des infirmières d'urgence. On y retrouve un discours qui problématise l'encombrement de l'urgence. Conséquemment, l'amélioration de la qualité des soins de l'urgence dépend de la capacité d'améliorer le flux des patients. Dans ce contexte, les infirmières sont considérées comme une ressource qui doit optimiser son travail, sa productivité. D'ailleurs, lors des entrevues et des périodes d'observation, plusieurs éléments clés décrits précédemment apparaissent dans le langage quotidien des infirmières. La Figure 15 illustre le langage utilisé par les infirmières et les aspects de leur travail touchés par l'aménagement de leur espace de travail et les règles inhérentes à son utilisation. Ainsi, certains termes utilisés par les infirmières correspondent aux noms des espaces et des zones de l'urgence tels que retrouvés sur le plan (Figure 10). C'est le cas pour les termes suivants : le vertical, l'horizontal, le flex, le core et la salle d'attente. De même, ces termes correspondent aux modes d'opération correspondant aux *Lean Santé* et au *Lean Design*. Des exemples d'utilisations des termes associés au mode de gestion *Lean*,

à la configuration des lieux physiques de travail et aux modalités de fonctionnement de l'urgence dans le langage utilisé par les infirmières sont présentés dans le Tableau 4.

## Figure 15

*Langage et aspects du travail influencés par le Lean Design utilisé par les infirmières d'urgence (figure originale)*



Les termes utilisés par les infirmières de l'urgence pour désigner leurs espaces de travail sont plus que de mots qui désignent des lieux, ils véhiculent les règles d'utilisation de l'espace.

Par exemple, les termes « horizontal » et « vertical » correspondent à des trajectoires différentes (chaines de valeur). Ainsi le patient du vertical doit être maintenu mobile et debout. Tandis que les patients attribués à la zone horizontale pourront être allongés sur des civières. Les infirmières identifient ces patients selon la zone qu'ils occupent. Les patients sont donc des patients du vertical, des patients-salle d'attente, des patients-horizontal ou des patients-civiers. Par conséquent, les infirmières attribuent les « bonnes places » aux patients d'après l'issue anticipée après leur séjour à l'urgence. Cette attention est très marquée du côté des soins ambulatoires (vertical) où les notions de flow sont souvent évoquées, et où le principe de ne pas bloquer une chambre correspond à la règle de garder le patient vertical, « vertical ». Notons, de plus, que les infirmières réfèrent souvent à un espace qui n'existe plus : le corridor. Les infirmières évoquent cet espace, aujourd'hui disparu, lorsqu'elles affirment que, par manque d'espace dans la zone horizontale, certains patients sont placés sur des civières dans la salle d'attente et que leur représentation électronique est placée sur un écran où tous les patients en attente d'un espace de soins aigus apparaissent (patients saumons). Ainsi, au lieu d'être entrés à l'intérieur du département, dans un espace de soins improvisé (corridor), ces patients demeurent dans la salle d'attente. Les infirmières jugent que cette situation est inadéquate et dangereuse, car ces patients sont souvent très malades. D'autre part, la répartition des infirmières dans l'espace de travail augmente la distance entre les collègues et les fait disparaître. Ceci rend difficiles le travail d'équipe, le soutien et la surveillance collective des patients. D'ailleurs, comme les patients ne sont pas visibles puisqu'ils se trouvent dans des chambres individuelles, les infirmières utilisent les écrans pour assurer la surveillance de leurs patients. Les écrans (système d'information et système de monitoring) sont consultés pour prendre connaissance des soins et traitements à administrer, du nombre de patients en attente pour le triage et de la gestion de la file d'attente pour

la zone horizontale (patients saumons). Une grande part du travail des infirmières est donc coordonnée via le système informatique devenu essentiel à la réalisation du travail de l'infirmière. En outre, nous avons vu que l'intégration de ces systèmes est encouragée, car ils facilitent l'évaluation, le suivi nécessaire à l'optimisation des opérations visant l'amélioration des flux de patients et la diminution de l'encombrement.

**Tableau 4***Exemples d'utilisation des termes qui désignent des éléments du plan de l'urgence ou de son opérationnalisation*

Terme	Ce qu'il désigne	Langage : exemple d'utilisation par les informateurs clés primaires
Vertical Patient vertical	Zone de l'urgence désignée pour les patients de l'ambulatorio. Règle générale, ces patients seront évalués et traités pendant une courte période et ne requièrent pas une admission	<b>Nadine</b> : Oui, c'est simple de même verticale le patient est ambulatoire il marche il se tient debout. Horizontal, le patient a besoin d'être couché.  <b>Rachel</b> : In order to organize my work, the only thing I really need to do in vertical is look for the pending activities ... that pretty much sums it up. So pending medications, reassessments to be done, and that's it.
Horizontal Patient horizontal	Zone de l'urgence qui correspond aux soins aigus, c'est-à-dire la zone où les patients nécessitent une surveillance continue et/ou une admission à l'hôpital. Toutes les chambres de cette zone sont munies d'un moniteur cardiaque.	<b>Alicia</b> : Yeah flex and vertical area yeah that's the waiting room people. But when you're in that horizontal and monitored settings it's a bit easier cause—when we're not short—were short a lot. I'll be able to get more quality care because you have 4 to 5 patients and you have more time for every patient and (de) pending There's not one sick patient that you're with all the time that's kind of sucking up all your time.
Le « Core »	Zone du département qui est localisée au centre. Les chambres des patients sont réparties en périphérie de cette zone. Seul le personnel est autorisé à circuler dans cette zone. Dans cette zone, on retrouve l'ensemble des postes de travail des professionnels de la santé, la pharmacie, les réserves de matériel.	<b>Élise</b> : Non, on le fait [le rapport] dans le Core, dans le centre du Core there's like rows of computers. That's where we give report.
Flex	Zone du vertical, mais qui joue un rôle tampon entre le vertical et l'horizontal. Cette zone comprend les patients sur les fauteuils et les 3 civières localisées derrière le triage. L'infirmière qui est assignée à cette zone a aussi la responsabilité de quelques chambres de l'ambulatorio.	<b>Nadine</b> : Parce qu'on a deux chambres de traitements la chambre 8 et la chambre 3. C'est des chambres soit qu'on utilise soit pour faire des work-up c'est-à-dire de voir le patient avant qu'il [ne] voie le docteur pour que les prises de sang aient été déjà faites, que l'ECG ait été déjà fait. Mais, des fois, quand le docteur vide la chambre quand il a vu son patient. Mais il faut qu'on rappelle ce patient-là dans la chambre 3 ou 8 pour faire le traitement qui a été prescrit.  <b>Sophie</b> : pis après vous le retournez à la salle d'attente.  <b>Nadine</b> : Oui, exactement, c'est ça le but. Ou parfois, ça va être pour partir un antibiotique sur une chaise Flex.  <b>Maryse</b> : Ce qui arrive dans l'horizontal, quand c'est plein puis là, on a des patients qui ont besoin d'être mis sur des civières, ils ne peuvent pas attendre dans la salle d'attente. Donc, ils sont souvent rapatriés dans le Flex. Fait que ce sont des patients qu'on ne peut pas juste s'occuper d'eux puis de les renvoyer dans la salle d'attente, qui ne sont souvent pas adéquats pour renvoyer dans les chaises. Fait qu'ils occupent des civières dans le flex

Les fauteuils/chairs	Section où on retrouve 5 fauteuils inclinables. Cette zone fait partie du flex. Elle est située dans une section concomitante à la salle d'attente. Elle n'est pas en périphérie de la zone centrale (core).	<b>Benoit</b> : Exactement, parce qu'on a plus de civières, on les met sur des fauteuils roulants, non pas des fauteuils roulants, des lazy-boys, c'est un fauteuil inclinable.
Le « Flow »	Terme utilisé pour désigner le roulement des patients à l'urgence. Une attention particulière est accordée aux flux des patients. Les infirmières parlent de moyens qui sont mis en place pour améliorer le flux des patients. Ce terme est surtout utilisé lorsque les infirmières réfèrent à leur travail dans la zone de soins ambulatoires (vertical).	<b>Julia</b> : Fait que, dans le fond, ils sont vis-à-vis la salle de réanimation, mais l'autre bord du corridor. Fait que ça, on n'a pas le choix. Ils sont loin. [...] Il n'y a pas de moniteur, pas de cloche d'appel, il n'y a pas vraiment beaucoup de monde qui passe par là non plus. <b>Élise</b> : Patient flow is the way the emergency room was designed and ideally patients shouldn't be staying in the emergency room for multiple days. In an ideal world, with a good flow of patients, when patients are admitted by internal medicine, hematology, oncology, then they can go up to the floors where the care is specialized to them, where they have access to a shower and where and, you know...
Bloquer des chambres	Évoqué lorsqu'un patient est placé dans le « vertical », mais que sa condition de santé requiert des soins et la surveillance au même niveau que ceux placés dans la section horizontale. En conséquence, le patient demeure dans une chambre de la zone verticale, ce qui empêche d'utiliser cette chambre pour l'évaluation d'autres patients. Les infirmières du vertical doivent de plus en assurer les soins et la surveillance	<b>Laura</b> : Ben, dans le fond, améliorer... comme dans le fond, l'organisation du travail des infirmières puis la façon... aussi augmenter le flow des patients aussi. Éviter que le travail du personnel médical ralentisse. Donc, comment des méthodes de travail, qu'est-ce qu'on peut faire dans notre quotidien pour améliorer le travail de tout le monde puis améliorer les soins aux patients?
Patients saumons ou rose/walk-in	Il s'agit des patients qui se trouvent sur une civière dans la salle d'attente. Ils sont en attente d'une chambre dans la zone horizontale. Lorsque cette zone est pleine, un phénomène de refoulement s'installe. Ces patients demeurent sous la responsabilité des infirmières assignées à la salle d'attente (prétriage, triage, float). Une fois en	<b>Maryse</b> : Le roulement c'est plutôt les patients arrivent, dans le délai qu'ils sont vus, dans le délai qu'ils sont traités, dans le délai qu'ils sont réévalués, dans le délai qu'ils ont leur congé. Ça va tout dans des délais raisonnables. Ça va être un bon roulement de... puis que les ordonnances sont faites dans un délai raisonnable par rapport à quand il a été vu, etc. Parce que parfois, c'est tellement plein qu'on est congestionnés, qu'on a de la misère à fonctionner. Les patients sont dans la salle d'attente. Sont en attente pour une... ils devraient être des patients pour civière parce qu'ils sont assez malades et ils attendent sur des civières dans la salle d'attente pendant des heures... et des heures parce qu'il n'y a pas de place. Les patients d'un soin vertical peuvent attendre, des fois, des 6 heures, 8 heures. Puis ce n'est pas toujours pertinent qu'ils peuvent attendre. <b>Nadine</b> : On ne veut pas bloquer les chambres [du vertical] parce qu'on veut que les docteurs voient de nouveaux patients. Les docteurs veulent vraiment qu'on vide les chambres pas qu'on bloque les chambres. <b>Julia</b> : Dans le Walk-in, les patients qui sont alignés [en] rose. Ils attendent d'être dans le H. Tu peux le savoir un peu à moins que l'infirmière a décidé de... l'infirmière en charge a décidé de t'envoyer un patient qui sort du ressus ou... mais il y a différents cas. Mais tu ne peux pas regarder les différents cas qui s'en viennent. Mais souvent, tu te prépares. Des fois, tu le vois sur le board. Ils font juste attendre sur une civière au lieu d'être assis sur une chaise.

	<p>attente, un rectangle rose saumon apparaît sur une liste d'attente qui apparaît dans la zone « walk-in » du programme informatique. Cette file d'attente est visible sur les écrans localisés dans le « core » de l'urgence.</p>	<p>Des fois, ça peut être pour le confort. D'autres fois, c'est parce qu'ils sont trop frêles pour s'asseoir tout seuls.</p>
Les boites rouges	<p>Il s'agit d'un rectangle de couleur qui apparaît dans le programme informatique utilisé pour la dispensation des soins. Lorsqu'il est rouge, cela indique qu'il y a des tâches à effectuer prochainement pour le patient. Les infirmières surveillent les boites rouges.</p> <p>(Figures 5 et 6)</p>	<p><b>Kate</b> : Ben là , c'est rendu qu'on a des gens dans le corridor. Tu peux avoir jusqu'à 10 stretchers dans le corridor qui attendent. Ils ont de l'oxygène, on a déjà fait des works up, il y en a qui reçoivent des médicaments. [...] ils ont une place sur l'écran dans une section « walk in</p> <p><b>Julia</b> : Ben ce qui est l'fun, je trouve, de ce que j'aime beaucoup, c'est qu'on ne peut pas rien manquer à cause que tout est informatisé. Solurge est génial pour ça. Tous les médicaments vont apparaitre. Tu le sais quand ils sont dus parce que t'as ta case verte. Tu peux voir la dernière dose administration. Après ça, il devient rouge fait que quand t'as du rouge, tu sais que t'as des affaires à faire. Tu peux te mettre des reminders toi-même aussi. Tu peux te créer une case, comme tout est infini. Fait que ton plan de travail il devient informatisé puis tu ne peux pas rien manquer vs un FADM papier que oups, t'as pas tourné bien ta page, il te reste une dernière page puis là, non, ça, ça n'a pas été bien donné. Faut que tu le signes. T'as pas besoin de signer rien parce qu'aussitôt tu fais juste cliquer tes affaires au fur et à mesure. Fait que ta signature électronique elle vient là. Tout est fait. Tu rentres tes notes.</p> <p><b>Nadine</b> : Oui, tu as le nom du patient, son âge, son numéro de dossier. Puis dans la même ligne j'ai nursing activities. Pis là ça va me mettre c'est toujours les nursing activities c'est soit vert toutes les activités sont faites soit blanc et la ça me dit mettons 0 Slash 6. Je sais que j'ai 6 activités qui s'en viennent dans les 3 prochaines heures.</p>
Taux d'occupation	<p>Mesure de l'occupation de l'urgence</p> <p>Cette donnée apparaît sur l'écran d'accueil des postes informatiques.</p>	<p><b>Benoit</b> : Ici, que les soins ambulatoires c'est pas nécessairement des soins ambulatoires ont met plein de monde dans les soins ambulatoires que... y a jusqu'à trois ans et on n'aurait jamais rêvé de les mettre là. Les réalités de notre taux d'occupation. La clientèle qu'on a ici, des fois, nous fait faire des choses qui sont, des fois, difficiles... C'est peut-être la bonne décision, mais des fois, C'est difficile de le regarder et de dire.. avoir un bon critère. Parce que tu te mets un point de vue. Le taux d'occupation c'est très très malléable.</p>
Patient-civière/Stretch patient	<p>Ce terme désigne les patients qui se trouvent sur des civières et dont la présence participe au calcul du taux d'occupation. Les patients de la zone ambulatoire ne participent pas à ce décompte ni ceux en attentes d'entrer dans l'horizontal (patients saumons). Les assistantes-infirmières chefs peuvent cependant attribuer le statut « patient-civière » à un patient qui se trouve dans une autre zone, mais qui attend qu'une chambre se libère ou lorsqu'il se trouve dans une zone de débordement, ou qu'il occupe une salle familiale faute de place dans l'horizontal.</p>	<p><b>Rachel</b> : And so for stretcher patients I give them the report if they agree then she selects the assigned stretcher wherever it is, and then I direct them there</p> <p><b>Benoit</b> : Oui, on ne les perd pas parce qu'ils sont quand même dans la liste des patients qu'on a triés salle d'attente là. C'est juste sont comme tout ce qu'ils ont de différent c'est qu'ils se retrouvent aussi dans un onglet stretcher. Sauf que les patients sur l'ambulatoire n'ont pas. Mais eux autres existent dans les 2 listes sont sur la liste ambulatoire parce qu'ils sont encore ambulatoires et ils ont une zone réservée ou spéciale à eux sur le programme informatique.</p> <p><b>Maryse</b> : Les patients sont dans la salle d'attente. Sont en attente pour une... ils devraient être des patients pour civière parce qu'ils sont assez malades et ils attendent sur des civières dans la salle d'attente pendant des heures...</p>

### 5.2.3 Les systèmes d'information

Les systèmes d'information constituent un aspect indispensable au fonctionnement de l'urgence et au travail du personnel administratif et soignant. Par exemple, les outils technologiques utilisés permettent aux infirmières de repérer leurs patients dans l'espace, d'assigner les patients dans l'espace, de prendre connaissance des besoins des patients, d'assurer le suivi des soins et traitements requis pour chaque patient et de prendre le pouls de l'activité de l'unité. De même, l'amélioration des opérations et la révision des flux de l'urgence impliquent la disponibilité des données portant sur les activités à valeur ajoutée qui composent l'épisode de soins des patients à l'urgence (Crane et Nook, 2019). D'ailleurs, Huddy (2017) souligne l'importance d'intégrer le système d'information à la conception de l'urgence. Or, lors de la planification du réaménagement de l'urgence, on note un souci de l'amélioration de l'efficacité du travail facilitée par l'informatisation de l'ensemble des processus de travail. Ainsi, l'addition de nouveaux outils technologiques intégrés au système d'information et l'amélioration et la révision des processus étaient au cœur du projet de réaménagement de l'urgence tel que l'évoque l'informateur secondaire 6.

**Informateur secondaire 6 :** On avait ciblé 40 processus et on a *mappé* les processus cibles. Donc, qu'est-ce qui était l'actuel versus les cibles. Pis qu'est-ce que le programme [informatique] pouvait apporter. [...] Avec l'équipe de transition technologique, j'ai eu deux analystes d'affaires qui me faisaient mes cartographies. Moi, je m'assoiais avec eux autres pis j'expliquais comment ça fonctionnait. Après ils allaient sur le terrain pis ils allaient voir. Est-ce que ce que je leur ai dit c'était vraiment ça? Ils allaient interroger tout le monde pour valider le processus. Et après ça, on identifiait chacune des petites cases. Puis on voyait que des fois un processus pouvait avoir, mettons 42 étapes. OK, comment peut rendre ce processus-là plus efficace? Est-ce qu'on peut couper des choses en informatisant le processus? Puis après ça, on a dit, bien OK comment on peut optimiser ça?

Lors de cette entrevue, cet informateur secondaire soulève plusieurs éléments découlant des principes inhérents au mode de gestion *Lean Santé* comme la révision des processus, leur

division en étape, la recherche d'une plus grande efficacité, l'implication du personnel pour la validation des processus.

**Informateur secondaire 6 :** Ce n'est pas juste de l'informatiser, mais c'est comment on peut optimiser la gestion de changement. C'est là qu'on a travaillé avec les gens impliqués en *workshop*. Si ça touchait les préposés. J'invitais les proposés. Puis une infirmière, une assistante-infirmière chef. Je ne mettais pas trop de *layers* parce que je savais que si on faisait ça trop gros, ça ne marchait pas. Pis c'était très efficace. On faisait deux rencontres, troisième rencontre, on montrait le processus : approuvé! Passe à d'autres choses, quarante processus, c'est gigantesque.

D'ailleurs, au cours de cet échange, l'informateur aborde aussi les moyens favorisant l'efficacité comme la documentation de l'infirmière au chevet du patient (plus de temps au chevet), l'amélioration des ordonnances collectives émises au triage, l'élaboration de protocoles cliniques et d'outils d'aide à la décision clinique. Cette standardisation des pratiques vise à augmenter l'efficacité du travail des cliniciens.

**Informateur secondaire 6 :** On a utilisé Solurge pour renforcer les ordonnances collectives parce qu'avant c'était sur des bouts de papier qu'on imprimait. [...] On a fait entériner les protocoles qui allaient être informatisés. [...] On avait fait une vingtaine d'ordonnances collectives [...] que l'infirmière [du triage] pouvait émettre sans le médecin.

Le système intègre des alarmes de rappels permettant d'aviser des actions en attente telles que la réévaluation des patients à la suite de la réception de résultats de laboratoire ou d'imagerie médicale. Ces moyens visent la diminution de chacune des étapes qui composent la trajectoire d'un patient à l'urgence et la durée de séjour des patients à l'urgence. Tous ces éléments sont des moyens qui permettent de réduire les délais.

**Informateur secondaire 6 :** Puis un autre élément qui était apporté avec les SIGDU, c'était la capacité de gérer les patients. [...] Donc des durées de séjour. [le programme informatique] faisait les suivis des indicateurs. [...] Comment on peut s'assurer qu'un patient ne reste pas à l'urgence trop longtemps. Ça veut dire qu'il fallait mettre en place des critères de notification pour dire ok, lui a reçu ses résultats, lui est prêt à être ré-évalué puis lui doit être admis, versus lui doit être *dischargé*. Facque, les outils [informatiques entérinés par le MSSS] faisaient déjà ça.

Dans certains cas, cet informateur soulève que la révision des processus a amené des modifications de l'espace physique.

**Informateur secondaire 6 :** On a utilisé plusieurs stratégies genre Toyota *Lean* là. On a fait des déplacements, des cartographies spaghettis. On a fait du podomètre. On a fait le nombre de pas d'une station à l'autre. Il y du monde qui suivait des médecins puis qui avec un crayon, avec une carte comme ça, ils faisaient, à chaque fois qu'ils se déplaçaient ils traçaient leurs trajets puis là, à la fin, tu regardes puis où c'est plus noir, tu dis là OK, ça, c'est leur déplacement principal, il va falloir qu'on mette une station [poste de travail] à cet endroit-là pour qu'ils évitent de marcher [...]. Ce qui est important, c'est que tout le processus d'informatisation, ça n'allait pas amener uniquement des changements de processus travail. Ça a amené des changements physiques dans l'urgence, ça a amené des changements technologiques.

En bref, la mise en place et le développement de certaines facettes du programme informatique additionnées à la planification du réaménagement de l'urgence offraient une occasion de réviser le mode de fonctionnement de l'urgence pour en améliorer son efficacité. Toutefois, c'est le MSSS qui, le premier, exigeait la mise en place d'un système d'information. D'ailleurs, le choix du programme retenu devait répondre aux exigences du MSSS afin de le tenir informé de la situation des urgences en continu via la banque de données communes des urgences (BCDU).

**Informateur secondaire 6 :** [Le projet d'informatisation] ça a commencé parce que les urgences devaient produire des statistiques, rendre des comptes sur les durées de séjour. Combien de personnes, etc. [...] c'est le ministère qui demandait ça. C'est venu d'un cadre normatif, le cadre normatif de la gestion des urgences.

Ainsi, les besoins de reddition de compte exigés par le MSSS ont poussé l'implantation du système d'information. Le cadre normatif dont il est question est le guide de gestion des urgences (2006). Ce document s'adresse aux gestionnaires et aux cliniciens et vise l'amélioration du fonctionnement des urgences dans un contexte d'augmentation de l'achalandage et de l'encombrement des urgences. Le guide trace les contours « d'un modèle d'organisation qui vise notamment pour l'épisode de soins d'urgence à assurer une meilleure intégration des services à l'aide d'une approche axée sur les patients et sur la qualité des soins » (MSSS, 2006, p. 17). Il

présente les principaux points d'actions pour améliorer le fonctionnement de l'urgence. Une grande importance est accordée à l'amélioration de la capacité de l'urgence à traiter dans les meilleurs délais les patients. Pour ce faire, plusieurs cibles sont présentées, suivies de moyens à instaurer pour les atteindre. L'implantation d'un système d'information y est traitée de manière transversale, car ce type de système permet à la fois d'accélérer les processus grâce à la standardisation des pratiques cliniques (p. ex. : intégration d'ordonnances collectives et outils d'aide aux décisions cliniques) et d'améliorer la capacité de produire des données fiables qui permettent l'évaluation et la comparaison de la performance des urgences du Québec. L'informatisation de l'urgence est donc encouragée, car elle : permet une gestion de l'information en temps réel; l'accès à des renseignements susceptibles d'aider l'administration à déterminer les besoins et les problèmes sur lesquels agir; la comparaison des performances à l'échelle d'une région, de la province ou entre les différents centres hospitaliers; l'évaluation de la qualité de façon plus systématique; la résolution d'éléments plus problématiques grâce à des données objectives; l'analyse des ressources nécessaires à l'urgence; l'évaluation des résultats après l'instauration de mesures correctives (MSSS, 2006, p. 78).

Également, le guide de gestion des urgences présente plusieurs définitions opérationnelles jetant les bases d'un langage commun. Par exemple, on y retrouve les définitions opérationnelles d'un patient ambulatoire et d'un patient-civière (critères d'installation d'un patient sur civière), des cibles de gestion telles que le temps moyen entre le début et la fin du triage (<5 minutes); la durée de séjour moyenne pour les patients ambulatoires (< 4 heures); le délai moyen entre la demande de consultation à une spécialité et la prise de décision du consultant (< 2 heures), etc. L'ensemble de ces définitions se retrouvent détaillées dans document intitulé *Cadre normatif du système d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU)* (MSSS, 2004) qui

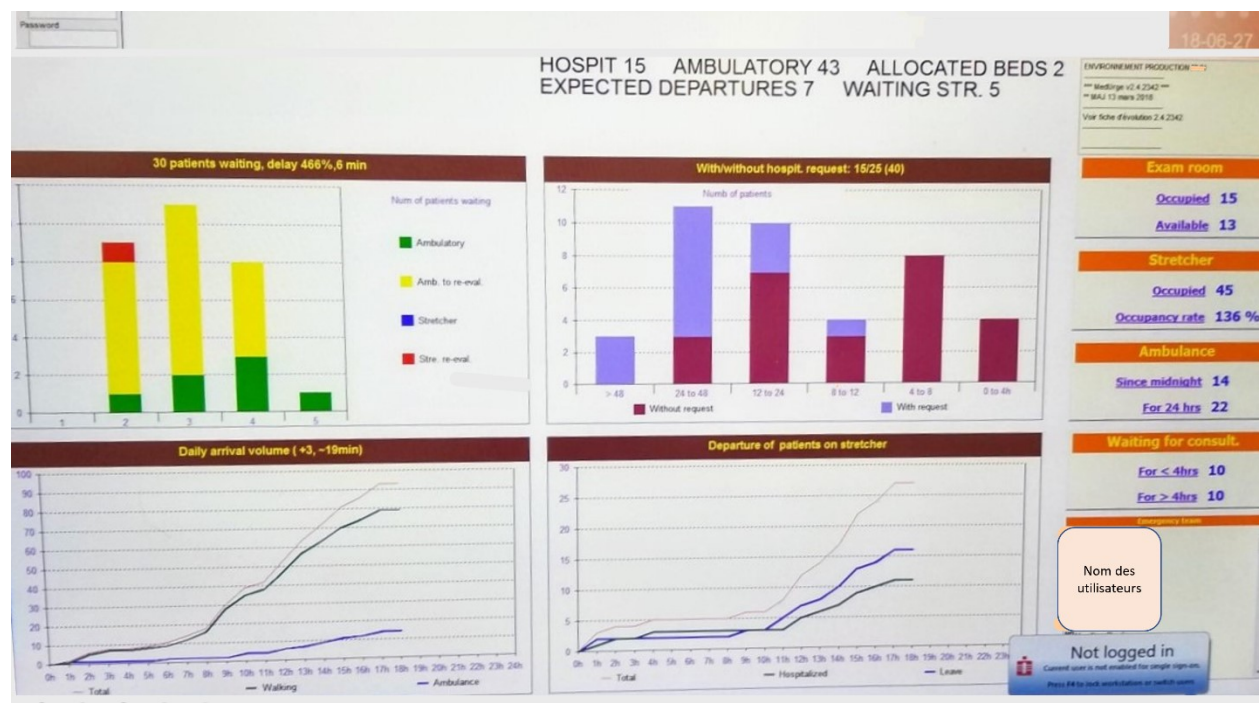
précise l'ensemble des données normalisées qui devront être transmises à la banque de données centrale du MSSS.

*Système d'information et coordination du travail des infirmières*

Le système d'information est donc intégré au fonctionnement de l'urgence. D'ailleurs, de nombreux écrans positionnés aux murs ou sur les comptoirs des postes de travail communiquent une panoplie d'informations relatives à la performance de l'urgence. Parmi ceux-ci, notons l'écran d'accueil (Figure 16) visible à de nombreux endroits puisqu'il est utilisé comme écran d'accueil sur tous les écrans utilisés pour la documentation. Remarquons leur présence dans la salle de réanimation (Figure 12). Cet écran permet de suivre la situation de l'urgence en temps réel et d'avoir un aperçu rapide de l'activité de l'urgence. D'abord, en haut à droite, les inscriptions en majuscule indiquent que 15 patients attendent leur admission dans une spécialité (HOSPIT); que 43 patients sont présentement dans la zone de soins ambulatoires (AMBULATORY), qu'un lit a été attribué à 2 patients qui attendent leur admission (ALLOCATED BED), que le congé de 7 patients est attendu (EXPECTED DEPARTURE) et que 5 patients attendent une civière dans l'horizontal (WAITING STR.). La colonne de droite indique l'occupation des espaces de soins. Ainsi, du côté du vertical, on voit que 15 chambres sont occupées et que 13 demeurent disponibles (exam room); ensuite, 45 civières sont occupées par des « patients-civière » (*stretcher*).

Figure 16

Écran d'accueil affiché sur les nombreux postes de travail



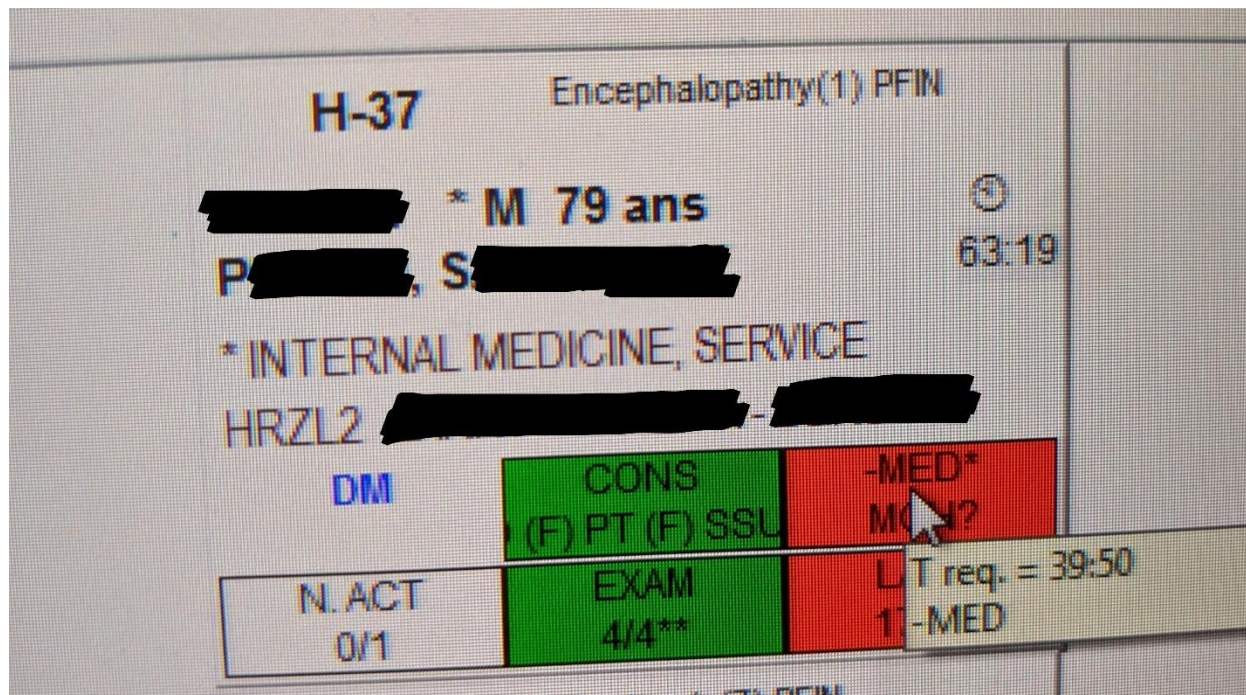
On remarque que le taux d'occupation excède la capacité de 33 civières. Le logiciel est paramétré pour comptabiliser automatiquement les « patients-civières » soit les patients placés dans les zones de « horizontal » 1 et 2 et de réanimation. Lorsque des patients sont placés dans un autre espace de soins (salle familiale, fauteuil, civières du flex, etc.), l'ASI doit attribuer ces patients à des civières manuellement. Chaque civière supplémentaire accordée augmente l'occupation de 3 %. Notons que les patients en attente d'entrer dans le département (les patients saumons) ne sont pas comptabilisés. Ils ne le seront que lorsqu'ils auront obtenu un espace de soins « officiel » et qu'une prise en charge médicale aura été effectuée. On voit aussi que 14 patients sont arrivés en ambulance depuis minuit et que 22 nouveaux patients se sont présentés en ambulance dans le dernier 24 heures. 10 patients sont en attente d'une consultation d'une spécialité depuis moins de 4 heures, alors que 10 attendent cette consultation depuis plus de 4 heures. Le

premier graphique en haut à gauche représente le nombre de patients en attente selon les priorités accordées au triage et le type de patient. Le deuxième en haut à droite représente la durée de séjour des patients ainsi que leur statut (en attente d'admission ou non). Ici, 3 patients sont à l'urgence depuis plus de 48 heures et sont en attente d'admission : ils attendent qu'un lit se libère à l'étage. Enfin, les graphiques qui se trouvent en bas représentent le volume des arrivées par heure depuis le début de la journée (à gauche) et les départs par heure des « patients-civières ». Toutes ces informations sont vues en permanence par l'ensemble du personnel. D'ailleurs, d'autres informations sont disponibles sur les écrans telles que le dépassement des délais cibles de prises en charge médicales ou le besoin de réévaluation infirmière.

Du côté des soins aigus (réanimation et horizontal 1 et 2), chaque patient est représenté à l'écran par un rectangle (voir Figure 17) dont la couleur varie selon le statut du patient (rose = aucune prise en charge, orange = évaluation initiale de l'infirmière faite, blanc = évaluation et prise en charge médicale faite; mauve = patient a congé; noir = patient décédé). Dans ce rectangle (voir Figure 17), on retrouve le nom, le sexe, l'âge du patient ainsi que son positionnement dans l'urgence. Dans cet exemple, ce patient de 79 ans se trouve dans la chambre 37 de l'horizontal-2 (HRZL2). On sait qu'il est hospitalisé pour une encéphalopathie; qu'il est sous la responsabilité de la médecine interne. L'onglet sur lequel apparaît le curseur indique que ce patient est en attente d'un lit en médecine (t. req + 39 : 50) et que la requête a été faite depuis 39 heures et 50 minutes. En déplaçant le curseur sur les onglets, il est possible de connaître le délai de certaines étapes. Dans cet exemple, l'onglet rouge indique le délai de temps s'étant écoulé depuis la demande d'un lit. Le nombre sous l'horloge indique le délai depuis l'arrivée du patient à l'urgence. Ensuite, on voit qu'une tâche pour l'infirmière (N Act.) devra être faite, qu'il n'a pas de consultation en médecine spécialisée à venir et que tous les examens demandés ont été faits (EXAM 4/4).

Figure 17

Case représentant un patient de la zone horizontale dans le système d'information



Les divers écrans permettent d'informer les soignants de la situation de l'urgence ainsi que de l'évolution de la trajectoire des patients. Ils permettent aux infirmières de prendre connaissance de l'ensemble des tâches à réaliser, d'organiser leur travail. Rachel exprime dans cet extrait que les informations disponibles à l'écran lui permettent d'anticiper ses prochaines actions et d'estimer les conditions dans lesquelles celles-ci seront réalisées.

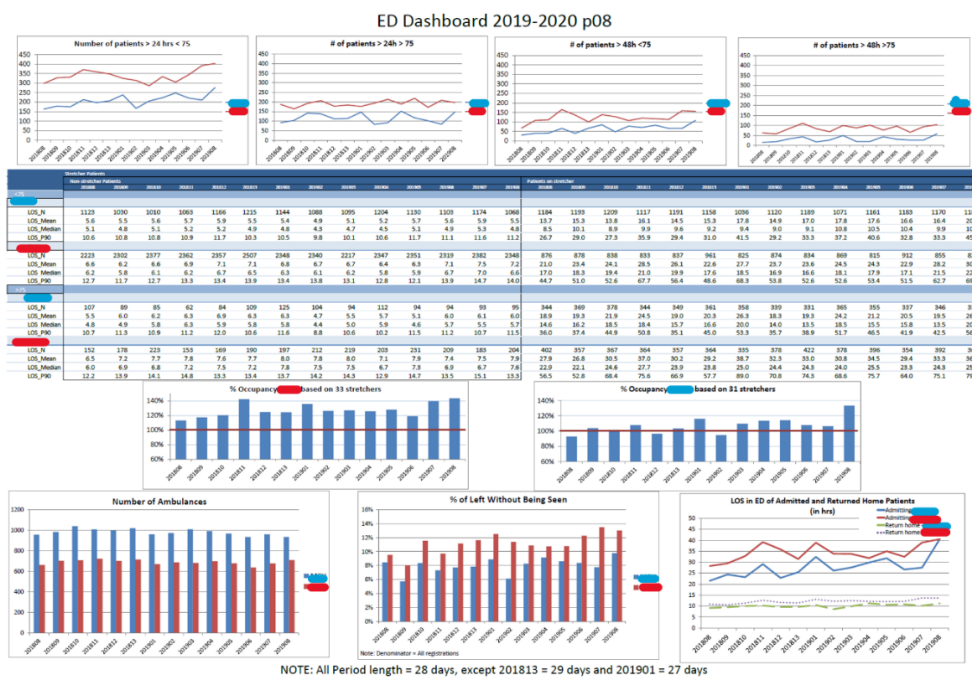
**Rachel :** Vertical (night shift). Things that are going on in my head when I come in: How many patients in V [vertical] chairs, how many patients inside V rooms, how many patients in the waiting room to be reassessed – and eventually, when I will need to cover triage for 2 hours, how many patients I will need to triage and reassess in the waiting room (not yet *pris en charge*). I am so stressed related to uncertainty of their condition, but I find I am mostly stressed because of the time pressure (assuming each patient takes me 5–7 minutes to deliver nursing care).

Le système d'information utilisé permet aux cliniciens d'établir et de suivre les plans de traitement, de déterminer les tâches à effectuer, de suivre les déplacements de leurs patients, et de suivre la trajectoire de leurs patients puisque des marqueurs de délais sont visibles dans les outils intégrés à la dispensation des soins et traitements. Les données produites au niveau local par les cliniciens sont aussi utilisées par les divers administrateurs des départements d'urgence, de l'établissement et du MSSS. Les Figures 18 et 19 montrent des tableaux produits grâce aux possibilités d'extraction des données du système d'information de l'urgence. La Figure 18 montre les données produites par la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique qui présentent, pour une période financière, diverses mesures de performance des deux urgences de l'établissement. La Figure 19 montre un tableau présentant la situation quotidienne des urgences et des centres hospitaliers pour la région de Montréal. À cet effet, les données des urgences sont disponibles et mises à jour à toutes les heures sur le site du MSSS à l'adresse suivante : <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/donnees-urgences/>.

Figure 18

Données produites par la direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

Direction Qualité, évaluation, performance et éthique



ED Dashboard 2019-2020 p08

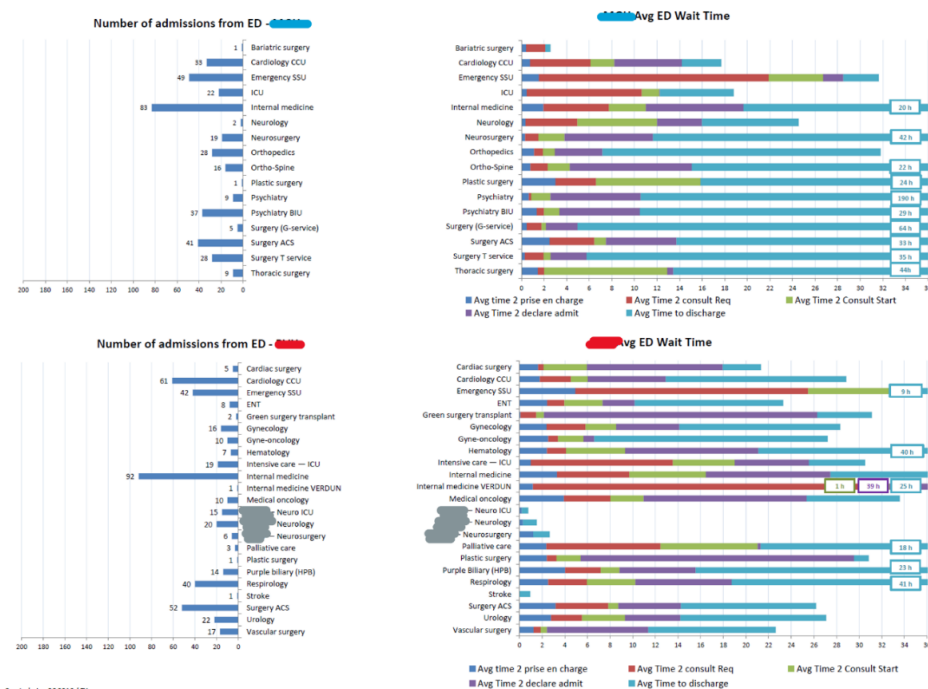
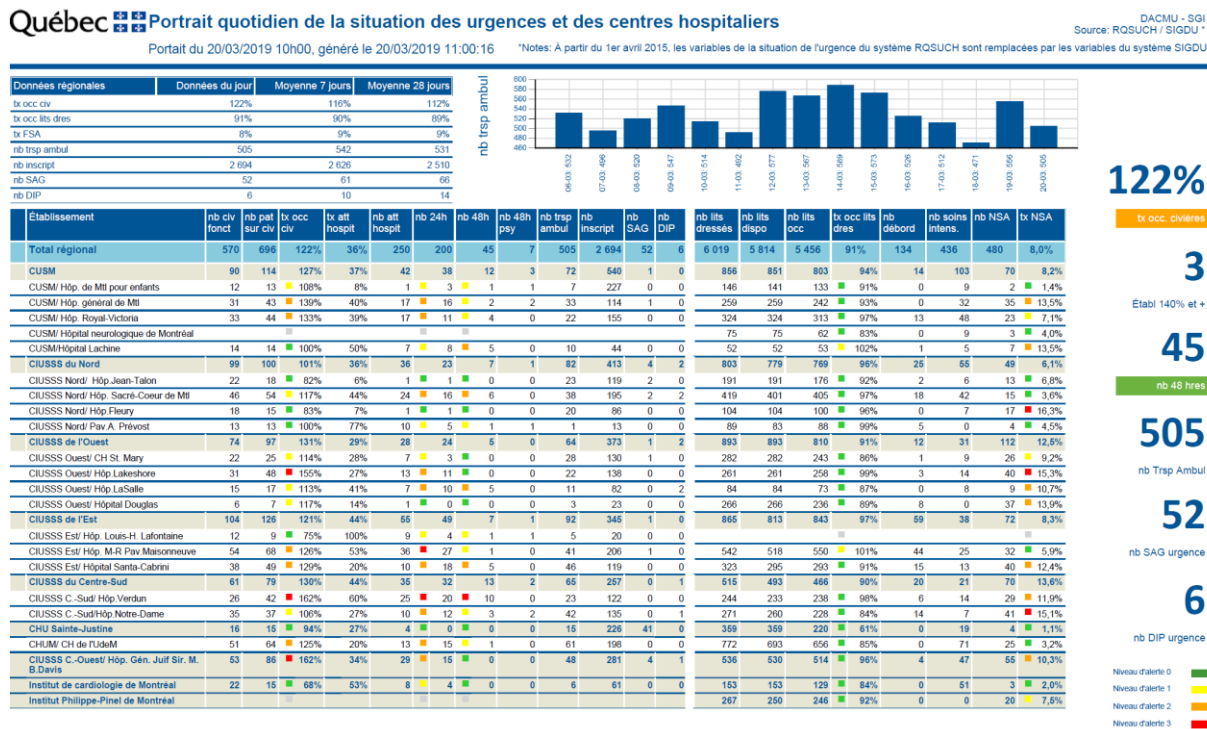


Figure 19

Portrait quotidien de la situation des urgences et des centres hospitaliers



Les données sont aussi colligées au niveau fédéral pour permettre les comparaisons interprovinciales :

**Informateur secondaire 7 :** Au CIHI-Canadian Institute of Health, le Québec soumet des données donc on peut se comparer. Dépendamment de la province, ça se compare bien où ça se compare moins bien et ça fluctue dans le temps.

Le système d'information offre de nombreuses possibilités qui permettent le suivi des activités. Comme l'indique l'informateur secondaire 7, les données produites permettent d'évaluer la performance des urgences de l'établissement en regardant l'évolution des données dans le temps et en les comparant aux cibles gouvernementales et à celles des autres urgences. Subséquemment, ces données servent à l'identification des actions administratives prioritaires.

L'informateur secondaire 7 rapporte que l'efficacité d'une urgence est mesurée selon le délai de prise en charge médicale. On note que le MSSS s'assure de l'imputabilité en effectuant un suivi continu de la situation des urgences auprès de chaque centre hospitalier. Dans cet extrait, on remarque que le MSSS force la mise en place de certains moyens visant à diminuer les durées d'attente par l'établissement de cible de performance comme la réorientation des patients.

**Informateur secondaire 7 :** J'ai une urgence très efficace, une fois que le patient est vu par le médecin. J'ai une urgence phénoménalement pas efficace parce que mes prises en charge médicales sont tellement longues. Et tout ça dépend de la prise en charge médicale. Mesurée au ministère c'est censé être en bas de 2 heures. À tous les jours, j'ai des patients qui attendent depuis 18, 15, 20 heures pour voir un médecin. Je me fais demander pourquoi, à chaque fois qu'ils [les gens du MSSS] viennent. [...] Quels leviers on nous donne pour que ça change? Et il y a des leviers qui m'appartiennent à 100 %. La capacité de faire de la réorientation appartient à 100 %. [...] Excepté, que j'ai plein de patients qui refusent parce que nos cliniques partenaires sont loin. [...] Il y a une cible, 15 % de tes volumes sont censés être réorientés.

En plus du suivi effectué par le MSSS, cet informateur explique que l'établissement de santé s'est doté d'un système lui permettant d'effectuer, lui-même, un suivi de la performance de certains indicateurs rattachés au fonctionnement du département de l'urgence. Toutefois, plusieurs indicateurs sont aussi produits et suivis pour des fins de reddition de compte locale (au sein de l'établissement de santé). La plupart de ces indicateurs répondent cependant à des cibles ministérielles.

**Informateur secondaire 7 :** Pour les urgences il y a beaucoup d'indicateurs de performance qui sont suivis par le ministère et, en plus, nous à l'interne on s'en est imposé d'autres. On a un *dashboard* [tableau de bord] qu'on suit, où on regarde le temps de la prise en charge médicale, le temps à la première consultation, le temps que ça prend pour la consultation d'être produite et faite, le temps à la décision, le temps à l'admission. Ça c'est toutes des choses que je suis capable de comptabiliser à l'interne. [...] On mesure aussi notre nombre *left without being seen* : les patients qui quittent sans être vus. Ça aussi il y a une cible gouvernementale, on est censé être en dessous de 10 [par jour].

L'entrevue avec l'informateur secondaire 7 permet de constater que l'accent est placé sur le délai de la prise en charge médicale tel que décrit par Crane et Nook (2019). En plus de constituer

des indicateurs de fluidité et de l'efficacité du département, les cibles de performance telles que le délai de séjour et le délai de traitement visent aussi l'amélioration de la qualité des soins. D'ailleurs, les cibles, comme le temps des patients sur civière, s'appuient sur des données probantes qui semblent faire consensus comme l'explique l'informateur secondaire 7.

**Informateur secondaire 7 :** C'est une cible qui est quand même basée sur des données probantes qui disent qu'après 12 heures sur une civière, ton taux de complications augmente, tu rallonges ta durée de séjour. On sait que pour les patients de 75 ans et plus qui passent 24 heures sur une civière, tu rallonges de trois jours ta durée de séjour à l'interne. [...] La décision [médicale d'admettre ou de donner congé] doit être prise, rendue à ce moment-là [à l'intérieur de 12 heures]. Normalement, une fois que tu as ta décision, ton patient devrait changer de place. Le bon patient à la bonne place au bon moment. C'est le principe. Puis il y a des études qui ont démontré que quand tu passes le 12 heures, tu commences à augmenter justement tes durées de séjour, tes complications, ton délirium [...]. Les cibles de 12 heures c'est pas mal une cible internationale.

Cet informateur secondaire mentionne que la cible de durée de séjour sur civière correspond au délai, établi par la science, à l'intérieur duquel une décision médicale (admission versus congé) doit être prise pour éviter des complications et une augmentation des durées de séjour. Une fois que cette décision est prise, le patient devrait être dirigé ailleurs. Ainsi, la cible de 12 heures sous-entend que les patients ne devraient pas être traités et soignés à l'urgence. Enfin, on relève que cet informateur utilise la formulation « *Le bon patient à la bonne place au bon moment* » qui constitue l'enjeu figurant sur le plan stratégique 2019-2023 du MSSS (MSSS, 2019) et que l'on retrouve aussi dans le livre de Huddy (2017).

Il arrive que les données emmagasinées dans le système d'information soient utilisées pour retracer le fil des événements, notamment lors du traitement d'une plainte ou d'un incident. Toutefois, la plupart du temps, les données permettent d'évaluer la performance des médecins comme le mentionne l'informateur secondaire 1.

**Informateur secondaire 1 :** [Si] on a eu des plaintes : « l'infirmière ne m'a pas vue pendant 6 heures ». Ok, on regarde c'est quoi l'achalandage. C'est quoi le *load* de patients qu'elle

avait. L'urgence, elle-même, elle avait l'air de quoi. Oui, l'infirmière était assignée, mais si dans la réanimation il y avait 3 arrêts en même temps. Ça se peut que l'infirmière elle soit partie faire autre chose. Oui, c'est beaucoup de travail, mais on le fait plus souvent pour la performance des médecins. Les infirmières, c'est vraiment quand on a des incidents spécifiques qu'on va chercher. Pour les médecins, par contre on vérifie leur temps de prise en charge, le nombre de prise en charge, le nombre de consultations ça on le fait souvent. Mais du côté nursing, c'est rare. C'est vraiment lié à un incident.

En revanche, peu des données collectées et analysées concernent directement la pratique des infirmières d'urgence. L'informateur secondaire 3 affirme, qu'à part pour le triage, qu'il n'y pas de données relatives à la qualité et à la performance qui touchent les soins infirmiers. Les informateurs secondaire 1 et 7 font le même constat.

**Informateur secondaire 7 :** Le temps à la prise en charge, est un indicateur qui est strictement médical, et le temps de triage est strictement nursing, mais le reste des indicateurs, c'est des indicateurs d'équipe.

Nous retenons que le délai de prise en charge médicale est l'un des principaux facteurs permettant d'améliorer l'accès et la satisfaction des patients. De ce fait, plusieurs moyens sont mis en œuvre pour améliorer le délai de prise en charge médicale en éliminant le maximum d'étapes qui ne représentent pas de valeurs ajoutées. L'attention se concentre sur l'amélioration de la productivité du travail médical. L'amélioration des délais de prise en charge médicale constitue une priorité du MSSS. Ce délai est d'ailleurs au cœur de l'implantation du système d'information et de la réorganisation des opérations de l'urgence tel que l'évoque l'informateur secondaire 6 : « Avec Solurge, tu avais l'heure de prise en charge. Ça, c'est un critère de SIGDU : l'heure de prise en charge médicale. Parce que toute ta priorité est en fonction de ça : la prise en charge médicale ».

D'ailleurs, cet informateur nous apprend que durant la phase de programmation du système d'information, des protocoles et des grappes d'ordonnances correspondant à certaines pathologies

fréquemment rencontrées à l'urgence ont été programmés dans les outils informatiques afin de faciliter l'émission des ordonnances médicales et d'accélérer le travail des médecins.

**Informateur secondaire 6 :** On avait développé les protocoles cliniques de *renal failure*, colique néphrétique, les *strokes*, puis tout ça. Puis le médecin arrivait, là il cliquait sur son protocole *stroke*. Et là, il y avait toute la liste de tout ce que d'emblée un médecin prescrit. Il pouvait en rajouter, mais lui, tout ce qu'il avait à faire, c'est « *select all* » ou *sélect* bing bing bing bing. [sélectionner ses choix dans le menu] C'était hyper facile pour prescrire. Ça c'était le meilleur *buy in* pour les médecins.

Dans la même foulée, l'informateur secondaire 8 souligne qu'il existe un lien entre l'amélioration du flux de l'urgence et la rémunération médicale. Cet informateur souligne que ce sont les médecins d'urgence qui ont dirigé l'attention médiatique sur le problème de l'encombrement des urgences à la fin des années 1980.

**Informateur secondaire 8.** La situation des urgences est un enjeu que les politiciens suivent de près depuis les années 1980. Les médecins qui travaillaient dans les urgences voulaient deux choses : faire reconnaître la spécialité d'urgentologue et libérer les urgences des patients dans les corridors. Car les patients qui restaient à l'urgence pendant plusieurs jours, voire 1-2 semaines, ne requéraient plus des soins d'urgence. On sait tous que c'est loin d'être idéal pour les patients. Mais on sait aussi que ces patients qui encombraient l'urgence n'étaient pas payants... car ils relevaient d'autres spécialités. Il y a donc eu un gros lobby. Les médias ont commencé à s'intéresser au temps d'attente. Il y a eu à un moment donné un groupe d'intervention tactique des urgences, vers la fin des années 80, qui visitaient les hôpitaux et faisaient rapport au MSSS (dirigé par un docteur Tétrault). À ce moment-là, les systèmes informatiques ont commencé à se développer et de plus en plus d'informations ont été demandées par le gouvernement pour répondre aux questions de l'opposition en chambre. Et les comparaisons entre les urgences ont commencé. C'est devenu une question politique, les partis promettant d'améliorer la situation d'élection en élection pour satisfaire la population. (Communication écrite, 25 novembre 2019)

Cet informateur soulève que la problématique de l'encombrement sert, en quelque sorte, les intérêts des médecins d'urgence. Il souligne aussi un fait intéressant soit que les patients qui séjournent à l'urgence en attente d'un lit à l'étage n'appartiennent plus au médecin de l'urgence. Dans un mode de rémunération médicale à l'acte, cela implique que les médecins de l'urgence ne reçoivent plus de rémunération pour les patients admis par un autre service. Or, contrairement aux

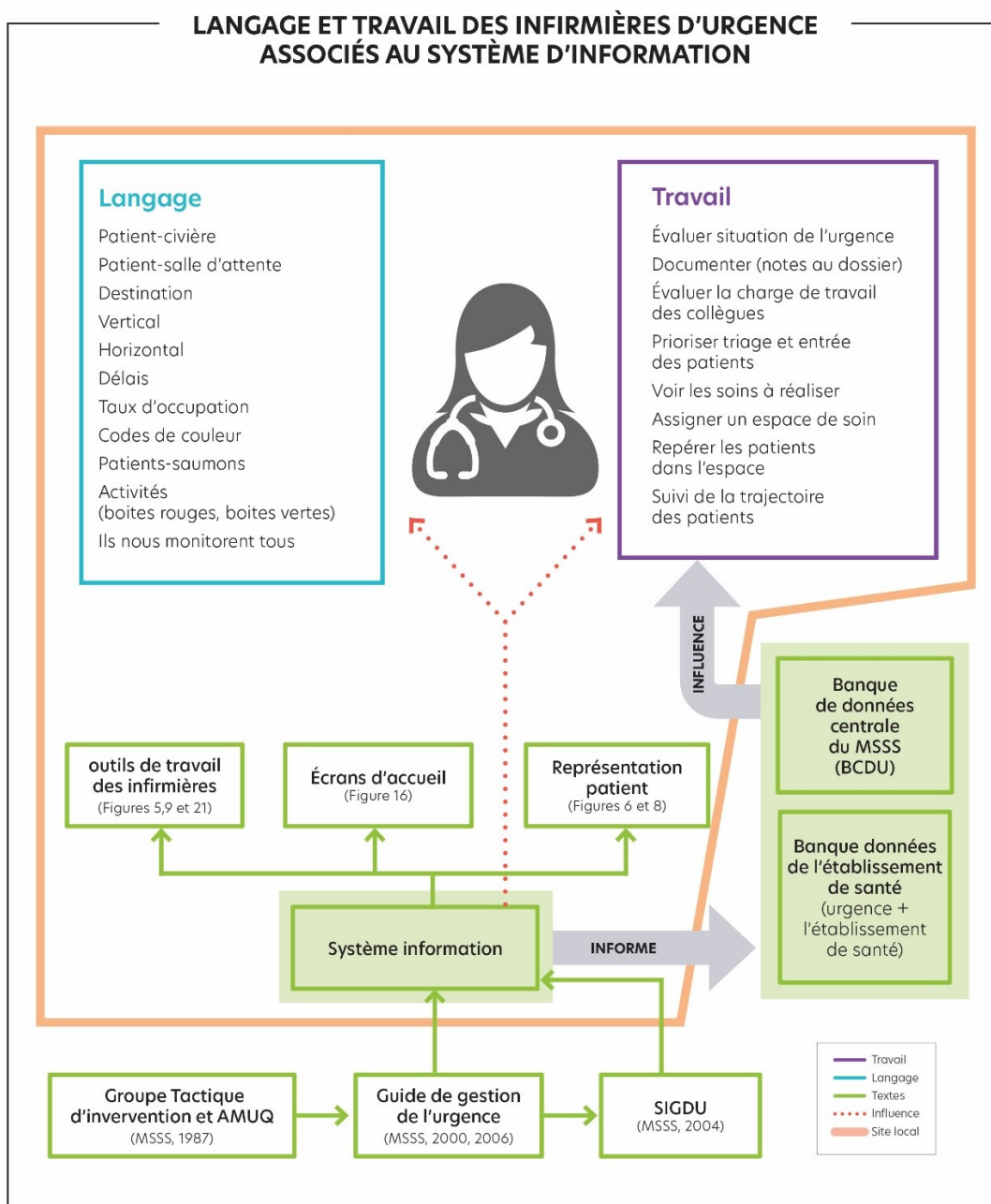
médecins de l'urgence, les patients présents à l'urgence, peu importe leur statut, demeurent sous la responsabilité des infirmières jusqu'à leur départ du département. Il s'agit là d'une différence fondamentale entre la pratique médicale et la pratique infirmière à l'urgence. D'autre part, notons que les travaux de Groupe tactique d'intervention, mentionné par l'informateur secondaire 8, ont abouti à la rédaction du guide de gestion des urgences présenté dans cette section.

Au fil de la lecture de ces documents et des informations transmises par les informateurs, il est possible de conclure que plusieurs principes issus du mode de gestion *Lean* ont été retenus lors de la planification de l'aménagement de l'urgence. D'ailleurs, l'analyse des outils de travail des infirmières et des éléments technologiques présents et utilisés dans leur milieu de travail permet d'établir les liens entre les éléments de l'environnement physique, le langage utilisé et les visées institutionnelles d'optimisation et de reddition de compte. La Figure 20 illustre le travail et le langage associé à l'utilisation du système d'information conçu pour répondre aux objectifs d'amélioration de la performance et aux besoins de reddition de compte associés. Ainsi, le travail des infirmières est influencé par les objectifs institutionnels poursuivis, car ces objectifs sont matérialisés dans les divers outils de travail qu'elles utilisent au quotidien à l'urgence. Cette utilisation quotidienne a comme conséquence l'intégration du langage et des discours associés aux pratiques institutionnelles dans leur pratique infirmière. Ainsi, les patients deviennent des patients horizontal ou vertical; leurs soins des activités; les patients en attente sont placés sur les écrans. De plus, le travail qu'elles réalisent au moyen du système d'information fournit les informations nécessaires à l'évaluation de la performance du travail accompli. Par conséquent, cette reddition de compte permet, d'une part, à l'institution d'évaluer, de surveiller et de comparer l'efficacité du département et de mettre en place des moyens visant l'amélioration de la performance : ces changements influencent, en retour, le travail des infirmières. D'autre part, puisqu'elles ont intégré

les cibles de l'organisation; qu'elles sont informées en continu de la situation par l'omniprésence des écrans; qu'elles savent que leur travail est soumis à l'évaluation; les infirmières ajustent automatiquement leur travail aux attentes de l'organisation. Ainsi, elles tentent, comme le dit Rachel, d'accélérer le rythme de leur triage ou encore le temps dédié aux patients. Il s'agit là de circuits d'action institutionnels de reddition de compte (Smith, 2005). Ce type de processus idéologique amène le travailleur du niveau local (les infirmières) à endosser et à poursuivre les objectifs liés à la gouvernance de l'organisation par l'activation de textes (environnement physique, devis architecturaux, outils de travail, statistiques). Les actions des infirmières sont alors coordonnées par les textes.

Figure 20

Langage et travail des infirmières d'urgence associés au système d'information (figure originale)



En résumé, la conception de l'aménagement de l'urgence repose sur des principes qui permettent d'améliorer la performance du département et visent à réduire l'encombrement. Dans le cas analysé, la performance s'appuie sur l'amélioration de la satisfaction des patients et des résultats de santé, deux variables qui dépendent des délais de traitement. Ainsi, le département de l'urgence est aménagé de façon à améliorer le débit des patients (*patient throughput*) dans le système. La mise en place d'un système d'information, intégré à la dispensation des soins, permet de collecter des données relatives à la performance du département et permet de décortiquer les étapes clés de l'épisode de soins pour mesurer et améliorer l'efficacité en plus de satisfaire les besoins de reddition de compte du MSSS. L'environnement bâti, tel un texte, participe ainsi à la coordination du travail des infirmières. La recherche documentaire permet de comprendre les raisons qui soutiennent les choix édictés dans cette urgence. Parmi les raisons, on retrouve la prévention et le contrôle des infections, l'amélioration de la confidentialité et la préservation de l'intimité des patients, l'amélioration de la qualité par la mise en application de cibles basées sur des données probantes, la diminution des délais d'attente par la mise en place de moyens qui cherchent à augmenter la productivité notamment par l'intensification du travail par la mise en place de standardisation des pratiques (PBDP, aide à la décision clinique, protocoles, etc.) et des cheminement des patients. La plupart de ces raisons sont dérivées des discours découlant de la nouvelle gestion publique (NGP).

Les infirmières ont soulevé des interrogations quant au bien-fondé de certains choix de l'aménagement. Entre autres, elles soulignent que certaines caractéristiques et modalités entravent leur capacité d'assurer des soins de qualité. Or, l'analyse des documents permet de constater que l'aménagement de cette urgence constitue une solution permettant de répondre à une problématique de gestion des files d'attente. Ce faisant, l'accent est placé sur le délai « porte-prise

en charge médicale ». Il semble donc que cet environnement n'a pas été conçu pour faciliter les soins. Nous avons vu que les raisons qui motivent les choix de l'aménagement et son fonctionnement apparaissent dans le langage des infirmières et que les choix architecturaux influencent leur capacité à prendre soin des patients. La notion d'atteinte de cibles est omniprésente lorsque les infirmières parlent de leur travail et expliquent les raisons qui guident leurs gestes. Or, dans certains cas, les infirmières remettent en question le bien-fondé des règles qui régissent le fonctionnement de l'urgence et l'utilisation de l'espace justement, parce qu'elles se soucient de la qualité des soins qu'il est possible de prodiguer. Dans d'autres cas, elles ajustent leur pratique à ces exigences. La prochaine section présente les impacts des choix architecturaux et technologiques pour la qualité de la pratique des infirmières d'urgence.

### **5.3 Impacts de l'aménagement de l'urgence pour la pratique des infirmières d'urgence**

Cette section explore les impacts de l'aménagement physique et technologique de l'urgence pour la pratique des infirmières. Plus précisément, elle illustre comment la réorganisation de l'espace de travail des infirmières et des pratiques discursives sous-jacentes amènent une transformation de leur travail et entraînent la révision de leurs objectifs de soin.

#### ***5.3.1 Soins et débit des patients***

La recherche de l'amélioration de l'efficacité des opérations omniprésente dans ce département participe à une forme de recadrage des objectifs de soins et des logiques sous-jacentes à l'utilisation des espaces de soins par les infirmières. Ainsi, l'amélioration de l'efficacité du travail semble être une préoccupation qui s'immisce dans la pratique quotidienne des infirmières. Par exemple, lorsque je lui ai demandé de définir ce que représente, pour elle, offrir des soins de

qualité à l'urgence, Rachel évoque un souci de rencontrer des cibles organisationnelles lorsqu'elle autoévalue la qualité de ces soins.

**Rachel :** Donner des soins de qualité. I take a look at it in two ways. Like one on my end, and the other one on the patients end. So foresee on my patient end, is the care that I'm giving to my patients [...] satisfying their needs. [...] Have I alleviated the symptoms? So that's at the very base of like how I see providing quality care for my patients. On the other end, for myself, [...], the way that I have provided my patients. Have they been meaningful to me. [...] Was I happy about the way in which I did it. Well. Did I understand their needs properly. So, that's sort of how I look at providing quality care to my patients and then obviously there's satisfying the policies in here and then making sure that I'm following the target of the unit but more often than not, I usually just navigate the care according to how my patients react.

Plusieurs éléments se trouvent dans cet extrait. Bien que cette infirmière mentionne d'abord la capacité de répondre aux besoins des patients comme un élément permettant de déterminer la qualité de ses soins, l'accent se déplace ensuite vers l'évaluation de sa capacité à répondre aux exigences de nature organisationnelle et administrative comme le respect des politiques et l'atteinte des cibles de l'unité. À cet effet, elle identifie le temps de triage, la trajectoire des patients et l'attribution des patients au bon espace.

**Rachel :** I use Solurge a lot [...]. For instance, if I'm doing a triage, I look at my numbers: like how quickly did I triage a patient, like how long did they wait before I got to them like or [...] how correctly did I triage them. Yes. So, did they end up in the wrong place, did I triage them in the wrong place or, for the most part, most of the patients that I triaged were taken care of appropriately according to how I had envisioned their journey was going to be. So that's how I would evaluate my interventions.

De plus, les capacités du système d'information lui permettent d'évaluer sa propre performance et de la comparer aux cibles organisationnelles attendues qu'elle connaît. Elle explique qu'elle procède parfois à une révision des trajectoires des patients qu'elle a évalués au triage afin de valider son jugement et l'adéquation de la destination assignée au patient. Cette révision est possible, car le programme informatique permet de revoir les événements des 24 dernières heures.

**Rachel :** When I evaluate myself [...] they [the patients] are sort of like the exception to the rule. The ones where I was kind of iffy about: where did he end up going, the one that I've sent to resus where did he go? So, I would backtrack and like look up the patient's file and see if like the patient was sort of like what happened to the trajectory and just to give an idea of like how accurately I sort of predicted his state was going to be.

En regardant la feuille de triage imprimée (Figure 21), on constate que certains jalons de la trajectoire effectuée par le patient sont inscrits. Ainsi, on voit que le patient a pris un billet à 11 h 01, qu'il a été évalué par le prétriage à 11 h 21 et que le triage a eu lieu à 11 h 38. Après le triage, on voit que ce patient a été identifié comme un « patient-civière » à la case destination. Ensuite, il a été placé en attente sur une civière dans la salle d'attente. Cela indique qu'il n'y avait pas d'espace disponible dans la zone horizontale. On note qu'à 14 h 08, une infirmière a procédé à sa réévaluation. On comprend qu'il était, encore à ce moment, en attente d'un espace de soins dans l'horizontal. La note infirmière inscrite lors de la réévaluation indique que ce patient âgé de 84 ans, dyspnéique, a été placé sous oxygène, sur une civière devant le triage dans la salle d'attente. L'heure d'arrivée correspond au début de la première évaluation par une infirmière. Dans ce cas, c'est l'heure du prétriage qui apparaît. Ainsi, pour ce patient, le délai porte-triage est de 19 minutes. Plusieurs préoccupations évoquées par Rachel lorsqu'elle effectue son triage et évalue ses soins correspondent aux marqueurs temporels et spatiaux (destination) qui apparaissent sur cette feuille et correspondent à des marqueurs utiles aux calculs organisationnels requis à la reddition de compte et à l'évaluation de la performance de l'urgence.

Figure 21

Feuille de triage

\* N O - S C A N \*      \* P R V \*      \* V R V \*

**Feuille de triage/Triage assessment**  
**HOPITAL** [redacted]  
**Service de l'urgence/ Emergency service**  
 Billet/Ticket 2019-06 11:01  
 Arrivée/Arrival 2019-06 11:20  
 Orient.départ/  
 Patient disposition

Age/Âge(tr.): 84    SV INITIALS / INITIAL VITAL SIGNS

TA/BP	154/76	SpO2	96% NP	2 Lpm
FC/HR	68	Glasgow	E- M- V-	D.E.P./ P.E.F.
FR/RR	20	Gluc.		Brûl./Burn
T °C	36.5 B	EDD/ PL		
DDM/LMP		Tétanos/Tetanus		

CLSC \_\_\_\_\_

niveau/level **4**    PATIENT

Nom/ Name [redacted]

RAMQ [redacted]    Dossier [redacted]

DDN/DOB [redacted]

Âge/ Age **84**    Taille/ Height [redacted]

Sexe/ Gender **M**    Poids/ Weight [redacted]

Mode d'arrivée/ Arrival mode: Walking, No Accompanied (HOSP)

Destination: **Stretcher**

**INFECTIONS & ALARMES / INFECTIONS & ALARMS**

<b>ANTÉCÉDENTS / P.M.H.</b>	<b>PLAINTES / COMPLAINTS</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Cardiac: Myocardial Infarct</li> <li>•Respiratory: COPD</li> </ul>	Initial triage : AB -> AIRWAY and RESPIRATORY • (4)Shortness of breath								
<b>ALLERGIES</b>									
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ANTIBIOTICS -type unspecified</li> <li>•MOXIFLOXACIN</li> </ul>									
<b>TRIAGE-RÉÉVALUATION(S) / TRIAGE-REEVALUATION(S)</b>	<b>DOULEUR-LOCALISATION / PAIN-LOCATION</b>								
11:21 - Brief assess. 1' (2) [redacted] 11:38 - Triage 8' (4) [redacted] 14:08 - Re-eval. (4) [redacted]									
<b>INTERVENTION(S)</b>	<b>NOTES DU TRIAGE / TRIAGE NOTES</b>								
*Advise to return if condition changes	Transfer from Lasalle accepted by Dr [redacted] re: dyspnea and R/A desat. On Solumedrol IV.								
<b>ÉVOLUTION / EVOLUTION</b>									
<b>MÉDICAMENTS / MEDICATION (U)=Usuel/Usual</b>									
* Incomplete list *									
Heure/ Time	TA/BP	FC/HR	FR/RR	T °C	SpO2	Glasgow	Gluc.	EDD/ PL	D.E.P./ P.E.F.
11:21									
14:08	153/66	68	20	36.7 B	96% NP 3 Lpm				

### 5.3.2 *Qualité de la pratique infirmière*

Il arrive aussi, parfois, que les objectifs d'optimisation poursuivis par l'institution semblent permettre de justifier des situations de soins jugées non optimales ou de réviser l'ordre des priorités. L'un des éléments qui influencent le plus la pratique des infirmières est la notion du « flow » (le flux de patients). Cette notion teinte le discours portant sur la qualité des soins et semble moduler les soins qu'il est possible d'octroyer aux patients. Cette notion est évoquée à de nombreuses reprises afin de justifier certaines actions, certaines décisions. Laura qui, comme d'autres membres de l'équipe, fait partie d'un comité d'amélioration du flux des patients à l'urgence explique les buts recherchés par l'amélioration du flux.

**Laura :** Dans le fond [le but c'est d'] améliorer l'organisation du travail des infirmières puis la façon... aussi d'augmenter le flow [flux, roulement] des patients aussi. Éviter que le travail du personnel médical ralentisse. Donc, comment les méthodes de travail, qu'est-ce qu'on peut faire dans notre quotidien pour améliorer le travail de tout le monde puis améliorer les soins aux patients.

D'après Laura, l'amélioration de l'organisation du travail des infirmières vise l'amélioration de la productivité du travail médical. Aussi, elle explique qu'avant l'implantation des mesures visant à améliorer le flux des patients (flow), l'utilisation des chambres de l'ambulatorie n'était pas optimale et que pour y remédier, il a fallu changer les modes de pensées associés au fonctionnement de l'urgence.

**Laura :** Au début, [...] on faisait une prise de sang pour le patient. Le patient restait dans la chambre. Il n'a pas besoin de... C'est d'inculquer ça cette mentalité-là dans la tête des autres infirmières. [...] on a fini les prises de sang. Est-ce qu'il a vraiment besoin de rester dans la chambre? Non. Il attend une radiographie, il peut retourner dans la salle d'attente. [...] une fois qu'il est vu par le médecin, prises de sang faites [il est dirigé vers la] salle d'attente B. Si les ordonnances collectives ont été faites par l'infirmière [...], ils retournent dans la salle d'attente A. La salle d'attente B, t'es en attente de tes résultats et tu as déjà été vu par le médecin.

Dans cet extrait, Laura reprend les grandes lignes du modèle de gestion *Lean Santé*. On retrouve la révision des processus de travail de façon à améliorer la productivité et les résultats de soins (qualité des soins). Elle explique comment cette « mentalité » a dû être enseignée aux infirmières. De plus, l'attention est placée sur la capacité du médecin à « prendre en charge » des patients (valeur ajoutée) qui est tributaire d'une meilleure utilisation des espaces de soins : « le patient ne doit pas attendre dans la chambre ». Dans cet extrait, on retrouve, aussi, la notion de séparation des flux de patients. Laura explique que le patient qui a été vu par un médecin dans la zone de l'ambulatorio est retourné dans une salle d'attente réservée à cet effet (la salle d'attente B). De son côté, Élise ajoute que le département de l'urgence a été conçu pour permettre un meilleur flux de patient, c'est ce qui permet d'expliquer que ce département de 68 espaces de soins ne possède pas une seule douche pour les patients, car, dans un monde idéal, les patients ne devraient pas séjourner longtemps à l'urgence. Cette idée motive les initiatives qui visent l'amélioration du flux des patients.

**Élise** : Patient flow is the way the Emergency Room was designed and ideally patients shouldn't be staying in the Emergency Room for multiple days. In an ideal world, with a good flow of patients, when patients are admitted by internal medicine, hematology, oncology, then they can go up to the floors where the care is specialized to them, where they have access to a shower

La notion du roulement (*patient flow*) commande à la fois l'utilisation appropriée des espaces de soins et limite aussi ce que l'infirmière se permet de faire pour les patients. L'utilisation appropriée des chambres de la zone ambulatorio semble d'ailleurs conditionner l'étendue des soins offerts. Julia explique qu'elle donne des soins tout en étant préoccupée par la capacité à faire sortir le patient de la chambre rapidement. Cela produit des soins écourtés.

**Julia** : [Dans le vertical] C'est des cas moins graves aussi. T'as beau essayer de faire un peu. T'es quand même pressée de les sortir fait que tu donnes de bons soins comme ça, mais souvent, ça va être écourté. [...] t'aurais voulu les laisser dans la chambre, mais il y a quelqu'un

d'autre qui a besoin d'être vu. facque tu ne peux pas nécessairement faire plaisir à tout le monde [...]. C'est *in and out* des chambres. Tu ne peux pas bloquer.

Ensuite, Julia ajoute qu'il arrive que les traitements demandés par les médecins ne permettent pas d'assurer un roulement « optimal » des patients dans les chambres du vertical.

**Julia :** Certains médecins, des fois, il faut qu'ils comprennent qu'ils ont demandé des médicaments intraveineux. Faut que ça se donne. On ne peut pas le bouger au Flex [...]. Facqu'on n'a pas le choix, des fois, de bloquer la chambre. Des fois, il y en a [des médecins] qui vont dire : « *OK, est-il à la moitié [de son bolus]? Puis sors-le*, quand il a demandé 1 litre [de fluides]. *Ah, ben là, on ne va pas bloquer..., OK, sors-le* » [...] ou même, des fois, ils vont changer leur ordonnance.

Dans cet extrait, il semble que la nécessité de ne pas interrompre le flux des patients influence les soins et traitements qui seront donnés au patient. Julia explique aussi que l'exigence de libérer la chambre surpasse parfois le besoin de donner des soins et des traitements sécuritaires et semble même modifier les conduites médicales. Cette infirmière affirme aussi que certains soins et traitements sont modulés afin de ne pas avoir à bloquer un espace de soins. Elle dit qu'il arrive que la libération de l'espace de soins ait priorité sur la surveillance sécuritaire requise à la suite de l'administration des narcotiques, par exemple. Dans cet exemple, elle évoque que certains patients sont dirigés vers la salle d'attente, alors qu'ils auraient dû demeurer dans une chambre afin qu'on puisse effectuer une surveillance adéquate des traitements reçus.

**Laura :** Des fois, ils vont donner un traitement différent en fonction [de la disponibilité des chambres] certains médecins : « *ah, ben là, donne une sous-cutanée* » [...] Mais là, si je donne un médicament sous-cutané pour la douleur, je vais quand même le garder pour faire de l'observation par après. Facque, des fois, notre surveillance doit de se faire comme... mais au moins, la personne n'est pas toute seule si tu la renvoies dans la salle d'attente, mais comme, tu ne peux pas donner la même surveillance que si tu la garderais dans la chambre.

En bref, les règles imputables à l'utilisation optimale des espaces de soins d'après une logique d'optimisation de flux de travail et de débit des patients peuvent influencer l'étendue et la qualité des soins et des traitements offerts aux patients.

### 5.3.3 Outils disponibles et pratique infirmière

Dans d'autres cas, ce sont les *outils* mis à la disposition des infirmières qui modulent l'étendue des soins dispensés. À cet effet, Rachel mentionne que la nouvelle organisation de son travail modifie la manière de rendre compte par la note au dossier des soins réalisés avec les patients. Encore, la notion des cibles organisationnelles est omniprésente et influence le travail de l'infirmière.

**Rachel :** Charting has become shit – I don't remember a time where I was proud of my charting anymore. It's like charting as if you're justifying why you didn't perform as well as you should have, or more often just about describing the tasks I did rather than actually documenting the clinical picture of the patient, and I think that's been built into our work, too. They want us to be more efficient with the way we're documenting so we only chart by exception. So the only things that are documented are deviations from the patient's previous status... Not very strengths-based. Or definitely feels like the patient's story is lost. On this note, that's what I've noticed with handoff, too ... our reports are all about content without context ... it's like talking about a piece of product – don't care who this person is, let's just get them through the machine and ship them off as soon as possible.

Dans cet extrait, Rachel évoque que le mode de fonctionnement imprègne même la rédaction de la note au dossier dans laquelle la relation infirmière-patient est formulée d'une manière mécaniste et où le patient devient un objet devant être déplacé de manière conforme aux modalités de fonctionnement découlant du *Lean Santé*. Elle compare la façon actuelle de consigner ses actions et ses constats relatifs à la situation des patients avec celle qu'elle utilisait avant l'implantation du système d'information et l'introduction dans ce nouvel environnement physique de travail. Elle relate que le format actuellement privilégié réduit la représentation faite des patients qui, selon ses dires, deviennent des « produits » qu'il faut acheminer ailleurs. À son avis, cette modalité apparaît dans la note au dossier et s'actualise aussi dans la relation qu'entretiennent les infirmières avec les patients. De plus, il semble que la pression exercée sur les infirmières pour accélérer le travail jumelée à la charge de travail entraîne une fatigue qui amène Rachel à se sentir

incapable d'investir l'énergie nécessaire à l'établissement d'une relation thérapeutique avec ses patients.

**Rachel :** I want to invest in building a therapeutic relationship with them but the physical effort that comes with preparing for that interaction is so overwhelming that by the time I get to the bedside I'm just completely drained so I can't even find the capacity to tend to their emotional needs ... I'm out of emotional strength myself.

Dans d'autres cas, c'est plutôt l'espace dans lequel le patient est positionné qui limite les possibilités d'évaluation de l'infirmière. Benoit souligne que l'utilisation des fauteuils inclinables de la zone flex est problématique lors du moment de l'évaluation des patients, car il est impossible de procéder à des examens physiques dans ce secteur où les patients sont assis sur des fauteuils. D'autre part, la proximité des autres patients rend impossibles les communications confidentielles.

**Benoit :** On se fie quasi à notre sixième sens pour évaluer les patients-là [...] tu as ton feeling [...]. Mais tu [ne] peux pas faire vraiment un examen physique ou c'est très difficile. Cette zone-là, le flex pis les chambres 3 4 5 6 7 [...] c'est l'enfer. Parce que la charge de patient elle est énorme, parce que les conditions de travail sont vraiment difficiles. [...] Tu fais ton évaluation, pis là le voisin d'à côté, il entend tout ce qui se dit sur le patient. Facque on ne pose pas trop de questions spécifiques. C'est l'enfer évaluer : « As-tu encore mal au ventre? » « Où est la douleur? Est-ce que tu peux me montrer? » [...] Il n'y a personne qui fait d'examen physique-là. [...] Je ne regarde jamais rien à moins que ce soit sur le pied ou la main. Je ne vais jamais dévêtir un patient là. Parce qu'il y a zéro intimité, intimité visuelle et auditive.

On relève que l'espace de soins conçu pour assurer une dispensation de service s'avère parfois inadéquat à la pratique infirmière. D'ailleurs, en plus de rendre l'évaluation difficile, la zone où les patients sont soignés sur des fauteuils devient problématique lorsque des patients doivent y passer la nuit. L'infirmière se retrouve alors divisée entre son devoir de répondre aux besoins du patient et celui de se plier aux attentes de l'organisation relatives à l'utilisation des espaces de soins, comme c'est le cas dans cette note d'observation. Lors d'une période d'observation qui s'est déroulée de nuit, une infirmière qui doit s'occuper des patients de la zone des fauteuils inclinables m'explique qu'elle aimerait placer une patiente sur une civière pour la

nuit, car elle juge que la patiente ne se sent pas bien, qu'elle est inconfortable et qu'elle pleure. L'infirmière explique que la surface des fauteuils inclinables est dure. Elle trouve malheureux que certains patients doivent passer la nuit dans cette section. Cette nuit-là, il y avait 3 patients dans la zone des fauteuils inclinables. Au début de son quart, après avoir procédé à l'évaluation des patients de la zone flex Carole me dit :

Je vais essayer de voir. Il y a 3 patients dans le flex (section des fauteuils). Un, va avoir une chambre bientôt (chambre à l'étage) et j'espère qu'elle (en parlant d'une autre patiente) va avoir son congé. Comme ça, je vais pouvoir la mettre sur une civière.

Elle m'explique ensuite qu'elle ne pourra pas placer la patiente sur une civière si les deux autres patients restent dans la zone des fauteuils, par souci d'équité. De plus, cela pourrait donner lieu à des discussions entre elles et elle devra justifier cette action aux autres patients. Carole hésite aussi parce que coucher un patient qui appartient à « la zone de soins aigus » va bloquer une chambre du côté des soins ambulatoires [vertical], ce qui nuira au roulement de l'ambulatoire. Elle ajoute : « la zone des chaises [fauteuils inclinables], ça n'est pas correct de laisser le patient là, la nuit. Ce n'est pas confortable pour personne » (Entrevue informelle, 15 juin 2018, zone Flex, début du quart de travail de nuit).

#### ***5.3.4 Contrôle du travail des infirmières***

L'utilisation d'outils technologiques se retrouve dans l'ensemble des processus de travail des infirmières. Les infirmières utilisent ces outils pour prendre connaissance de la situation de santé des patients et de leur environnement de travail. Ces outils transmettent aussi en temps réel la situation qui prévaut à l'urgence, ce qui permet aux infirmières d'ajuster leurs actions. Par exemple, au triage, l'infirmière prend connaissance du nombre de personnes en attente, et ajuste le temps qu'elle prend pour effectuer le triage des patients tel que le mentionne Rachel :

**Rachel** : So, the first thing I usually look at when I'm on Solurge is my dashboard. So my dashboard is a triage screen and I look to see how many patients are waiting to be triaged – so how many patients are out there who's conditions I still do not know. And it sort of helps me estimate how quickly I need to see these patients, like how quickly I can gauge how fast I need to move or like if I have enough time to take my time with a patient.

Les infirmières connaissent les possibilités qu'offre le système d'information. Elles savent que leur travail fait parfois l'objet d'une inspection, d'une révision. C'est le cas de Maryse qui s'assure, lors de la rédaction de sa note de triage, de rendre explicite le fait qu'elle a offert une réorientation au patient qui a refusé cette option. D'ailleurs, une partie de sa note s'adresse aux personnes qui effectueront les audits. L'informateur secondaire 7 nous a expliqué qu'une cible gouvernementale s'applique à la réorientation des patients (voir, p. 188). D'après cette cible, 15 % des volumes des patients ambulatoires devraient être réorientés.

**Maryse**. S'ils sont réorientés, on clique « réorienté » puis on leur donne l'information, comment se rendre et tout. [...] C'est un bon *discharge* » [congé] parce que c'est « réorienté ». [...] Si le patient refuse d'aller à la clinique, mais qu'il est un candidat clinique, là, on met des « REFUSE CLINIQUE XYZ » en grosses lettres. Et la raison pourquoi on le fait ce n'est pas pour faire paraître mal le patient, c'est parce que quand ils font des audits de nos triages, ben ils vont dire : « ça, c'est un candidat pour la clinique. Pourquoi tu ne l'as pas référé »? Facque là, ça dit qu'on l'avait fait. Puis la raison [pour laquelle] on le met en lettres [...] je pense qu'ils sont capables d'aller rechercher les dossiers.

D'ailleurs, l'OIIQ et le Collège des Médecins du Québec (2019) ont émis conjointement des lignes directrices encadrant la pratique du triage réalisé à l'Urgence. Ce document définit le rôle et les responsabilités des infirmières au triage, les compétences et la formation requise, le rôle des médecins et présente l'ensemble du processus de triage ainsi que les normes attendues. De plus, il souligne l'importance des facteurs organisationnels, tels que le soutien clinique et la mise en place de processus d'amélioration continue, favorables à l'atteinte des normes de bonnes pratiques infirmières au triage. Enfin, ce document présente les éléments du processus de triage

(statistiques, qualité du triage, expérience des patients, effectifs infirmiers, gestion des risques) qu'il importe d'évaluer afin d'apprécier et/ou de garantir la qualité du processus de triage.

Tout système de triage devrait compter sur l'appui d'un comité dont la principale raison d'être constitue l'amélioration continue de la qualité du processus de triage. Pour ce faire, le comité aborde les difficultés rencontrées, évalue le processus, revoit périodiquement les outils cliniques et recommande des améliorations ou solutions aux problèmes identifiés. De plus, le comité doit s'assurer que les infirmières du triage ont le soutien et les ressources nécessaires au développement de leurs compétences pour exercer leurs fonctions, à moins qu'un comité sur l'évaluation et/ou la formation n'ait été formé à l'urgence. (OIIQ et CMQ, 2019, p. 30)

L'informateur secondaire 2 souligne que le respect des normes de triage fait l'objet d'une surveillance périodique par le MSSS. Ainsi, les équipes locales doivent effectuer des audits de la qualité du triage de leur établissement. Cela permet d'évaluer l'adhésion aux normes de pratique, de se comparer aux autres établissements et d'identifier des aspects à améliorer :

**Informateur secondaire 2 :** [Ça permet de] renforcer puis d'uniformiser [...] Un autre point qu'on avait à travailler c'était les réévaluations. Il n'y a personne au Québec qui est capable d'arriver aux 15 minutes pour une P2; 30 minutes pour une P3. Personne. On était à une table provinciale en novembre à Drummondville avec la DSI et l'Ordre, avec la CVAP avec plein de gens de toutes les urgences du Québec et il n'y a personne qui a levé la main à la question : « Arrivez-vous à faire vos réévaluations [...] dans les délais prescrits »? Il n'y a personne [...], mais c'est quand même quelque chose qu'il faut qu'on mette en place. [...] On regarde les processus dans le comité du flow et du triage.

Cette surveillance peut aussi s'opérer en temps réel. Kate relate qu'elle sait que ses actions peuvent être suivies et surveillées par des membres de l'équipe de gestion. Ceux-ci ont accès à ce qui se déroule dans l'urgence via le système d'information à partir de leur bureau localisé à l'extérieur de la zone de soins (voir Figure 10).

**Kate :** « Ils [l'équipe d'encadrement clinique] regardent les moniteurs, *Solurge* dans leur bureau [...]. Ils regardent ce qu'on fait, ils lisent nos notes. Une fois, j'étais nouvelle dans la salle de réanimation. [...] puis la personne responsable de la formation a appelé l'infirmière en charge. Et lui a dit de me dire qu'il fallait que je *charte* à propos du rythme cardiaque de mon patient plus souvent. [...] Facque elle voyait mes notes. Elle est allée dans la salle de réanimation [virtuelle], elle peut voir tout mon *charting* [mes notes], [...] ils monitorent

souvent, surtout quand on est nouveau. Ils vont aller voir ce qu'on écrit, ce qu'on charte. Je comprends. Ils veulent savoir, est-ce que ça va bien.

Si certaines caractéristiques physiques de leur espace de travail limitent le travail des infirmières, c'est l'intégration des règles de fonctionnement relatives au mouvement optimal des patients et de l'occupation des espaces de soins qui guident les actions des infirmières. Les murs, les portes, les fauteuils, le nom des zones, les moniteurs, les écrans, les outils de documentation électroniques sont tous des éléments de l'environnement de travail des infirmières qui rappellent et commandent l'utilisation appropriée de l'espace de travail : la pratique attendue des infirmières. L'adhérence aux lignes de conduite prescrites est d'ailleurs accentuée par les formes de surveillance exercées sur les infirmières que nous venons d'exposer. À cet effet, il nous apparaît paradoxal que les infirmières et leur travail puissent être observés à distance de manière continue au moyen du système informatique alors que leur présence actuelle et leur travail semblent effacés lorsqu'on se retrouve dans le département. Les infirmières soulèvent que l'aménagement de leurs lieux de travail les isole de leurs collègues et rend la communication et le travail en équipe plus difficile.

### ***5.3.5 Présence infirmière et environnement de travail***

I walked the ER yesterday morning here at the Hospital, the adult ER. There were lots of patients, but the building is so fantastic. It's so huge. It didn't feel overcrowded, even though we were already putting forward these measures to decrease the pressure. (PDG de l'établissement de santé, *The Gazette*, 11 juin 2018)

Dans cet extrait, le PDG de l'établissement de santé exprime qu'il sait que l'urgence est engorgée et que des mesures sont actuellement prises pour pallier cette problématique. Pour le personnel de l'urgence, cela signifie que l'urgence est pleine et dépasse grandement sa capacité, qu'il n'y a plus d'espaces de soins disponibles pour accueillir de nouveaux patients. Cela se produit généralement lorsqu'il n'y a pas de lit disponible aux étages et que les patients continuent d'affluer

à l'urgence pour s'y faire soigner. Un seuil critique d'achalandage est atteint, la charge de travail est grande. Toutefois, en circulant à l'intérieur du département de l'urgence, ce PDG ne peut pas ressentir et mesurer l'effervescence associée à l'encombrement de l'urgence. Pourtant, sous cette apparence de calme plat, se cache derrière les portes des chambres des patients une activité importante. Ainsi, non seulement l'aménagement efface la présence des patients désormais confinés dans des espaces clos, mais il efface aussi les activités effectuées par les infirmières. Cet édifice apparaît fantastique, car il efface les traces d'activités, la présence et le travail des infirmières. Pourtant, de leur côté, les infirmières affirment que certains éléments de cet édifice compliquent leur travail. En effet, la répartition des infirmières dans l'espace, la décentralisation des postes de travail infirmiers, les tâches à réaliser inscrites dans le système d'information et l'invisibilité des collègues qui disparaissent dans les chambres sont identifiés comme des éléments qui entravent les possibilités de communiquer avec les autres infirmières, de s'entraider et de prendre soin collectivement des patients.

### ***5.3.6 Espace physique communication, travail d'équipe, mentorat et imputabilité***

Lorsqu'elles s'affairent à effectuer des soins et des traitements à l'intérieur des chambres, les infirmières se préoccupent de leur capacité à répondre aux besoins des autres patients. Elles se soucient aussi de la capacité de leurs collègues à intervenir auprès de leurs patients lorsqu'elles se trouvent dans une chambre.

**Maude** : Tu ne peux jamais être avec ton patient plus que deux minutes parce que tes moniteurs sonnent, pis tu ne le sais pas parce que tu sais, avant la console des moniteurs, un, elle sonnait tellement fort tu ne pouvais pas la manquer. Puis il y avait toujours quelqu'un au poste qui pouvait l'entendre que tu avais une alarme fatale. Là, si tu es dans une chambre pis c'est pas ce patient-là qui code *Good luck!* Hein personne va l'entendre. Avant c'était des pièces ouvertes, tu ne pouvais pas, [ne] pas l'entendre. Là, c'est toutes des pièces avec des portes fermées.

D'ailleurs, plusieurs infirmières s'interrogent sur la capacité collective de l'équipe à assurer la surveillance des patients du département de l'urgence. Elles soulignent que la capacité de travailler en équipe est affectée par l'aménagement physique de leur lieu de travail. Plus de trois ans après la métamorphose de leurs lieux de travail, les infirmières notent que la promiscuité des lieux dans lesquels elles se trouvaient auparavant, combinée à des modalités de transmission des informations différentes, avait l'avantage de favoriser la communication, le partage d'informations, une prise de conscience collective de l'ensemble du département et ceci permettait aux infirmières novices de bénéficier de l'expérience des infirmières aguerries. Ces éléments favorisaient aussi le travail en équipe, tel que le souligne Maryse lorsqu'elle compare la pratique infirmière vécue dans son ancien espace de travail à celui actuel.

**Maryse :** Les lieux physiques, je pense, ça a un gros impact. À l'ancienne urgence [...] Tout était sur papier, facqu'on se parlait. Puis c'était plus du travail ensemble donc les juniors apprenaient beaucoup plus des séniors [...]. Tandis que là [ici], l'espace physique est tellement immense que c'est difficile d'accompagner les juniors quand ils commencent. [...] Avant, c'était un rapport commun. Donc en plus de nos patients, on avait une idée des autres patients. [...] C'est sûr, c'était beaucoup plus petit. Là, aujourd'hui, ça ne serait pas faisable. Mais le fait qu'on travaillait tous ensemble [...] on travaillait beaucoup en équipe, facqu'il y avait un partage d'idées, un partage de connaissances qui se faisait plus naturellement.

Maryse explique aussi que l'aménagement des lieux jumelé à l'informatisation a amené une individualisation du travail. Pour cette infirmière, l'implantation du programme informatique, qui a précédé l'intégration dans la nouvelle urgence, a entraîné un changement profond des pratiques puisque ce changement a incité un repli sur soi de l'ensemble de l'équipe dont les membres sont désormais concentrés individuellement sur l'accomplissement de leur tâche. Pour Maryse, le système d'information complique les possibilités de collaboration, d'entraide et de mentorat.

**Maryse :** Ici, c'est un environnement plus individualiste. Aussitôt que le programme informatique de l'urgence [a été implanté] [...], les gens étaient plus occupés à s'assurer qu'il n'y avait pas de boîte(s) rouge(s) puis que les affaires étaient faites sur leurs patients. Avant, c'était la responsabilité de tout le monde.

La responsabilité, autrefois partagée, repose aujourd'hui sur l'infirmière. De plus, comme les soins se déroulent au chevet du patient dans des espaces clos, les infirmières mentionnent qu'on ne voit pas l'infirmière qui est occupée et qu'elle est ainsi difficile à repérer. Cet aspect est souligné par Kate : « Il y a tellement de chambres que si tu entres dans une chambre et que la porte est fermée, la plupart du temps, il n'y a personne qui sait exactement où tu es ». Le besoin d'aide d'une collègue est donc moins visible. Laura explique qu'il est possible de vérifier si une collègue est occupée en portant attention au nombre de ses activités non réalisées dans l'onglet patient du programme informatique.

**Laura :** À l'écran, quand tu te *log in*, tu vas voir peut-être elle a plein d'activités en rouge puis tu vas voir qu'elle est peut-être occupée [...]. Ou sinon, tu vas voir qu'elle n'est pas occupée si elle croise ses jambes, elle est relaxe. [...] [Mais, l'infirmière occupée] On ne la voit pas, elle est dans ses chambres. Elle a de la broue dans le toupet puis elle ne prend pas sa pause. Tu vois que tu ne l'as jamais vue. Toi, tu t'es assis puis tu ne l'as jamais vue. Fait que, dans ta tête, faut que tu cliques que peut-être qu'elle est occupée. Peut-être qu'elle a besoin d'aide.

Ainsi, l'aménagement des lieux et l'informatisation des outils de travail des infirmières ont entraîné des changements profonds des routines de travail des infirmières qui accentuent l'individualisation du travail et la responsabilité individuelle des infirmières. Selon Laura, l'individualisation de la responsabilité des soins est exacerbée lorsque l'urgence est très occupée et que chacun est débordé par sa propre tâche.

**Laura :** Quand il y a un manque de personnel, c'est chacun pour soi. [...] Tout le monde fait leur petite affaire, *that's it, that's all*. [...] Comme tout le monde a déjà 6 patients. Facque ça se peut que tu n'aïlles pas en pause. Si t'as vraiment rien à faire, tes patients ils ont vraiment aucun traitement, tu vas commencer à aider, mais c'est rare [...]. Facque [...], ce qu'ils font, ils font leur p'tite routine, leur évaluation, ils vont en pause. C'est ça.

Cette individualisation de la responsabilité jumelée à une relative invisibilité des infirmières et de leur charge de travail contribue au manque d'entraide et au sentiment d'isolement ressenti par certaines. Des infirmières ont dit trouver difficile de travailler lorsqu'elles sont éloignées de leurs collègues, particulièrement lorsqu'il manque d'infirmières pour un quart de travail et que l'urgence est très occupée. Lorsque c'est le cas, la fonction d'infirmières volantes [float] dont le rôle est d'aider les infirmières est coupée.

**Julia :** [J'aimerais] être plus proche des collègues, surtout dans l'Horizontal 2. Si on pouvait être juste tout le temps être bien staffé, ça serait génial parce que souvent, on travaille short d'infirmières. En plus d'être short, les personnes qui sont supposées être là pour *nous aider [infirmières volantes ou polyvalentes]*, [...] sont rapatriés dans d'autres sections [...]. Donc [elles] ne sont plus là pour nous aider. Puis, en plus, on travaille *short* [en sous-effectifs infirmiers].

Travailler « *short* » signifie que la tâche de travail de chaque infirmière est plus lourde qu'à l'habitude et que les possibilités d'obtenir de l'aide des autres collègues sont quasi impossibles, car celles-ci sont aussi accaparées par l'ampleur du travail à accomplir. Lorsque cette situation se produit, les zones les plus éloignées deviennent plus isolées. D'ailleurs, certaines infirmières ont évoqué avoir l'impression de devoir faire face seule à un fardeau qui leur apparaît insurmontable. Par exemple, Julia exprime qu'elle se sent parfois isolée et qu'elle aimerait se trouver plus près de ses collègues afin de bénéficier de leur aide, de leur soutien et de leur expertise. Cela est particulièrement ressenti lorsqu'elle travaille dans la section la plus éloignée de l'urgence soit la section E de l'horizontal 2 (voir Figure 13).

**Julia :** [Dans le H2], de la manière que c'est fait, si t'es vraiment dans le fond [...] si tu travailles ici [elle parle de la section E], tu ne vois personne de toute la journée. Tu peux avoir vraiment la pire journée de ta vie. Cette section-là est vraiment comme négligée tout le temps, pas trop d'aide, pas trop de support, même juste du support moral [...]. Ça m'est déjà arrivé d'appeler l'infirmière en charge : [...] *I'm drowning. S'il vous plaît, aidez-moi.* [...] puis souvent, en plus, c'est les nouvelles qui travaillent là [...]. Puis on dirait que c'est les pires sections. [...] Ou il y a le plus de nouveaux patients, souvent des patients lourds. T'es vraiment toute seule. Mais c'est surtout pour la qualité des soins, mais c'est aussi de

rester saine d'esprit. Souvent, je suis comme : argh! Si je fais deux douze-heures d'affilée là, c'est sûr la troisième journée, je *call* malade. T'es à bout. C'est *too much*. Cours d'un bord, cours de l'autre... Non!

À cela s'ajoute le fait que la majorité de l'organisation du travail des infirmières repose sur l'utilisation du système informatique par lequel l'infirmière doit reconnaître les mouvements de patients qui s'effectuent dans ses chambres et doit se connecter pour prendre connaissance de ses tâches. L'infirmière est donc responsable, en tout temps, de vérifier l'arrivée d'un nouveau patient, elle se sait imputable comme le décrit Alicia ci-dessous.

**Alicia :** Normally the nurse in charge won't tell you, unless the patient is sick or there is something specific. They won't tell you because it's up to you. It's your responsibility to know that you're going to get someone else if you have an empty room. You know someone will be there, so you keep an eye on the screen. [...] you get trained to look for it, you know it's really easy. It's your fault if your patient comes in the room [and] you don't see him for two hours ... and he dies or something terrible... you have to be vigilant.

### **5.3.7 (In)flexibilité de la répartition de la charge de travail**

Nous avons vu que pour Huddy (2017) et Crane et Nook (2019), les départements d'urgence doivent miser sur la flexibilité. Cet attribut a aussi été mentionné par des informateurs secondaires impliqués dans la planification des réaménagements des urgences. Or, un département conçu pour s'adapter efficacement aux fluctuations d'achalandage ne semble pas permettre les adaptations désirées par les infirmières souhaitant offrir des soins optimaux (sécuritaires et de qualité) à leurs patients. Comme la répartition des infirmières est organisée par zone de travail et par l'assignation de chambre et que les chambres disponibles sont rares, la charge de travail d'une infirmière est rarement considérée lorsqu'on lui attribue un nouveau patient : on place le patient en attente d'entrer dans la première chambre qui se libère. Ainsi, lors des périodes achalandées, les infirmières soulignent que l'organisation de l'attribution des patients aux infirmières ne permet

pas de répartir la lourdeur de la charge de travail. Kate explique en détail ce que cela implique pour l'infirmière.

**Kate :** Quand même la nouvelle [urgence], il y a beaucoup de belles choses. Mais l'autre affaire qui a changé, avant on se faisait donner la charge [de travail] par patient. Facque mettons, tu avais un patient qui était vraiment malade. Mettons sur 5 patients, tu avais 2 qui étaient vraiment malades, pis 3 qui était.... comme, il attend un petit scan, il attend un petit quelque chose *whatever*. [...] les patients changeaient [ils étaient attribués] tout dépendant de ton *load*. [charge de travail]. Mais là, maintenant, tu n'es plus « par patient », tu es par chambre. [...] Il n'y aucun moyen de contrôler qu'est ce qui rentre dans ta section.

Elle poursuit et explique comment cette absence de contrôle sur sa charge de travail se traduit lors d'une journée occupée. Dans cet extrait, la fatigue et un certain découragement sont palpables.

**Kate :** J'ai déjà eu un patient qui aurait dû être dans le resus<sup>6</sup>. Mais à cause qu'il était niveau 3 <sup>7</sup> [soins palliatifs], ils ne voulaient pas [le placer là], facque un *Bi-pap unresponsive* [un patient inconscient sur Bi-Pap]. J'avais deux transfusions qui roulaient et un autre patient qui était lourd [...] et un monsieur qui était palliatif puis j'en avais un qui était juste pas content. Mais, juste tes deux transfusions, c'est déjà assez. [...] Et le patient palliatif, c'est des médicaments aux heures [...] ça, c'est ton *load* de patients en arrière. [H-2] [...]. Cette journée-là, [...] une de mes transfusions est montée [à l'étage]. Je suis allée voir l'infirmière en charge. Je lui ai dit : « *écoute, je comprends qu'il faut que vous me donniez un patient, mais je vous demande, donnez-moi quelqu'un du vertical déjà "workupé" j'ai pas le temps de faire!* » [...], mais j'étais la seule personne qui avait une chambre de libre. La prochaine personne c'était une fille d'onco [une patiente de l'oncologie] qui avait une péricardite [...]. Je comprends et je ne peux pas me fâcher [...]. Elle [l'ASI] non plus elle n'a pas le choix, elle ne peut pas dire : « on va laisser cette personne-là dans le corridor [à l'extérieur] parce que cette infirmière-là est trop *loadée*. »

Cet échantillon de l'entrevue réalisée avec Kate permet aussi de prendre connaissance de l'ampleur de la charge de travail quotidienne d'une infirmière. On relève que l'infirmière tente d'organiser son travail de façon à répondre aux besoins simultanés de ses patients. Elle tente d'anticiper les prochaines tâches qui devront être réalisées en fonction de ses connaissances

---

<sup>6</sup> Salle de réanimation

<sup>7</sup> Le niveau de soins 3 correspond à assurer le confort prioritairement à prolonger la vie  
[http://msssa4.msss.gov.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7/\\$FILE/AH-744\\_DT9261\(2016-01\)D.pdf](http://msssa4.msss.gov.qc.ca/intra/formres.nsf/c6dfb077f4130b4985256e38006a9ef0/d57fc1d9eb98eed385257f50005206c7/$FILE/AH-744_DT9261(2016-01)D.pdf)

relatives aux soins requis par les diverses conditions de ses patients. Dans cet extrait, Kate donne un exemple d'une situation où la demande de soins et de surveillance excède ce que l'infirmière évalue qu'elle peut offrir. Une ASI a confirmé que la répartition ne se fait pas en fonction de la lourdeur de la tâche, mais plutôt en fonction des espaces disponibles. Elle ajoute qu'il pourrait être possible de vérifier la lourdeur de la tâche d'une infirmière dans le programme informatique, mais cela implique l'évaluation des tâches à accomplir pour chacun des patients en ouvrant chacun de leur dossier virtuel. Donc, cela n'est jamais fait. De même, comme l'urgence est presque toujours pleine, il est difficile, voire impossible, d'équilibrer la tâche de travail des infirmières.

Aussi, le mode d'assignation de la tâche de travail par chambre combiné à la décentralisation des postes de travail des infirmières a pour conséquence d'éloigner les infirmières de leurs collègues. Par conséquent, lorsqu'elles sont submergées par le travail, elles doivent exprimer explicitement leur besoin d'aide. Élise mentionne que la configuration de cette urgence et la façon dont sa tâche de travail est répartie l'oblige à apprendre à demander de l'aide puisque l'entraide spontanée y est plus rare.

**Élise :** When it's (was) more of an open concept Emergency Room, ça se voyait plus facilement que ta collègue avait besoin d'aide. And [...] if you were not busy at a time, you would receive a new patient regardless of how many patients each person kind of had. At the old emerge, when a patient would come in and I was not doing anything, I'd go to do the work-up. But now, you have assigned rooms. So, if you get 3 new patients in a half hour, you have to work up these patients. So, we have float nurses or team members, but you usually have to ask them for help. [...] It just requires more communication. You have to be much more overt, you know.

### ***5.3.8 (In)flexibilité du positionnement des patients***

L'absence de flexibilité relative au positionnement des patients imposée par le choix d'aménagement amène les infirmières à évoquer la notion de filet de sécurité que procurait un aménagement physique différent. Dans cette urgence, l'aménagement des espaces de soins fait en

sorte que tous les patients de la zone horizontale sont assignés à une chambre individuelle. Les infirmières ont mentionné que cette zone de soins est régulièrement pleine, ce qui entraîne la formation d'une file d'attente de patients pour cette zone (patients saumons). Auparavant, ces patients auraient été entrés dans le département, placés dans le corridor et pris en charge par une infirmière, maintenant ils sont placés en attente de rentrer (patients saumons). Ainsi, plusieurs infirmières ont évoqué que les corridors avaient l'avantage de permettre l'étirement de la zone de surveillance infirmière.

**Maude :** C'est impossible de *stretcher*. Avant tu créais un 2.5 puis un 2.25 et un 3.5 [ils créaient des espaces de soins entre les espaces officiels]. Puis tu en *squeezais* un dans le milieu du moniteur. Ici, tu ne peux pas faire ça. Ici, à part doubler les salles de réanimation, qu'on fait régulièrement malheureusement.

La nouvelle configuration de l'urgence rend la surveillance directe difficile, notamment parce que les patients se trouvent dans des espaces situés hors du champ de vision des infirmières et parce qu'il est souvent impossible de repositionner les patients à un endroit permettant une surveillance infirmière optimale à leur condition. Pour pallier ces difficultés, les infirmières ont développé des moyens alternatifs afin d'assurer la surveillance de leurs patients. Dans certains cas, elles tentent de diminuer les barrières à la surveillance et à l'intervention en ouvrant les toiles et les portes. À certains moments, les infirmières doivent ouvrir la porte de la chambre pour signaler au reste de l'équipe leur besoin d'aide et signaler que l'état d'un patient s'est détérioré. Alicia explique d'abord que la condition instable d'un patient exige qu'elle demeure à son chevet. Elle ouvre alors la porte pour augmenter la capacité d'appeler et de recevoir de l'aide.

**Alicia :** You have to delegate to the other people the rest of your patients. Ask for your patients and stay with the patient and get doctors involved obviously. Usually [...] you keep the door open. [...] While you're with your patient doing your head to toe assessment you're constantly monitoring their vitals. Worst case, you bring your crash cart. [...] Very often you're charting in the room on the computers that are in the room. If they're sick or really sick, [I] keep the door open.

Plus tard, elle précisera pourquoi elle mentionne qu'elle ouvre la porte de la chambre : « I meant you open the doors so the patient is visible to the inner core and people can hear you if you need help » (clarification par communication écrite, Alicia, 9 juin 2019).

Toutefois, la technologie demeure le principal moyen utilisé pour assurer la surveillance des patients confinés dans leurs espaces de soins. Ainsi, pour plusieurs, surveiller leurs patients signifie surveiller les écrans. En conséquence, les infirmières observent les écrans, portent attention aux sons qu'ils émettent et prennent en considération leur propre positionnement par rapport à ceux-ci. Julia explique que lorsqu'elle voit le moniteur, elle arrive à surveiller ses patients.

**Julia** : Puis là, ils viennent de rajouter un autre écran devant le 6, ici, facque ça, c'est génial. [...] Parce que sinon, tu ne voyais pas les alarmes. T'avais juste une p'tite télé ici, contre le mur, une en haut qu'il faut que tu te plisses les yeux pour voir. Mais oui [ça permet de] voir ce qui se passe parce que tu vois directement le *tracing* [tracé] cardiaque.

Puisque la surveillance s'effectue via les objets technologiques, les infirmières s'organisent pour se placer près des moniteurs qui affichent les données et les tracés des patients. Certaines considèrent qu'une partie de la qualité de la surveillance dépend de leur position par rapport à ceux-ci.

**Élise** : In most places, we have access to all our monitor. So, I try to sit nearest to the cardiac monitors. I think we could benefit from having more central monitors. [...] Centralized monitors where I can see all the patients on cardiac monitor from where we sit, where we chart on our computers.

Comme il n'est pas possible de positionner les patients près d'elles, le point d'attention des infirmières se déplace sur l'accès visuel aux écrans qui affichent la représentation technologique de leur patient. Le confinement des patients dans des espaces clos, hors de vue, additionné au fait que l'infirmière doit se fier aux écrans pour effectuer le suivi des activités du département, est d'ailleurs évoqué comme un changement déstabilisant par l'ASI Jamie :

**Jamie :** Au début quand j'ai commencé à travailler ici [la nouvelle urgence]. J'ai eu l'impression que j'étais une secrétaire qui travaillait dans un bureau. Ici, je ne vois plus les patients. C'est pour ça que j'aime aller aider dans le ressus [salle de réanimation]. Tu sais, j'ai choisi ce métier c'est parce que je voyais qu'on était plus près des patients que les médecins. Notre contact avec les gens est plus long qu'eux. Ici c'est comme une manufacture : le nombre de personnes qui passe sans arrêt (Entrevue informelle, 14 février 2019).

L'espace de soins dans lequel travaillent les infirmières de l'urgence est un espace qui a été conçu de manière à répondre à des impératifs d'amélioration de la qualité qui eux correspondent aux intérêts des administrateurs et des médecins. L'investigation des effets de l'aménagement de l'environnement physique de travail des infirmières d'urgence permet de révéler comment les pratiques discursives associées à l'amélioration de la performance organisent le travail des infirmières. La Figure 22 illustre la rencontre entre les discours portant sur la sécurité des soins et l'efficacité comme ils sont actualisés dans la pratique des infirmières d'urgence. On constate que les objectifs de soins des infirmières sont ajustés de manière à répondre aux impératifs des deux discours. On remarque que les éléments relatifs à la qualité des soins infirmiers sont réalignés de manière à répondre aussi aux exigences que véhicule le discours de l'efficacité. Ainsi, les infirmières évaluent la pertinence de leurs actions en fonction des cibles de performance de l'organisation. Cela entraîne un reformatage des priorités de soins et de la pratique infirmière. Par conséquent, les infirmières intègrent le maintien du roulement (flow) à leur pratique soignante et prennent part à des pratiques qui ne sont pas toujours alignées avec les intérêts des patients.

**Figure 22**

*Tensions entre les discours de la qualité des soins et le discours de l'efficacité dans la pratique des infirmières d'urgence (figure originale)*



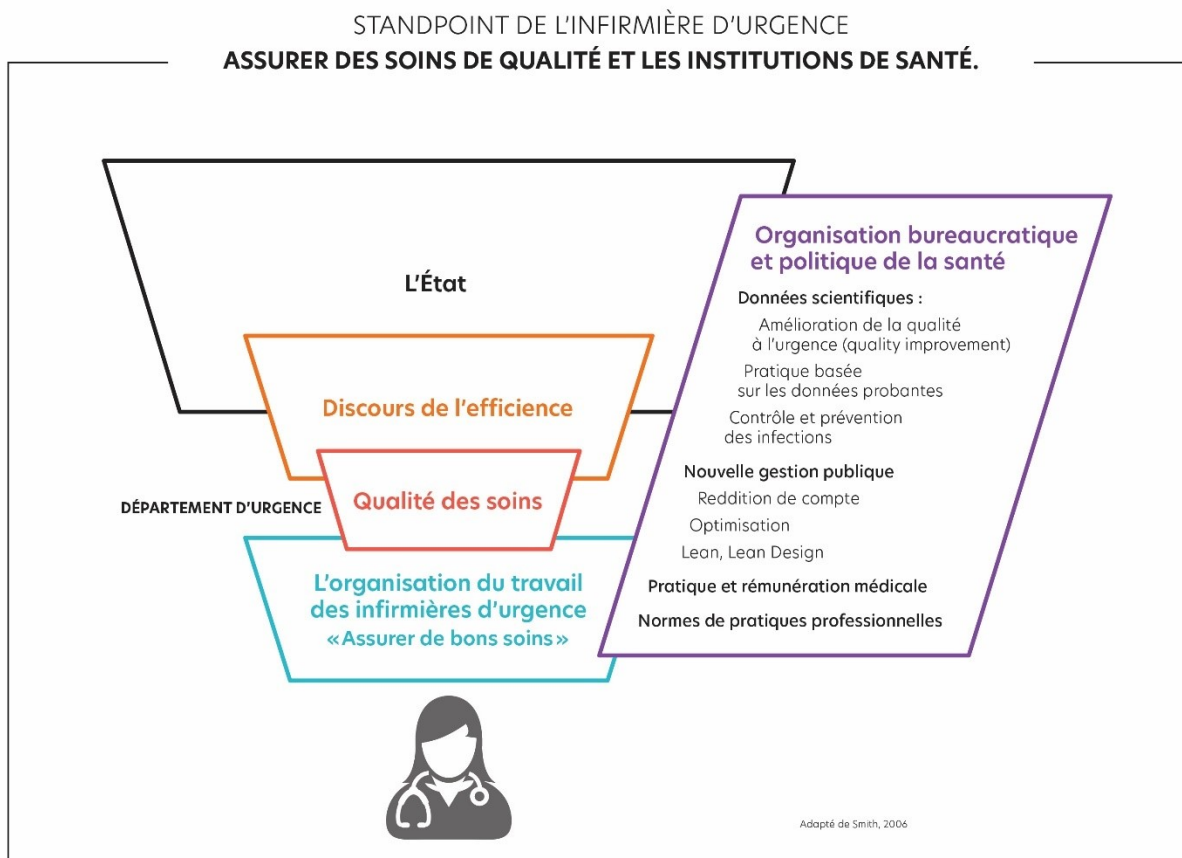
De plus, on note que les choix de l'aménagement physique et technologique compliquent le travail quotidien des infirmières, car ils diminuent les possibilités de répartition de charge de travail et de communication entre les membres de l'équipe. Ils limitent également la possibilité de recevoir du soutien et de travailler en équipe. Ces aspects limitent la capacité des infirmières à répondre aux besoins de leurs patients. D'ailleurs, ils contribuent à une individualisation de la responsabilité de l'infirmière et à son sentiment d'isolement.

#### 5.4 Résumé des résultats

L'aménagement physique de l'environnement de travail des infirmières est désigné comme l'un des processus d'amélioration de la qualité qui influencent leur pratique quotidienne. Ainsi, dans un premier temps, l'analyse des données dévoile que le travail d'assurer des soins de qualité est influencé par l'aménagement physique de l'espace de travail dans lequel les infirmières travaillent. Ce travail consiste à assurer la surveillance des patients et à les assigner à un espace de soins afin que ceux-ci puissent d'abord être vus par le médecin et ensuite soignés. On voit se dégager une préoccupation d'assigner le patient au « bon espace » pour éviter son repositionnement : il existe des règles d'utilisation optimale des espaces de soins. Ensuite, les infirmières s'interrogent sur les raisons qui ont motivé les choix de l'aménagement de la nouvelle urgence dans laquelle elles évoluent. Pour elles, certaines caractéristiques de l'aménagement rendent difficile la surveillance appropriée et sécuritaire de leurs patients. L'analyse se déplace alors vers la recherche des influences ayant guidé les choix architecturaux. La Figure 23 illustre l'organisation de ces influences.

**Figure 23**

*Organisation sociale de la qualité des soins à partir de la perspective des infirmières d'urgence  
(figure originale)*



On découvre que l'aménagement de l'urgence n'a pas été choisi pour ses qualités esthétiques, mais plutôt parce qu'il constitue une solution à des problématiques identifiées à l'urgence. Cette solution se fonde sur les données scientifiques produites dans le domaine de l'amélioration de la qualité (*quality improvement*) et du contrôle des infections qui identifient l'encombrement de l'urgence et la prévention et le contrôle des infections nosocomiales comme les principaux éléments qui menacent la qualité des soins et des services dispensés à l'urgence. De

plus, ces données scientifiques constituent les fondements sur lesquels s'appuient les pratiques basées sur les données probantes choisies et promues par le MSSS, l'AMUQ et les organisations professionnelles. Ensuite, la solution retenue pour cette urgence répond aux exigences économiques (budgétaires) d'optimisation et de reddition de compte qu'exige la nouvelle gestion publique, car elle permet d'améliorer la performance de l'urgence en misant sur l'augmentation du débit des patients qui y transitent. L'aménagement choisi est fortement inspiré des principes qui découlent du mode de gestion *Lean Santé* qui vise l'amélioration de la performance par l'application de quatre principes principaux soit la création de valeur pour le patient, l'élimination des pertes, l'amélioration des flux et l'amélioration continue des processus et des personnes. Il existe d'ailleurs des plans architecturaux des urgences qui s'appuient sur ces principes. : le *Lean design*. Le design architectural de l'environnement de travail des infirmières répond à ces influences. D'ailleurs, les termes et les principes qui découlent du *Lean Santé* et du *Lean design* sont retrouvés dans le langage des infirmières, leurs outils de travail ainsi que dans les documents de l'établissement de santé et du MSSS. Les principes d'optimisation ayant été appliqués lors de la conception de cette urgence ont entraîné une révision de l'organisation des opérations de l'urgence et conséquemment du travail des infirmières. Les changements opérés sont radicaux, car, même plus de trois années après leur intégration dans la nouvelle urgence, les infirmières continuent de comparer leur travail actuel avec celui qu'elles effectuaient avant. En effet, elles estiment que les modifications de leur environnement de travail ont affecté leur capacité de travailler en équipe et de gérer leur charge de travail. De plus, ces modifications les amènent à se soucier de leur propre efficacité face aux cibles de performances de l'organisation de santé. Il émerge de l'analyse qu'il existe une tension, semblant parfois irréconciliable, où l'infirmière se retrouve partagée entre l'obligation de répondre aux besoins des patients et celle de se plier aux

impératifs de performance recherchés par l'organisation de santé dans laquelle elle exerce. Dans d'autres cas, les cibles organisationnelles ont préséance sur le type et l'étendue des soins offerts et prodigués. Enfin, l'analyse révèle que ce qui est désigné comme un espace performant d'un point de vue institutionnel ne semble pas répondre, d'après les infirmières soignantes, aux impératifs que commandent les soins.

## CHAPITRE 6

### Discussion

Les objectifs généraux de cette ethnographie institutionnelle étaient de comprendre quelles forces institutionnelles sont impliquées dans le choix des processus d'amélioration de la qualité implantés dans l'environnement de travail des infirmières d'urgence qui œuvrent dans un centre hospitalier tertiaire et d'évaluer les effets des modifications spatiales de l'urgence sur la pratique des infirmières. Les résultats de cette recherche révèlent que les modifications apportées à l'environnement (physique) de travail des infirmières influencent leur travail, réduisent leur capacité d'intervenir auprès des patients et limitent leur capacité d'offrir une qualité de soins optimale. Cette discussion vise à tisser des liens entre les résultats, les écrits et le cadre théorique afin de comprendre comment la modification de l'espace de travail des infirmières influence le travail des infirmières et limite leur capacité d'intervenir auprès de leurs patients. La discussion s'articule autour des trois thèmes suivants soit 1) les pratiques disciplinaires et l'aménagement de l'environnement de travail des infirmières; 2) l'environnement bâti, l'environnement performant et la pratique des infirmières; 3) les relations entre les savoirs des infirmières et les savoirs des autres. Par la suite, les implications pour la pratique, la recherche, l'administration, pour la formation, pour les politiques de santé et l'ethnographie institutionnelle seront exposées. Enfin, les limites de ce projet et les avenues pour la conduite de recherches futures seront discutées.

L'ancrage de ce projet de recherche dans la pratique quotidienne des infirmières d'urgence permet de dévoiler les éléments qui organisent leur quotidien. En explorant les activités de la vie de tous les jours des infirmières, on découvre que les murs, les portes, les fenêtres, les écrans, les civières et les fauteuils sont des éléments qui organisent leur travail. Ils constituent aussi des éléments par lesquels l'organisation sociale qui régit le département de l'urgence peut être retracée

(Smith, 2006). L'EI permet de mettre en lumière les savoirs locaux et de les comparer aux savoirs experts (translocaux et extralocaux). Puisque les savoirs experts déterminent généralement le quotidien des informateurs du niveau local, l'analyse s'oriente vers leur découverte et la compréhension de leurs effets pour les acteurs du quotidien. L'ethnographe institutionnel s'attarde aux répétitions et aux scissions. Dans le cas de cette recherche, les notions relatives au positionnement des patients au bon endroit (ne pas arrêter le flow) constituent les principales répétitions identifiées dans le langage des infirmières. Alors qu'une certaine discordance entre les choix architecturaux de l'environnement de travail et l'impossibilité évoquée par les infirmières d'urgence d'offrir les soins et la surveillance appropriés constitue la principale scission (*disjuncture*) identifiée. L'investigation ethnographique permet de révéler les savoirs experts qui participent à l'édification de l'environnement de travail des infirmières d'urgence et qui, en conséquence, influencent leur pratique.

On note aussi l'utilisation d'approches qui visent le contrôle des pratiques des professionnelles par des mécanismes de supervision de l'exercice des infirmières d'urgence et le recours à des mécanismes d'autocontrôle de la pratique. La mise en place de ces mécanismes vise la standardisation des processus de soins lorsque l'origine des problèmes de qualité des soins est construite comme un problème de contrôle de l'exercice professionnel (Mintzberg, 1982; Martin et al., 2013; Wears et Hunt, 2014). De plus, d'un point de vue institutionnel, le déploiement de ces mécanismes visant l'uniformisation des pratiques permet aussi le contrôle des coûts et la reddition de compte (Magalahaes et al., 2016). Ainsi, dans ce contexte, les raisons politiques que constitue l'amélioration de la qualité et de la performance appellent l'intervention du gouvernement. D'ailleurs, l'aménagement de l'environnement de travail des infirmières d'urgence nous rappelle les pratiques disciplinaires gouvernementales (Foucault, 1975). De plus, au fil de notre analyse,

nous découvrons que l'infirmière constitue un objet institutionnel dont le travail est essentiel à la réalisation des objectifs de l'organisation de santé et de l'État (Crane et Nook, 2019).

### **6.1 Pratiques disciplinaires et aménagement de l'environnement de travail**

Dans cette recherche, la réforme de l'aménagement de l'urgence qui comprend la modification des espaces physiques de travail et l'intégration d'un système d'information constitue un moyen radical d'application de la discipline gouvernementale dans lequel les discours dominants sont matérialisés, édifiés (Foucault, 1975). La forme physique que revêt ce département a été conçue pour que s'accomplissent les solutions mises de l'avant, pour résoudre le problème de l'encombrement de l'urgence. Dans ce cas, l'amélioration de la fluidité des trajectoires qu'effectuent les patients constitue le point d'emphase. Ainsi, la facture de cette urgence est appuyée par les discours dominants dans le domaine des améliorations de la qualité qui s'applique aux urgences. Selon ces discours, les urgences où les patients attendent de longues heures avant d'être évalués par les médecins et dans lesquelles les patients admis attendent longtemps leur transfert à l'étage sont peu performantes. Les solutions reposent sur l'amélioration des flux de travail et des flux de patients (Crane et Nook, 2019). D'après les experts, l'amélioration des flux est accomplie par la division des flux des patients. Deux flux principaux sont privilégiés : un flux pour les patients du vertical (patients-salle d'attente) et un autre pour les patients de l'horizontal (patients-civières). Rappelons que le patient est désigné comme patient-salle d'attente ou patient-civière selon la position dans laquelle il doit être maintenu soit en position horizontale (couché), ou en position verticale (debout ou assis). Les noms des zones vers lesquelles sont dirigés ces patients correspondent aussi à ces positions. Ensuite, l'aménagement des lieux est prévu de façon à améliorer l'efficacité du travail, la productivité. À cet effet, l'ensemble du système est élaboré pour favoriser la rencontre entre le patient et le médecin dans les meilleurs délais puisqu'il s'agit

de l'aspect qui influence le plus la satisfaction des patients. Par exemple, du côté des soins aigus (l'horizontal), les espaces de soins sont conçus de manière identique. Cette conception de l'espace vise à diminuer le temps consacré à la recherche de l'équipement, à maximiser le temps passé en contact direct avec les patients et à éviter d'avoir à repositionner le patient dans un espace de soins différent selon l'évolution de son état de santé. De plus, les chambres individuelles sont toutes munies des équipements permettant l'accès aux dossiers des patients et la rédaction des notes au dossier au chevet afin d'augmenter le temps passé avec les patients. Ensuite, dans les chambres, les patients sont tous positionnés pour que les professionnels travaillent à leur droite. Les postes de travail sont décentralisés et situés plus près des chambres afin de favoriser le temps consacré auprès des patients, de réduire le nombre de pas parcourus et de favoriser les échanges entre les infirmières et les médecins assignés aux mêmes zones. L'aménagement physique de l'urgence est érigé de manière à améliorer l'efficacité du travail qui y est réalisé. Les éléments nommés ci-haut sont tous retrouvés dans les documents dédiés à l'amélioration des opérations à l'urgence par la mise en place de processus ou par l'aménagement de l'urgence (Crane et Nook, 2019; Huddy, 2017). Ils sont mis en place pour diminuer l'encombrement de l'urgence qui constitue, selon les autorités de la santé, le principal problème de la qualité des soins.

L'environnement physique est construit de façon à baliser les conduites individuelles des infirmières. L'aménagement des lieux impose le positionnement des infirmières dans l'espace et influence les actions qu'elles peuvent ou non effectuer. Par exemple, les fauteuils inclinables limitent l'évaluation physique qu'il est possible d'effectuer; la répartition des postes de travail des infirmières restreint les contacts qu'elles peuvent entretenir entre elles; et l'absence de corridor impose le positionnement des patients dans les chambres individuelles et modifie le type de surveillance qu'elles peuvent effectuer. Toutefois, c'est l'intégration d'un système d'information

à l'aménagement des lieux de l'urgence qui permet l'exercice d'un pouvoir plus coercitif forçant l'adoption des conduites privilégiées par l'institution (Foucault, 1976). Ainsi, tel le pôle anatomopolitique du biopouvoir, l'intégration du système d'information dans tous les aspects de la pratique quotidienne des infirmières d'urgence place les infirmières dans un champ de surveillance institutionnel continu (Foucault, 1975). De ce fait, le système d'information permet d'effectuer une surveillance des actions posées par les infirmières. Les infirmières savent d'ailleurs qu'elles se trouvent sous un champ de surveillance, ce qui augmente la portée disciplinaire de cette technologie (Foucault, 1975). Ainsi, depuis qu'elle a débuté dans la salle de réanimation, Kate sait que son travail peut être observé ou révisé en temps réel. Alors, Maryse s'assure de bien documenter dans sa note de triage le fait qu'elle a tenté de réorienter un patient vers une clinique médicale externe afin que la personne qui révisera son dossier lors d'un audit puisse facilement retrouver sa justification. D'ailleurs, Dillard-Wright (2019) souligne que les systèmes informatiques utilisés par les infirmières fonctionnent comme un dispositif du gouvernement, invisible, mais inévitable, qui place les infirmières dans un champ de surveillance les amenant à adapter leur pratique, à observer les règles en vigueur, et à viser, et aussi, à atteindre des cibles de performance de l'organisation. Cela influence donc la pratique des infirmières.

Le système d'information qui intègre le dossier patient informatisé est un outil qui permet l'alignement des pratiques infirmières. Par exemple, la présélection des options disponibles dans les menus déroulants des outils d'évaluation et de documentation clinique permet d'uniformiser la pratique et d'améliorer l'efficacité des activités cliniques. D'après une perspective institutionnelle, l'uniformisation permet d'assurer que toutes les étapes des procédures de soins sont réalisées de manière uniforme en intégrant les pratiques basées sur les preuves (Campbell et Rankin, 2017); et que celles-ci sont consignées au dossier de manière normalisée et succincte, ce

qui permet à la fois d'augmenter le débit des flux de travail et d'améliorer la qualité des soins (Campbell et Rankin, 2017; De Ruiter et al., 2016). D'ailleurs, en positionnant le problème de la qualité des soins rencontrés à l'urgence comme un problème de performance du système de soins, les savoirs scientifiques appellent des solutions qui relèvent de la NGP comme le mode de gestion *Lean* santé révélé dans cette recherche. Ce mode de gestion prend appui et requiert ce que Adams (2016) nomme les technologies du dénombrement. Ces technologies du dénombrement sont créées afin de permettre la reddition de compte que commande la NGP. Ainsi, elles permettent l'établissement d'une conversation uniforme, standardisée et axée sur le développement d'un vocabulaire commun qui permet de définir, de dénombrer, d'évaluer et de comparer la santé, la maladie et de déterminer les meilleures façons d'intervenir. Par leur capacité à générer des statistiques, elles constituent les bases d'un langage partagé utilisé pour traduire la réalité entre les divers niveaux du système de soins. Elles produisent des cadres de références, des normes ou des généralisations statistiques qui constituent des relations de pouvoir capables d'influencer les pensées et les actions quotidiennes des infirmières (Foucault, 1976; Smith, 1987). L'efficacité et l'utilité de telles technologies reposent aujourd'hui, et c'est le cas dans cette recherche, sur la mise en place d'un système d'information. Par conséquent, en plus de constituer un outil de travail essentiel à la réalisation des diverses activités des infirmières, ces systèmes rendent compte aux divers paliers administratifs de l'institution, de la situation et des activités réalisées au niveau local. Le portrait quotidien des urgences (Figure 19) et les tableaux de bord produits par l'établissement de santé représentent des exemples de cette reddition de compte (Figure 18). Ce faisant, ils produisent des formes textuelles qui transposent les réalités quotidiennes dans les formes et les représentations qui les rendent institutionnellement manipulables (Smith, 2006). Ces textes permettent, à la fois, de rendre compte « de la réalité » fixée par les cadres normatifs, et exposent

les points d'intervention. De cette manière, ils constituent des raisons politiques (Foucault, 2004). De ce fait, ils guident les actions institutionnelles telles que les choix architecturaux et les modalités de fonctionnement instaurés à l'urgence. De plus, le contrôle du travail accompli par les infirmières s'effectue aussi par l'intégration, par les infirmières, des rationalités gouvernementales qui amènent les infirmières à poursuivre les objectifs institutionnels par des formes d'autocontrôle (Foucault, 1976). Les formes de savoirs omniprésentes dans l'urgence amènent les infirmières à ajuster leur pratique en fonction des informations disponibles dans leurs environnements de travail. Ces formes de savoirs normatifs exercent sur les infirmières un contrôle biopolitique par rapport auquel les infirmières s'autoévaluent et désirent se conformer (Foucault, 1980). Conséquemment, elles adoptent, tels des agents de l'État, les comportements attendus par l'institution-gouvernement (Dean, 2010; Perron et al., 2005). Dans le contexte de cette urgence, elles poursuivent, par leurs actions, à la fois le bien-être économique et vital de la société.

D'ailleurs, lorsqu'elles reproduisent les discours dominants dans leurs notes aux dossiers ou leurs autres activités, les infirmières contribuent à la construction de leur réalité de travail qui limite leurs actions (Smith, 2005, 2006). En effet, les discours dominants font circuler des formes narratives qui simplifient la réalité de façon à pouvoir l'évaluer, la mesurer. Alors, en ajustant leur langage, leurs gestes et leurs notes aux dossiers aux discours dominants, les infirmières évacuent une part de leurs actions réelles. De ce fait, les discours dominants se matérialisent tels qu'ils circulent, et le travail des infirmières est organisé pour perpétuer ces discours dominants qui les assujettissent (Dean, 2010; Smith, 2005, 2006). C'est pourquoi, par leur travail, les infirmières contribuent à la construction de leur réalité de travail.

Il suffit d'observer le mode de fonctionnement de cette urgence pour constater la matérialisation des discours ambiants. L'urgence est organisée de manière à favoriser

l'amélioration du flux de patients et l'amélioration de l'efficacité du travail. Ainsi, les personnes qui se présentent à l'urgence pour y être soignées entrent et prennent un numéro dans le distributeur de tickets qui démarre le chronomètre de la trajectoire de leur séjour à l'urgence. Ces personnes sont ensuite appelées au triage et évaluées par l'infirmière du triage qui leur attribue, d'après les options contenues dans les menus déroulants des outils de travail informatisés, une destination (salle d'attente, civière, ou réorientation). Alors, si elles ne sont pas réorientées, ces personnes deviennent des patients-civières ou des patients-salles d'attente, destinées à une trajectoire en zone horizontale pour les premiers et verticale pour les seconds. Les pratiques discursives sont alors activées par le travail des infirmières : les concepts abstraits énoncés dans les textes produits à l'extérieur de l'urgence deviennent réels et matériels et donc observables (Smith, 2006). Par cette intervention, les personnes sont désincarnées, objectivées. Elles deviennent l'objet que l'on suit et qui permet la création des statistiques nécessaires au contrôle de la chaîne de production de l'urgence, à partir desquelles sont produits les savoirs utiles au gouvernement et nécessaires au contrôle de la pratique des infirmières (Foucault, 2004). Ces personnes sont le champ d'intervention du gouvernement dont se préoccupent les infirmières-agentes de l'État. Nos résultats permettent de souligner comment les infirmières sont organisées pour activer sélectivement, les idées (raisons) découlant des discours de la performance managériale et clinique. Par exemple, les infirmières se préoccupent d'assurer que le patient se trouve à la bonne place, qu'il n'occupe pas un espace inutilement et elles suivent les règles établies pour ne pas arrêter le « flow ». Dans certains cas, cela amène les infirmières à prioriser les cibles managériales plutôt que d'assurer que le patient reçoive les soins qui répondent à ses besoins.

Les résultats de cette recherche s'ajoutent aux conclusions d'autres études portant sur l'utilisation des systèmes d'information dans les soins de santé (Campbell et Rankin, 2017; De

Ruiter et al., 2016; Dillard-Wright, 2019). Ces études rapportent que les données administratives utiles à la gestion des soins de santé sont intégrées à même les notes aux dossiers que produisent les soignants. Selon plusieurs chercheurs, cette intégration a comme conséquence de déplacer le centre d'attention des soignants. Ils se retrouvent, souvent sans le savoir, à considérer les données pertinentes pour l'institution de façon aussi prioritaire que les données relatives à la documentation des soins et traitements du patient ainsi que l'évolution de sa condition de santé (Campbell et Rankin, 2017; De Ruiter et al., 2016; Grace, 2015, 2019; Mackinnon et al., 2020; Rankin, 2004; Waters, 2016). Conséquemment, les priorités institutionnelles devançant parfois les priorités des cliniciens et les besoins des patients (Carrier, 2015; De Ruiter et al., 2016; Waters, 2016). Ce type de réalignement de l'attention de l'infirmière est présent dans les extraits d'entrevue présentés au chapitre 5. Notamment, lorsque Rachel cherche à assurer la bonne trajectoire à ces patients lorsqu'elle effectue le triage. Bref, nous notons que l'encombrement des urgences est identifié comme un problème qui diminue l'accès aux soins de santé et augmente les délais de traitement. Il constitue donc une menace à la santé de la population qui mérite l'intervention de l'État. Plusieurs moyens sont mis en œuvre pour améliorer la performance des urgences. Ainsi, les rationalités et les technologies utilisées par le gouvernement reposent sur les savoirs experts qui tracent les contours du problème (l'encombrement) et en déterminent les solutions (amélioration de la performance de l'urgence) qui s'appuient sur les pratiques de la nouvelle gestion publique. Les infirmières d'urgence, dont la pratique est essentielle à la réalisation des visées du gouvernement, voient alors leur pratique soumise aux moyens de contrôle paternalistes du gouvernement. Ces moyens mis en œuvre délibérément guident et influencent l'action des infirmières et les amènent à poursuivre les objectifs d'amélioration de la qualité qui intègrent

l'amélioration des flux de travail, de la production et la réduction des coûts de production d'après des logiques d'amélioration de la qualité situées à l'extérieur des soins infirmiers.

## **6.2 Environnement bâti, environnement performant et pratique infirmière**

Les résultats de cette recherche soulignent que les améliorations de la qualité qui ont été implantées dans l'environnement de travail des infirmières répondent à des impératifs situés à l'extérieur de la profession infirmière. La réforme de l'aménagement physique de l'urgence constitue une solution institutionnelle aux problèmes de qualité rencontrés à l'urgence. De manière cohérente aux faits rapportés par Wears et Hunt (2014), les infirmières ayant participé à notre étude indiquent que leur nouvel environnement de travail est mal adapté à leur pratique. Par conséquent, les infirmières se retrouvent dans un environnement de travail conçu pour répondre aux problèmes élaborés par des savoirs experts. Or, nos résultats révèlent que les infirmières considèrent que certains aspects de leur environnement de travail sont problématiques et nuisent à la qualité de leur pratique et des soins qu'elles dispensent. À certains moments, les infirmières ont exprimé l'impossibilité d'organiser leurs soins de manière optimale à cause de la configuration physique des lieux. Par exemple, Kate évoque que l'environnement physique dans lequel elle travaille n'est pas adapté à sa pratique, car il ne lui permet pas de moduler son degré de surveillance de façon à offrir des soins infirmiers appropriés et adaptés à la condition des patients âgés, ce qui entraîne un plus grand recours à l'application de mesures de contentions physiques. Les infirmières soulignent aussi que l'organisation de leur espace de travail limite leur capacité de soigner les patients notamment parce que l'aménagement privilégie les chambres individuelles et la décentralisation de leurs postes de travail. Les infirmières affirment qu'il est difficile d'effectuer une surveillance appropriée de leurs patients, car ceux-ci ne sont généralement pas visibles. En effet, nous avons pu observer que les patients sont isolés dans des chambres individuelles dont les caractéristiques

physiques (verre givré et toile abaissée) entravent la surveillance (Figure 2). En conséquence, les infirmières se préoccupent de leur capacité à intervenir promptement, car elles affirment avoir découvert des patients au sol (chute) ou décédés au moment de pénétrer dans la chambre. Ces résultats ne sont pas particuliers à notre étude. Donetto et al. (2017) rapportent que les infirmières ont exprimé avoir perdu leur vision périphérique lorsqu'elles ont déménagé dans un environnement de travail composé entièrement de chambres individuelles. Tout comme dans notre étude, Donetto et al. (2017) mentionnent que les infirmières trouvent plus difficile de voir et d'entendre leurs patients. Elles disent aussi qu'elles ont perdu leur capacité de prendre conscience de la présence de leurs collègues et d'évaluer la charge de travail de l'ensemble de l'unité. De plus, les infirmières affirment qu'elles ne peuvent plus être facilement localisées par leurs collègues. Selon ces auteurs, la capacité de travailler en équipe est entravée par l'aménagement de cette unité et la diminution des échanges entre les membres de l'équipe de soins risque de miner l'entraide et de nuire à la qualité des soins offerts aux patients. Ensuite, le passage à un environnement de travail entièrement composé de chambres individuelles influence aussi la pratique des infirmières des soins intensifs néonataux. Une étude réalisée par Fréchette et al. (2020) soulève que les infirmières considèrent que ce type d'environnement est moins sécuritaire, car elles affirment qu'il est impossible d'y assurer la surveillance constante de leurs patients.

Les infirmières ayant participé à notre recherche estiment que les caractéristiques de leur environnement physique de travail qui affectent leur capacité de soigner les patients ont des répercussions négatives pour les patients. Or, certaines études qui s'intéressent aux effets des caractéristiques physiques de l'environnement de l'urgence rapportent que la visibilité est associée aux résultats de soins. La visibilité réfère à la capacité de voir l'espace, les autres personnes ou les objets dans un environnement bâti (Lim et al., 2019). Ce concept a été évalué dans le contexte de

l'urgence et les études rapportent qu'il est associé à certains résultats indésirables de santé tels que les chutes (Choi, 2011; Pati et al., 2019) et le taux de mortalité (Leaf et al., 2010; Lu et al., 2014). Également, la visibilité est associée à la capacité de communiquer (Gharaveis et al., 2018; Ghavereis, Hamilton et al., 2019; Gharaveis, Shepley et al., 2019; Lim et al., 2019) et de travailler en équipe (Ghavraveis et al. 2020; Stroebel et al., 2019). D'ailleurs, le travail d'équipe est un aspect essentiel à la dispensation de soins sécuritaires et de qualité (IOM, 2000; Manser, 2009). La visibilité est aussi associée à la conscience de la situation (Cai et Zimring, 2012; Gunn et al., 2015). Cet aspect est souligné lorsque les infirmières se préoccupent de leur capacité à intervenir auprès de leurs patients lorsqu'elles sont, elles-mêmes, isolées de l'environnement qui les entoure lorsqu'elles sont au chevet d'un patient dans une chambre. Les infirmières se préoccupent alors de la capacité de leurs collègues à intervenir, au besoin, auprès de leurs patients (Lim et al., 2019).

Aussi, Fay, Cai et Real, (2019) notent que les nouveaux environnements de travail des salles d'urgence privilégient une distribution décentralisée des postes de travail des infirmières. Les infirmières d'urgence de cette étude soulèvent que la répartition des postes des infirmières provoque l'éloignement de leurs collègues et mine les capacités de travailler en équipe, de mentorat et contribuent à leur sentiment d'isolement. Dans une étude comparant deux unités d'urgence ayant des configurations de poste de travail des infirmières différentes (centralisé versus décentralisé), Zamani (2019) fait des constats semblables. Dans cette étude, le poste de travail central est associé à une meilleure interaction entre les membres de l'équipe, une meilleure communication, à plus de collaboration interdisciplinaire et un plus grand sens de cohésion. Les stations décentralisées sont, quant à elles, perçues comme une barrière à la communication face à face. D'ailleurs, d'autres auteurs rapportent que, dans les urgences, les postes de travail centralisés favorisent la communication entre les infirmières (Tindel et al., 2020); l'entraide (Cai et

Zimring 2012; Fay et al., 2017; Real et al., 2017); l'interaction sociale (Zborowsky et al., 2010) et les opportunités d'apprentissages par les pairs (Cai et Zimring, 2012; Real et al., 2017). Les stations décentralisées sont, quant à elles, associées à un sentiment d'isolement (Cai et Zimring, 2012; Feeley et al., 2019; Real et al., 2017; Zborowsky et al., 2010) et nuisent au travail en équipe (Fay et al., 2019). Toutefois, cette configuration semble favoriser l'efficacité de la communication infirmière-médecin (Tindle et al., 2020), réduire les temps de consultation des médecins avec d'autres membres du personnel médical (Zborowsky et al., 2010) et diminuer les niveaux de bruits ambiants (Zborowsky et al., 2010). Soulignons l'étude réalisée par Zborowsky et al. (2010), dans laquelle on a demandé à des infirmières de dessiner une station infirmière optimale. Ces auteurs rapportent que la quasi-totalité des infirmières a choisi une configuration privilégiant une station centrale combinée avec quelques petits postes de travail décentralisés. Zborowsky et al. (2010) soulignent que toutes les infirmières ont placé l'accent sur le positionnement des patients. Ils rapportent qu'elles souhaitaient pouvoir placer les patients dans les états les plus critiques près des postes de travail des infirmières afin de favoriser leur capacité à les observer et de les garder près d'elles (accessibilité). Cette dernière étude est intéressante, car elle soulève un fait maintes fois évoqué par les infirmières rencontrées dans le cadre de cette recherche, soit le fait de pouvoir placer les patients les plus malades près d'elles afin de leur assurer les meilleures conditions de surveillance. Les résultats de ces recherches récentes légitiment les savoirs des infirmières d'urgence qui ne semblent pas avoir été considérés lors des choix de l'aménagement de l'urgence dont plusieurs aspects semblent hostiles à la pratique des soins infirmiers.

### 6.3 Savoirs infirmiers, savoirs des autres

Le contexte dans lequel pratiquent les infirmières d'urgence est un système adaptatif complexe, constitué d'une multiplicité d'éléments et d'acteurs. Les organisations de santé sont considérées comme des systèmes « vivants » qui se trouvent en état de perpétuel changement (Celliers, 1998; Begun et al., 2003; Sweeney, 2002). Par conséquent, les activités qui s'y déroulent ne répondent pas à une logique linéaire (Plesk et Greenhalgh, 2001). À cet effet, les professionnels de la santé doivent disposer d'une autonomie d'action leur permettant d'adapter leurs actions aux demandes provenant d'un environnement de travail en perpétuel changement (Swezey et al. 1994). Conséquemment, la qualité des soins dépend de la capacité des professionnels de la santé à adapter leurs savoirs professionnels au contexte dans lequel ils exercent (Mintzberg, 1982, 1999). Les infirmières d'urgence se situent au cœur des soins aux patients dispensés à l'urgence, car elles passent une grande partie de leur temps à effectuer les soins aux patients (Westbrook et al., 2011). Ainsi, la qualité des soins dépend de leur capacité à exercer leur travail. La problématique ethnographique explorée dans le cadre de cette recherche se situe dans l'expérience réelle vécue par les infirmières. Elle émerge et devient visible lorsque les infirmières se retrouvent partagées entre leurs connaissances relatives aux moyens d'assurer la surveillance et les soins appropriés des patients et les options de soins disponibles dans leur environnement physique de travail. On découvre que l'aménagement physique de leur environnement de travail est une réponse managériale soutenue par la science de l'amélioration de la qualité (*quality improvement*) qui présente l'amélioration du flux des patients comme la solution au problème de l'encombrement de l'urgence (Huddy, 2017). On observe alors deux façons différentes d'envisager les « meilleurs soins » pour les patients qui s'entrecroisent dans la pratique quotidienne des infirmières et qui

amènent les infirmières à négocier leurs décisions et leurs actions entre leurs objectifs de soins et ceux visés par l'institution.

Le travail des infirmières d'urgence se situe à la frontière entre ce qu'elles connaissent de leurs conditions de pratique et des soins requis par leurs patients dans leur quotidien et les savoirs experts qui produisent les discours institutionnels qui situent le travail qu'elles accomplissent comme un objet institutionnel (Smith, 2006). Dans le cadre de cette recherche, on découvre que l'environnement physique et matériel dans lequel se déroule le travail quotidien (ordinaire) des infirmières d'urgence est conçu pour résoudre les problématiques liées à l'encombrement qui affectent l'accès et la qualité des soins, par des moyens qui visent à améliorer l'efficacité de la production des soins et des traitements. Or, les solutions mises en place ne semblent pas tenir compte des priorités de soins des infirmières. Ainsi, certains aspects requis et considérés importants par les infirmières semblent avoir été ignorés dans cette réforme de leur environnement de travail. De ce fait, les données collectées dans le cadre de cette recherche suggèrent qu'il existe un fossé entre les savoirs théoriques et scientifiques (institutionnels) qui soutiennent la façon dont le travail des infirmières est actuellement organisé dans l'environnement de travail de cette urgence et l'expérience de travail quotidienne des infirmières de cette urgence. De là, les infirmières mentionnent divers problèmes, liés à l'aménagement physique de l'urgence, qui affectent la qualité de leur travail et des soins offerts aux patients. Cette division correspond aux types de clivages sexospécifiques propres à la société hétérosexuelle (Wittig, 1980b). En effet, une part importante des actions infirmières se composent d'éléments difficilement mesurables (Benner et al., 2011; Benner et al., 2013). Conséquemment, certaines actions accomplies et pourtant essentielles à la pratique des soins infirmiers d'urgence ne sont pas comptabilisées dans l'évaluation des éléments qui contribuent à la qualité des soins. De plus, les administrateurs des organisations de santé

privilégient l'utilisation de méthodes d'amélioration de la qualité qui s'inscrivent dans la tradition positiviste telles que celles privilégiées par le mode de gestion *Lean Santé* encouragé par l'IHI (Scoville et Little, 2004). À cela, il faut ajouter que les savoirs acquis auprès des patients ne sont pas considérés comme des formes d'expertise valides comparativement aux savoirs biomédicaux (Burton, 2020; Carryer, 2020; Coombs, 2004; Wall, 2007). Notre recherche s'ajoute à celles d'autres auteurs qui révèlent que le travail des infirmières est souvent institutionnellement invisible, méconnu et dévalorisé (Buresh et Gordon, 2006; Ceci, 2004; Coombs, 2004; Cupit et al., 2020; Dale, 2013; Ringham et al., 2020). Ainsi, l'aménagement de l'urgence répond en priorité aux intérêts des administrateurs et des médecins. À cet effet, il est intéressant de regarder comment l'utilité perçue d'un élément de l'environnement bâti peut varier selon la position sociale occupée. Par exemple, l'un des aspects soulevés par les infirmières d'urgence réfère à un espace perdu dans le réaménagement de leur lieu de travail : le corridor. Les infirmières ayant participé à cette recherche évoquent l'absence du corridor lorsqu'elles parlent de l'impossibilité de rapprocher les patients près d'elles. Dans certains cas, elles disent qu'elles auraient souhaité placer un patient dans le corridor près du poste de travail central des infirmières comme cela était possible avant. Non pas parce qu'elles souhaitent brimer le patient d'un espace confidentiel et intime, mais parce que la raison de sa présence à l'urgence appelle un besoin de surveillance « intensif ». Dans ce cas, le corridor est jugé comme un emplacement idéal et plus sécuritaire, car il offre la possibilité de placer le patient à l'endroit où il est le plus visible et que ce type de positionnement permet d'assurer une surveillance collective par tous les membres de l'équipe. C'est donc l'espace qui assure la meilleure surveillance et qui offre, à certains patients en cas d'un changement soudain de leur état de santé, la meilleure garantie d'une intervention immédiate (réactivité). Le corridor permettait aussi de placer les patients en attente d'une prise en charge médicale dans une zone où

leur surveillance par les infirmières était assurée. Or, aujourd'hui, ces patients attendent dans la salle d'attente sur des civières et sont « positionnés » sur la liste d'attente virtuelle (patients-saumon) de la zone horizontale (Figure 8). Cette situation est jugée dangereuse par les infirmières du triage. Cette description du corridor considéré comme un élément qui assure la qualité de la surveillance infirmière, contraste avec la façon dont il est dépeint dans les écrits scientifiques et les guides de gestion de l'urgence. Dans ces documents institutionnels, le corridor est présenté comme un espace à proscrire puisqu'il est associé à des effets indésirables tels que la transmission d'infections nosocomiales et qu'il représente le symptôme visible de l'encombrement (Crane et Nook, 2019; MSSS, 2006; MSSS, 2008; Pryce et al., 2020). Nous avons vu que d'après une perspective managériale qui valorise l'efficacité que ce type d'espace improvisé nuit à la performance, et donc à la qualité des soins, parce qu'il cache les failles opérationnelles qu'il importe de corriger (Crane et Nook, 2019). Enfin, rappelons que d'après la perspective médicale, les patients placés dans le corridor n'appartiennent souvent plus aux médecins de l'urgence (les médecins de l'urgence ne reçoivent plus de rémunérations pour ces patients) et devraient être transférés à l'étage.

De la même manière, les arguments en faveur de la flexibilité recherchée dans le déploiement de l'aménagement de l'environnement physique fournissent un autre exemple de ce type de division. D'une part, Huddy (2017) avance que la flexibilité constitue l'élément le plus important à considérer lors de la planification d'une urgence performante (coût/efficacité). Dans ce cas, la flexibilité de l'aménagement est abordée d'après la perspective managériale (dominante) selon laquelle la notion de coût/bénéfices est priorisée. Ainsi les soins prodigués sont toujours évalués en fonction de leur coût de production et de leurs effets (Crane et Nook, 2019). Lorsque Huddy (2017) aborde l'importance de la flexibilité, c'est pour permettre une meilleure gestion des

ressources et donc des coûts de fonctionnement de l'urgence. La recherche de la flexibilité favorise le positionnement des patients dans des espaces en tous points identiques les uns aux autres de façon à éviter leur repositionnement (efficacité du travail), mais constitue aussi et surtout une condition essentielle aux possibilités d'étendre et de rabattre l'étendue du département. Ceci permet de gérer les effectifs infirmiers au gré de l'occupation du département de façon à réaliser des économies budgétaires potentielles. Il est tout de même surprenant de voir cet argument retenu par des administrateurs expérimentés, alors que les urgences du Québec fonctionnent au-delà de leur capacité d'occupation depuis plus de 30 ans (Vadeboncoeur, 2019). D'autre part, d'après les infirmières d'urgence, les choix architecturaux ne permettent pas d'effectuer les modulations requises à l'exercice de soins infirmiers optimaux. Elles ne peuvent pas rapprocher leurs patients, ne peuvent pas se rapprocher de leurs patients ni de leurs collègues. La contraction de l'espace n'est possible que selon la perspective administrative imaginée. Les infirmières sont donc assujetties à une gouvernance de leur pratique qui nie qu'elles puissent viser des objectifs autres que ceux poursuivis par les administrateurs ou les médecins (Roy et al., 2008).

Les résultats de cette étude s'apparentent à ceux de la recherche de Ringham et al. (2020) effectuée auprès d'infirmières de soins intensifs néonataux et qui s'intéresse au travail d'alimentation des bébés prématurés qu'elles effectuent. Les auteurs rapportent que le travail des infirmières est fréquemment interrompu par les divers moyens technologiques placés dans leur environnement de travail pour diminuer les risques. Or, ces auteurs relèvent que les nombreuses interruptions amènent les infirmières à se préoccuper de la conformité aux règles encadrant leur pratique au détriment des signaux plus subtils émis par les nouveau-nés prématurés lorsqu'elles procèdent à leur alimentation. Pour Ringham et al. (2020), l'encadrement de la pratique infirmière dans cet environnement de soins par de nombreux protocoles qui s'appuient sur les pratiques

fondées sur les données probantes (*Evidence-based practice*) selon lesquelles l'alimentation des bébés prématurés s'effectue de manière linéaire (comme présenté dans les approches par étapes retrouvées dans les guides de pratiques utilisés) contribue à ce déplacement de l'attention. Ainsi, Ringham et al. (2020) interrogent la pertinence d'utiliser une science qui ne tient compte ni du contexte réel dans lequel sont réalisés les gestes des infirmières ni des savoirs particuliers des infirmières habituées de travailler dans cet environnement.

À la lumière de nos résultats, nous sommes à même de constater que les discours dominants peuvent avoir des conséquences matérielles pour les infirmières qui doivent exercer leur profession dans un environnement dont certaines caractéristiques sont hostiles à la pratique des soins infirmiers (Smith, 2005, 2006; Wittig, 1980a). Hostiles, car ces caractéristiques limitent le contrôle que les infirmières ont sur leur pratique et restreignent la capacité d'adapter leurs soins aux besoins de leurs patients. Hostiles, parce qu'elles réduisent les possibilités d'obtenir de l'aide, du soutien de la part de leurs collègues. D'ailleurs, les discours d'amélioration de la qualité entretiennent une division entre les médecins, les administrateurs et les infirmières. En plaçant l'attention sur la contribution de la pratique médicale, les discours d'amélioration de la qualité relèguent les actions et l'apport des infirmières à la qualité des soins au second plan (Griffith et Smith, 2014). Telle la femme de la société hétérosexuelle de Wittig (1980b), l'infirmière est une ressource dont le travail est utile à l'amélioration de la productivité médicale et à l'atteinte des cibles de performance organisationnelles. Elle est un sujet politique entretenu par le maintien d'une différence nécessaire au fonctionnement du système de santé et dans lequel elle n'occupe pas une position dominante. Pour Collwin (1982), les structures organisationnelles telles que celles présentes dans les établissements de santé reflètent les structures sociales prévalentes dans la société. Ainsi, les pouvoirs institutionnels, la hiérarchie des savoirs, les jeux d'influence, le rang social occupé se

déploient tels qu'ils apparaissent « naturellement » dans la société hétérosexuelle. Par conséquent, il est difficile de les remettre en question (St-Onge, 2003). D'autant plus qu'au cours de leur socialisation professionnelle, les infirmières doivent démontrer leurs compétences à exercer la profession et la possession des attributs d'une bonne soignante : elles doivent être gentilles, aimables, patientes, serviables, obéissantes, discrètes, etc. (Gordon et Nelson, 2012; Traynor, 2013). L'infirmière est la femme de la société hétérosexuelle. Lorsqu'elle rencontre des situations qui ne la satisfont pas, les cadres institutionnels l'amènent à déployer des stratégies d'introspection, d'autosatisfaction plutôt que de revendiquer des changements (Traynor, 2013). Ainsi, les exigences sociales relatives aux comportements sexospécifiques se perpétuent dans les milieux de travail et de formation des infirmières. Dans ce type de système, le pouvoir du groupe dominant est entretenu et avantagé par le maintien de la différence « naturelle » qui relègue les savoirs infirmiers à la banalité des faits quotidiens, à l'invisibilité (Benner et al., 2013; Buresh et Gordon, 2006; Griffith et Smith, 2014; Hart, 2004; Kane et Thomas, 2000; Wall, 2007). La dévalorisation des savoirs infirmiers issus de la pratique quotidienne des infirmières permet le maintien d'un régime de domination soutenu par l'intermédiaire des savoirs experts reconnus. Par leur position dominante, ces savoirs experts imposent leurs vérités à la pratique des infirmières et les maintiennent dans leur position de dominées face aux médecins et aux administrateurs par l'imposition de normes (Dallaire, 2008; Foucault, 1975; Wittig, 1980b). Ils parviennent à imposer, par la circulation des discours, l'amélioration de la qualité des soins comme une quête collective endossée et poursuivie par tous (Foucault, 1976; Wittig, 1980b).

Un régime violent est imposé aux infirmières à l'intérieur duquel les savoirs infirmiers sont ignorés et méprisés et où la prise de parole, essentielle à l'émancipation de la profession, est limitée. Cette limitation est entretenue, en partie, par les perceptions négatives relatives à la valeur

de leurs savoirs expérientiels (Burton, 2020; Wittig, 1980b; Kane et Thomas, 2000). Doutant de la valeur de leurs savoirs infirmiers qu'elles n'ont pas appris à valoriser, elles hésitent à remettre en question la validité des discours ambiants dominants qui leur sont imposés (Kane et Thomas, 2000; Smith, 2020). De plus, elles sont conscientes de la faible portée qu'auront leurs paroles à l'intérieur des institutions de santé et des conséquences qu'elles devront subir si elles osent parler à l'extérieur des voies de communication institutionnelles. Par conséquent, les infirmières gardent généralement le silence (Burton, 2020; Ceci, 2004; Gordon, 2012; Gordon et Nelson, 2012; Kane et Thomas, 2000; Perron et al., 2020). À preuve, malgré leur gravité, les faits et les conditions de travail révélés dans cette recherche ne traversent généralement pas les murs étanches des établissements de santé.

Alors que l'infirmière est généralement réduite au silence, les savoirs experts imposent leurs idéologies au corps de l'infirmière, à la société. Dans le domaine de l'amélioration de la qualité, les savoirs experts imposent des solutions qui se juxtaposent aux objectifs de la NGP et qui nient l'expertise des infirmières. Ces savoirs experts présentent les infirmières comme une force de travail capable d'exécuter des tâches spécifiques plutôt que possédant une expertise professionnelle (Crane et Nook, 2019). Dans ce cadre dominant, les soins sont présentés de manière standardisée et ils sont décortiqués en une succession d'étapes dont la linéarité évacue le caractère désordonné et imprévisible de la pratique quotidienne des soins infirmiers à l'urgence. Pourtant, les infirmières se préoccupent de leur capacité d'effectuer la surveillance dans leur environnement de travail, car elles savent que leur travail est imprévisible et que plusieurs événements ne se déroulent pas comme prévu. Leur travail est une suite d'interruptions où les priorités sont constamment réévaluées (Kallberg et al., 2020). Cet élément est un élément essentiel à l'assurance de soins de qualité à l'urgence. Les infirmières adaptent continuellement leurs actions

aux nouveaux intrants dans leur environnement de travail. Or, pour les infirmières, cet environnement de travail, édifié pour gérer efficacement les files d'attente, atténue les stimulus provenant de leurs patients et leurs collègues et entrave leur capacité à réagir et à soigner. Lorsque les discours dominants mènent à l'édification d'un environnement de travail dit performant, comme c'est le cas dans cette étude, l'incompatibilité avec certains aspects essentiels à la pratique des soins infirmiers d'urgence est révélée.

De ce fait, les infirmières évoluent dans un environnement de travail où elles ne voient pas leurs patients, ne les entendent pas, qui rend impossible la répartition de la lourdeur de leur tâche de travail, qui les isole de leurs collègues, qui rend difficile la communication avec les autres infirmières et qui réduit les possibilités d'entraide, de mentorat, de partage des connaissances et de travail en équipe. En travaillant dans cet environnement qui exerce sur elles un pouvoir disciplinaire (Foucault, 1975), les infirmières reproduisent, tels des agents de l'État, les idées, les actions qu'on attend d'elles et qui les maintiennent dans le statu quo (Wittig, 1980b). Ainsi, elles se soucient du bon positionnement des patients, attribuent les patients « aux bons espaces » d'après des critères étrangers aux soins infirmiers; elles voient à « ne pas arrêter le flow » afin d'éviter que le travail médical ralentisse; et elles modulent leur travail de façon à poursuivre les cibles de l'organisation. Bref, elles intègrent les cadres normatifs prévalents dans l'environnement de travail, l'organisation de santé, la province, et véhiculés par les courants scientifiques dominants. De ce fait, elles accomplissent les visées de l'institution qui a érigé autour d'elles un environnement physique de travail dont, tel un labyrinthe, elles ne peuvent s'échapper et à partir duquel elles sont forcées d'ajuster leur pratique aux discours de la nouvelle gestion publique qui contaminent ceux de la qualité des soins.

## 6.4 Implications

D'abord, nous sommes d'avis que l'ethnographie institutionnelle (EI) est une méthodologie pertinente pour la recherche en sciences infirmières, car elle permet de mettre en lumière à la fois les savoirs « ordinaires » ancrés et situés dans le quotidien des infirmières d'urgence et de fournir une description détaillée des influences concrètes et réelles des pratiques discursives qui pénètrent la réalité quotidienne des infirmières. Par son ancrage dans le quotidien des informateurs clés primaires, l'EI permet de décrire les diverses formes de pouvoir qui agissent sur les infirmières d'urgence actuellement. En plus de rendre les savoirs infirmiers du quotidien visibles, l'utilisation de l'EI dans le domaine des sciences infirmières amène une prise de conscience des savoirs qui influencent la pratique. Par conséquent, cette approche permet de découvrir comment les savoirs experts du domaine des sciences infirmières et d'autres domaines contribuent à la pratique des infirmières. L'EI permet de contester les influences qui s'immiscent dans les savoirs produits en sciences infirmières et d'amorcer une réflexion critique permettant d'interroger les visées poursuivies par les gens qui participent à la production des savoirs experts en sciences infirmières. Par conséquent, les résultats de cette recherche ont diverses implications pour la pratique infirmière, la recherche, la formation des infirmières, l'administration, les politiques de santé et pour l'ethnographie institutionnelle.

### *Implications pour la pratique*

Certains constats de cette étude sont particulièrement troublants pour l'avenir de la pratique infirmière. Les résultats de cette étude révèlent que les infirmières qui pratiquent à l'urgence sont partagées, d'une part, entre leur devoir de répondre aux objectifs poursuivis par leur employeur, l'état et la science et, d'autre part, leurs engagements professionnels et déontologiques envers les patients. Notre étude s'ajoute aux résultats d'autres recherches qui tendent à démontrer que

l'environnement bâti influence des aspects du travail des infirmières (Donetto et al., 2017; Fay et al., 2019; Feeley et al., 2019; Fréchette et al., 2020; Gharaveis et al., 2020a). Cette recherche révèle aussi que les discours qui véhiculent l'idée que l'amélioration de la qualité des soins d'urgence dépend de la capacité d'optimiser la production du travail pénètrent la pratique et guident les conduites des infirmières. Cela crée, dans certains cas, des situations aberrantes pour les infirmières qui se retrouvent contraintes d'offrir des soins qu'elles jugent sous optimaux ou qui placent les patients dans des situations dangereuses. Dans d'autres cas, cela amène les infirmières à adopter des pratiques alignées sur le modèle de production de soins promu : le *Lean Santé*. Les infirmières ayant participé à cette étude soulèvent que leur nouvel environnement de travail entrave des aspects de leur pratique qu'elles jugent essentiels pour la réalisation de soins infirmiers de qualité (communication, visibilité des patients et des soignants et sens de la perception de ce qui se passe autour d'elles). Certains résultats sont inquiétants, car ils laissent présager que certains patients ne sont pas évalués de façon appropriée parce que les espaces placés à la disposition des infirmières ne permettent pas leur l'évaluation, cela constitue une atteinte à la qualité des soins prodigués. De plus, dans certains cas, les résultats soulèvent des doutes quant à la qualité des soins et traitements prodigués. C'est le cas lorsque les traitements sont tronqués ou que la surveillance infirmière est escamotée afin de retourner plus rapidement les patients vers la salle d'attente dans le but de permettre la libération des chambres nécessaires à l'évaluation de nouveaux patients. L'évaluation des effets d'un environnement de travail *Lean Santé* sur la pratique des infirmières et les résultats de santé dépasse le cadre de cette étude. Cependant, nos résultats nous permettent de questionner la qualité et la sécurité des soins qu'il est possible d'offrir dans ce type d'environnement. D'autres auteurs ont aussi soulevé la faiblesse des preuves permettant d'affirmer

que la mise en place de procédés *Lean* est associée à l'amélioration de la qualité (DelliFraine, et al., 2010; Deblois, et Lepanto, 2012; Morados et al., 2016).

De plus, l'environnement de travail de ces infirmières semble présenter plusieurs éléments peu favorables à la rétention des infirmières. En effet, les infirmières ayant participé à cette étude affirment qu'il est difficile d'être soutenue, aidée, mentorée, conseillée dans cet environnement de travail. Plusieurs infirmières ont, par ailleurs, affirmé se sentir isolées de leurs collègues. Aussi, elles affirment que les caractéristiques de leur environnement de travail rendent difficile le travail en équipe. Cela est préoccupant, particulièrement dans un environnement comme celui de l'urgence, où la condition de santé des patients est souvent critiquée et où l'efficacité du travail en équipe est associée à la qualité et à la sécurité des soins d'urgence (Salas et al., 2007).

#### *Implications pour la recherche*

L'EI est une approche méthodologique qui permet l'observation des discours dominants activés par les infirmières d'urgence lors de l'utilisation de textes aux formes multiples présents dans leur environnement de travail. Nous considérons que certains aspects soulevés dans cette recherche semblent contraindre l'exercice de soins infirmiers de qualité. Conséquemment, nous soulevons l'importance de porter attention aux effets de l'implantation des moyens d'amélioration de la qualité dans l'environnement de travail des infirmières. Notre revue des écrits nous permet d'affirmer que l'évaluation des effets des moyens d'amélioration de la qualité comprend rarement l'impact de leur implantation sur la pratique des infirmières. Ainsi, les effets liés à leur implantation dans les espaces de soins d'après la perspective des infirmières sont peu connus. Cette étude contribue à l'avancée des connaissances, car elle décrit certains de ces effets. D'autre part, elle souligne certaines des influences qui ont mené aux choix d'amélioration de la qualité, en l'occurrence, les choix d'aménagement de l'environnement de travail des infirmières d'urgence.

De plus, nos résultats soulignent l'importance d'évaluer les effets des moyens d'amélioration de la qualité sur la pratique des infirmières d'après leurs perspectives pour éviter que des effets indésirables demeurent invisibles. Ensuite, cette étude documente les répercussions de la modification de l'environnement de travail d'après la perspective des infirmières d'urgence. Par conséquent, les résultats de cette recherche s'ajoutent aux connaissances encore fragmentaires relatives à l'influence des caractéristiques physiques de l'environnement de travail des infirmières sur la capacité de soigner et de répondre aux besoins des patients. Enfin, les résultats de cette recherche appellent à une prise de conscience impliquant tous les domaines de pratique, d'enseignement et de recherche en sciences infirmières relativement aux effets du paternalisme ambiant qui continue de maintenir son emprise sur le dévolu de la profession infirmière. Les résultats de cette recherche soulignent les ravages causés par le fait d'ignorer les savoirs infirmiers dans nos institutions. Les résultats de cette recherche peuvent être utilisés afin d'ouvrir une conversation urgente relative à la place qu'occupent les savoirs infirmiers au sein de la discipline infirmière. Aussi, il importe de s'intéresser aux effets des savoirs produits en sciences infirmières. Est-ce que les savoirs produits perpétuent l'assujettissement de la profession face aux dogmes biomédicaux? Permettent-ils de mettre en valeur les savoirs infirmiers? Quels moyens sont mis en œuvre pour promouvoir la réappropriation et le rayonnement des savoirs infirmiers?

#### *Implication pour la gestion*

Ces résultats ont des implications pour la gestion des soins infirmiers, car ils soulèvent l'importance d'entendre la voix des infirmières qui subissent les transformations apportées à leur environnement et à leurs routines de travail. Les établissements de santé sont des organisations hiérarchiques qui, traditionnellement, par leurs modes de fonctionnement, étouffent ces voix provenant de la base, généralement considérées comme des voix de contestation. À la lumière des

résultats de cette recherche, nous invitons les gestionnaires à développer des moyens de communication qui permettront aux infirmières d'exprimer leurs préoccupations cliniques fondées sur leur pratique. Le travail des infirmières demeure généralement méconnu. Il importe donc que les administrateurs, les gestionnaires et les autres professionnels de la santé qui côtoient les infirmières soient éduqués sur la nature des soins infirmiers, la qualité des soins infirmiers et les conditions nécessaires à l'exercice de soins infirmiers de qualité. Les gestionnaires, administrateurs et autres professionnels de la santé doivent comprendre ces aspects afin de pouvoir sélectionner des processus d'amélioration de la qualité qui n'entravent pas l'exercice de soins infirmiers optimaux. À cet effet, les infirmières gestionnaires occupent une position qui permet d'établir un lien entre les réalités des infirmières et les autres paliers de gestion dans les organisations de santé. Nous sommes d'avis qu'elles doivent jouer un rôle d'agent de changement afin de convaincre les autres paliers de l'importance d'accorder une attention aux préoccupations des infirmières soignantes. Toutefois, nous estimons que cette tâche sera probablement difficile. En effet, au cours de la recherche documentaire nécessaire à la réalisation de cette étude, nous avons été surpris et choqués de constater que des documents produits à l'intention des gestionnaires véhiculent, encore aujourd'hui, des discours stéréotypés et sexistes qui dénigrent la contribution des infirmières et la valeur de leur expertise professionnelle. Nous considérons que ces discours n'ont plus leur place dans nos milieux de soins et dans notre société. Il est temps que les infirmières soient reconnues comme des expertes des soins infirmiers, notamment dans les organisations de santé où la majorité des soins et services prodigués dépendent de leur travail. Il existe, aujourd'hui, suffisamment de recherche en sciences infirmières pour faire valoir cet argument. Nous savons que les gestionnaires de soins de santé sont aussi soumis à de grandes pressions et que les impératifs associés aux restrictions budgétaires et à la reddition de compte les

placent devant des choix difficiles (Fast et Rankin, 2018). Aussi, nous espérons que les résultats de cette étude pourront être utilisés comme levier pour sensibiliser les gestionnaires de tous les niveaux aux effets pervers de la mise en place d'un système de soins dans lequel les objectifs de productivité minent la capacité de soigner et la qualité des soins offerts aux patients.

### *Implications pour la formation*

Cette étude a aussi des implications pour la formation des infirmières. Cette recherche s'intéresse aux savoirs expérientiels des infirmières soignantes. Ces savoirs sont généralement qualifiés d'ordinaire et sont peu valorisés dans les établissements de santé, mais aussi dans les établissements de formation. Nous croyons qu'il importe de faire une plus grande place à ce type de savoirs dans la formation des infirmières afin qu'elles apprennent à entendre cette façon d'aborder la pratique infirmière et la reconnaissent comme une manière acceptable et incarnée d'aborder l'expertise des soins infirmiers (Benner et al., 2013). Il s'agit là d'une avenue que nous croyons essentielle à la promotion et au développement d'une identité professionnelle singulière et forte afin que les infirmières cessent de sous-estimer ce qu'elles savent (Buresh et Gordon, 2006). De plus, nous sommes d'avis qu'il est important que les futures infirmières soient sensibilisées au fait que le milieu de la santé est un environnement dans lequel se jouent de nombreux jeux de pouvoir de manière à favoriser une prise de conscience relative au positionnement social de la profession (Ceci, 2004; Griffith et Smith, 2014; Smith, 2020; Traynor, 2013; Wall, 2007). À cet effet, nous croyons fermement que les théories féministes ainsi que l'histoire du soin et des savoirs féminins relatifs à la santé doivent être enseignés dans les programmes de formation des infirmières. Ces savoirs issus des sciences sociales sont nécessaires au développement d'une communauté infirmière capable de prendre position et de s'unir face aux divers enjeux touchant la profession. Cela donnera, nous l'espérons, un élan à la volonté de prise

de parole chez les infirmières. Par conséquent, l'action politique doit faire partie de la formation afin d'améliorer le pouvoir d'influence des infirmières (Buresh et Gordon, 2006; Traynor, 1999). À cet effet, les résultats présentés dans cette thèse peuvent être utilisés pour alimenter la réflexion critique relativement à l'espace politique occupé par les infirmières, leur influence, ainsi qu'aux savoirs infirmiers produits dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins.

#### *Implications pour les politiques de santé*

Les résultats de cette recherche soulèvent des questionnements relatifs aux choix des moyens privilégiés par le MSSS pour évaluer et améliorer la qualité des soins et des services de santé. Bien que nous reconnaissons que les notions d'efficience doivent être considérées lors de l'allocation des ressources de santé, nous considérons que les choix actuels fondés sur les modèles de production issus, entre autres, de l'industrie automobile peuvent avoir des effets délétères qui mènent à des choix qui ne permettent pas de reconnaître la souffrance des personnes et le caractère humain qu'implique la dispensation des soins de santé. En effet, le besoin continu d'améliorer la performance des hôpitaux oblige les gestionnaires de ces institutions à procéder à une rationalisation des ressources dédiées à l'offre de soins et de services de santé et du temps réservé à l'action de soigner. Nous reconnaissons que l'encombrement des urgences représente un problème d'accès aux soins de santé. Toutefois, nous considérons que l'importance accordée à l'intensification des flux de production des soins de santé dans les urgences et les hôpitaux détourne l'attention des autres aspects qui y contribuent comme les multiples réformes, les compressions budgétaires répétées ayant mené à la fermeture de nombreux lits de courte durée (L'observatoire de l'administration publique-ENAP, 2012). Ensuite, il importe de rappeler que l'engorgement des urgences ne résulte pas de l'utilisation des services d'urgences par des patients ambulatoires. S'il est vrai que les délais de prise en charge médicale, pour ces patients, sont trop

longs, nous estimons que l'amélioration de l'atteinte des cibles relatives aux délais de la prise en charge médicale est utopique sans une refonte majeure de l'organisation du système de santé (Contandriopoulos et al., 2016). Nous croyons que l'amélioration de l'accès aux soins de santé doit cesser de graviter exclusivement autour de l'offre de services médicaux. Elle doit plutôt passer par le renforcement des services de santé communautaires et de première ligne. Par exemple, la création d'un réseau de cliniques infirmières publiques ou interprofessionnelles intégrées aux CLSC pourrait permettre de répondre à ce type de besoins. Cela signifie que l'on doit mettre fin au monopole médical et reconnaître les champs d'expertise des autres professionnels de la santé. Cela implique l'octroi de pouvoirs entiers (autonomie professionnelle) relatifs à ces champs d'expertise afin d'éviter la nécessité de recourir à l'assentiment de la profession médicale et les dédoublements de consultations pour les patients. Pour y parvenir, nous croyons que les infirmières doivent accentuer leurs actions de lobbying auprès du gouvernement et créer des alliances avec d'autres groupes de pression professionnels (physiothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, orthophonistes, etc.).

#### *Contribution méthodologique*

Enfin, cette étude représente une contribution méthodologique. À notre connaissance, il s'agit de la première ethnographie institutionnelle qui considère l'environnement bâti comme un texte. Ainsi, les résultats de recherche tendent à démontrer que l'environnement physique porte et véhicule les discours dominants qui ont mené à son édification. Bien qu'il s'agisse là d'une innovation méthodologique pour l'ethnographie institutionnelle, il importe de mentionner que d'autres approches méthodologiques telles que celles utilisées par les géographes de la santé considèrent aussi les environnements construits comme des phénomènes sociaux capables de restreindre et de limiter ce que les gens font (Martin et al., 2015; Nord et Hogström, 2017). De

plus, les bâtiments institutionnels tels que les prisons, les hôpitaux et l'asile sont reconnus depuis longtemps comme des lieux dont les caractéristiques et l'assemblage rendent possible l'exercice du pouvoir et le triage social (Adams, 2008; Foucault, 1975; Goffman, 1961).

#### *Contributions principales à l'avancement des connaissances*

Les résultats de cette recherche contribuent à l'avancement des connaissances car ils permettent de décrire l'influence que peut jouer le réaménagement des espaces de soins sur le travail des infirmières. Cette recherche permet l'identification des pratiques discursives qui constituent les bases sur lesquelles les choix des devis architecturaux de l'urgence ont été effectués. Cette ethnographie institutionnelle révèle comment les choix architecturaux qui répondent aux caractéristiques du design *Lean* et du *Lean* santé influencent les actions soignantes que peuvent poser les infirmières et participent à une reformulation de ce qu'elles considèrent comme des soins de qualité ou non. Les résultats de cette étude fournissent des exemples qui montrent comment les pratiques discursives relatives à l'amélioration de l'efficacité soutenue par la NGP présentes dans l'environnement de travail des infirmières d'urgence contaminent les discours de la qualité des soins et limitent la qualité et l'étendue des actions soignantes que les infirmières d'urgence accomplissent. Enfin, cette recherche permet de mettre en lumière l'expertise des infirmières d'urgence en révélant leurs savoirs particuliers ancrés dans leur pratique quotidienne.

#### **6.5 Limites de l'étude**

Plusieurs limites à cette étude doivent être présentées. D'abord, l'échantillonnage, composé de 18 participants aux entrevues formelles et de 35 informateurs informels, dont la participation s'est déroulée par l'intermédiaire d'échanges avec l'étudiante chercheuse lors des périodes d'observation, limite la portée des résultats. De plus, il est possible que par le fait que l'étudiante chercheuse exerce la profession d'infirmière en milieu hospitalier depuis plus de 20 ans, qu'elle

n'ait pas su identifier certaines pratiques institutionnelles qui organisent le quotidien des infirmières d'urgence, car elle est, elle-même, partie prenante de ce système institutionnel. De même, il est probable que certains aspects aient été tenus pour acquis plutôt que problématisés. Il est donc plausible, à la lecture de ce manuscrit, que le lecteur découvre des aspects du travail des infirmières, des éléments de leur langage qui n'ont pas été identifiés comme partie prenante de l'organisation sociale, mais qu'il importe de problématiser. Ensuite, les perspectives théoriques choisies teintent l'interprétation des résultats ainsi que l'organisation et les choix des extraits d'entrevue présentés dans cet ouvrage. Ces choix ont été faits à partir du positionnement paradigmatique de l'étudiante chercheuse, des écrits scientifiques, de sa connaissance du milieu hospitalier et de ses expériences cliniques, de façon à offrir un assemblage cohérent répondant aux questions de recherche. Enfin, le domaine des soins de santé est un système complexe composé d'une multitude de relations de pouvoir, d'influences, d'acteurs qui interagissent et qui sont interreliés à de multiples niveaux (local à international). En conséquence, une multitude de fils conducteurs aurait pu être choisie dans le cadre de cette recherche. Ceux-ci auraient mené à la découverte d'autres facettes organisant le travail des infirmières d'urgence. Cette étude retrace l'organisation sociale associée à un seul ensemble de pratiques, soit celles qui organisent l'environnement de travail physique des infirmières d'urgence. Plusieurs autres fils conducteurs auraient pu être explorés pour expliciter la façon selon laquelle l'institution des soins de santé provoque des tensions et influence le travail des infirmières. Ainsi, nous ne présentons, dans cette thèse, qu'une partie des relations de pouvoir qui organisent le langage, les pensées et le travail des infirmières d'urgence. Par ailleurs, cette recherche s'est limitée à un seul établissement de santé et nos entrevues auprès des informateurs secondaires se sont limitées au niveau régional. Cela limite ce que nous pouvons dire quant aux soins d'urgence ayant lieu à l'extérieur de la région

administrative dans laquelle s'est déroulée cette étude. Malgré cette limitation, nous avons retrouvé dans des documents au niveau national et international, les traces des faits avancés par nos informateurs clés ainsi que des discours dominants prévalents dans le milieu à l'étude, ce qui laisse présager que les infirmières d'urgence travaillant dans des lieux géographiquement distincts subissent les mêmes tensions que les infirmières ayant participé à cette recherche.

### **6.6 Avenues pour les recherches futures**

Notre recension des écrits appelle à la réalisation de recherches dans le domaine de l'amélioration de la qualité qui évaluent les effets des améliorations introduites dans les milieux de soins selon la perspective des infirmières soignantes. Idéalement, ces études doivent s'ancrer dans la pratique réelle et quotidienne des infirmières situées dans leur environnement de travail et permettre la mise en lumière de leurs savoirs et de leur expertise. De plus, puisque le système de santé est un système adaptatif complexe, nous estimons que l'ensemble des effets de l'implantation des processus d'amélioration de la qualité sont difficilement prévisibles. Ainsi, nous estimons qu'il importe que l'évaluation de l'implantation de ces processus porte une attention particulière aux contextes dans lesquels ils sont introduits. De ce fait, nous invitons les chercheurs à opter pour des méthodes d'évaluation capables d'évaluer les effets de l'implantation des processus d'amélioration de la qualité sur les environnements de soins puisque les conditions dans lesquelles exercent les infirmières influencent la qualité des soins qu'elles prodiguent.

Nous estimons que d'autres recherches doivent être effectuées afin d'évaluer d'une part, l'impact, pour la pratique infirmière ainsi que pour la qualité des soins, des transformations majeures opérées dans les environnements de travail des infirmières. Ensuite, les résultats de cette recherche nous incitent à recommander la poursuite de recherches portant sur les effets des environnements de travail *Lean* sur le travail des infirmières d'urgence et des autres secteurs

d'activités infirmières. Nous croyons que ces recherches doivent cibler l'évaluation de la qualité des soins d'après la perspective des infirmières et l'évaluation des soins prodigués par les infirmières. Également, il importe que d'autres recherches s'intéressent à l'aménagement physique des espaces de soins et de leur adéquation avec la pratique des infirmières afin de favoriser la conception d'espaces conducteurs de soins optimaux. Finalement, plus d'études doivent être réalisées afin de documenter le caractère politique, soit les divers intérêts poursuivis par différents acteurs, lors du processus de conception des devis architecturaux dans les établissements de santé.

## CONCLUSION

Cette recherche visait à comprendre comment les forces institutionnelles impliquées dans le choix des processus d'amélioration de la qualité implantés dans l'environnement de travail des infirmières d'urgence d'un centre hospitalier tertiaire influencent leur travail. Plus précisément, cette recherche vise à 1) décrire le travail des infirmières d'urgence qui évoluent dans un environnement de travail conçu pour diminuer l'encombrement de l'urgence par l'optimisation des processus de travail et des flux de patients, 2) décrire l'organisation sociale qui soutient les choix d'aménagement du département de l'urgence dans lequel évoluent les infirmières, 3) explorer les impacts de l'organisation spatiale de cette urgence sur la pratique des infirmières.

Dans le cas de cette étude, le réaménagement complet de l'environnement de travail des infirmières constitue l'amélioration de la qualité identifiée par les infirmières ayant participé à cette étude. Les résultats de cette recherche révèlent que certains aspects de l'environnement physique dans lequel exercent aujourd'hui les infirmières compliquent leur capacité de prodiguer des soins à leurs patients et le travail d'équipe. Les infirmières indiquent qu'il est difficile d'effectuer la surveillance des patients positionnés quasi exclusivement dans des chambres individuelles et que la répartition de leurs postes de travail dans l'espace entrave les possibilités d'échanges avec leurs collègues ainsi que le mentorat et le soutien dont elles peuvent bénéficier. Cette étude contribue au développement des connaissances portant sur les effets de l'environnement physique de travail sur le travail des soignants qui constitue un aspect encore rarement étudié. Nos résultats s'ajoutent à d'autres études dans lesquelles les infirmières soulignent que les unités de soins constituées de chambres individuelles et de postes de travail décentralisés diminuent les possibilités d'assurer la surveillance visuelle des patients et de travailler en équipe.

Cette recherche révèle que les modifications apportées à l'environnement de travail des infirmières visent la diminution de l'encombrement de l'urgence et que s'appuyer sur le mode de gestion *Lean Santé* a des répercussions négatives sur la pratique des infirmières et sur la qualité des soins offerts aux patients. D'après ce mode de gestion, le problème de l'encombrement est un problème de performance. Ainsi, la conception de l'environnement de travail est conceptualisée de manière à améliorer le débit (*patient throughput*) des patients qui consultent à l'urgence et surtout la productivité du travail médical effectué à l'urgence. Puisqu'une part importante de la production des soins et des services offerts à l'urgence dépend aussi du travail des infirmières, leur pratique est directement touchée par les modifications effectuées dans leur environnement de travail. Ainsi, de nombreux moyens de traçage permettant d'effectuer le suivi des trajectoires des patients sont intégrés aux outils de travail électroniques des infirmières. Par conséquent, par leurs actions, les infirmières participent à la production des données nécessaires à la reddition de compte exigée par le MSSS et au contrôle exercé, par des formes de surveillance, sur leur travail.

Nos résultats indiquent que les actions (langage, gestes, pensées) des infirmières d'urgence sont coordonnées par des discours relatifs à la qualité des soins selon lesquels l'amélioration de la qualité des soins est tributaire de l'amélioration de la performance. Ce discours s'appuie sur des savoirs experts localisés à l'extérieur de la position située des infirmières d'urgence. Ces savoirs externes déterminent le problème et les solutions. Dans le cas de cette étude, l'encombrement de l'urgence constitue le problème qui menace la qualité et la sécurité des soins d'urgence dont la résolution repose sur l'amélioration des flux (patient et de travail). Cette étude permet d'explicitier comment les discours de l'amélioration de la performance se juxtaposent à ceux de la qualité des soins et participent à une forme de recadrage de la pratique des infirmières qui amène les infirmières à se préoccuper de l'atteinte des cibles de performance poursuivies par leurs

employeurs au détriment des besoins de leurs patients. À cet égard, les infirmières se soucient de la trajectoire des patients, de la concordance de leur positionnement en vertu des règles de fonctionnement qui visent l'amélioration des flux de patients, ce qui provoque une tension avec les besoins de soins identifiés pour leurs patients. Ces résultats soulèvent des questionnements quant aux possibilités de moduler l'offre de soins en fonction des besoins des patients dans ce type d'environnement offrant peu de flexibilité à la pratique de soins infirmiers de qualité d'après la perspective des infirmières d'urgence. Bien que d'autres ethnographies institutionnelles réalisées auprès d'infirmières soignantes aient révélé des tensions semblables entre les objectifs organisationnels et infirmiers, cette étude est la première qui explore l'influence de l'aménagement physique des lieux de travail et des pratiques discursives sous-jacentes aux choix architecturaux sur le travail des infirmières.

Enfin, cette recherche permet de mettre en lumière les savoirs infirmiers relatifs à la qualité des soins d'urgence. D'ailleurs, notre revue des écrits permet d'affirmer que peu d'études consacrées à l'amélioration de la qualité des soins dans le contexte de l'urgence s'intéressent aux savoirs infirmiers ou aux effets des processus d'amélioration de la qualité sur la pratique infirmière. Dans le domaine de l'amélioration de la qualité, les savoirs dominants favorisent les intérêts des administrateurs et des médecins. Nos résultats soulèvent l'importance de tenir compte des savoirs infirmiers lors de l'édification des environnements de soins afin que la performance d'un environnement de soins ne nuise pas à la conduction de soins de qualité d'après le point de vue des infirmières. Cette recherche qui a comme point de départ la perspective des infirmières permet de mettre l'accent sur ce qu'elles savent et ce que représente travailler dans un environnement de travail conçu en suivant les principes du *Lean Santé*. Les infirmières indiquent que plusieurs aspects de cet environnement compliquent leur capacité de travailler et de répondre

aux besoins de soins de leurs patients. Elles disent que certains aspects menacent la qualité des soins qu'il est possible de prodiguer aux patients. Nous considérons que ce dernier aspect est particulièrement préoccupant dans un contexte où le mode de gestion *Lean* est fortement encouragé par le MSSS. Aussi, cette recherche soulève des questions quant à l'utilisation d'une science qui décontextualise la provision de soins et qui réduit les soins infirmiers à un maillon dans la chaîne de production des soins de santé. Donc, les résultats de cette étude appellent à la réalisation d'études visant à évaluer la pratique des infirmières dans les environnements de travail *Lean* afin de déterminer si les effets sur la pratique infirmière présentée dans cette recherche sont généralisés à d'autres urgences et d'autres milieux de soins. Finalement, puisque ce projet vise à mettre en lumière la perspective des infirmières d'urgence nous laissons Rachel clore cette thèse :

**Rachel :** So I think they took advantage of the move [into the new department] to really just reorganize ... the way [we practice] ... Obviously, by virtue of the physical space itself, but also [it] sort of changed the way we practice. [...] I think what I'm getting to really is that in the midst of trying to make patient care better or quality patient care, we sort of lose the patient in the midst of it because you have many many many standards. But we forget to validate whether or not those standards have been met according to the patient. [...] What I've gotten from it is that, which is really unfortunate, in the midst of all of this, it sort of separated nursing, it made nursing go against, [...] we've budded against patients now.

## RÉFÉRENCES

- ACEP (2019). American college of emergency physicial. Policy Statement  
<https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/crowding/>
- Adams, A. (2008). *Medicine by design: The architect and the modern hospital, 1893-1943*.  
 University of Minnesota Press.
- Agrément Canada. (2010). *Rapport canadien sur l'agrément des services de santé de 2010 : à travers la lentille de Qmentum*.
- Akerman, M. J. et Sinert, R. (1999). A successful effort to improve asthma care outcome in an inner-city emergency department. *Journal of Asthma*, 36(3), 295-303.  
<https://doi.org/10.3109/02770909909075414>
- Anderson, P. (1999). Complexity theory and organization science. *Organization Science*, 10(3), 216-232. <https://doi.org/10.1287/orsc.10.3.216>
- Antonsen, S. (2009). Safety culture assessment: A mission impossible? *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 17(4), 242-254. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5973.2009.00585.x>
- Antrobus, S. (1997). An analysis of nursing in context: The effect of current health policy. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 447-453. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025447.x>
- Asplin, B. R., Magid, D. J., Rhodes, K. V., Solberg, L. I., Lurie, N. et Camargo Jr, C. A. (2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, 42(2), 173-180. <https://doi.org/10.1067/mem.2003.302>
- Baker, D. P., Day, R. et Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high-reliability organizations. *Health services research*, 41(4p2), 1576-1598.  
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00566.x>
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoff, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W. A., Hébert, P., Majumdar, S. R., O'Beirne, M., Palacios-Derflingher, L., Reid, R. J., Sheps, S. et Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian medical Association journal*, 170(11), 1678-1686. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040498>
- Barnard, A. (2016). Radical nursing and the emergence of technique as healthcare technology. *Nursing philosophy*, 17(1), 8-18. <https://doi.org/10.1111/nup.12103>
- Barnard, A. et Sandelowski, M. (2001). Technology and humane nursing care: (Ir)reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 367-375.  
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01768.x>

- Batalden, P. B. et Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality & Safety in Health Care*, 16(1), 2-3.  
<http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2006.022046>
- Begun, J. W., Zimmerman, B. et Dooley, K. J. (2003). Health care organizations as complex adaptive systems. Dans S. S. Mick et M. E. Wyttenbach (dir.), *Advances in Health Care Organization Theory* (253-288). Jossey-Bass.
- Bellow, A. A. et Gillespie, G. L. (2014). The evolution of ED crowding. *Journal of Emergency Nursing*, 40(2), 153-160. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.01.013>
- Bengoa, R., Kawar, R., Key, P., Leatherman, S., Massoud, R. et Saturno, P. (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. WHO Press.
- Benner, P. (2013). Patricia Benner, five philosophical questions. Dans A. Forss, C. Ceci et J. S. Drummond (dir.), *Philosophy of Nursing: 5 questions* (19-31). Automatic Press.
- Benner, P. E., Hooper-Kyriakidis, P. L. et Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. Springer Publishing.
- Berg, L. M., Källberg, A.-S., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J., Djärv, T., Brixey, J. J. et Göransson, K. E. (2016). Factors influencing clinicians’ perceptions of interruptions as disturbing or non-disturbing: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 27, 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.01.003>
- Berg, L. M., Källberg, A.-S., Göransson, K. E., Östergren, J., Florin, J. et Ehrenberg, A. (2013). Interruptions in emergency department work: an observational and interview study. *British Medical Journal of Quality & Safety*, 22(8), 656-663.  
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001967>
- Bernstein, S. L., Aronsky, D., Duseja, R., Epstein, S., Handel, D., Hwang, U., McCarthy, M., McConnell, K. J., Pines, J. M., Rathlev, N., Schafermeyer, R., Zwemer, F., Schull, M. et Asplin, B. R. (2019). The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00295.x>
- Berwick, D. M., James, B. et Coye, M. J. (2003). Connections between quality measurement and improvement. *Medical care*, 41(1), I-30-I38. <https://doi.org/10.1097/00005650-200301001-00004>
- Bisaillon, L. (2012). *Cordon sanitaire or healthy policy? How prospective immigrants with HIV are organised by Canada’s mandatory HIV screening policy* [thèse de doctorat, Université d’Ottawa]. Recherche uO. <https://ruor.uottawa.ca/handle/10393/20643>
- Bjornsdottir, K. (2009). The ethics and politics of home care. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 732-739. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.014>

- Blank, F. S. J., Santoro, J., Maynard, A. M., Provost, D. et Keyes, M. (2007). Improving patient safety in the ED waiting room. *Journal of Emergency Nursing*, 33(4), 331-335. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2006.10.016>
- Blank, F. S. J., Tobin, J., Jaouen, M., Smithline, E., Tierney, H. et Visintainer, P. (2014). A comparison of patient and nurse expectations regarding nursing care in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(4), 317-322. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.02.010>
- Blegen, M. A., Sehgal, N. L., Alldredge B. K., Gearhart, S., Auerbach, A. A. et Wachter, R. M. (2010). Improving safety culture on adult medical unit through multidisciplinary teamwork and communication interventions: The TOPS project. *Quality & Safety in Health Care*, 19(4), 346-350. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2008.031252>
- Bloomberg, L. D. et Volpe, M. (2015). *Completing your qualitative dissertation: A roadmap from beginning to end*. SAGE.
- Borden, W. B., Fennessy, M. M., O'Connor, A. M., Mulliken, R. A., Lee, L., Nathan, S., Nichols, J. et Lopez, J. J. (2012). Quality improvement in the door-to-balloon times for ST-elevation myocardial infarction patients presenting without chest pain. *Catheterization & Cardiovascular Interventions*, 79(6), 851-858. <https://doi.org/10.1002/ccd.23221>
- Bornemann-Shepherd, M., Le-Lazar, J., Makic, M. B. F., DeVine, D., McDevitt, K. et Paul M. (2015). Caring for inpatient boarders in the emergency department: Improving safety and patient and staff satisfaction. *Journal of Emergency Nursing*, 41(1), 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.04.012>
- Bosch, S. J. et Gharaveis, A. (2017). Flying solo: A review of the literature on wayfinding for older adults experiencing visual or cognitive decline. *Applied Ergonomics*, 58, 327-333. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2016.07.010>
- Bourque, M. et Grenier, J. (2018). *Les services sociaux à l'ère managériale*. Presses de l'Université Laval.
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J. et Tryggvadóttir, G. B. (2017). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11-12), 1524-1534. <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>
- Braithwaite, J., Wears, R. L. et Hollnagel, E. (2015). Resilient healthcare: turning patient safety on its head. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5), 418-420. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv063>
- Brixey, J. J., Robinson, D. J., Tang, Z., Johnson, T. R., Zhang, J. et Turley, J. P. (2005). Interruptions in workflow for RNs in a level one trauma center. Dans *AMIA Annual Symposium Proceedings, 2005*, 86-90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16779007/>

- Brixey, J. J., Robinson, D. J., Turley, J. P. et Zhang, J. (2010). The roles of MDs and RNs as initiators and recipients of interruptions in workflow. *International Journal of Medical Informatics*, 79(6), e109-e115. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2008.08.007>
- Brixey, J. J., Tang, Z., Robinson, D. J., Johnson, C. W., Johnson, T. R., Turley, J. P., Patel, V. L. et Zhang, J. (2008). Interruptions in a level one trauma center: A case study. *International Journal of Medical Informatics*, 77(4), 235-241. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2007.04.006>
- Bröckling, U., Krasmann, S. et Lemke, T. (2010). From Foucault's lectures at the Collège de France to studies of governmentality: An introduction. Dans U. Bröckling, S. Krasmann, et T. Lemke (dir.), *Governmentality: Current issues and future challenges*. Routledge.
- Brookfield, S. (2007). *The power of critical theory for adult learning and teaching*. Open University Press.
- Brown, D. S., Donaldson, N., Burnes Bolton, L. et Aydin, C. E. (2010). Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. *Journal for Healthcare Quality*, 32(6), 9-17. [https://journals.lww.com/jhqonline/Abstract/2010/11000/Nursing\\_Sensitive\\_Benchmarks\\_for\\_Hospitals\\_to.1.aspx](https://journals.lww.com/jhqonline/Abstract/2010/11000/Nursing_Sensitive_Benchmarks_for_Hospitals_to.1.aspx)
- Bunting, S. et Campbell, J. (1990). Feminism and nursing: Historical perspectives. *Advances in Nursing Science*, 12(4), 11-24. <https://doi.org/10.1097/00012272-199007000-00005>
- Buresh, B. et Gordon, S. (2006). *From silence to voice: What nurses know and must communicate to the public*. Cornell University Press.
- Burhans, L. M. et Alligood, M. R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1689-1697. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05344.x>
- Burton, C. W. (2020). Paying the caring tax: The detrimental influences of gender expectations on the development of nursing education and science. *Advances in Nursing Science*, 43(3), 266-277. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000319>
- Cai, H. et Zimring, C. (2012). Out of sight, out of reach: Correlating spatial metrics of nurse station typology with nurses' communication and co-awareness in an intensive care unit. Dans M. Greene, J. Reyes et A. Castro (dir.), *Proceedings of the eighth International Space Syntax Symposium* (381-391). Pontificia Universidad Católica. <http://sss8.cl/8039.pdf>
- Calleja, P. et Forrest, L. (2011). Improving patient privacy and confidentiality in one regional emergency department: A quality project. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 14(4), 251-256. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2011.05.002>

- Cameron, P. A., Schull, M. J. et Cooke, M. W. (2011). A framework for measuring quality in the emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 28(9), 735-740.  
<http://dx.doi.org/10.1136/emj.2011.112250>
- Campbell, D. et Dontje, K. (2019). Implementing bedside handoff in the emergency department: A practice improvement project. *Journal of Emergency Nursing*, 45(2), 149-154.  
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.09.007>
- Campbell, J. C. et Bunting, S. (1991). Voices and paradigms: Perspectives on critical and feminist theory in nursing. *Advances in Nursing Sciences*, 13(3), 1-15.  
<https://doi.org/10.1097/00012272-199103000-00004>
- Campbell, M. et Gregor, F. (2002). *Mapping Social Relations: A primer in doing institutional ethnography*. Garamond Press.
- Campbell, M. L. (2015). Dorothy Smith and knowing the world we live in. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 30(1), article 2.  
<http://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol30/iss1/2>
- Campbell, M. L. et Devault, M. L. (2011). Dorothy E. Smith. Dans G. Ritzer et J. Stepnisky (dir.), *The Wiley-Blackwell companion to major social theorist 1* (268-286). Blackwell Publishing.
- Campbell, M. L. et Rankin, J. M. (2017). Nurses and electronic health records in a Canadian hospital: Examining the social organisation and programmed use of digitised nursing knowledge. *Sociology of Health & Illness*, 39(3), 365-379. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12489>
- Campbell, S. M., Roland, M. O. et Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611-1625. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- Canadian Foundation for Healthcare Improvement. (2014). *Healthcare priorities in Canada: A backgounder*.
- Canadian Nurses Association. (2018). *Emergency Nursing Certification Exam competencies and blueprint*. <https://www.cna-aiic.ca/en/certification/exam-preparation/general-competencies>
- Canadian Nurses Association. (2013). *Canada's Top 5 in 5: Building national consensus on priority health-improvement indicators*. [http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/nec\\_top5\\_final\\_report\\_e.pdf](http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/nec_top5_final_report_e.pdf)
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13-24. <https://doi.org/10.1097/00012272-197810000-00004>
- Carrier, A. (2015) *Raisonnement clinique de l'ergothérapeute en milieu communautaire : rôle de la dimension institutionnelle des contextes sociétal et de pratique* [thèse de doctorat,

- Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS.  
<https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6829>
- Carryer, J. (2020). Letting go our past to claim our future. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 287-289. <https://doi.org/10.1111/jocn.15016>
- Catino, M. (2008). A review of literature: individual blame vs. organizational function logics in accident analysis. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 16(1), 53-62. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5973.2008.00533.x>
- Ceci, C. (2004). Nursing, knowledge and power: A case analysis. *Social Science & Medicine*, 59(9), 1879-1889. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.022>
- Celliers, P. (1998). *Complexity and postmodernism: Understanding complex system*. Routledge.
- Cerisier K. (2019). Connecting chronically ill, uninsured patients who use the emergency department as a medical home: A process improvement project. *Journal of Emergency Nursing*, 45(3), 249-253. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.08.011>
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P. et Denis, J.-L. (2009). L'analyse d'implantation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz. *L'évaluation : concepts et méthodes* (226-249). Presses de l'Université de Montréal.
- Chénard, J. et Grenier, J. (2012). Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité. *Intervention*, 136(1), 18-29. [https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention\\_136.pdf](https://revueintervention.org/wp-content/uploads/2020/05/intervention_136.pdf)
- Chinn, P. L. (2003). Feminist approaches. Dans J. Clare et H. Hamilton (dir.), *Writing research: Transforming data into written forms* (61-84). Elsevier.
- Chinn, P. L. et Kramer, M. K. (2014). *Knowledge development in nursing: Theory and process*. Elsevier.
- Chinn, P. L. et Wheeler C. E. (1985). Feminism and nursing: Can nursing afford to remain aloof from the women's movement? *Nursing Outlook*, 33(2), p.74-77. [https://www.nlm.nih.gov/exhibition/confrontingviolence/assets/transcripts/OB12021\\_200\\_dpi.pdf](https://www.nlm.nih.gov/exhibition/confrontingviolence/assets/transcripts/OB12021_200_dpi.pdf)
- Choi, Y. S., Lawler, E., Boenecke, C. A., Ponatoski, E. R. et Zimring, C. M. (2011). Developing a multi-systemic fall prevention model, incorporating the physical environment, the care process and technology: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2501-2524. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05672.x>
- Choiniere, J. A. (2011). Accounting for care: Exploring tensions and contradictions. *Advances in Nursing Science*, 34(4), 330-344. <https://doi.org/10.1097/ans.0b013e3182356c31>

- Clune, L. (2011). *When the injured nurse returns to work: An insitutional Ethnography* [thèse de doctorat, Université de Toronto]. TSpace.  
<https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/29519>
- Cobelas, C., Cooper C., Ell, M., Hawthorne, G., Kennedy, M. et Leach, D. (2001). Quality management and the Emergency Services Enhancement program. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 21(3), 80-85. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1762.2001.00408.x>
- Collins, P. H. (2002). *Black feminist though: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.
- Collins, S., Currie, L., Patel, V., Bakken, S. et Cimino, J. J. (2007). Multitasking by clinicians in the context of CPOE and CIS use. *Studies in Health Technology and Informatics*, 129(2), 958-962. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17911857/>
- Colwill, N. L. (1982). *The new partnership: Women and men in organizations*. Mayfield Publishing Company.
- Combs, S., Chapman, R. et Bushby, A. (2007). Evaluation of fast track. *Accident & Emergency Nursing*, 15(1), 40-47. <https://doi.org/10.1016/j.aeen.2006.07.006>
- Condon, L., Burford, S., Ghosal, R., Denning, B. et Rees, G. (2018). Prudent healthcare in emergency departments: A case study in Wales. *Emergency Nurse*, 25(10), 20-23.  
<https://doi.org/10.7748/en.2018.e1762>
- Conry, M. C., Humphries, N., Morgan, K., McGowan, Y., Montgomery, A., Vedhara, K., Panagopoulou, E. et Mc Gee, A. (2012). A 10 year (2000-2010) systematic review of interventions to improve quality of care in hospitals. *BMC Health Services Research*, 12, article 275. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-275>
- Conseil canadien de la santé. (2012). *Measuring and reporting on health system performance in Canada: Opportunities for improvement*.  
[https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2012/ccs-hcc/H174-26-2012-eng.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2012/ccs-hcc/H174-26-2012-eng.pdf)
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Carrier, A., Duhoux, A., Pomerleau, S., Champagne, G., Sainte-Croix, D. et Lardeux, A. (2016). *Du bon usage des paniers : mémoire déposé dans le cadre de la consultation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux*. Chaires de recherche PoCoSa et CRC-EASY.  
[https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices\\_Memoires\\_Recus/Chaires\\_recherche\\_PoCoSa\\_CRC-EASY.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/PanierServices_Memoires_Recus/Chaires_recherche_PoCoSa_CRC-EASY.pdf)
- Coombs, M. A. (2004). *Power and conflict between doctors and nurses: Breaking through the inner circle in clinical care*. Routledge.

- Covington, D., Hill, J., Martinez, F., Bennett, A. et Muehlberg, K. (2007). Antibiotic timeliness for pneumonia performance improvement. *Journal of Emergency Nursing*, 33(4), 361-366. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.03.001>
- Crane, J. et Noon, C. (2019). *The definitive guide to emergency department operational improvement: Employing lean principles with current ED best practices to create the “no wait” department*. Routledge.
- Crane, P. W., Zhou, Y., Sun, Y., Lin, L. et Schneider, S. M. (2014). Entropy: A conceptual approach to measuring situation-level workload within emergency care and its relationship to emergency department crowding. *Journal of Emergency Medicine*, 46(4), 551-559. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.08.113>
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. SAGE.
- Creswell, J. W. et Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124-130. [https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903\\_2](https://doi.org/10.1207/s15430421tip3903_2)
- Cummings, G. G., Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Wallin, L. et Hayduk, L. (2007). Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nursing Research*, 56(4), s24-s39. <https://doi.org/10.1097/01.nnr.0000280629.63654.95>
- Cupit, C., Rankin, J., Armstrong, N. et Martin, G. P. (2020). Overruling uncertainty about preventative medications: The social organisation of healthcare professionals’ knowledge and practices. *Sociology of Health and Illness*, 42(1), 114-129. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12998>
- Dale, C. M. (2013). *Locating critical care nursing in mouth care: An institutional ethnography* [thèse de doctorat, Université de Toronto]. TSpace. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/43531>
- Dale, C. M., Angus, J. E., Sinuff, T. et Rose, L. (2016). Ethnographic investigation of oral care in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 25(3), 249-256. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016795>
- Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Gaëtan Morin Éditeur.
- Damato, C. et Rickard, D. (2015). Using Lean-Six Sigma to reduce hemolysis in the emergency care center in a collaborative quality improvement project with the hospital laboratory. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 41(3), 99-107. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(15\)41014-1](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(15)41014-1)
- Davies, C. (2004). Political leadership and the politics of nursing. *Journal of Nursing Management*, 12(4), 235-241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00477.x>

- De Freitas, L., Goodacre, S., O'Hara, R., Thokala, P. et Hariharan, S. (2018). Interventions to improve patient flow in emergency departments: An umbrella review. *Emergency Medicine Journal*, 35(10), 626-637. <http://dx.doi.org/10.1136/emmermed-2017-207263>
- De Ruyter, H.-P., Liaschenko, J. et Angus, J. (2016). Problems with the electronic health record. *Nursing Philosophy*, 17(1), 49-58. <https://doi.org/10.1111/nup.12112>
- Dean, M. (2010). *Governmentality: power and rule in modern society*. SAGE.
- DeAnda, R. (2018). Stop the bottleneck: Improving patient throughput in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 44(6), 582-588. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.05.002>
- Debesay, J., Harsløf, I., Rechel, B. et Vike, H. (2014). Dispensing emotions: Norwegian community nurses' handling of diversity in a changing organizational context. *Social Science & Medicine*, 119, 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.025>
- Deblois, S. et Lepanto, L. (2013). *Implantation et effets du Lean et du Six Sigma en milieu de soins aigus*. Direction de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. <https://polesante.hec.ca/lectures-suggerees/publication-de-la-detmis-implantation-et-effets-du-lean-et-du-six-sigma-en-soins-aigus/>
- Dekker, S. (2007). Eve and the serpent: A rational choice to err. *Journal of Religion and Health*. 46(4), 571-579. <https://doi.org/10.1007/s10943-007-9118-1>
- Dekker, S. (2011a). *Patient safety: A human factors approach*. CRC Press.
- Dekker, S. (2011b). *Drift into failure: From hunting broken components to understanding complex Systems*. Ashgate Publishing Company.
- Dekker, S. (2012). Complexity, signal detection, and the application of ergonomics: Reflections on a healthcare case study. *Applied Ergonomics*, 43(3), 468-472. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2011.07.003>
- Dekker, S. et Nyce, J. M. (2014). There is safety in power, or power in safety. *Safety Science*, 67, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2013.10.013>
- Delaney, M. B. (2017). Kick the bucket: One hospital system's journey to reduce clostridium difficile. *Journal of Emergency Nursing*, 43, 519-525. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.02.003>
- DelliFraine, J. L., Langabeer, J. R. et Nembhard, I. M. (2010). Assessing the evidence of Six Sigma and Lean in the health care industry. *Quality Management in Health Care*, 19(3), 211-225. <https://doi.org/10.1097/qmh.0b013e3181eb140e>

- DeVault, M. L. (2006). Introduction: What is institutional ethnography? *Social Problems*, 53(3), 294-298. <https://doi.org/10.1525/sp.2006.53.3.294>
- DeVault, M. L. et McCoy, L. (2004). Institutional ethnography: Using interviews to investigate ruling relations. Dans J. F. Gubrium, et J. A. Holstein (dir.), *Handbook of interview research: Context and method* (751-776). SAGE.  
<http://dx.doi.org/10.4135/9781412973588.n43>
- DeVault, M. L. et McCoy, L. (2006). Institutional ethnography: Using interviews to investigate ruling relations. Dans D. E. Smith (dir.), *Institutional ethnography as practice* (15-44). Rowman & Littlefield Publishers.
- Diamond, T. (2006). Where did you get that fur coat, Fern? Participant observation in institutional ethnography. Dans D. E. Smith (dir.), *Institutional ethnography as practice* (45-64), Rowman & Littlefield Publishers. <https://doi.org/10.1177/1609406917734484>
- Dickson, E. W., Singh, S., Cheung, D. S., Wyatt, C. C. et Nugent, A. S. (2009). Application of lean manufacturing techniques in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine*, 37(2), 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2007.11.108>
- Dillard-Wright, J. (2019). Electronic health record as a panopticon: A disciplinary apparatus in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 20(2), e12239. <https://doi.org/10.1111/nup.12239>
- Donabedian, A. (1980a). *Exploration in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment* (vol. 1). Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1980b). *Exploration in quality assessment and monitoring* (vol.2). Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Donaldson, M. S., Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, Corrigan, J. M. and Kohn, L. T. (dir.). (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Donetto, S., Penfold, C., Anderson, J., Robert, G. et Maben, J. (2017). Nursing work and sensory experiences of hospital design: A before and after qualitative study following a move to all-single room inpatient accommodation. *Health & Place*, 46, 121-129.  
<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.healthplace.2017.05.001>
- Doucet, A. et Mauthner, N. S. (2008). What can be known and how? Narrated subjects and the Listening Guide. *Qualitative Research*, 8(3), 399-409.  
<https://doi.org/10.1177/1468794106093636>
- Ducharme, J., Alder, R. J., Pelletier, C., Murray, D. et Tepper, J. (2009). The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario

- emergency departments. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11(5), 455-461. <https://doi.org/10.1017/S1481803500011659>
- Duffy, J. R. et Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model: Blending dual paradigms. *Ans*, 26(1), 77-88. <https://doi.org/10.1097/00012272-200301000-00010>
- Dunne, G., Jooste, R., McCabe, C. et McMahon, G. (2014). The use of action learning as a strategy for improving pain management in the emergency department. *International Emergency Nursing*, 22(3), 172-176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2013.10.005>
- Dzurec, L. C. (1989). The necessity for and evolution of multiple paradigms for nursing research: A poststructuralist perspective. *Advances in Nursing Sciences*, 11(4), 69-77. <https://doi.org/10.1097/00012272-198907000-00010>
- Edwards, T. (2011). How rapid assessment at triage can improve care outcomes. *Emergency Nurse*, 19(6), 27-30. <https://doi.org/10.7748/en2011.10.19.6.27.c8752>
- Ehrenreich, B. et English, D. (2016). *Sorcières, sages-femmes et infirmières : une histoire de la médecine*. Remue-ménage.
- Eila Satka, M. et Skehill, C. (2012). Michel Foucault and Dorothy Smith in case file research: Strange bed-fellows or complementary thinkers? *Qualitative Social Work*, 11(2), 191-205. <https://doi.org/10.1177/1473325011400483>
- Ellul, J. (1964). *The technological society*. Vintage Books.
- Fast, O. et Rankin, J. (2018). Rationing nurses: Realities, practicalities, and nursing leadership theories. *Nursing Inquiry*, 25(2), e12227. <https://doi.org/10.1111/nin.12227>
- Fay, L., Cai, H., et Real, K. (2019). A systematic literature review of empirical studies on decentralized nursing stations. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 12(1), 44-68. <https://doi.org/10.1177/1937586718805222>
- Fay, L., Carll-White, A. et Real, K. (2018). Emergency nurses' perceptions of efficiency and design: Examining ED structure, process, and outcomes. *Journal of Emergency Nursing*, 44(3), 274-279. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.09.001>
- Fay, L., Carll-White, A., Schadler, A., Isaacs, K. B. et Real, K. (2017). Shifting landscapes: The impact of centralized and decentralized nursing station models on the efficiency of care. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(5), 80-94. <https://doi.org/10.1177/1937586717698812>
- Federici, S. (2014). *Caliban et la sorcière*. Entremonde et Senonevero.
- Feeley, N., Robins, S., Charbonneau, L., Genest, C., Lavigne, G. et Lavoie-Tremblay, M. (2019). NICU nurses' stress and work environment in an open ward compared to a combined pod

- and single-family room design. *Advances in Neonatal Care*, 19(5), 416-424.  
<https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000603>
- Ferlie, E. B. et Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change, *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00206>
- Ferlie, E., Fitzgerald, L., Wood, M. et Hawkins, C. (2005). The non spread of innovations: The mediating role of professionals. *Academy of Management Journal*, 48(1), 117-134.  
<https://doi.org/10.5465/amj.2005.15993150>
- Fischer, J. E., Calame, A., Dettling, A. C., Zeier, H. et Fanconi, S. (2000). Experience and endocrine stress responses in neonatal and pediatric critical care nurses and physicians. *Critical care medicine*, 28(9), 3281-3288. <https://doi.org/10.1097/00003246-200009000-00027>
- Fontaine, G., Forgiione, M., Lusignan, F., Lanoue, M. A. et Drouin, S. (2018). Cervical spine collar removal by emergency room nurses: A quality improvement project. *Journal of Emergency Nursing*, 44(3), 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.07.018>
- Forsman, B., Forsgren, S. et Carlström, E. D. (2012). Nurses working with Manchester triage – The impact of experience on patient security. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 15(2), 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.02.001>
- Fortin, J. (2013). Éthique et politique. Dans D. Blondeau (dir.), *Éthique et soins infirmiers* (31-57). Presses de l'Université de Montréal.
- Foucault, M (1997). *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France, 1976*. Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et Punir : naissance de la prison*. Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité I : la volonté de savoir*. Gallimard.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: selected interviews and other writings, 1972-1977*. Harvester Press.
- Foucault, M. (1983). *Naissance de la clinique : une archéologie du regard médical*. Presses universitaires de France.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits, 1954-1988. Tome III : 1976-1979*. Gallimard.
- Foucault, M. (2004). *Sécurité, territoire et population. Cours au Collège de France, 1977-1978*. Gallimard.
- Foucault, M. (2008). *L'archéologie du savoir*. Gallimard.

- Fréchette, J., Bitzas, V., Kilpatrick, K., Aubry, M. et Lavoie-Tremblay, M. (2020). A hermeneutic-phenomenological study of paediatric intensive care unit nurses' professional identity following hospital redesign: Lessons learned for managers. *Journal of Nursing Management*, 28(4), 872-880. <https://doi.org/10.1111/jonm.13012>
- Fulop, N. J. et Ramsay, A. I. G. (2019). How organisations contribute to improving the quality of healthcare. *British Medical Journal*, 365, 11773. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4496>
- Garnerin, P., Bovier, P., Chamot, E., Chastonay, P., Chopard, P. A., Herrmann, F., & Perneger, T. (2001). Qualité des soins. *Bulletin Des Médecins Suisses*, 82(38), 2020-2024. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:28083>
- Geelhoed, G. C. et De Klerk, P. (2012). Emergency department overcrowding, mortality and the 4-hour rule in Western Australia. *The Medical Journal of Australia*, 196(2), 122-126. <https://doi.org/10.5694/mja11.11159>
- Gephart, R. P. Jr. (1984). Making sense of organizationally based environmental disasters. *Journal of Management*, 10(2), 205-225. <https://doi.org/10.1177/014920638401000205>
- Geyer, R., Kilgore, J., Chow, S., Grant, C., Gibson, A. et Rice, M. (2016). Core team members' impact on outcomes and process improvement in the initial resuscitation of trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 23(2), 83-88. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000191>
- Gharaveis, A., Hamilton, D. K. et Pati, D. (2018). The impact of environmental design on teamwork and communication in healthcare facilities: A systematic literature review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 11(1), 119-137. <https://doi.org/10.1177/1937586717730333>
- Gharaveis, A., Hamilton, D. K., Shepley, M. M., Pati, D. et Rodiek, S. (2019). Design suggestions for greater teamwork, communication and security in hospital emergency departments. *Indoor and Built Environment*, 28(8), 1126-1139. <https://doi.org/10.1177/1420326X19836209>
- Gharaveis, A., Pati, D., Hamilton, D. K., Shepley, M. M., Rodiek, S. et Najarian, M. (2020a). The influence of visibility on medical teamwork in emergency departments: A mixed-methods study. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 13(2), 218-233. <https://doi.org/10.1177/1937586719885376>
- Gharaveis, A., Pati, D., Hamilton, D. K., Shepley, M. M., Rodiek, S. et Najarian, M. (2020b). The Correlation Between Visibility and Medical Staff Collaborative Communication in Emergency Departments. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 13(4), 81-97. <https://doi.org/10.1177/1937586720921182>

- Gharaveis, A., Shepley, M. M. et Gaines, K. (2016). The role of daylighting in skilled nursing short-term rehabilitation facilities. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(2), 105-118. <https://doi.org/10.1177/1937586715607835>
- Gharaveis, A., Shepley, M. M., Hamilton, K., Pati, D. et Rodiek, S. (2019). The influence of visibility on staff face-to-face communication and efficiency in emergency departments. *Facilities*, 37(5/6), 352-363. <https://doi.org/10.1108/F-07-2018-0077>
- Giacomini, M. (2010). Theory matters in qualitative health research. Dans I. Bourgeault, R. Dingwall et R. de Vries (dir.). *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in health research* (125-156). SAGE. <https://dx.doi.org/10.4135/9781446268247.n8>
- Gillam, S. W. (2014). Nonviolent crisis intervention training and the incidence of violent events in a large hospital emergency department: an observational quality improvement study. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(2), 177-188. <https://doi.org/10.1097/tme.000000000000019>
- Glann, J. K., Carman, M., Thompson, J., Olson, D., Nuttall, C., Fleming, H. et Reese, C. (2019). Alcohol withdrawal syndrome: Improving recognition and treatment in the emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 41(1), 65-75. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000226>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Anchor.
- Gordon, C. (1991). Governmental rationality: An introduction. Dans G. Burchell, C. Gordon et P. Miller (dir.), *The Foucault effect: Studies in governmentality* (1-52). University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago%2F9780226028811.001.0001>
- Gordon, S. (2012). *Nursing against the odds: How health care cost cutting, media stereotypes, and medical hubris undermine nurses and patient care*. Cornell University Press.
- Gordon, S. et Nelson, S. (2012). Moving beyond the virtue script in nursing: Creating a knowledge-based identity for nurses. Dans S. Nelson et S. Gordon (dir.) *The complexities of care: Nursing Reconsidered* (13-29). Cornell University Press. <https://doi.org/10.7591/9780801465055-003>
- Gormley, D. K. (2011). Are we on the same page? Staff nurse and manager perceptions of work environment, quality of care and anticipated nurse turnover. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 33-40. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01163.x>
- Grace, D. (2015). Criminalizing HIV transmission using model law: Troubling best practice standardizations in the global HIV/AIDS response. *Critical Public Health*, 25(4), 441-454. <https://doi.org/10.1080/09581596.2015.1049121>
- Grace, D. (2019). Institutional ethnography as a critical research strategy: Access, engagement, and implications for HIV/AIDS Research. Dans E. Mykhalovskiy et V. Namaste

- (dir.), *Thinking differently about HIV/AIDS: Contributions from critical social science* (103-133). UBC Press.
- Grahame, P. R. (1998). Ethnography, institutions, and the problematic of the everyday world. *Human Studies*, 21(4), 347-360. <https://doi.org/10.1023/A%3A1005469127008>
- Grbich, C. (1999). *Qualitative research in health: An introduction*. SAGE.
- Greenhalgh, T. et Stones, R. (2010). Theorising big IT programmes in healthcare: Strong structuration theory meets actor-network theory. *Social Science & Medicine*, 70(9), 1285-1294. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.034>
- Grenier, J. et Bourque, M. (2018). *Les services sociaux à l'ère managériale*. Presses de l'Université Laval.
- Griffith, A. I. et Smith, D. E. (dir). (2014). *Under new public management: Institutional ethnographies of changing front-line work*. University of Toronto Press.
- Griffiths, P., Jones, S., Maben, J. et Murrells, T. (2008). State of the art metrics for nursing: A rapid appraisal. *National Nursing Research Unit*. King's College London.
- Griffiths, P., Murrells, T., Maben, J., Jones, S. et Ashworth, M. (2010). Nurse staffing and quality of care in UK general practice: Cross-sectional study using routinely collected data. *British Journal of General Practice*, 60(570), e36-e48. <https://doi.org/10.3399/bjgp10x482086>
- Grol, R. et Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patient's care. *Lancet*, 362(9391), 1225-1230. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)14546-1)
- Grol, R., Baker, R. et Moss, F. (2004). Quality improvement research: Understanding the science of change in health care. *British Medical Journal Quality & Safety*, 11(2), 110-111. <https://dx.doi.org/10.1136%2Fqhc.11.2.110>
- Groth, M. E., Chan-Tompkins, N. H., Hegde, G. G., Shang, J. et Venkat, A. (2013). Delays in the administration of antimicrobials in the emergency department and the impact of an educational intervention to improve this administration. *European Journal of Emergency Medicine*, 20(5), 339-343. <https://doi.org/10.1097/mej.0b013e328359f178>
- Grouse, A. I., Bishop, R. O., Gerlach, L., De Villecourt, T. L. et Mallows, J. L. (2014). A stream for complex, ambulant patients reduces crowding in an emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 26(2), 164-169. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12204>
- Grunau, B., Carrier, S., Bashir, J., Dick, W., Harris, L., Boone, R., Kalla, D., Scheuermeyer, F., Twaites, B., Straight, R., Abel, J., McDonald, K., MacRedmond, R., Agulnik, D., Finkler, J., MacLeod, J., Christenson, J. et Cheung, A. (2017). A comprehensive regional clinical

- and educational ECPR protocol decreases time to ECMO in patients with refractory out-of-hospital cardiac arrest. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 19(6), 424-433. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.376>
- Gum, L. F., Prideaux, D., Sweet, L. et Greenhill, J. (2012). From the nurses' station to the health team hub: How can design promote interprofessional collaboration? *Journal of Interprofessional Care*, 26(1), 21-27. <https://doi.org/10.3109/13561820.2011.636157>
- Gunn, R., Davis, M. M., Hall, J., Heintzman, J., Muench, J., Smeds, B., Miller, B. F., Miller, W. L., Gilchrist, E., Levey, S. B., Brown, J., Romero, P. W. et Cohen, D. J. (2015). Designing clinical space for the delivery of integrated behavioral health and primary care. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 28(supplement 1), S52-S62. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2015.s1.150053>
- Habermas, J. (1979). *Connaissance et intérêt*. Gallimard.
- Harding, S. (1991). *Whose Science? Whose Knowledge? Thinking from womens' lives*. Cornell University Press.
- Harding, S. (2008). *Sciences from below: Feminism, postcolonialities, and modernities*. Duke University Press.
- Harding, S. (2015). *Objectivity and diversity: Another logic of scientific research*. The University of Chicago Press.
- Hart, C. (2004). *Nurses and politics: The impact of power and practice*. Palgrave Macmillan.
- Hartsock, N. C. M. (1983). The feminist standpoint: Developing the ground for a specifically feminist historical materialism. Dans S. Harding et M. B. Hintikka (dir.), *Discovering reality* (283-310). Springer. [https://doi.org/10.1007/0-306-48017-4\\_15](https://doi.org/10.1007/0-306-48017-4_15)
- Hartsock, N. C. M. (2017). The feminist standpoint: Developing the ground for a specifically feminist historical materialism. Dans B. Ollman et K. B. Anderson (dir.), *Karl Marx* (565-592). Routledge.
- Hartsock, N. C. M. (2019). *The feminist standpoint revisited, and other essays*. Routledge.
- Harvey, C., Thompson, S., Pearson, M., Willis, E. et Toffoli, L. (2017). Missed nursing care as an "art form": The contradictions of nurses as carers. *Nursing inquiry*, 24(3), e12180. <https://doi.org/10.1111/nin.12180>
- Healy-Rodriguez, M. A., Freer, C., Pontiggia, L., Wilson, R., Metraux, S. et Lord, L. (2014). Impact of a logistics management program on admitted patient boarders within an emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 40(2), 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.12.008>

- Hendrickson, S. (2008). Providing reliable care for patients with emergent acute myocardial infarction. *Journal for Healthcare Quality*, 30(2), 25-30. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2008.tb01131.x>
- Heslin, S. M., Bronson, S., Feiler, M., Fuhrer, J., King, C., Leonard, M., Raymundo, L. M., Rowe, A. L. et Morley, E. J. (2019). Team triage intervention, including licensed practical nurse, to increase HIV testing rates in the emergency department: A quality improvement project. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), 685-689. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.07.016>
- Hill Collins, P. (2019). *Intersectionality as critical social theory*. Duke University Press.
- Holmes, D. et Gastaldo, D. (2002). Nursing as means of governmentality. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 557-565. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02222.x>
- Holter, I. M. (1988). Critical theory: A foundation for the development of nursing theories. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 2(3), 223-236. <https://connect.springerpub.com/content/sgrsinp/2/3/223>
- Hoot, N. R. et Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: Causes, effects, and solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), 126-136. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014>
- Horkheimer, M. (1982). Egoism and the freedom movement: On the anthropology of the bourgeois era. *Telos*, 1982(54), 10-60. <https://philpapers.org/go.pl?id=HOREAT-3&proxyId=&u=https%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.3817%2F1282054010>
- Huddy, J., Rapp, M. T. et Haley Jr, L. L. (2017). Emergency department design: A practical guide to Planning for the future. *Annals of Emergency Medicine*, 41(5), 768-769. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(03\)90207-8](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(03)90207-8)
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- Institute of Medicine. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe-transforming the work environment of nurses*. <https://doi.org/10.17226/10851>
- Institute of Medicine. (2010). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12956>
- Institute of Medicine, Board on Health Care Services and Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. (2006). *Hospital-based emergency care: At the breaking point*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11621>

- Jelinek, G. A., Boughey, M., Marck, C. H., Phillip, J., Weil, J., Lane, H. et Weiland, T. J. (2014). "Better pathways of care": Suggested improvements to the emergency department management of people with advanced cancer. *Journal of Palliative Care*, 30(2), 83-89. <https://doi.org/10.1177/082585971403000203>
- Jelinek, R. et Pierce, F. (1982). A nursing systems approach: Productivity and quality of care. *Public Productivity Review*, 6(3), 223-240. <https://doi.org/10.2307/3379918>
- Jweinat, J., Damore, P., Morris, V., D'Aquila, R., Bacon, S. et Balcezak, T. J. (2013). The safe patient flow initiative: A collaborative quality improvement journey at Yale-New Haven Hospital. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(10), 447-459. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(13\)39058-8](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(13)39058-8)
- Kalisch, B. J. et Aegersold, M. (2010). Interruptions and multitasking in nursing care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(3), 126-132. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(10\)36021-1](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(10)36021-1)
- Kalisch, B. J. et Lee, K. H. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. *Nursing Outlook*, 58(5), 233-241. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.06.004>
- Källberg, A. S., Brixey, J. J., Johnson, K. D. et Berg, L. (2020). Disturbance during emergency department work – A concept analysis. *International Emergency Nursing*, 53, 100853. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100853>
- Kane, D. et Thomas, B. (2000). Nursing and the "F" word. *Nursing Forum*, 35(2), 17-24. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2000.tb00994.x>
- Kane, M., Chui, K., Rimicci, J., Callagy, P., Hereford, J., Shen, S., Norris, R. et Pickham, D. (2015). Lean manufacturing improves emergency department throughput and patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 45(9), 429-434. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000228>
- Kanigel, R. (1997). *The one best way: Frederik Winslow Taylor and the enigma efficiency*. Penguin Books.
- Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W. M., Froehle, C. M. et Margolis, P. (2010). The influence of context on quality improvement success in healthcare: A systematic review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 88(4), 500-559. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00611.x>
- Kent, N. et Fields, W. (2012). Early recognition of sepsis in the emergency department: An evidence-based project. *Journal of Emergency Nursing*, 38(2), 139-143. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2010.07.022>
- Khanna, S., Boyle, J. et Zeitz, K. (2012). Using capacity alert calls to reduce overcrowding in a major public hospital. *Australian Health Review*, 38(3), 318-324. <https://doi.org/10.1071/ah13103>

- King, A. D. (dir.). (2003). *Buildings and society: Essays on the social development of the built environment*. Routledge.
- Kipp, K. M. (2001). Implementing nursing caring standards in the emergency department. *Journal of Nursing Administration*, 31(2), 85-90. <https://doi.org/10.1097/00005110-200102000-00008>
- Kirkpatrick, G., Katsiaficas, G. N. et Emery, M. L. 1980. Critical theory and the limits of sociological positivism. *Quarterly Journal of Ideology*, 7-17.
- Knutson, N. (2012). *Nurses' ethical problem solving* [thèse de doctorat, Université de Toronto]. TSpace. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/32793>
- Kralik, D., Van Loon, A. M. (2008). Feminist research. Dans R. Watson, H. McKenna, S. Cowman et J. Keady (dir.), *Nursing research: Designs and methods* (35-43). Elsevier.
- L'observatoire de l'administration publique-ENAP. (2012). *L'état québécois en perspective. Le réseau de la santé et des services sociaux*. [https://cerberus.enap.ca/Observatoire/docs/Etat\\_quebecois/a-sss.pdf](https://cerberus.enap.ca/Observatoire/docs/Etat_quebecois/a-sss.pdf)
- Lafleur, S. (2017). Penser la gouvernementalité après Foucault. *Politique et Sociétés*, 36(3), 141-159. <https://doi.org/10.7202/1042239ar>
- Lang, T. A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P. S. et Kravitz, R. L. (2004). Nurse-patient ratios: A systematic review of the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), 326-337. <https://doi.org/10.1097/00005110-200407000-00005>
- Langley, A. et Denis, J.-L. (2011). Beyond evidence: The micropolitics of improvement. *British Medical Journal Quality & Safety*, 20(supplement 1), i43-i46. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs.2010.046482>
- Laxmisan, A., Hakimzada, F., Sayan, O. R., Green, R. A., Zhang, J. et Patel, V. L. (2007). The multitasking clinician: Decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care. *International Journal of Medical Informatics*, 76(11-12), 801-811. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2006.09.019>
- Leaf, D. E., Homel, P. et Factor, P. H. (2010). Relationship between ICU design and mortality. *Chest Journal*, 137(5), 1022-1027. <https://doi.org/10.1378/chest.09-1458>
- Lee, S. E., Scott, L. D., Dahinten, V. S., Vincent, C., Lopez, K. D. et Park, C. G. (2019). Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: A literature review. *Western Journal of Nursing Research*, 41(2), 279-304. <https://doi.org/10.1177/0193945917747416>
- Leung, A. K., Whatley, S. D., Gao, D et Duic, M. (2017). Impact of process improvements on measures of emergency department efficiency. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 19(2), 96-105. <https://doi.org/10.1017/cem.2016.382>

- Levy, P. D., Dancy, J. N., Stowell, S. A., Hoekstra, J. W., Arthur, C. L., Wilson, C. H., Bednar, J. M., Dorman, T. et Hiestand, B. (2014). Lessons in flying: Crew resource management as a quality improvement method for acute coronary syndromes care. *Critical Pathways in Cardiology: A Journal of Evidence-Based Medicine*, 13(1), 36-42.  
<https://doi.org/10.1097/hpc.0000000000000002>
- Lim, L. et Zimring, C. M. (2020). A conceptual visibility framework for linking spatial metrics with experience and organizational outcomes. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 13(4), 225-239. <https://doi.org/10.1177/1937586720916825>
- Lim, L., Kim, M. et Zimring, C. M. (2019). Measuring interpersonal visual relationships in healthcare facilities: The agent visibility model and SAVisualPower tool. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 12(4), 203-216.  
<https://doi.org/10.1177/1937586719842357>
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A. et Guba, E. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluence, revisited. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research* (fifth edition, 97-128). SAGE.
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- Lopez, S. H. (2006). Emotional labor and organized emotional care: Conceptualizing nursing home care work. *Work and Occupations*, 33(2), 133-160.  
<https://doi.org/10.1177/0730888405284567>
- Love, R. A., Murphy, J. A., Lietz, T. E. et Jordan, K. S. (2012). The effectiveness of a provider in triage in the emergency department: A quality improvement initiative to improve patient flow. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 34(1), 65-74.  
<https://doi.org/10.1097/tme.0b013e3182435543>
- Lowthian, J., Curtis, A., Straney, L., McKimm, A., Keogh, M. et Stripp, A. (2015). Redesigning emergency patient flow with timely quality care at the Alfred. *Emergency Medicine Australasia*, 27(1), 35-41. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12338>
- Lu, Y., Ossmann, M. M., Leaf, D. E. et Factor, P. H. (2014). Patient visibility and ICU mortality: A conceptual replication. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 7(2), 92-103. <https://doi.org/10.1177/193758671400700206>
- Macdonald, M. (2007). Origins of difficulty in the nurse-patient encounter. *Nursing Ethics*, 14(4), 510-521. <https://doi.org/10.1177/0969733007077885>
- MacFarlane, J. (2002). Les miasmes, les microbes et les médecines : La diffusion des idées anciennes et nouvelles dans l'Union médicale du Canada, le cas de la fièvre typhoïde (1872-1900). *Scientia Canadensis: Revue canadienne d'histoire des sciences, des techniques et de la médecine*, 26, 59-77. <https://doi.org/10.7202/800443ar>

- MacKinnon, K. R., Gómez-Ramírez, O., Worthington, C., Gilbert, M., et Grace, D. (2020). An institutional ethnography of political and legislative factors shaping online sexual health service implementation in Ontario, Canada. *Critical Public Health*, 30, 1-11.  
<https://doi.org/10.1080/09581596.2020.1854182>
- Magalhães, A. L. P., Erdmann, A. L., da Silva, E. L. et dos Santos, J. L. G. (2016). Lean thinking in health and nursing: An integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0979.2734>
- Mandal, L., Seethalakshmi, A. et Rajendrababu, A. (2020). Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nursing Philosophy*, 21(1), 1-15.  
<https://doi.org/10.1111/nup.12257>
- Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(1).
- Manojlovich, M. (2010). Predictors of professional nursing practice behaviors in hospital settings. *The Journal of Nursing Administration*, 4(10 supplement), S45-S51.  
<https://doi.org/10.1097/na.0b013e3181f37e7d>
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: A review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), 143-151.  
<https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>
- Marcuse, H. et Wittig, M [trad]. (1968). *L'homme unidimensionnel : essai sur l'idéologie de la société industrielle avancée* (traduit par M. Wittig), Minuit.
- Marino, P. A., Mays, A. C. et Thompson, E. J. (2015). Bypass rapid assessment triage: How culture change improved one emergency department's safety, throughput and patient satisfaction. *Journal of Emergency Nursing*, 41(3), 213-220.  
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.07.010>
- Marshall, B. L. (2008). Feminist theory and critical theory. *Canadian Review of Sociology/Revue Canadienne De Sociologie*, 25(2), 208-230. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.1988.tb00103.x>
- Marshall, C. et Rossman, G. B. (2014). *Designing qualitative research*. SAGE.
- Martin, D., Nettleton, S., Buse, C., Prior, L. et Twigg, J. (2015). Architecture and healthcare: A place for sociology. *Sociology of Health & Illness*, 37(7), 1007-1022.  
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12284>
- Martin, G. P., Leslie, M., Minion, J., Willars, J. et Dixon-Woods, M. (2013). Between surveillance and subjectification: Professionals and the governance of quality and patient safety in English hospitals. *Social Science & Medicine*, 99, 80-88.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.10.018>

- Marx, K. (1859). *Contribution à la Critique de l'économie politique* (traduit par M. Husson et G. Badia).  
[http://classiques.uqac.ca/classiques/Marx\\_karl/contribution\\_critique\\_eco\\_pol/critique\\_eco\\_pol.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/Marx_karl/contribution_critique_eco_pol/critique_eco_pol.pdf).
- Marx, K. (2012). *Le Capital* (traduit par M. J. Roy, édition de 1872). Hachette Livre.
- Marx, K. et Engels, F. (1952) *L'idéologie allemande, première partie : FEUERBACH*.  
[http://classiques.uqac.ca/classiques/Engels\\_Marx/ideologie\\_allemande/Ideologie\\_allemande.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/Engels_Marx/ideologie_allemande/Ideologie_allemande.pdf)
- Mason, D. J., Backer, B. A. et Georges, C. A. (1991). Toward a feminist model for the political empowerment of nurses. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(2), 72-77.  
<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00646.x>
- McCarthy, G., Cornally, N., O' Mahoney, C., White, G. et Weathers, E. (2013). Emergency nurses: Procedures performed and competence in practice. *International Emergency Nursing*, 21(1), 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.01.003>
- McCloskey, B. A. et Diers, D. K. (2005). Effects of New Zealand's health reengineering on nursing and patient outcomes. *Medical Care*, 43(11), 1140-1146.  
<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000182549.85761.cd>
- McCoy, L. (2006). Keeping the institution in view: Working with interview accounts of everyday experience. Dans D. E. Smith (dir.). *Institutional Ethnography as Practice* (109-125). Rowman & Littlefield Publishers.
- McDaniel, R. R. et Driebe, D. J. (2001). Complexity science and healthcare management. *Advances in Health Care Management*, 2, 11-36. [https://doi.org/10.1016/S1474-8231\(01\)02021-3](https://doi.org/10.1016/S1474-8231(01)02021-3)
- McGrath, M. (2008). The challenges of caring in a technological environment: Critical care nurses' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 1096-1104.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02050.x>
- Mchoul, A. et Grace, W. (1997). *A Foucault primer: Discourse power and subject*. New York University Press.
- McHugh, M., Van Dyke, K. J., Howell, E., Adams, F., Moss, D. et Yonek, J. (2013). Changes in patient flow among five hospitals participating in a learning collaborative. *Journal for Healthcare Quality*, 35(1), 21-29. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2011.00163.x>
- McHugh, M., Van Dyke, K. J., Yonek, J. et Moss, D. (2012). Time and expenses associated with the implementation of strategies to reduce emergency department crowding. *Journal of Emergency Nursing*, 38(5), 420-428. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.07.001>

- McLaughlin, J. M., Schimpf, B. D. et Park S. (2016). Improved administration of antibiotics in the emergency department: A practice improvement project. *Journal of Emergency Nursing*, 42(4), 312-316. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.10.022>
- McMillan, K. (2018) *A critical organizational analysis of frontline nurses' experience of rapid and continuous change in an acute health care organization* [thèse de doctorat, Université d'Ottawa]. Recherche uO. <https://ruor.uottawa.ca/handle/10393/37980>
- Melon, K.A., White, D. et Rankin, J. (2013). Beat the Clock! Wait times and the production of “quality” in emergency departments. *Nursing Philosophy*, 14(3), 223-237. <https://doi.org/10.1111/nup.12022>
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldana, J. (2013). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. SAGE.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2004). *Cadre normatif : système d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU)*. <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/MSSS/04-916-01W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2006). *Guide de gestion des urgences*. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-de-gestion-des-urgences/>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2008). *Guide de performance – CHU*. [https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/modernisation-des-chu-de-mtl/GuidePerformance-fr-080325\\_modif.pdf](https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/modernisation-des-chu-de-mtl/GuidePerformance-fr-080325_modif.pdf)
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2011). *Le ministre Yves Bolduc dévoile le nom des établissements de santé sélectionnés pour l'implantation de l'approche Lean Healthcare Six Sigma*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiquer-92/>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2019). *Plan stratégique du ministère de la santé et des services sociaux 2019-2023*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002438/>
- Mintzberg, H. (1982). *Structure et dynamique des organisations*. Éditions d'Organisation.
- Mintzberg, H. (1999). *Mintzberg on management: Inside our strange world of organization* (173-195). The Free Press.
- Mitzkewich, M. (2019). Sepsis screening in triage to decrease door-to-antibiotic Time. *Journal of Emergency Nursing*, 45(3), 254-256. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.08.002>
- Moeller, D. (2017). Eliminating blood culture false positives: Harnessing the power of nursing shared governance. *Journal of Emergency Nursing*, 43(2), 126-132. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2016.07.001>

- Moore, W. R., Vermuelen, A., Taylor, R., Kihara, D. et Wahome, E. (2019). Improving 3-hour sepsis bundled care outcomes: Implementation of a nurse-driven sepsis protocol in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(6), 690-698. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.05.005>
- Moraros, J., Lemstra, M. et Nwankwo, C. (2016). Lean interventions in healthcare: Do they actually work? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(2), 150-165. <https://dx.doi.org/10.1093%2Fintqhc%2Fmzv123>
- Morey, J. C., Simon, R., Jay, G. D., Wears, R. L., Salisbury, M., Dukes, K. A. et Berns, S. D. (2002). Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: Evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 37(6), 1553-1581. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.01104>
- Morgan, G. (1999). *Images de l'organisation*. Les Presses Université Laval.
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J. et Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS ONE*, 13(8), e0203316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
- Muntlin Athlin A, von Thiele Schwarz, U. et Farrohknia, N. (2013). Effects of multidisciplinary teamwork on lead times and patient flow in the emergency department: A longitudinal interventional cohort study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 21, article 76. <https://doi.org/10.1186/1757-7241-21-76>
- Murphy, L. M., Murphy, S. O., Hastings, M. A. et Olberding, A. (2015). Are interprofessional roundtable debriefings useful in decreasing ED fall rates? Findings from a quality-improvement project. *Journal of Emergency Nursing*, 41(5), 375-380. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.02.005>
- Murphy, S. O., Barth, B. E., Carlton, E. F., Gleason, M. et Cannon, C. M. (2014). Does an ED flow coordinator improve patient throughput? *Journal of Emergency Nursing*, 40(6), 605-612. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.03.007>
- Mykhalovskiy, E. et Church, K. (2006). Of t-shirts and ontologies: Celebrating George Smith's pedagogical legacies. Dans C. Frampton, G. Kinsman, A. K. Thompson et K. Tillecsek (dir.). *Sociology for changing the world. Social movements/social research* (71-86). Fernwood.
- Naccarella, L., Raggatt, M. et Redley, B. (2019). The influence of spatial design on team communication in hospital emergency departments. *HERD: Health Environments Research and Design Journal*, 12(2), 100-115. <https://doi.org/10.1177/1937586718800481>
- Naik, T., Duroseau, Y., Zehtabchi, S., Rinnert, S., Payne, R., McKenzie, M. et Legome, E. (2012). A structured approach to transforming a large public hospital emergency

- department via lean methodologies. *Journal for Healthcare Quality*, 34(2), 86-97. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2011.00181.x>
- Nailon, R. E., Schwedhelm, S., Egan, M. J., Watson, S., Nuss, S. L. et Morris, R. (2015). ED greeter nurse: Transforming triage and improving patient care outcomes. *Journal of Emergency Nursing*, 41(3), 265-267. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2015.01.009>
- Needleman, J., Kurtzman, E. T. et Kizer, K. W. (2007). Performance measurement of nursing care: State of the science and the current consensus. *Medical Care Research and Review*. 64(supplement 2), 10S-43S. <https://doi.org/10.1177/1077558707299260>
- Newman, S. et Lawler, J. (2009). Managing health care under New Public Management: A Sisyphean challenge for nursing. *Journal of sociology*, 45(4), 419-432. <https://doi.org/10.1177/1440783309346477>
- Nicosia, F. M., Park, L. G., Gray, C. P., Yakir, M. J. et Hung, D. Y. (2018). Nurses' perspectives on lean redesigns to patient flow and inpatient discharge process efficiency. *Global Qualitative Nursing Research*, 5. <https://dx.doi.org/10.1177%2F2333393618810658>
- Nielsen, G., Peschel, L. et Burgess, A. (2014). Essential documentation elements: Quality tool for the emergency department nurse. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 36(2), 199-205. <https://doi.org/10.1097/tme.000000000000020>
- Nord, C. et Högström, E. (dir.). (2017). *Caring architecture: Institutions and relational practices*. Cambridge Scholars Publishing.
- Ocloo, J. E. et Fulop, N. J. (2011). Developing a “critical” approach to patient and public involvement in patient safety in the NHS: Learning lessons from other parts of the public sector? *Health Expectations*, 15(4), 424-432. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00695.x>
- Olesen, V. (2011). Feminist qualitative research in the millennium's first decade: Developments, challenges, prospects. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research* (fifth edition, 129-146). SAGE.
- Olssen, M. (2004). Foucault and marxism: Rewriting the theory of historical materialism. *Policy Futures in Education*, 2(3-4), p. 454-482. <https://doi.org/10.2304/pfie.2004.2.3.3>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec. (2019). Triage à l'urgence : lignes directrices. <https://www.oiiq.org/triage-a-l-urgence-lignes-directrices>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2020). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020 – Le Québec et ses régions. <https://www.oiiq.org/rapport-statistique-sur-l-effectif-infirmier-2019-2020-le-quebec-et-ses-regions>

- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais*.  
[https://www.who.int/whr/2008/08\\_overview\\_fr.pdf](https://www.who.int/whr/2008/08_overview_fr.pdf)
- Ospina, M., Bond, K., Schull, M., Innes, G., Blitz, S. et Rowe, B. (2007). Key indicators of overcrowding in Canadian emergency departments: A Delphi study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 9(5), 339-346. <https://doi.org/10.1017/S1481803500015281>
- Pappas, S. H. (2008). The cost of nurse-sensitive adverse events. *The Journal of Nursing Administration*, 38(5), 230-236. <https://doi.org/10.1097/01.nna.0000312770.19481.ce>
- Paquet, M., Courcy, F., Lavoie-Tremblay, M., Gagnon, S., et Maillet, S. (2013). Psychosocial work environment and prediction of quality of care indicators in one Canadian health center. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(2), 82-94.  
<https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2012.00250.x>
- Pati, D., Harvey Jr, T. E. et Pati, S. (2014). Physical design correlates of efficiency and safety in emergency departments: A qualitative examination. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(3), 299-316. <https://doi.org/10.1097/cnq.0000000000000032>
- Pati, D., Harvey Jr, T. E., Redden, P., Summers, B. et Pati, S. (2015). An empirical examination of the impacts of decentralized nursing unit design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 8(2), 56-70. <https://doi.org/10.1177/1937586715568986>
- Pati, D., Valipoor, S., Lorusso, L., Mihandoust, S., Jamshidi, S., Rane, A. et Kazem-Zadeh, M. (2019). The impact of the built environment on patient falls in hospital rooms: An integrative review. *Journal of Patient Safety*, 17(4), 273-281.  
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000613>
- Pence, E. et Smith, D. E. (2011). *The institutional analysis: matching what institutions do with what works for people* [document inédit].
- Pennington, H. et Isles, C. (2013). Should hospitals provide all patients with single rooms? *British Medical Journal*, 347, f5695. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5695>
- Peretz, H. (2004). *Les méthodes en sociologie : l'observation*. La découverte.
- Perron, A., Fluet, C. et Holmes, D. (2005). Agents of care and agents of the state: Bio-power and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 536-544.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03432.x>
- Perron, A., Rudge, T. et Gagnon, M. (2020). Hypervisible nurses: Effects of circulating ignorance and knowledge on acts of whistleblowing in health. *Advances in Nursing Science*, 43(2), 114-131. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000311>

- Perron, A., Rudge, T. et Holmes, D. (2010). Citizen minds, citizen bodies: The citizenship experience and the government of mentally ill persons. *Nursing Philosophy*, 11(2), 100-111. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2010.00437.x>
- Piggott, Z., Weldon, E., Strome, T. et Chochinov, A. (2011). Application of lean principles to improve early cardiac care in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 13(5), 325-332. <http://dx.doi.org/10.2310/8000.2011.110284>
- Pines, J. M. et Griffey, R. T. (2015). What we have learned from a decade of ED crowding research. *Academic Emergency Medicine*, 22(8), 985-987. <https://doi.org/10.1111/acem.12716>
- Pittenger, C. et Olberding, A. (2018). Change ahead: Construction in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 44(6), 657-658. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.023>
- Pitts, S. R., Niska, W., Xu, J. et Burt, C. W. (2008). National hospital ambulatory medical care survey: 2006 emergency department summary. *National Health Statistics Reports*, 6(7), 1-38. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18958996/>
- Plsek, P. E. et Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323, 625-628. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>
- Poland, D. B. (2003). Transcription quality. Dans J. A. Holstein et J. F. Gubrium (dir.), *Inside interviewing: new lenses, new concerns* (267-288). SAGE. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412984492.n13>
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Potts, L., Ryan, C., Diegel-Vacek, L. et Murchek, A. (2018). Improving patient flow from the emergency department utilizing a standardized electronic nursing handoff process. *The Journal of Nursing Administration*, 48(9), 432-436. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000645>
- Prabhakaran, S., Lee, J. et O'Neill, K. (2016). Regional learning collaboratives produce rapid and sustainable improvements in stroke thrombolysis times. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 9(5), 585-592. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003222>
- Preyde, M., Crawford, K. et Mullins, L. (2012). Patients' satisfaction and wait times at Guelph General Hospital Emergency department before and after implementation of a process improvement project. *Canadian Journal of Emergency Medical Care*, 14(3), 157-168. <https://doi.org/10.2310/8000.2012.110590>
- Prior, L. (1988). The architecture of the hospital: A study of spatial organization and medical knowledge. *British Journal of Sociology*, 39(1), 86-113. <https://doi.org/10.2307/590995>

- Probus, K. A. et Smith, T. B. (2020). Improving quality with emergency department throughput in a critical access hospital. *Journal of Nursing Administration*, 50(6), 363-368. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000898>
- Pryce, A., Unwin, M., Kinsman, L. et McCann, D. (2020). Delayed flow is a risk to patient safety: A mixed method analysis of emergency department patient flow. *International Emergency Nursing*, 54, 100956. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100956>
- QSR International. (1999). NVivo (version 12) [logiciel d'analyse de données qualitatives]. <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/about/nvivo/who-its-for/academia/>
- Quinn, G. R., Le, E., Soni, K., Berger, G., Mak, Y. E. et Pierce, R. (2014). “Not so fast!” the complexity of attempting to decrease door-to-floor time for emergency department admissions. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40(1), 30-38. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(14\)40004-7](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(14)40004-7)
- Radnor, Z. J., Holweg, M. et Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science & Medicine*, 74(3), 364-371. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.011>
- Rafferty, A. M., Clarke, S. P., Coles, J., Ball, J., James, P., McKee, M. et Aiken, L. H. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 175-182. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.ijnurstu.2006.08.003>
- Rankin, J. M. (2001). Texts in action: How nurses are doing the fiscal work of healthcare reform. *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, 7(2), 251-267. <https://doi.org/10.1080/10245280108523560>
- Rankin, J. M. (2003). “Patient satisfaction”: Knowledge for ruling hospital reform – An institutional ethnography. *Nursing Inquiry*, 10(1), 57-65. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1800.2003.00156.x>
- Rankin, J. M. (2004). *How nurses practice healthcare reform: An institutional ethnography* [thèse de doctorat, Université de Victoria]. Dépôt DSpace/Manakin. <https://dspace.library.uvic.ca/handle/1828/345>
- Rankin, J. M. (2009). The nurse project: An analysis for nurses to take back our work. *Nursing Inquiry*, 16(4), 275-286. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00458.x>
- Rankin, J. M. (2017). Conducting analysis in institutional ethnography: Guidance and cautions. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). <https://doi.org/10.1177/1609406917734472>
- Rankin, J. M. et Campbell, M. (2009). Institutional ethnography (IE), nursing work and hospital reform: IE's cautionary analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 10(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-10.2.1258>

- Rankin, J. M. et Campbell, M. L. (2006). *Managing to nurse: Inside Canada's health care reform*. University of Toronto Press.
- Ransom, S. B., Joshi, M. et Nash, D. (2008). *The healthcare quality book: Vision, strategy and tools*. Health Administration Press.
- Ray, M. A. (1992). Critical theory as a framework to enhance nursing science. *Nursing Science Quarterly*, 5(3), 98-101. <https://doi.org/10.1177/089431849200500302>
- Real, K., Bardach, S. H. et Bardach, D. R. (2017). The role of the built environment: How decentralized nurse stations shape communication, patient care processes, and patient outcomes. *Health communication*, 32(12), 1557-1570. <https://doi.org/10.1080/10410236.2016.1239302>
- Reverby, S. M. (1987). *Ordered to care: The dilemma of American nursing, 1850-1945*. Cambridge University Press.
- Ringham, C., Rankin, J. et Marcellus, L. (2020). The social organization of neonatal nurses' feeding work. *Neonatal Network*, 39(5), 283-292. <http://dx.doi.org/10.1891/0730-0832.39.5.283>
- Risjord, M. (2011). *Nursing knowledge: Science, practice, and philosophy*. John Wiley & Sons, Inc.
- Roller, M. R. et Lavrakas, P. J. (2015). *Applied qualitative research design: A total quality framework approach*. The Guilford Press.
- Rouillard, C., Montpetit, É., Fortier, I. et Gagnon, A.-G. (2004). *La réingénierie de l'État. Vers un appauvrissement de la gouvernance québécoise*. Presses de l'Université Laval.
- Rowe, B. H., Bond, K., Ospina, M. B., Blitz, S., Friesen, C., Schull, M., Innes, G., Afilalo, M., Bullard, M., Campbell, S. G., Curry, G., Holroyd, B., Yoon, P. et Sinclair, D. (2006). *Le surpeuplement des urgences au Canada : qu'en est-il exactement et qu'y a-t-il à faire?* (n° 21). Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. [https://www.cadth.ca/media/pdf/422\\_overcrowding\\_to\\_f.pdf](https://www.cadth.ca/media/pdf/422_overcrowding_to_f.pdf)
- Roy, B., Holmes, D. et Perron, A. (2008). L'infirmière praticienne en soins de première ligne : entre colonisation et affranchissement. Dans C. Dallaire (dir.), *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession infirmière* (415-439). Gaëtan Morin Éditeur.
- Rudge, T. (2013). Trudy Rudge. Dans A. Forss, C. Ceci et John. S. Drummond (dir.). *Philosophy of nursing, 5 questions* (191-200). Automatic Press.
- Ryan, C., Powlesland, J., Phillips, C., Raszewski, R., Johnson, A., Banks-Enorensen, K., Agoo, V. C., Nacorda-Beltran, R., Halloway, S., Martin, K., Smith, L. D., Walczak, D., Warda, J., Washington, B. J. et Welsh, J. (2017). Nurses' perceptions of quality care. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), 180-185. <https://doi.org/10.1097/ncq.0000000000000211>

- Saar, M. (2010). Relocating the modern state: Governmentality and the history of political ideas. Dans U. Bröckling, S. Krasmann et T. Lemke (dir.), *Governmentality: Current issues and futures challenges*. Routledge.
- Sagan, S. D. (1994). Toward a political theory of organizational reliability. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 2(4), 228-240. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-5973.1994.tb00048.x>
- Salas, E., Rosen, M. A. et King, H. (2007). Managing teams managing crises: Principles of teamwork to improve patient safety in the emergency room and beyond. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 8(5), 381-394. <https://doi.org/10.1080/14639220701317764>
- Salway, R. J., Valenzuela, R., Shoenberger, J. M., Mallon, W. K. et Viccellio, A. (2017). Emergency department (ED) overcrowding: Evidence-based answers to frequently asked questions. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 213-219. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.008>
- Santé Canada, (2010). *Organisations actuelles sur la sécurité des patients au Canada*. Gouvernement du Canada. [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/patient\\_securit/orgs-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/patient_securit/orgs-fra.php)
- Satka, M. E. et Skehill, C. (2012). Michel Foucault and Dorothy Smith in case file research: Strange bed-fellows or complementary thinkers? *Qualitative Social Work*, 11(2), 191-205. <https://doi.org/10.1177/1473325011400483>
- Schouten, L. M. T., Hulscher, M. E. J. L., van Everdingen, J. J. E., Huijsman, R. et Grol, R. P. T. M. (2008). Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: Systematic review. *British Medical Journal*, 336, 1491-1494. <https://doi.org/10.1136/bmj.39570.749884.be>
- Schwab, R. A., DelSorbo, S.M., Cunningham, M. R., Craven, K. et Watson, W. A. (1999). Using statistical process control to demonstrate the effect of operational interventions on quality indicators in the emergency department. *Journal for Healthcare Quality*, 21(4), 38-41. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.1999.tb00975.x>
- Scoville, R. et Little, K. (2014). *Comparing lean and quality improvement*. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/ComparingLeanandQualityImprovement.aspx>
- Scoville, R., Little, K., Rakover, J., Luther, K. et Mate, K. (2017). *Sustaining Improvement*. Institute for Healthcare Improvement. <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Sustaining-Improvement.aspx>

- Sedlak, S. K. et Roberts, A. (2004). Implementation of best practices to reduce overall emergency department length of stay. *Topics in Emergency Medicine*, 26(4), 312-321. [https://journals.lww.com/aenjournal/Abstract/2004/10000/Implementation\\_of\\_Best\\_Practices\\_to\\_Reduce\\_Overall.6.aspx](https://journals.lww.com/aenjournal/Abstract/2004/10000/Implementation_of_Best_Practices_to_Reduce_Overall.6.aspx)
- Self, W. H., Mickanin, J., Grijalva, C. G., Grant, F. H., Henderson, M. C., Corley, G., Blaschke li, D. G., McNaughton, C. D., Barrett, T. W., Talbot, T. R. et Paul, B. R. (2014). Reducing blood culture contamination in community hospital emergency departments: A multicenter evaluation of a quality improvement intervention. *Academic Emergency Medicine*, 21(3), 274-282. <https://doi.org/10.1111/acem.12337>
- Sendelbach, S. et Funk, M. (2013). Alarm fatigue: A patient safety concern. *AACN Advanced Critical Care*, 24(4), 378-386. <https://doi.org/10.1097/nci.0b013e3182a903f9>
- Sharieff, G. Q., Burnell, L., Cantonis, M., Norton, V., Tovar, J., Roberts, K., VanWyk, C., Saucier, J. et Russe, Jamie (2013). Improving emergency department time to provider, left-without-treatment rates, and average length of stay. *Journal of Emergency Medicine*, 45(3), 426-432. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2013.03.014>
- Shih, F. J. (1998). Triangulation in nursing research: Issues of conceptual clarity and purpose. *Journal of advanced nursing*, 28(3), 631-641. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00716.x>
- Shortell, S. M., Bennet, C. L. et Byck, G. R. (1998) Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: What will it take to accelerate progress. *The Milkbank Quartely*, 76(4), 593-624. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00107>
- Silvester, K. M., Mohammed, M. A., Harriman, P., Girolami, A. et Downes, T. W. (2014). Timely care for frail older people referred to hospital improves efficiency and reduces mortality without the need for extra resources. *Age and Ageing*, 43(4), 472-477. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft170>
- Sinclair, M. A. (2007). Ergonomics issues in future systems. *Ergonomics*, 50(12), 1957-1986. <https://doi.org/10.1080/00140130701639474>
- Singer, P. (2000). *Marx: A very short introduction*. Oxford University Press.
- Sitzia, J. et Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829-1843. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00128-7](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00128-7)
- Skaggs, M. K. D., Daniels, J. F., Hodge, A. J. et DeCamp, V. L. (2018). Using the evidence-based practice service nursing bundle to increase patient satisfaction. *Journal of Emergency Nursing*, 44(1), 37-45. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.10.011>
- Smith, D. E. (1987). *The everyday world as problematic: A feminist sociology*. Northeastern University Press.

- Smith, D. E. (1990a). *The conceptual practices of power: A feminist sociology of knowledge*. University of Toronto Press.
- Smith, D. E. (1990b). *Texts, facts and femininity: Exploring the relations of ruling*. Routledge.
- Smith, D. E. (1996). The relations of ruling: A feminist inquiry. *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, 2(2), 171-190.  
<https://doi.org/10.1080/10245289608523475>  
<https://doi.org/10.1080/10245289608523475>
- Smith, D. E. (1999). *Writing the social: Critique, theory and investigations*. University of Toronto Press.
- Smith, D. E. (2004). Ideology, science and social relations: A reinterpretation of Marx's epistemology. *European Journal of Social Theory*, 7(4), 445-462.  
<https://doi.org/10.1177/1368431004046702>
- Smith, D. E. (2005). *Institutional ethnography: A sociology for the people*. AltaMira Press.
- Smith, D. E. (2006). *Institutional ethnography as practice*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Smith, K. M. (2020). Facing history for the future of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1429-1431. <https://doi.org/10.1111/jocn.15065>
- Soares, A. (2010). *Les (in)visibles de la santé. Rapport préliminaire de recherche*. Université du Québec à Montréal.  
[http://www.angelosoares.ca/rapports/Rapport Invisibles de la Sante%CC%81 A Soares.pdf](http://www.angelosoares.ca/rapports/Rapport%20Invisibles%20de%20la%20Sant%C3%A9%20-%20A%20Soares.pdf)
- Spain, D., Crilly, J., Pierce, J., Steele, M., Scuffham, P. et Keijzers, G. (2015). Can a barcode scanner for blood collection improve patient identification integrity in the emergency department? A prospective before-and-after study. *Emergency Medicine Australasia*, 27(1), 47-54. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12334>
- Spencer, S., Stephens, K., Swanson-Biearman, B. et Whiteman, K. (2019). Health care provider in triage to improve outcomes. *Journal of Emergency Nursing*, 45(5), 561-566.  
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2019.01.008>
- St-Onge, R., Lemonde, M., Rukholm, E., Bailey, P., Kaminski, V., McGirr, M., McLellan, B. et Pong, R. (2003). Fusion d'hôpitaux au Nord-est de l'Ontario : quel espace pour la parole des infirmières? *Reflets*, 9(1), 80-109. <https://doi.org/10.7202/010863ar>
- Stake-Doucet, N., Lardeux, A. et Pomerleau, S. (2016, 17 novembre). Ne négligeons pas les alertes des infirmières. *L'actualité*. <https://lactualite.com/societe/ne-negligeons-pas-les-alertes-des-infirmieres/>

- Stall, N. (2012). Private rooms: Evidence-based design in hospitals. *CMAJ*, 184(2), 162-163. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4079>
- Stanfield, L. (2018). Improvement of door-to-electrocardiogram time using the first-nurse role in the ED Setting. *Journal of Emergency Nursing*, 44(5), 466-471. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.12.011>
- Stoeckle, A., Iseler J. I., Havey, R. et Aebersold, C. (2019). Catching quality before it falls: Preventing falls and injuries in the adult emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(3), 257-264. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.08.001>
- Strandås, M., Wackerhausen, S. et Bondas, T. (2019). Gaming the system to care for patients: A focused ethnography in Norwegian public home care. *BMC Health Services Research*, 19(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3950-3>
- Stroebel, R. J., Obeidat, B., Lim, L., Mitchell, J. D., Jasperson, D. B. et Zimring, C. (2019). The impact of clinic design on teamwork development in primary care. *Health care management review*. <https://doi.org/10.1097/hmr.0000000000000259>
- Sullivan, C. M., Staib, A., Flores, J., Aggarwal, L., Scanlon, A., Martin, J. H. et Scott, I. A. (2014). Aiming to be NEAT: Safely improving and sustaining access to emergency care in a tertiary referral hospital. *Australian Health Review*, 38(5), 564-574. <https://doi.org/10.1071/ah14083>
- Sweeney, K. et Kernick, D. (2002). Clinical evaluation: Constructing a new model for post-normal medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 8(2), 131-138. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2753.2002.00312.X>
- Swezey, R. W., Meltzer, A. L. et Salas, E. (1994). Some issues involved in motivating teams. Dans H. F. O'Neil et M. Drillings (dir.), *Motivation* (141-164). Erlbaum Associates.
- Threath, D. L. (2020). Improving sepsis bundle implementation times: A nursing process improvement approach. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(2), 135-139. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000430>
- Tindle, K., David, A., Carlisle, S., Faircloth, B., Fields, J. M., Hayden, G. et Ku, B. (2020). Relationship of the built environment on nursing communication patterns in the emergency department: A task performance and analysis time study. *Journal of Emergency Nursing*, 46(4), 440-448. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.04.005>
- Toncich, G., Cameron, P., Virtue, E., Bartlett, J. et Ugoni, A. (2000). Institute for health care improvement collaborative trial to improve process times in an Australian emergency department. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 20(2-3), 79-86. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1762.2000.00370.x>
- Townsend, E., Langille, L. et Ripley, D. (2003). Professional tensions in client-centered practice: Using institutional ethnography to generate understanding and transformation. *The*

- American Journal of Occupational Therapy*, 57(1), 17-28.  
<https://doi.org/10.5014/ajot.57.1.17>
- Traynor, M. (1999). *Managerialism and nursing: Beyond oppression and profession*. Psychology Press.
- Traynor, M. (2007). A historical description of the tensions in the development of modern nursing in nineteenth-century Britain and their influence on contemporary debates about evidence and practice. *Nursing Inquiry*, 14(4), 299-305. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00381.x>
- Traynor, M. (2013). *Nursing in context: Policy, politics, profession*. Macmillan International Higher Education.
- Traynor, M., Boland, M. et Buus, N. (2010a). Autonomy, evidence and intuition: Nurses and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1584-1591.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05317.x>
- Traynor, M., Boland, M. et Buus, N. (2010b) Professional autonomy in 21st century healthcare: Nurses' accounts of clinical decision-making. *Social Science & Medicine*, 71(8), 1506-1512. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.07.029>
- Traynor, M., Stone, K., Cooke, H., Gould, D. et Maben, J. (2014). Disciplinary processes and the management of poor performance among UK nurses: Bad apple or systemic failure? A scoping study. *Nursing Inquiry*, 21(1), 51-58. <https://doi.org/10.1111/nin.12025>
- Tufte, P. et Dahl, H. M. (2016). Navigating the field of temporally framed care in the Danish home care sector. *Sociology of Health & Illness*, 38(1), 109-122.  
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12343>
- Ulhassan, W., von Thiele Schwarz, U., Thor, J. et Westerlund, H. (2014). Interactions between lean management and the psychosocial work environment in a hospital setting – a multi-method study. *BMC Health Services Research*, 14, 480. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-480>
- Ulhassan, W., Westerlund, H., Thor, J., Sandahl, C. et von Thiele Schwarz, U. (2014). Does lean implementation interact with group functioning? *Journal of Health Organization and Management*, 28(2), 196-213. <https://doi.org/10.1108/jhom-03-2013-0065>
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H. B., Choi, Y.-S., Quan, X. et Joseph, A. (2008). A review of the research literature on evidence-based healthcare design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.  
<https://doi.org/10.1177/193758670800100306>
- Ulrich, R., Quan, X., Zimring, C., Joseph, A. et Choudhary, R. (2004). The role of the physical environment in the hospital of the 21st century: A once-in-a-lifetime opportunity. *The*

- Center for Health Design*. <https://www.healthdesign.org/knowledge-repository/role-physical-environment-hospital-21st-century-once-lifetime-opportunity>
- Vadeboncoeur, A. (2019, 4 janvier). La congestion des urgences ne date pas d'hier. *L'actualité*. <https://lactualite.com/sante-et-science/la-congestion-des-urgences-ne-date-pas-dhier/>
- Van de Ven, A. H. (1986). Central problems in the management of innovation. *Management Science*, 32(5), 513-644. <https://doi.org/10.1287/mnsc.32.5.590>
- van der Linden, M. C., van Ufford, H. M. E., Project Group Medical Specialists et van der Linden, N. (2019). The impact of a multimodal intervention on emergency department crowding and patient flow. *International Journal of Emergency Medicine*, 12, article 21. <https://doi.org/10.1186/s12245-019-0238-7>
- VanHeuvelen, J. S. (2019). Isolation or interaction: Healthcare provider experience of design change. *Sociology of Health & Illness*, 41(4), 692-708. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12850>
- Vasquez, D., Deland, L., Spears, K., Metcalfe, L., Frost, S. et Christensen, M. (2019). Time is precious: person-centred end of life care in an emergency department. A quality improvement project. *Emergency Nurse*, 27(4), 33-42. <https://doi.org/10.7748/en.2019.e1961>
- Venella, J. J., Papa, A. et Baren, J. M. (2012). Transforming care in a large inner city university hospital emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 38(6), 592-594. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.07.018>
- Ver Hage, A., Teleb, M. et Smith, E. (2018). An emergent large vessel occlusion screening protocol for acute stroke: A quality improvement initiative. *Journal of Neuroscience Nursing*, 50(2), 68-73. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000346>
- Vermeulen, M. J., Stukel, T. A., Guttmann, A., Rowe, B. H., Zwarenstein, M., Golden, B., Nigam, A., Anderson, G., Bell, R. S., Schull, M. J. et ED Investor Team. (2014). Evaluation of an emergency department lean process improvement program to reduce length of stay. *Annals of Emergency Medicine*, 64(5), 427-438. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.06.007>
- Vose, C., Reichard, C., Pool, S., Snyder, M. et Burmeister, D. (2014). Using LEAN to improve a segment of emergency department flow. *Journal of Nursing Administration*, 44(11), 558-563. <https://doi.org/10.1097/naa.0000000000000098>
- Wachter, R. M. (2015). *The digital doctor: Hope, hype, and harm at the dawn of medicine's computer age*. McGraw-Hill Education.
- Walby, K. (2013). Institutional ethnography and data analysis: Making sense of data dialogues. *International Journal of Social Research Methodology*, 16(2), 141-154. <https://doi.org/10.1080/13645579.2012.661207>

- Wall, S. (2007). Nurses' engagement with feminist/poststructuralist theory: (Im)possibility, fear and hope. *thirdspace*, 7(1), 37-49.  
<https://journals.sfu.ca/thirdspace/index.php/journal/article/viewFile/wall/183>
- Walter, S. R., Raban, M. Z. et Westbrook, J. I. (2019). Visualising clinical work in the emergency department: Understanding interleaved patient management. *Applied Ergonomics*, 79, 45-53. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.04.005>
- Waszak, D. L, Mitchell, A. M., Ren, D. et Fennimore, L. A. (2018). A quality improvement project to improve education provided by nurses to ED patients prescribed opioid analgesics at discharge. *Journal of Emergency Nursing*, 44(4), 336-344.  
<https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.09.010>
- Waters, R. N. (2016). *The social organisation of wound clinic work: An institutional ethnography* [thèse de doctorat, Université de Calgary]. Librairies and Cultural Resources. <https://prism.ucalgary.ca/handle/11023/2868>
- Wears, R. L. (2002). Headaches from practice guidelines. *Annals of Emergency Medicine*, 39(3), 334-337. <https://doi.org/10.1067/mem.2002.122180>
- Wears, R. L. et Hunte, G. S. (2014). Seeing patient safety "like a state". *Safety Science*, 67, 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.02.007>
- Wears, R. L. et Kneebone, R. L. (2012). The problem of orthodoxy in safety research: Time for a reformation. *Annals of Emergency Medicine*, 60(5), 580-581.  
<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2012.07.113>
- Wears, R. L., Hollnagel, E. et Braithwaite, J. (dir.). (2015). *Resilient health care, volume 2: The resilience of everyday clinical work*. Ashgate Publishing.
- Weaver, A. L., Hernandez, S. et Olson, D. M. (2017). Clinician perceptions of teamwork in the emergency department: Does nurse and medical provider workspace placement make a difference? *Journal of Nursing Administration*, 47(1), 50-55.  
<https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000436>
- Weber, M., Shils, E. A. et Finch, H. A. (1949). *The methodology of the social sciences*. Free Press.
- Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G. et Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 287-300. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.010>
- Welch, S. J. (2012). Using data to drive emergency department design: A metasynthesis. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 5(3), 26-45.  
<http://dx.doi.org/10.1177/193758671200500305>

- Westbrook, J. I., Coiera, E., Dunsmuir, W. T. M., Bown, B. M., Kelk, N., Paoloni, R. et Tran, C. (2010). The impact of interruptions on clinical task completion. *British Medical Journal Quality & Safety*, 19(4), 284-289. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.039255>
- Westbrook, J. I., Duffield, C., Li, L. et Creswick, N. J. (2011). How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Services Research*, 11, 319. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-319>
- White, P., Hillman, A. et Latimer, J. (2012). Ordering, enrolling, and dismissing: Moments of access across hospital spaces. *Space and Culture*, 15(1), 68-87. <https://doi.org/10.1177/1206331211426063>
- Wiles, L. L., Roberts, C. et Schmidt, K. (2015). Keep it clean: A visual approach to reinforce hand hygiene compliance in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 41(2), 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2014.11.012>
- Willis, E., Carryer, J., Harvey, C., Pearson, M. et Henderson, J. (2017). Austerity, new public management and missed nursing care in Australia and New Zealand. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3102-3110. <https://doi.org/10.1111/jan.13380>
- Willis, E., Toffoli, L., Henderson, J., Couzner, L., Hamilton, P., Verrall, C. et Blackman, I. (2016). Rounding, work intensification and new public management. *Nursing Inquiry*, 23(2), 158-168. <https://doi.org/10.1111/nin.12116>
- Wilson, R. (2011). Improving clinical handover in emergency departments. *Emergency Nurse*, 19(1), 22-26. <https://doi.org/10.7748/en2011.04.19.1.22.c8446>
- Wittig, M. (1980a). On ne naît pas femme. *Questions Féministes*, 8, 75-84.
- Wittig, M. (1980b). La pensée straight. *Questions Féministes*, 7, 45-53.
- Womack, J. P. et Jones, D. T. (2003). *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation, revised and updated*. Free press.
- Wuest, J. (1993). Removing the shackles: A feminist critique of noncompliance. *Nursing Outlook*, 41(5), 217-224. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2009.09.006>
- Xuan, X., Chen, X. et Li, Z. (2019). Impacts of nursing unit design on visibility and proximity and its influences on communication, privacy, and efficiency. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 13(2), 200-217. <https://doi.org/10.1177/1937586719881443>
- Yancer, D. A., Foshee, D., Cole, H., Beauchamp, R., de la Pena, W., Keefe, T., Smith, W., Zimmerman, K., Lavine, M. et Toops, B. (2006). Managing capacity to reduce emergency department overcrowding and ambulance diversions. *Joint Commission*

*Journal on Quality and Patient Safety*, 32(5), 239-245. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(06\)32031-4](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(06)32031-4)

Yanow, D. (1995). Built space as story: The policy stories that buildings tell. *Policy Studies Journal*, 23(3), 407-422. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0072.1995.tb00520.x>

Zamani, Z. (2019). Effects of emergency department physical design elements on security, wayfinding, visibility, privacy, and efficiency and its implications on staff satisfaction and performance. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 12(3), 72-88. <https://doi.org/10.1177/1937586718800482>

Zborowsky, T., Bunker-Hellmich, L., Morelli, A. et O'Neill, M. (2010). Centralized vs. decentralized nursing stations: Effects on nurses' functional use of space and work environment. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 3(4), 19-42. <https://doi.org/10.1177/193758671000300404>

**Annexe A : Offre d'emploi Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance de  
l'éthique et du *Lean***

**Poste d'encadrement**

#132516

## Identification de l'employeur

CISSS de la M [REDACTED]

Région : Montérégie  
 Lieu de travail : À déterminer

## Identification des besoins

**DIRECTRICE OU DIRECTEUR DE LA QUALITÉ, ÉVALUATION, PERFORMANCE, ÉTHIQUE ET LEAN**

Statut : Temps complet  
 Salaire : Classe  
 Quart : jour

Durée : (non applicable)  
 Affichage : du 8 avril 2015 au 14 avril 2015

**Mandat :**

Le centre intégré de santé et de services sociaux de [REDACTED] est à la recherche de candidates et de candidats pour pourvoir le poste de directrice ou de directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance, de l'éthique et du Lean (DQEPEL). Notre établissement comprend environ 7254 équivalents temps complet (ETC) pour un budget de plus de 630 M\$.

Le DQEPE sera appelé à œuvrer dans un contexte de changement majeur et de grande complexité à la suite de la fusion et de l'intégration de plusieurs établissements à multiples installations, missions et professions. Il aura à s'assurer de la qualité et de l'évolution des pratiques cliniques transversales, du développement, de la promotion et de la révision des meilleures pratiques cliniques dans un contexte d'interdisciplinarité pour que les soins et les services offerts aux clientèles des divers programmes soient de haute qualité. Il devra s'assurer de contribuer à briser les barrières interprogrammes.

S'ajoutent à cette transformation le devoir de conjuguer avec un cadre légal vaste et complexe, de même que des obligations de performance et de transparence. La présente conjoncture requiert des candidats ayant démontré un sens très élevé des responsabilités et d'imputabilité, un courage de gestion, des compétences de haut niveau en gestion du changement et en amélioration continue de la qualité, en performance, efficacité et efficacité ainsi qu'une grande rigueur budgétaire. L'expérience patient (client) et la responsabilité populationnelle ou clientèle seront aussi au cœur de tous les processus afin d'améliorer l'accès, la continuité et la fluidité des services.

## Sommaire du rôle et des responsabilités

Sous l'autorité du président-directeur général (PDG) vous exercerez votre leadership dans un contexte de transformation et d'amélioration continue en fonction des orientations ministérielles et des résultats attendus. Vous planifierez et veillerez au développement et à la mobilisation de l'ensemble des ressources humaines sous votre responsabilité et en étroite collaboration avec toutes les directions.

Vous assumerez la responsabilité de positionner stratégiquement la gouverne de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique et vous aurez un rôle-conseil et de soutien auprès des équipes de direction au sein desquelles pratiquent le personnel ainsi que les cliniciens, et ce, en étroite collaboration avec l'ensemble des directions.

Vous soutiendrez les directions et les gestionnaires dans la création de corridors de services pour la clientèle, la mise en œuvre de différentes stratégies et programmes essentiels à l'organisation en matière d'évaluation, de qualité, de gestion de risques, de performance et d'éthique. Vous vous assurerez de l'efficacité de ces processus et de leur amélioration constante par une implication active au niveau de la révision des processus de travail, la détermination des profils de compétences adaptés aux clientèles desservies, de même qu'à l'application et au respect des normes professionnelles. Vous soutiendrez également les divers projets Lean Health Care de l'organisation. Vous veillerez au bon fonctionnement du comité éthique et vous serez membre actif du comité de coordination clinique.

Vous veillerez à l'évolution des pratiques cliniques transversales, soit la qualité et l'évolution de la pratique, le processus d'agrément, l'interdisciplinarité et l'expérience patient en collaboration la direction des soins infirmiers, la direction des services multidisciplinaires et la direction des services professionnels.

Gestionnaire d'expérience, hautement crédible, la personne recherchée est dotée d'un grand esprit d'équipe. Loyale et courageuse, elle possède de fortes habiletés en gestion du changement ainsi qu'une capacité à résoudre de manière créative des situations complexes. Communicatrice efficace, elle agit avec rigueur ainsi qu'avec un sens éthique élevé.

Le DQEPEL exerce ses fonctions à temps plein et de façon exclusive.

**Exigences :**

## Exigences requises

Maîtrise en administration ou dans une discipline pertinente aux fonctions.

Expérience professionnelle significative dans un poste d'encadrement supérieur relié aux activités couvertes par cette direction.

Très bonne compréhension du secteur de la santé et des services sociaux, de son administration et de son cadre légal.

Expérience significative de coordination dans des projets de réorganisation et de changements importants (fusion d'établissements multi mission, implantation de processus de performance) constitue un atout.

Membre en règle d'un ordre professionnel considéré comme un atout.

Expérience importante dans un poste d'encadrement supérieur peut compenser l'une ou l'autre des exigences.

## Concours réservés

Aux directeurs du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) de leur région respective dont le poste est aboli par la Loi pourvu qu'ils exercent une composante du poste pour lequel ils postulent, sans tenir compte des exigences requises mentionnées précédemment;

Aux hors-cadre du RSSS de leur région respective dont le poste est aboli par la Loi et répondant aux exigences du poste.

## Rémunération

Selon le règlement en vigueur (en révision).

Port d'attache

**Annexe B : Lettre aux gestionnaires**

**Lettre aux gestionnaires du [REDACTED]**

Objet : Recrutement aux départements d'urgence du CHU XXX

Bonjour Mme [REDACTED]. Bonjour Mme [REDACTED]

J'aimerais solliciter la participation de votre département à un projet de recherche qui débutera au printemps 2018. Dans le cadre de ce projet de recherche, je prévois faire des entrevues avec des infirmières de votre unité, ainsi j'aimerais prévoir une courte rencontre avec vous afin de discuter des modalités de recrutement et des retombées de l'étude pour votre unité. Mme [REDACTED] et Mme [REDACTED] ont été informées du projet.

Ce projet de recherche s'intéresse à la qualité des soins offerts par les infirmières qui travaillent dans un département d'urgence. Plus particulièrement, cette étude vise à comprendre comment les forces institutionnelles, politiques, économiques et sociales qui soutiennent l'utilisation des processus d'amélioration de la qualité des soins influencent le travail des infirmières qui travaillent à l'urgence dans un centre hospitalier tertiaire. Ainsi, elle vise à 1) décrire l'utilisation des processus d'amélioration de la qualité des soins par les infirmières soignantes; 2) décrire les forces sociales, politiques et économiques qui soutiennent les processus d'amélioration de la qualité qui influencent la pratique des infirmières et 3) explorer comment les processus et les technologies d'amélioration de la qualité des soins influencent la pratique des infirmières.

Ce projet se déroulera sous la direction de Dave Holmes, professeur titulaire à l'école des Sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et de Mélanie Lavoie-Tremblay, professeure à l'école des Sciences infirmières Ingram de l'Université McGill et chercheure à [REDACTED] [REDACTED].

Pour ce projet de recherche, je souhaite recruter 20 infirmières d'urgence travaillant auprès des adultes au [REDACTED] (2 sites). Votre participation, implique ma présence au sein de votre établissement lors de l'observation de l'environnement de travail des infirmières, de la réalisation des entrevues et la mise à ma disposition de locaux pour la tenue des entrevues avec les infirmières. Les entrevues semi-dirigées dont la durée est estimée à 45-60 minutes auront lieu avant ou après les heures de travail des infirmières participantes. De plus, afin de me renseigner sur le contexte de pratique dans lequel exercent les infirmières de votre établissement, je solliciterai la participation d'autres personnes pour des entrevues (gestionnaires, conseillères cliniques, coordonnateurs cliniques, etc.) et l'obtention de documents (politiques, guides de pratiques cliniques, outils de travail, etc.).

Je tiens à souligner que ce projet de recherche demandera un investissement minime pour vos infirmières soignantes ainsi que pour les autres personnes ciblées. Les répercussions envisagées de ce projet de recherche sont l'identification d'aspects du contexte qui influencent la qualité des soins prodigués par les infirmières. D'ailleurs, à la fin de ce projet de recherche, je prévois présenter les résultats de cette recherche aux infirmières de votre unité ainsi qu'aux gestionnaires et aux membres du personnel intéressés.

Je communiquerai avec vous par téléphone afin de prendre rendez-vous

Veillez agréer mes plus cordiales salutations,

Sophie Pomerleau Inf. MSc.

Candidate au Doctorat en Sciences Infirmières, Université d'Ottawa

Téléphone : [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED], courriel : [REDACTED]

**Annexe C : Certificat d'éthique Université d'Ottawa**

18/01/2018

**Université d'Ottawa**

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche



**University of Ottawa**

Office of Research Ethics and Integrity

**CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE | CERTIFICATE OF ETHICS APPROVAL**

<b>Numéro du dossier / Ethics File Number</b>	H-01-18-289
<b>Titre du projet / Project Title</b>	Influence des processus d'amélioration de la qualité des soins sur la pratique des infirmières d'urgence: une ethnographie Institutionnelle
<b>Type de projet / Project Type</b>	Thèse de doctorat / Doctoral thesis
<b>Statut du projet / Project Status</b>	Approuvé / Approved
<b>Date d'approbation (jj/mm/aaaa) / Approval Date (dd/mm/yyyy)</b>	18/01/2018
<b>Date d'expiration (jj/mm/aaaa) / Expiry Date (dd/mm/yyyy)</b>	17/01/2019

**Équipe de recherche / Research Team**

<b>Chercheur / Researcher</b>	<b>Affiliation</b>	<b>Rôle</b>
Sophie POMERLEAU	École des sciences infirmières / School of Nursing	Chercheur Principal / Principal Investigator
Dave HOLMES	École des sciences infirmières / School of Nursing	Superviseur / Supervisor
Melanie LAVOIE-TREMBLAY		Co-superviseur / Co-supervisor

**Conditions spéciales ou commentaires / Special conditions or comments**

550, rue Cumberland, pièce 154    550 Cumberland Street, Room 154  
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada    Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

☎ 613-562-5387 • 📠 613-562-5338 • ✉ [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca) / [ethics@uOttawa.ca](mailto:ethics@uOttawa.ca)  
[www.recherche.uottawa.ca/deontologie](http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie) | [www.recherche.uottawa.ca/ethics](http://www.recherche.uottawa.ca/ethics)

18/01/2018

# Université d'Ottawa

Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche



# University of Ottawa

Office of Research Ethics and Integrity

Le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Université d'Ottawa, opérant conformément à l'*Énoncé de politique des Trois conseils* (2014) et toutes autres lois et tous règlements applicables, a examiné et approuvé la demande d'éthique du projet de recherche ci-nommé.

L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales ou Commentaires". Le formulaire « Renouveau ou Fermeture de Projet » doit être complété quatre semaines avant la date d'échéance indiquée ci-haut afin de demander un renouvellement de cette approbation éthique ou afin de fermer le dossier.

Toutes modifications apportées au projet doivent être approuvées par le CÉR avant leur mise en place, sauf si le participant doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques du projet. Les chercheurs doivent aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou pouvant affecter considérablement le déroulement du projet, rapporter tout événement imprévu ou indésirable et soumettre toute nouvelle information pouvant nuire à la conduite du projet ou à la sécurité des participants.

The University of Ottawa Research Ethics Board, which operates in accordance with the *Tri-Council Policy Statement* (2014) and other applicable laws and regulations, has examined and approved the ethics application for the above-named research project.

Ethics approval is valid for the period indicated above and is subject to the conditions listed in the section entitled "Special Conditions or Comments". The "Renewal/Project Closure" form must be completed four weeks before the above-referenced expiry date to request a renewal of this ethics approval or closure of the file.

Any changes made to the project must be approved by the REB before being implemented, except when necessary to remove participants from immediate endangerment or when the modification(s) only pertain to administrative or logistical components of the project. Investigators must also promptly alert the REB of any changes that increase the risk to participant(s), any changes that considerably affect the conduct of the project, all unanticipated and harmful events that occur, and new information that may negatively affect the conduct of the project or the safety of the participant(s).

Riana MARCOTTE  
Responsable d'éthique en recherche / Protocol Officer  
Pour/For Daniel LAGAREC Président(e) du/ Chair of the Comité d'éthique de la recherche en sciences sociales et humanités / Social Sciences and Humanities Research Ethics Board

550, rue Cumberland, pièce 154 Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada

550 Cumberland Street, Room 154 Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

☎ 613-562-5387 • 📠 613-562-5338 • ✉ [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca) / [ethics@uOttawa.ca](mailto:ethics@uOttawa.ca)  
[www.recherche.uottawa.ca/deontologie](http://www.recherche.uottawa.ca/deontologie) | [www.recherche.uottawa.ca/ethics](http://www.recherche.uottawa.ca/ethics)

**Annexe D : Certificat d'éthique du centre hospitalier**

[REDACTED]

2017-12-22

Professor Mélanie Lavoie-Tremblay

[REDACTED]

c/o: Sophie Pomerleau

email: [REDACTED]

**Re: [REDACTED] Authorization (Qualité des soins et pratique des infirmières / 2018-2941)**

"Emergency nurses work of quality improvement: an institutional ethnography"

Dear Professor Lavoie-Tremblay,

We are writing to confirm that the study mentioned above has received research ethics board approval and all required institutional approvals, namely:

- Access to health records

**You are hereby authorized to conduct your research at the [REDACTED] as well as to initiate recruitment.**

Please refer to the [REDACTED] Study number in all future correspondence relating to this study.

In accordance with applicable policies it is the investigator's responsibility to ensure that staff involved in the study is competent and qualified and, when required, has received certification to conduct clinical research.

Should you have any questions, please do not hesitate to contact the support for the Personne mandatée at [personne.mandatee@\[REDACTED\]](mailto:personne.mandatee@[REDACTED])

We wish you every success with the conduct of the research.

Sincerely,

[REDACTED]

**Sheldon Levy**

for:

**Marie Hirtle, LL.B. LL.M.**

Personne Mandatée

[REDACTED]

2017-12-21

**Dr. Mélanie Lavoie-Tremblay**

[REDACTED]

c/o: Sophie Pomerleau

email: [REDACTED]

**RE: Final REB Approval of a New Research Project**  
 Emergency nurses work of quality improvement: an institutional ethnography (**Qualité des soins et pratique des infirmières / 2018-2941**)

[REDACTED] REB Co-Chair for the CTGQ panel: Me Marie Hirtle

---

Dear Dr. Lavoie-Tremblay,

Thank you for submitting your responses and corrections for the research project indicated above, as requested by the [REDACTED] Research Ethics Board (REB).

The [REDACTED] REB, more precisely its Cells, Tissues, Genetics & Qualitative research panel (CTGQ) provided conditional approval for the research project after a delegated review provided by its member(s).

On 2017-12-21, delegated review of your responses and corrections was provided by member(s) of the [REDACTED] REB. The research project was found to meet scientific and ethical standards for conduct at the [REDACTED]

The following documents were approved or acknowledged by the [REDACTED] REB:

- Initial Submission Form (F11NIR - 9087)
- REB Conditions & PI Responses Form(s) (F20 - 25742)
- Protocole de recherche (Ethique Infirmières et Qualité Version 2. Pomerleau\_Sophie\_19 décembre 2017.docx) [date : 2017-12-19, version : version 2]
- Évaluation scientifique déjà obtenue (Pomerleau proposition .pdf)
- Autorisation du chef de département (Autorisation [REDACTED].pdf) [date : 2016-11-23]
- Autorisation du chef de département (autorisation [REDACTED].pdf) [date : 2016-11-21]
- Autres documents (Autorisation [REDACTED].pdf) [date : 2016-11-23]
- Autres documents (autorisation [REDACTED].pdf) [date : 2016-11-21]

This will be reported to the [REDACTED] REB and will be entered accordingly into the minutes of

the next CTGQ meeting. Please be advised that you may only initiate the study after all required reviews and decisions are received and documented.

**The approval of the research project is valid until 2018-12-21.**

All research involving human subjects requires review at recurring intervals. To comply with the regulation for continuing review of at least once per year, it is the responsibility of the investigator to submit an *Annual Renewal Submission Form (F9)* to the REB prior to expiry. Please be advised that should be protocol reach its expiry before a Continuing review has been submitted, the data collected after the expiry date may not be considered valid. However, should the research conclude for any reason prior to approval expiry, you are required to submit a *Completion (End of Study) Report (F10)* to the board once the data analysis is complete to give an account of the study findings and publication status.

Furthermore, should any revision to the project or other development occur prior to the next continuing review, you must advise the REB without delay. Regulation does not permit initiation of a proposed study modification prior to its approval by the REB.

The [REDACTED] REB is registered and works under the published guidelines of the *Tri-Council Policy Statement 2*, in compliance with the *Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique* (MSSS, 1998) and the *Food and Drugs Act* (2001.06.07), acting in conformity with standards set forth in the (US) *Code of Federal Regulations* governing human subjects research and functioning in a manner consistent with internationally accepted principles of good clinical practice.

We trust this will prove satisfactory to you. Thank you for your consideration in this matter.

Best Regards,

**James Ellasus**

[REDACTED] REB Coordinator  
for [REDACTED] Co-chair mentioned above

**STATUTS POUR LE PROJET QUALITÉ DES SOINS ET PRATIQUE DES INFIRMIÈRES**

**Information générale**

Identifiant Nagano (acronyme)	Qualité des soins et pratique des infirmières
Numéros	2018-2941
Type de projet	Recherche psychosociale, recherche qualitative, sciences infirmières
Processus accéléré	Oui
Si sous-étude, étude principale	Aucune étude principale
Champ d'application	Other
Bureau CÉR	Comité d'éthique de la recherche PUSM
Lieu d'évaluation éthique	Évaluation locale
Statut	Autorisé pour la recherche
Utilisateur principal	Pomerleau, Sophie
Date d'approbation du CÉR évaluateur	2017-12-21
Date de renouvellement	2020-12-21

**Rencontres CÉR**

Nom	Décision	Date
Rencontre M CTGQ du 2018-01-11	Approbation	2018-01-11
Rencontre CTGQ du 2017-12-14	Approuvé conditionnellement	2017-12-14

**Statuts du projet CÉR**

Statut	Date de création	Utilisateur
Approbation	2017-12-21 09:24	
À l'étude	2017-12-20 09:39	
Approuvé conditionnellement	2017-11-28 14:12	
À l'étude	2017-11-14 13:07	
Dossier complet	2017-11-14 13:07	
Déposé	2017-11-10 15:37	ophie
En préparation	2016-10-21 12:35	ophie

**Statuts des formulaires**

2 - Notification d'informations supplémentaires et/ou de correspondances diverses

Formulaire	Créé le	Déposé le	Approuvé / traité	Déposé par
F2-27463	2018-01-19 08:53	2018-10-11 21:20	2018-10-14 22:32	Pomerleau, Sophie

11NIR - Formulaire de dépôt d'un projet de recherche non clinique

Formulaire	Créé le	Déposé le	Approuvé / traité	Déposé par
F11NIR-9087	2016-10-21 12:35	2017-11-10 15:37	2017-12-22 12:31	Pomerleau, Sophie

9 - Demande de renouvellement annuel de l'approbation d'un projet de recherche

Formulaire	Créé le	Déposé le	Approuvé / traité	Déposé par
F9-36350	2018-09-24 10:07	2018-10-11 21:20	2018-12-11 09:31	Pomerleau, Sophie
F9-50721	2019-10-25 21:47	2019-12-01 22:05	2019-12-19 13:43	Pomerleau, Sophie

20 - Conditions du CER & Réponses du chercheur

**Annexe E : Lettre dédiée au personnel**

Lettre à l'intention des infirmières travaillant à l'urgence

J'aimerais solliciter votre participation à un projet de recherche. Ce projet de recherche, intitulé : *Influence des processus d'amélioration de la qualité des soins sur la pratique des infirmières d'urgence : une ethnographie institutionnelle* sera réalisée à partir du printemps 2018.

Dans le cadre de ce projet de recherche, je prévois faire des entrevues avec des infirmières de votre unité.

Ce projet de recherche s'intéresse à la qualité des soins offerts par les infirmières qui travaillent dans un département d'urgence. Plus particulièrement, cette étude vise à comprendre comment le contexte (forces institutionnelles, politiques, économiques et sociale) qui soutient l'utilisation des processus d'amélioration de la qualité des soins influencent le travail des infirmières qui travaillent à l'urgence dans un centre hospitalier tertiaire. Ainsi, elle vise à 1) décrire l'utilisation des processus d'amélioration de la qualité des soins par les infirmières soignantes ; 2) décrire les forces sociales, politiques et économiques qui soutiennent les processus d'amélioration de la qualité qui influencent la pratique des infirmières et 3) explorer comment les processus et les technologies d'amélioration de la qualité des soins influencent la pratique des infirmières.

Votre participation à ce projet implique de 1) Participer à une entrevue d'environ 45-60 minutes et 2) Répondre à un court questionnaire avant l'entrevue (environ 2 minutes)

La sélection des infirmières participantes se fera sur la base du premier arrivé, premier servi.

Ce projet se déroulera sous la direction de Dave Holmes, professeur titulaire à l'école des Sciences infirmières de l'Université d'Ottawa et de Mélanie Lavoie-Tremblay, professeure à l'école des Sciences infirmières Ingram de l'Université McGill et chercheure à [REDACTED]

Les répercussions envisagées de ce projet de recherche sont l'identification d'aspects du contexte qui influencent la qualité des soins prodigués par les infirmières.

A la fin de ce projet de recherche, je prévois présenter les résultats de cette recherche aux infirmières de votre unité ainsi qu'aux personnes intéressés.

Salutations,

Sophie Pomerleau inf., M.Sc.

Candidate au doctorat en Sciences infirmières, Université d'Ottawa

Téléphone : [REDACTED]-[REDACTED]-[REDACTED], courriel : [REDACTED]

**Annexe F : Affiche dédiée au recrutement**



uOttawa

## Étude portant sur la qualité des soins et la pratique des infirmières d'urgence

Dans le cadre du projet doctoral de Sophie Pomerleau,

Nous recherchons des infirmières intéressées à partager leur expérience.

Cette étude cherche à comprendre comment les différents moyens mis en œuvre dans le but d'améliorer la qualité des soins influencent le travail des infirmières.

Vous travaillez dans à l'urgence auprès d'une population adulte cette étude s'intéresse à vous :

Votre participation implique :

Participer à une entrevue d'environ 45-60 minutes

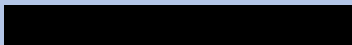
Répondre à un court questionnaire avant l'entrevue (2 minutes).

Vous êtes intéressé(e)

Ou vous avez des questions concernant ce projet.

Communiquez par courriel avec Sophie Pomerleau candidate au doctorat en Sciences infirmières, Université d'Ottawa.

Courriel :





## Study on quality of care and emergency nurse practice

As part of Sophie Pomerleau's doctoral project, we are recruiting nurses willing to share their experience.

This study seeks to understand how quality improvement projects implemented influence the work of nurses.

We are recruiting nurses working in adult emergency departments.

What does your participation involve?

Participating in a 45- to 60-minute interview

Completing a short survey before the interview (2 minutes)

Are you interested?

Do you have further questions?

Please email

Sophie Pomerleau, doctoral candidate in nursing sciences, University of Ottawa

Email : [REDACTED]

**Annexe G : Texte paru dans le journal dédié au personnel**

Projet de recherche  
Amélioration de la qualité et pratique infirmière

Bonjour,

Je suis étudiante au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa. Vous me verrez bientôt dans les départements de vos urgences, car je vais débiter la collecte de données pour mon projet de recherche.

Dans le cadre de ce projet, je m'intéresse aux moyens d'amélioration de la qualité qui ont été implantés dans votre milieu de travail et à leurs effets sur la pratique des infirmières d'urgence. Dans un premier temps, je vais passer quelques heures à observer les déplacements des infirmières dans votre département. Dans un deuxième temps, je réaliserai des entrevues avec des infirmières de votre département.

N'hésitez pas à venir me voir ou communiquer avec moi

Au plaisir d'échanger avec vous

Sophie Pomerleau inf. M. Sc. PhD (c)

Courriel: [REDACTED]

**Annexe H : coupon réponse**



Projet de recherche/Research project

“Influence des processus d’amélioration de la qualité des soins sur la pratique des infirmières d’urgence :  
une ethnographie institutionnelle”.

Suite à la présentation du projet de recherche doctoral de Sophie Pomerleau/Following Sophie Pomerleau  
presentation of her doctoral research project

Je suis intéressé-e à participer à la recherche/I wish to participate to the research project

Je ne désire pas participer/I do not wish to participate

Je travaille au/I work at:    *SITE 1*        *SITE 2*

Nombres d’années d’expérience à l’urgence/years of experience do you have as an emergency nurse:

\_\_\_\_\_

Moyen pour me rejoindre/How to reach me:

Courriel/Email : \_\_\_\_\_

Téléphone/phone : \_\_\_\_\_

Je préfère qu’on me rejoigne via/I prefer to be reach by:

Courriel/email

Messagerie (texto)/messages (SMS)

Téléphone/Phone

Nom/Name : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Merci! /Thank you!

**Annexe I : Formulaire de consentements des informateurs clés primaires**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (infirmière)****Chercheure**

Sophie Pomerleau, Inf., BScN., M.Sc., PhD (c)  
 École des sciences infirmières  
 Faculté des sciences de la santé  
 Université d'Ottawa  
 [REDACTED]

**Directeurs de Recherche**

Dave Holmes, Inf., PhD. / [REDACTED]  
 École des sciences infirmières  
 Faculté des sciences de la santé  
 Université d'Ottawa  
 [REDACTED]

Mélanie Lavoie-Tremblay, Inf. PhD / [REDACTED]  
 École des sciences infirmières Ingram  
 Université McGill  
 [REDACTED]

**Titre du Projet**

**Influence des processus d'amélioration de la qualité des soins sur la pratique des infirmières d'urgence : une ethnographie institutionnelle**

**Préambule**

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche, cependant avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Vous êtes invité à poser toute les questions et la clarification que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheure Sophie Pomerleau.

### **Buts du projet de recherche**

Ce projet de recherche s'intéresse à la qualité des soins offerts par les infirmières d'urgence. Plus précisément, il vise à comprendre comment les processus d'amélioration de la qualité des soins influencent le travail des infirmières et à identifier les éléments du contexte de pratique qui pourraient avoir des répercussions sur la qualité des soins prodigués par les infirmières.

### **Nature de la participation**

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous devrez d'abord compléter un court questionnaire (temps estimé : 2-3 minutes) et participer à une seule entrevue d'une durée de 45-60 minutes avec l'étudiante-chercheuse Sophie Pomerleau. L'entrevue aura lieu avant ou après votre quart de travail dans un local situé sur les lieux de travail. À votre convenance, il pourra aussi s'effectuer dans un autre lieu, à un autre moment. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio. Notez qu'à tout moment, vous pourrez demander l'arrêt de l'enregistrement. Lors de cette entrevue, l'étudiante-chercheuse vous posera des questions portant sur les actions détaillées que vous accomplissez lors d'une journée de travail, ainsi que sur vos pensées, vos réflexions. En plus, afin d'aider l'étudiante-chercheuse à acquérir plus de renseignements concernant le contexte de votre pratique clinique, à la fin de l'entrevue, elle pourrait vous demander de l'introduire à des personnes de votre établissement ( ex. conseillères cliniques, responsables de la formation clinique, gestionnaires, collègues...) ou de lui remettre des documents que vous utilisez dans le cadre de votre travail (ex : outils d'évaluations, outils de travail, grille de répartition des patients, grille de communication, etc.). Aussi, dans les semaines suivant votre entrevue, il se pourrait que l'étudiante vous rejoigne par téléphone afin d'explorer ou approfondir certains aspects liés à votre contexte de pratique abordés lors de l'entrevue. Enfin, vous serez contacté pour valider les informations recueillies par l'étudiante lors de l'entrevue : une copie de l'entrevue et de l'analyse vous sera acheminée en vue d'obtenir votre rétroaction. À tout moment, vous pourrez vous retirer de l'étude sans conséquence. De plus, vous pourrez refuser de répondre à certaines questions et demander que votre entrevue ne soit pas enregistrée.

### **Bénéfices**

En participant à cette recherche vous ne recevrez aucun bénéfice direct cependant votre participation à ce projet de recherche vous permettra de réfléchir à l'influence qu'exercent certains aspects de votre contexte de pratique sur la qualité des soins que vous offrez à vos patients. Les résultats de ce projet de recherche permettront de documenter les aspects du contexte de pratique qui influencent la qualité des soins infirmiers et serviront potentiellement à optimiser l'efficacité des interventions d'amélioration de la qualité des soins. Ainsi, grâce au partage de votre expertise vous contribuez à l'amélioration de la formation et de la pratique des infirmières. De plus, vous participerez à l'avancement des connaissances scientifiques en science infirmières.

## **Risques et inconvénients**

L'un des risques possibles est un bris de la confidentialité. Selon la fonction que vous occupez dans l'établissement de santé, il est possible qu'on puisse vous identifier. Afin de minimiser ce risque plusieurs précautions sont prévues pour préserver la confidentialité des participants (voir la section confidentialité, ci-dessous). Ce projet de recherche n'entretient aucun lien avec les ressources humaines du [REDACTED] ainsi votre participation à ce projet de recherche ne devrait pas affecter les relations de travail qui vous unissent avec votre employeur. Les résultats de cette étude ne seront pas utilisés à des fins d'évaluation de votre travail. Enfin, en participant à ce projet, vous ne courrez aucun risque pouvant affecter votre santé mentale ou physique.

## **Confidentialité**

Afin d'assurer la confidentialité des participants, chaque participant sera identifié par un code d'identification permettant d'assurer leur anonymat. Seul le code d'identification sera indiqué sur les transcriptions. L'étudiante-chercheuse sera la seule personne ayant accès au cahier des codes rendant possible l'identification des participants de l'étude. Lors de la transcription des enregistrements audio en verbatim, toutes les données permettant d'identifier les participants seront éliminées. Seuls les chercheurs identifiés sur ce formulaire auront accès aux données. Lors de la publication des résultats, l'organisation de santé où aura lieu la collecte de données ne sera pas identifiée afin de préserver l'anonymat des divers participants. Selon le type fonction occupée dans l'organisation de santé, il pourrait être facile d'identifier certains participants. Ainsi, lorsque nécessaire, certains détails tel le type d'unité et la fonction occupée pourront être modifiés afin de préserver la confidentialité. Tous les verbatim et documents écrits seront conservés dans un classeur fermé à clé, situé dans le bureau fermé de Pr. Mélanie Lavoie-Tremblay à McGill. Les enregistrements et les verbatim seront conservés sur un ordinateur sécurisé par un mot de passe. Les enregistrements audio seront détruits à la fin de cette étude. Les verbatim seront détruits 7 ans après la fin de cette étude et gardés dans le bureau du superviseur de l'étudiante. Les comités d'éthiques de la recherche de l'Université d'Ottawa et du [REDACTED] pourraient avoir accès à votre dossier de recherche à des fins de contrôle et de surveillance. Toutes les personnes de ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. En conformité avec la loi d'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que Sophie Pomerleau détient ces informations. Toutefois, afin de conserver l'intégrité scientifique du projet de recherche, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

## **Déclaration de conflit d'intérêt**

Les chercheurs responsables de ce projet de recherche déclarent qu'il n'existe aucun conflit d'intérêt.

### **Retrait de la participation**

Votre participation au présent projet de recherche est volontaire. Ainsi vous pouvez refuser de participer. Vous pouvez vous retirer à tout moment de ce projet de recherche, sans avoir à motiver votre décision, en informant l'un des membres de l'équipe de recherche. Votre choix de participer ou de vous retirer de cette étude n'aura aucune répercussion sur votre travail ou sur l'évaluation de votre travail. Vous serez informés dans un délai bref et approprié si des informations tirées de ce projet de recherche pouvant affecter votre désir de participer à ce projet de recherche devenaient disponibles. Dans le cas où vous souhaitez retirer votre participation de cette étude, vous pouvez demander que les données recueillies à votre sujet soient retirées. Si les informations déjà collectées peuvent vous être attribuées (il est possible de retracer qu'elles proviennent de vous), elles seront détruites. Dans le cas où les données ont été anonymisées ou qu'elles sont anonymes (c'est-à-dire qu'elles ne contiennent aucune information qui permet de vous identifier) les données continueront d'être utilisées dans les analyses de cette étude.

### **Communication des résultats**

Les résultats obtenus par cette étude seront diffusés dans le cadre de communications scientifiques et d'articles dans des périodiques. Vous serez invités à participer, avec l'ensemble des infirmières participantes, à une formule repas-causerie où ils seront divulgués. S'il advenait que vous ne puissiez y prendre part, l'étudiante-chercheuse sera disponible pour répondre à vos questions.

### **Participation à des études ultérieures**

Autorisez-vous les personnes responsables de ce projet de recherche à vous recontacter pour vous proposer d'utiliser les données recueillies à votre sujet pour les fins d'une autre recherche ou pour vous proposer de participer à un autre projet de recherche à l'intérieur d'une période maximale de cinq ans

Oui     Non

### **Arrêt du projet par l'étudiante-chercheuse**

Il est possible que l'étudiante mette fin à votre participation au présent projet de recherche dans l'éventualité où les données déjà collectés lui soient suffisantes pour répondre à l'objectif de cette l'étude. Si cette situation se présente, vous serez avisé dans les meilleurs délais.

### **Compensations pour la participation à la recherche**

Il n'y a aucune compensation financière prévue pour votre participation à ce projet de recherche. S'il s'avère que, dans des circonstances exceptionnelles, l'entrevue doit avoir lieu à l'extérieur du [REDACTED], les frais de déplacement seront remboursés.

### **Personne à contacter de l'équipe de recherche**

Pour toute information relative au déroulement de la recherche ou pour signaler la survenue d'incidents, pour discuter des modalités d'un éventuel retrait ou pour toute autre urgence, veuillez contacter Madame Sophie Pomerleau ([REDACTED]), étudiante au doctorat, infirmière et responsable de recherche ou Professeur Mélanie Lavoie-Tremblay ([REDACTED]), Professeure agrégée, École des Sciences infirmières Ingram, Université McGill. Chercheure principale affiliée au CUSM.

### **Droits en tant que sujet de recherche d'un établissement de santé.**

Pour toutes questions à propos de vos droits en tant que participant dans ce projet de recherche, ou si vous voulez formuler des commentaires ou une plainte en lien avec votre participation à cette recherche, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du [REDACTED] à l'adresse électronique :  
ombudsman@[REDACTED]

Vous pouvez rejoindre la commissaire aux plaintes et à la qualité des services à votre site au

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

### **Révisions des aspects éthiques de ce projet de recherche**

Le Comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a révisé ce projet de recherche et assume la surveillance du déroulement de cette étude (# 2018-2941). Ce projet de recherche a aussi été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche de l'Université D'Ottawa (# de dossier H-01-18-289). Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroulent votre participation à ce projet, vous pouvez expliquer vos préoccupations

a) au responsable de la déontologie en recherche au secrétariat du Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, bureau 154. Ottawa. ON K1N 6N5. Téléphone : 613-562-5387 ; courriel : [ethique@uOttawa.ca](mailto:ethique@uOttawa.ca).

### Consentement

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare que Sophie Pomerleau m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante concernant la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

Signature du sujet \_\_\_\_\_, Date : \_\_\_\_\_

Je soussignée, Sophie Pomerleau, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard : lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 201\_\_.

**CONSENT FORM (nurse)****Researcher**

Sophie Pomerleau, Nurse, BScN, MSc, PhD(c)  
 School of Nursing  
 Faculty of Health Sciences  
 University of Ottawa  
 [REDACTED]

**Research Supervisors**

Dave Holmes, RN, PhD/ [REDACTED]  
 School of Nursing  
 Faculty of Health Sciences  
 University of Ottawa  
 [REDACTED]

Mélanie Lavoie-Tremblay, RN, PhD/ [REDACTED]  
 Ingram School of Nursing  
 McGill University  
 [REDACTED]

**Project Title**

**Influence of care quality improvement processes on the practice of emergency nurses: an institutional ethnography**

**Foreword**

We are inviting you to participate in a research project. However, before agreeing to participate and signing this information and consent form, please take the time to read, understand and consider the information that follows. This form may contain words that you do not understand. Please contact the student researcher, Sophie Pomerleau, to ask any questions or seek clarifications you consider relevant.

**Purpose of research project**

This project focuses on the quality of care provided by emergency nurses. In particular, it strives to understand how the care quality improvement processes influence the work of nurses and identify the aspects of the practice setting that might impact the quality of care provided by nurses.

**Nature of participation**

When you agree to participate in this research project, you must first complete a short survey (estimated time: 2–3 minutes) and then participate in a single 45- to 60-minute interview with student researcher. The interview will take place before or after your work shift in a room located on the work premises. At your convenience, it may also be held in another location at another time. This interview will be recorded on audiotape. At any time, you may ask for the recording to be stopped. During this interview, the student researcher will ask you questions on the detailed actions you perform during a work day, as well as your thoughts and insights. In addition, to help the student researcher obtain more information about the setting of your clinical practice, at the end of the interview, she might ask you to introduce her to people at your facility (e.g., clinical advisor, persons in charge of clinical training, managers, colleagues, etc.) or to give her documents that you use as part of your work (e.g., assessment tools, work tools, patient distribution grid, communication grid, etc.). As well, in the weeks following your interview, the student may contact you by telephone to explore or examine certain aspects covered in the interview related to your practice setting. Finally, you will be contacted to approve the information gathered by the student during the interview: a copy of the interview and the analysis will be sent to you for your feedback. You may withdraw from the study at any time without consequences.

**Benefits**

You will not receive any direct benefit from participating in this study. However, your participation in this research project will give you the opportunity to reflect on the influence exerted by certain aspects of your practice setting on the quality of care you provide to your patients. The results of this research project will help document the aspects of the practice setting that influence the quality of nursing care and potentially serve to optimize the effectiveness of care quality improvement actions. Therefore, by sharing your expertise, you are contributing to the improvement of nursing training and practice. Moreover, you will be participating in the advancement of scientific knowledge in nursing.

### **Risks and inconveniences**

One possible risk of participating in this research study is a breach of confidentiality. Depending on the position you hold in the health organization, it might be possible to identify you. To minimize this risk, several measures are planned to preserve participant confidentiality (see the confidentiality section below). This research project has no ties to [REDACTED] human resources. Therefore, your participation in this project should not affect the working relationship between you and your employer. The findings of this study will not be used for the purposes of assessing your work. Finally, participation in this project will not pose any mental or physical health risk to you.

### **Confidentiality**

To ensure the confidentiality of participants, each participant will be identified by an identification code that will help ensure their anonymity. This identification code will be the only way used to identify interviews transcripts. The student researcher will be the only person with access to the code book for identifying study participants. When the audio recordings are transcribed verbatim, all identifying elements will be removed. Only the researchers indicated on this form will have access to the data. When the findings are published, the health organization at which the data was collected will not be identified, to preserve the anonymity of the various participants. Depending on the type of position held in the health organization, it might be easy to identify certain participants. Therefore, when necessary, some details, such as the type of unit and position held may be changed to preserve confidentiality. All verbatim transcripts and written documents will be kept in a locked cabinet in the locked office of Pr. Mélanie Lavoie Tremblay located at McGill University. The recordings and verbatim transcripts will be kept on a password-protected computer. The audio recordings will be destroyed at the end of this study. The verbatim transcripts will be destroyed seven years after this study ends and kept in the office of the student's supervisor. The research ethics boards of the University of Ottawa and [REDACTED] might have access to your research file for control and monitoring purposes. All people at these organizations adhere to a confidentiality policy. In compliance with the *Access to Information Act*, you have the right to consult your research file to verify the information gathered and correct it if necessary, for as long as Sophie Pomerleau possesses this information. However, to preserve the scientific integrity of the research project, you might only have access to some of this information once your participation has ended.

### **Declaration of conflict of interest**

The researchers in charge of this research project declare that there is no conflict of interest.

**Withdrawal of participation**

**Your participation in this study is voluntary.** Therefore you may refuse to participate. You may also withdraw from the ongoing project at any time without giving any reason, by informing a member of the study team. Your choice to participate or withdraw from this study will have no bearing on your job or on any work-related evaluation reports. You will be informed in a timely manner if any information becomes available that may impact your willingness to continue participating in this study. If you withdraw or are withdrawn from the study, you may also request that the data collected about you be withdrawn. If the information already collected about you during the study can be identified as yours, it will be destroyed. If the data has been anonymize or was always anonymous (e.g. does not contain any information that can be used to identify you), the data will continue to be used in the analysis of the study.

**Communication of findings**

The findings obtained by this study will be presented at conferences and published in journal articles. You will be invited to attend, with all the participating nurses, a formal luncheon where the findings will be disclosed. In the event that you cannot attend, the student researcher will be available to answer your questions.

**Participation in other studies**

Do you give the persons in charge of this research project permission to contact you again to request the use of the data gathered about you for the purposes of another research project or to ask you to participate in another research project within a maximum period of five years?

Yes    No

**Termination of the project by the student researcher**

The student may terminate your participation in this research project in the event the data already collected are sufficient to fulfill the purpose of this study. Should this occur, you will be advised as soon as possible.

### **Compensation for participating in the research**

There is no financial compensation for your participation in this research. If in rare occasion, the interview is held outside the [REDACTED], the travel cost will be reimbursed.

### **Research team contact**

For any information about the research process or incidents that have occurred, to discuss the terms for withdrawing or for any other emergency, please contact Sophie Pomerleau ([REDACTED]), doctoral student, nurse and research coordinator or Mélanie Lavoie-Tremblay ([REDACTED]), Associate Professor, Ingram School of nursing, McGill university and Principal investigator affiliated [REDACTED]

### **Rights as a research subject in a health facility**

For any questions concerning your rights as a research participant taking part in this study, or if you have comments, or wish to file a complaint, you may communicate with your site's ombudsperson at: ombudsman@[REDACTED]

Or as follows:

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

### **Review of the ethical aspects of the study**

The [REDACTED] Research Ethics Board reviewed this study and is responsible for monitoring the study (# 2018/2941). The Study has also been assessed and accepted by the University of Ottawa Research Ethics Board (file # H-01-18-289). For any ethics issue regarding the operation and conditions of your participation in this project, you may address your concerns to: (a) the Protocol Officer of Ethics in Research at the Secretariat of the Office of Research Ethics and Integrity at the University of Ottawa, Tabaret Hall, 550 Cumberland St., Room 154, Ottawa ON K1N 6N5; telephone: 613-562-5387; email: ethics@uottawa.ca

**Consent**

I, the undersigned \_\_\_\_\_, declare that Sophie Pomerleau has explained to me the nature and process of the research project, that I have read the consent form and received a copy, that I had the opportunity to ask questions to which I received satisfactory answers, and that I was given time for consideration. I acknowledge that I have received sufficient information on the nature, benefits and risks related to my participation in this research project.

Signature of subject \_\_\_\_\_, Date: \_\_\_\_\_

I, the undersigned Sophie Pomerleau, certify that I have explained to the signatory in question the terms on this form, answered the participant's questions in this respect, and made it clear that the participant may withdraw at any time from participating in the research project described above.

Signature of the person in charge of obtaining consent: \_\_\_\_\_ At  
\_\_\_\_\_, Date: \_\_\_\_\_.

**Annexe J : Formulaire de consentement – Informateurs clés secondaires**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (informateur clé secondaire)**

Chercheure

Sophie Pomerleau, Inf., BScN., M.Sc., PhD (c)  
 École des sciences infirmières  
 Faculté des sciences de la santé  
 Université d'Ottawa  
 [REDACTED]

Directeurs de Recherche

Dave Holmes, Inf., PhD. / [REDACTED]  
 École des sciences infirmières  
 Faculté des sciences de la santé  
 Université d'Ottawa  
 [REDACTED]

Mélanie Lavoie-Tremblay, Inf. PhD / [REDACTED]  
 École des sciences infirmières Ingram  
 Université McGill  
 [REDACTED]

Titre du Projet

Influence des processus d'amélioration de la qualité des soins sur  
 la pratique des infirmières d'urgence : une ethnographie  
 institutionnelle.

**Préambule**

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche, cependant avant d'accepter de participer et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer les renseignements qui suivent. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Vous êtes invité à poser toute les questions et la clarification que vous jugerez utiles à l'étudiante-chercheure Sophie Pomerleau.

### **Buts du projet de recherche**

Ce projet de recherche s'intéresse à la qualité des soins offerts par les infirmières d'urgence. Plus précisément, il vise à comprendre comment les processus d'amélioration de la qualité des soins influencent le travail des infirmières et à identifier les éléments du contexte de pratique qui pourraient avoir des répercussions sur la pratique des infirmières et la qualité des soins prodigués par celles-ci.

### **Nature de la participation**

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous serez convié à répondre à des questions qui permettront de mieux comprendre le contexte de pratique des infirmières soignantes de l'urgence. Pour répondre à ces questions, une rencontre d'une durée de 45-60 minutes avec l'étudiante-chercheuse Sophie Pomerleau sera nécessaire. L'entrevue aura lieu à l'endroit de votre choix. Cette entrevue sera enregistrée sur bande audio. Notez qu'à tout moment, vous pourrez demander l'arrêt de l'enregistrement. En plus, afin d'aider l'étudiante-chercheuse à acquérir plus de renseignements concernant le contexte de pratique des infirmières elle pourrait vous demander de l'introduire à des personnes de votre établissement ou ailleurs. L'étudiante-chercheuse pourrait vous demander de lui remettre des documents portant sur le contexte de pratique des infirmières d'urgence (ex : tableaux d'indicateurs de performance, règlements, guides de pratiques cliniques, statistiques, etc.) Aussi, dans les semaines suivant votre entrevue, vous serez contacté pour valider les informations recueillies par l'étudiante lors de l'entrevue. Une copie de l'entrevue et de l'analyse vous sera acheminée en vue d'obtenir votre rétroaction. À tout moment, vous pourrez vous retirer de l'étude sans conséquence. De plus, vous pourrez refuser de répondre à certaines questions et demander que votre entrevue ne soit pas enregistrée.

### **Bénéfices**

En participant à cette recherche vous ne recevrez aucun bénéfice direct. Cependant, votre participation à ce projet de recherche vous permettra de réfléchir à l'influence qu'exercent certains aspects de votre contexte de pratique sur la qualité des soins que vous offrez à vos patients. Les résultats de ce projet de recherche permettront de documenter les aspects du contexte de pratique qui influencent la qualité des soins infirmiers et serviront potentiellement à optimiser l'efficacité des interventions d'amélioration de la qualité des soins. Ainsi, grâce au partage de votre expertise vous contribuez à l'amélioration de la formation et de la pratique des infirmières. De plus, vous participerez à l'avancement des connaissances scientifiques en science infirmières.

### **Risques et inconvénients**

L'un des risques possibles est un bris de la confidentialité. Selon la fonction que vous occupez dans l'établissement de santé, il est possible qu'on puisse vous identifier. Afin de minimiser ce risque plusieurs précautions sont prévues pour préserver la confidentialité des participants (voir la section confidentialité, ci-dessous). Ce projet de recherche n'entretient aucun lien avec les ressources humaines du CUSM, ainsi votre participation à ce projet de recherche ne devrait pas affecter les relations de travail qui vous unissent avec votre employeur. Les résultats de cette étude ne seront pas utilisés à des fins d'évaluation de votre

travail. Enfin, en participant à ce projet, vous ne courrez aucun risque pouvant affecter votre santé mentale ou physique.

### **Confidentialité**

Afin d'assurer la confidentialité des participants, chaque participant sera identifié par un code d'identification permettant d'assurer leur anonymat. Seul le code d'identification sera indiqué sur les transcriptions. L'étudiante-chercheuse sera la seule personne ayant accès au cahier des codes rendant possible l'identification des participants de l'étude. Lors de la transcription des enregistrements audio en verbatim, toutes les données permettant d'identifier les participants seront éliminées. Seuls les chercheurs identifiés sur ce formulaire auront accès aux données. Lors de la publication des résultats, l'organisation de santé où aura lieu la collecte de données ne sera pas identifiée afin de préserver l'anonymat des divers participants. Selon le type fonction occupée dans l'organisation de santé il pourrait être facile d'identifier certains participants. Ainsi, lorsque nécessaire, certains détails tel le type d'unité et la fonction occupée pourront être modifiés afin de préserver la confidentialité. Tous les verbatim et documents écrits seront conservés dans un classeur fermé à clé, situé dans le bureau fermé de Pr Mélanie Lavoie-Tremblay situé à l'Université McGill. Les enregistrements et les verbatim seront conservés sur un ordinateur sécurisé par un mot de passe. Les enregistrements audios seront détruits à la fin de cette étude. Les verbatim seront détruits sept ans après la fin de cette étude et gardés dans le bureau du superviseur de l'étudiante. Les comités d'éthiques de la recherche de l'Université d'Ottawa et du [REDACTED] pourraient avoir accès à votre dossier de recherche à des fins de contrôle et de surveillance. Toutes les personnes de ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité. En conformité avec la loi d'accès à l'information, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que Sophie Pomerleau détient ces informations. Toutefois, afin de conserver l'intégrité scientifique du projet de recherche, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

### **Déclaration de conflit d'intérêt**

Les chercheurs responsables de ce projet de recherche déclarent qu'il n'existe aucun conflit d'intérêt.

### **Retrait de la participation**

Votre participation au présent projet de recherche est volontaire. Ainsi vous pouvez refuser de participer. Vous pouvez vous retirer à tout moment de ce projet de recherche, sans avoir à motiver votre décision, en informant l'un des membres de l'équipe de recherche. Votre choix de participer ou de vous retirer de cette étude n'aura aucune répercussion sur votre travail ou sur l'évaluation de votre travail. Vous serez informés dans un délai bref et approprié si des informations tirées de ce projet de recherches pouvant affecter votre volonté à participer à ce projet de recherche devenaient disponibles. Dans le cas où vous souhaitez retirer votre participation de cette étude, vous pouvez demander que les données recueillies à votre sujet soient retirées. Si les informations déjà collectées peuvent vous être attribuées (il est possible de retracer qu'elles proviennent de vous), elles seront détruites. Dans le cas où les données ont été

anonymisées ou qu'elles sont anonymes (c'est-à-dire qu'elles ne contiennent aucune information qui permet de vous identifier) les données continueront d'être utilisées dans les analyses de cette étude.

### **Communication des résultats**

Les résultats obtenus par cette étude seront diffusés dans le cadre de communications scientifiques et d'articles dans des périodiques. Selon, le type de fonction que vous occupez au sein de l'organisation, vous serez invités à participer, avec l'ensemble des infirmières participantes, à une formule repas-causerie où les résultats de cette recherche seront divulgués ; où à l'une des présentations effectuées auprès des représentants de divers paliers décisionnels du [REDACTED] intéressés à connaître les résultats de cette étude. S'il advenait que vous ne puissiez y prendre part, l'étudiante-chercheuse sera disponible pour répondre à vos questions.

### **Participation à des études ultérieures**

Autorisez-vous les personnes responsables de ce projet de recherche à vous recontacter pour vous proposer d'utiliser les données recueillies à votre sujet pour les fins d'une autre recherche ou pour vous proposer de participer à un autre projet de recherche à l'intérieur d'une période maximale de cinq ans :

Oui    Non

### **Arrêt du projet par l'étudiante-chercheuse**

Il est possible que l'étudiante mette fin à votre participation au présent projet de recherche dans l'éventualité où les données déjà collectés lui soient suffisantes pour répondre à l'objectif de cette l'étude. Si cette situation se présente, vous serez avisé dans les meilleurs délais.

### **Compensations pour la participation à la recherche**

Il n'y a aucune compensation financière prévue pour votre participation à ce projet de recherche. S'il s'avère que, dans des circonstances exceptionnelles, l'entrevue doit avoir lieu à l'extérieur du [REDACTED], les frais de déplacement seront remboursés.

### **Personne à contacter de l'équipe de recherche**

Pour toute information relative au déroulement de la recherche, pour signaler la survenue d'incidents, pour discuter des modalités d'un éventuel retrait ou pour toute autre urgence, veuillez contacter Madame Sophie Pomerleau ([REDACTED]), étudiante au doctorat, infirmière et responsable de recherche ou Professeure Mélanie Lavoie-Tremblay ([REDACTED]), Professeure agrégée, École des Sciences infirmières Ingram, Université McGill, Chercheuse principale affiliée [REDACTED].

### Droits en tant que sujet de recherche d'un établissement de santé

Pour toutes questions à propos de vos droits en tant que participant dans ce projet de recherche, ou si vous voulez formuler des commentaires ou une plainte en lien avec votre participation à cette recherche, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du [REDACTED] à l'adresse électronique : ombudsman@[REDACTED]

Vous pouvez rejoindre la commissaire aux plaintes et à la qualité des services à votre site au

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

### Révisions des aspects éthiques de ce projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a révisé ce projet de recherche et assume la surveillance du déroulement de cette étude (# 2018/2941). Ce projet de recherche a aussi été évalué et accepté par le comité d'éthique de la recherche de l'Université D'Ottawa (# de dossier H-01-18-289). Pour tout problème éthique concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroulent votre participation à ce projet, vous pouvez expliquer vos préoccupations

a) au responsable de la déontologie en recherche au secrétariat du Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa Pavillon Tabaret, 550, rue Cumberland, bureau 154. Ottawa. ON K1N 6N5. Téléphone : 613-562-5387 ; courriel : ethique@uOttawa.ca.

### Consentement

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare que Sophie Pomerleau m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche, que j'ai pris connaissance du formulaire de consentement et qu'on m'en a remis un exemplaire, que j'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction, et qu'on m'a accordé un temps de réflexion. Je reconnais avoir été informé(e) de façon suffisante concernant la nature, les bénéfices et les risques liés à ma participation à ce projet de recherche.

Je soussignée, Sophie Pomerleau, certifie avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard : lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus.

Signature du responsable de l'obtention du consentement : \_\_\_\_\_

fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 201\_\_.

**CONSENT FORM (Key secondary informant)**

Researcher

Sophie Pomerleau, Nurse, BScN, MSc, PhD(c)  
 School of Nursing  
 Faculty of Health Sciences  
 University of Ottawa  
 [REDACTED]

Research Supervisors

Dave Holmes, Nurse, PhD/ [REDACTED]  
 School of Nursing  
 Faculty of Health Sciences  
 University of Ottawa  
 [REDACTED]

Mélanie Lavoie-Tremblay, Inf. PhD/ [REDACTED]  
 Ingram School of Nursing  
 McGill University  
 [REDACTED]

Project Title

Influence of care quality improvement processes on the practice  
 of emergency nurses: an institutional ethnography

**Foreword**

We are inviting you to participate in a research project. However, before agreeing to participate and signing this information and consent form, please take the time to read, understand and consider the information that follows. This form may contain words that you do not understand. Please contact the student researcher, Sophie Pomerleau, to ask any questions or seek clarifications you consider relevant.

**Purpose of research project**

This project focuses on the quality of care provided by emergency nurses. In particular, it strives to understand how the care quality improvement processes influence the work of nurses and identify the aspects of the practice setting that might impact the quality of care provided by nurses.

**Nature of participation**

When you agree to participate in this research project, you will be invited to participate in a single 45- to 60-minute interview with student researcher. The goal of this interview is to get a better understanding of emergency nurses practice setting. The interview will take place at a convenient moment in a located room on the work premises. At your convenience, it may also be held in another location. This interview will be recorded on audiotape. At any time, you may ask for the recording to be stopped. In addition, to help the student researcher obtain more information about the setting of nurses clinical practice, at the end of the interview, she might ask you to introduce her to people at your facility (e.g., clinical advisor, persons in charge of clinical training, managers, colleagues, etc.) or to give her documents related to emergency nurses work (e.g., assessment tools, work tools, patient distribution grid, communication grid, etc.). As well, in the weeks following your interview, the student may contact you by telephone to explore or examine certain aspects covered in the interview related to your practice setting. Finally, you will be contacted to approve the information gathered by the student during the interview: a copy of the interview and the analysis will be sent to you for your feedback. You may withdraw from the study at any time without consequences.

**Benefits**

You will not receive any direct benefit from participating in this study. However, your participation in this research project will give you the opportunity to reflect on the influence exerted by certain aspects of your practice setting on the quality of care you provide to your patients. The results of this research project will help document the aspects of the practice setting that influence the quality of nursing care and potentially serve to optimize the effectiveness of care quality improvement actions. Therefore, by sharing your expertise, you are contributing to the improvement of nursing training and practice. Moreover, you will be participating in the advancement of scientific knowledge in nursing.

**Risks and inconveniences**

One possible risk of participating in this research study is a breach of confidentiality. Depending on the position you hold in the health organization, it might be possible to identify you. To minimize this risk, several measures are planned to preserve participant confidentiality (see the confidentiality section below). This research project has no ties to ██████████ human resources. Therefore, your participation in this project should not affect the working relationship between you and your employer. The findings of this study will not be used for the purposes of assessing your work. Finally, participation in this project will not pose any mental or physical health risk to you.

**Confidentiality**

To ensure the confidentiality of participants, each participant will be identified by an identification code that will help ensure their anonymity. This identification code will be the only way used to identify interviews transcripts. The student researcher will be the only person with access to the code book for identifying study participants. When the audio recordings are transcribed verbatim, all identifying elements will be removed. Only the researchers indicated on this form will have access to the data. When the findings are published, the health organization at which the data was collected will not be identified, to preserve the anonymity of the various participants. Depending on the type of position held in the health organization, it might be easy to identify certain participants. Therefore, when necessary, some details, such as the type of unit and position held may be changed to preserve confidentiality. All verbatim transcripts and written documents will be kept in a locked cabinet in a locked office at the University of Ottawa. The recordings and verbatim transcripts will be kept on a password-protected computer. The audio recordings will be destroyed at the end of this study. The verbatim transcripts will be destroyed seven years after this study ends and kept in the office of the student's supervisor. The research ethics boards of the University of Ottawa and [REDACTED] might have access to your research file for control and monitoring purposes. All people at these organizations adhere to a confidentiality policy. In compliance with the *Access to Information Act*, you have the right to consult your research file to verify the information gathered and correct it if necessary, for as long as Sophie Pomerleau possesses this information. However, to preserve the scientific integrity of the research project, you might only have access to some of this information once your participation has ended.

**Declaration of conflict of interest**

The researchers in charge of this research project declare that there is no conflict of interest.

**Withdrawal of participation**

Your participation in this study is voluntary. Therefore, you may refuse to participate. You may also withdraw from the ongoing project at any time without giving any reason, by informing a member of the study team. Your choice to participate or withdraw from this study will have no bearing on your job or on any work-related evaluation reports. You will be informed in a timely manner if any information becomes available that may impact your willingness to continue participating in this study. If you withdraw or are withdrawn from the study, you may also request that the data collected about you be withdrawn. If the information already collected about you during the study can be identified as yours, it will be destroyed. If the data has been anonymize or was always anonymous (e.g. does not contain any information that can be used to identify you), the data will continue to be used in the analysis of the study.

**Communication of findings**

The findings obtained by this study will be presented at conferences and published in journal articles. You will be invited to attend, with all the participating nurses, a formal luncheon where the findings will be disclosed. In the event that you cannot attend, the student researcher will be available to answer your questions.

### Participation in other studies

Do you give the persons in charge of this research project permission to contact you again to request the use of the data gathered about you for the purposes of another research project or to ask you to participate in another research project within a maximum period of five years?

Yes    No

### Termination of the project by the student researcher

The student may terminate your participation in this research project in the event the data already collected are sufficient to fulfill the purpose of this study. Should this occur, you will be advised as soon as possible.

### Compensation for participating in the research

There is no financial compensation for your participation in this research. If in rare occasion, the interview is held outside the [REDACTED], the travel cost will be reimbursed.

### Research team contact

For any information about the research process or incidents that have occurred, to discuss the terms for withdrawing or for any other emergency, please contact Sophie Pomerleau ([REDACTED]), doctoral student, nurse and research coordinator or Mélanie Lavoie-Tremblay ([REDACTED]), Associate Professor, Ingram School of nursing, McGill university and principal investigator [REDACTED]

### Rights as a research subject in a health facility

For any questions concerning your rights as a research participant taking part in this study, or if you have comments, or wish to file a complaint, you may communicate with your site's ombudsperson at: ombudsman@[REDACTED]

Or as follows:

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Approval by the Research Ethics Board [REDACTED] Research Ethics Board reviewed this study and is responsible for monitoring the study (# 2018/2941). The Study has also been assessed and accepted by the University of Ottawa Research Ethics Board (file # H-01-18-289). For any

ethics issue regarding the operation and conditions of your participation in this project, you may address your concerns to: (a) the Protocol Officer of Ethics in Research at the Secretariat of the Office of Research Ethics and Integrity at the University of Ottawa, Tabaret Hall, 550 Cumberland St., Room 154, Ottawa ON K1N 6N5; telephone: 613-562-5387; email: [ethics@uottawa.ca](mailto:ethics@uottawa.ca)

### Consent

I, the undersigned \_\_\_\_\_, declare that Sophie Pomerleau has explained to me the nature and process of the research project, that I have read the consent form and received a copy, that I had the opportunity to ask questions to which I received satisfactory answers, and that I was given time for consideration. I acknowledge that I have received sufficient information on the nature, benefits and risks related to my participation in this research project.

Signature of subject \_\_\_\_\_, Date: \_\_\_\_\_

I, the undersigned Sophie Pomerleau, certify that I have explained to the signatory in question the terms on this form, answered the participant's questions in this respect, and made it clear that the participant may withdraw at any time from participating in the research project described above.

Signature of the person in charge of obtaining consent: \_\_\_\_\_ At  
 \_\_\_\_\_, On (Date): \_\_\_\_\_, 201

**Annexe K : Les principaux types de données recueillies par l'ethnographie institutionnelle**

### Les principaux types de données recueillies par l'ethnographie institutionnelle

L'observation: « keeping the body in view ».	L'Observation est idéale pour observer le travail effectué par les infirmières dans leur contexte de pratique (Diamond, 2006 ; Quinlan 2008). Cette méthode de collecte de donnée permet d'accorder une attention précise au travail physique accompli par les infirmières, d'observer les séquences d'actions et d'entendre les infirmières parler de leur travail dans leurs propres termes. Pour Dale (2013): « asking the nurses to describe what they are doing in their own term offers ways of entering into the social relations that links to everyday realities » p. 72. Enfin, l'observation permet la description d'aspects du travail susceptibles d'être évacués dans les représentations officielles, professionnelles ou personnelles du travail des infirmières (Diamond, 2006 ; Pickering, 1992).
L'entrevue :	Les entrevues sont effectuées, suite aux périodes d'observation.  Elles visent à obtenir des détails relatifs aux situations observées, à préciser des aspects du travail des informateurs. Lors des entrevues, l'ethnographe institutionnel cherche les formes discursives de coordination sociales (structures institutionnelles) qui se retrouvent dans le langage utilisé par la personne interviewée lorsqu'elle décrit ses activités quotidiennes, son travail. (McCoy, 2006). Bref, grâce aux représentations (comment la personne présente ce qu'elle fait à l'interviewer), l'entrevue permet d'amorcer la découverte des structures institutionnelles qui influencent le travail effectué par les informateurs clés (McCoy, 2006). Pour Smith, l'entrevue permet à l'ethnographe institutionnel d'amorcer la découverte de « comment les actions accomplies sont coordonnées avec celles d'autres informateurs. À partir des entrevues, ces relations deviennent visibles pour l'ethnographe institutionnel » [traduction libre] (Smith 2005, p. 129).
Les textes	L'ethnographie institutionnelle, se développe autour d'une théorie sociale du savoir qui postule qu'il existe une dichotomie entre la réalité du « monde des expériences de tous les jours et celle du monde des appareils de régulation (Ruling apparatuses) (Campbell et Devault, 2011 ; Skehill, Satka et Hoikkala, 2013). L'EI considère que les textes sont des outils de coordination importants par lesquels nos activités de tous les jours sont coordonnées. Pour Smith, les textes sont le support matériel des pratiques discursives et ils ont donc la capacité de guider les actions des personnes (Smith 1999 ; 2005).  L'EI s'intéresse à toutes les formes de textes imprimés ou digitalisés, tels la littérature scientifique, les documents de travail, les lois, les règlements, les normes de pratiques professionnelles, etc. L'analyse des textes permet d'identifier les indices nécessaires à l'explicitation de l'organisation sociale des activités accomplies au niveau local. Elle permet de comprendre comment ces textes coordonnent les activités entre les personnes et les lieux.

**Annexe L : Grille d'observation**

**Grille d'observation descriptive**

<b>Site d'observation</b>	RVH	MGH	
<b>Date</b>			
<b>Quart de travail</b>			

Schématisation du lieu de l'observation : (ex : triage, soins mineurs, salle de réanimation, et principaux mouvements des acteurs)

Heure	Lieux	Action posées, technologie utilisée/processus impliqué	Questions Documents utilisés

Lieu : pharmacie, salle familiale, chevet, triage, table de rédaction des notes infirmières, poste des infirmières, etc.

Actions : documentation, interaction avec clientèle, interaction avec membre d'équipe, téléphone, soins patients

Questions : Questions/éléments sur lesquels je dois revenir lors des entrevues semi-structurées ultérieures.

**Annexe M : Guide d'entrevue des informateurs clés primaires (infirmières)**

### Guide d'entrevue des informateurs clés primaires (infirmières)

Dans le cadre de cette recherche je m'intéresse à ce que vous faites dans le contexte de votre travail à l'urgence. Mes questions visent les gestes que vous posez dans votre travail, la séquence dans laquelle vous accomplissez vos actions, les raisons qui font que vous posez tel ou tel geste, ou encore ce geste avant celui-là. Je chercherai aussi à comprendre ce que vous pensez quand vous posez certaines actions. De plus, je vais vous demander de mettre des mots sur ce que vous faites en lien avec votre travail.

Je vais maintenant vous poser des questions simples. Il se peut que je vous arrête pendant que vous me répondez. C'est pour m'assurer que je comprends bien, certains détails, certains termes que vous utilisez.

Il se peut que les réponses à mes questions ne vous viennent pas facilement, que mes questions vous semblent bizarres. C'est normal, car vous êtes habituée à répéter certaines actions fréquemment. Il se peut que vous n'y faites plus attention. Il est aussi possible et normal que vous ne connaissiez pas la réponse à certaines de mes questions.

Si vous n'y arrivez pas, je vais tenter de vous guider, ou encore vous poser une autre question. Est-ce que ce fonctionnement vous convient?

Séquence de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pouvez-vous me décrire dans les détails une journée de travail typique. Svp dites-moi à quels moments précis vous pensez à ; vous posez des actions qui visent à assurer la qualité des soins/la sécurité des patients que vous soignez.</li> </ul>
Qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Que représente offrir des soins de qualité dans le contexte de votre unité? Pouvez-vous me décrire certains défis?</li> <li>● Pouvez-vous identifier des moyens déployés par votre organisation pour améliorer la qualité ou la sécurité des soins offerts aux patients qui ont eu (ou ont toujours) une influence (directe ou indirecte) sur votre travail.</li> <li>● Est-ce que votre façon d'assurer la qualité des soins/la sécurité des patients a changé au cours des dernières années?</li> <li>● S'il y avait quelque chose que vous pourriez changer, pour améliorer la qualité des soins que vous offrez à vos patients. Qu'est-ce que ce serait?</li> </ul>
Description des actions/pensées en lien avec les	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Décrivez-moi ce que vous faites avec (x), dans telle situation x <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment savez-vous que vous devez faire lorsque vous faites x</li> </ul> </li> <li>● Quand vous effectuez x (une action), qu'est-ce que vous faites? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les raisons permettent d'expliquer ce que vous faites</li> <li>- Comment savez-vous que c'est ce que vous devez faire?</li> </ul> </li> </ul>

technologies et processus d'amélioration de la qualité (Actions)	
Retour sur les documents utilisés dans la pratique (Document)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● J'aimerais vous montrer un document que vous connaissez, j'aimerais le regarder avec vous. J'aimerais que vous m'indiquiez comment et pourquoi vous l'utilisez. Pouvez-vous m'expliquer étape par étape, comment vous remplissez ce document. Pouvez-vous me dire à quoi vous pensez au fur et à mesure que vous le remplissez.</li> <li>● Existe-il des documents qui pourraient me donner plus d'information sur l'aspect X?</li> </ul>
Actions (rationalité)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vous dites que cet aspect X, influence vos actions. Existe-t-il d'autres aspects qui peuvent influencer cette action?</li> <li>● Qu'est ce qui fait en sorte que cet aspect X, influence l'action X? la séquence dans laquelle vous effectuez X?</li> </ul>
Avant de conclure	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Y-a-t-il quelque chose d'autre que je devrais savoir concernant votre travail?</li> <li>● Y-a-t-il quelque chose que vous aimeriez me demander, me dire</li> </ul>
	Est-ce que vous m'autorisez à vous téléphoner si j'ai d'autres questions ou si j'ai besoin de précisions?

Je vous remercie pour cette rencontre.

Avant de terminer : Lors de cette entrevue nous avons parlé de l'aspect X, de l'influence X, le document X. Est-ce que vous pouvez m'indiquer le nom d'une personne qui pourrait m'en dire plus à ce sujet.

Si jamais, à la suite de cette rencontre, vous avez de nouvelles informations, des idées touchant à cette entrevue et que vous souhaitez m'en faire part, je vous invite à les écrire et communiquer avec moi. Nous pourrions prévoir un moment (téléphone ou rencontre) pour en discuter.

**Annexe N : Questionnaire autoadministré de l'infirmière**

Date :		Numéro du participant :			
1	Genre :	Masculin (1)	Féminin (2)	Aucune option je préfère m'identifier comme _____ (3)	
2	Âge :	<input type="checkbox"/> < 20ans (1)	<input type="checkbox"/> 20-29(2)	<input type="checkbox"/> 30-39 (3)	<input type="checkbox"/> 40-49 (4) <input type="checkbox"/> 50-59 (5) <input type="checkbox"/> 60-69 (6)
3	Année d'obtention de votre premier diplôme vous permettant d'accéder au titre d'infirmière :	_____			
4	Lieu de votre formation initiale :	<input type="checkbox"/> Québec (1)	<input type="checkbox"/> Canada (2)	<input type="checkbox"/> Autre (3) Lequel : _____	
5a	Quel est le plus haut niveau d'étude complété ? :	<input type="checkbox"/> Collégial (1)	<input type="checkbox"/> Baccalauréat (2)	<input type="checkbox"/> Maitrise (3)	
5b		Est-ce un bac. en Sc. infirmières? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Domaine de votre maîtrise. _____	
5c		Sinon, dans quel domaine?			
6a	Êtes-vous aux études présentement? :	<input type="checkbox"/> non (1)	<input type="checkbox"/> oui (2)		
6b	Si oui, dans quel domaine? :	Domaine d'étude : _____			
7	Nombre total d'années d'expérience de travail à titre d'infirmière :	<input type="checkbox"/> < 1 an (1)	<input type="checkbox"/> 1-4 (2)	<input type="checkbox"/> 5-9 (3)	<input type="checkbox"/> 10-19 (4) <input type="checkbox"/> 20+ (5)
8	Nombre d'années d'expériences en soins d'urgence	<input type="checkbox"/> < 1 an (1)	<input type="checkbox"/> 1-4 (2)	<input type="checkbox"/> 5-9 (3)	<input type="checkbox"/> 10-19 (4) <input type="checkbox"/> 20+ (5)
9a	Possédez-vous des certifications reliées à votre travail (ACLS, TNCC, PALS, etc.)? :	<input type="checkbox"/> Non (1)	<input type="checkbox"/> Oui (2)		
9b		Lesquelles :			
10	Svp identifiez tous les domaines de pratique, incluant votre pratique actuelle, où vous avez exercés :				

Date :

Participant number:

1	Gender	Male (1)	Female(2)	Neither option, I prefer to identify myself as _____ (3)		
2	Age	<input type="checkbox"/> < 20 (1)	<input type="checkbox"/> 20-29(2)	<input type="checkbox"/> 30-39 (3)	<input type="checkbox"/> 40-49 (4)	<input type="checkbox"/> 50-59 (5) <input type="checkbox"/> 60-69 (6)
3	In what year did you obtain your first nursing diploma?	_____				
4	Where did you take your first nursing training?	<input type="checkbox"/> Quebec (1)	<input type="checkbox"/> Canada (2)	<input type="checkbox"/> other (3) please specify: _____		
5a	What is the highest level of studies you completed?	<input type="checkbox"/> /College(1)	<input type="checkbox"/> Undergraduate (2)	<input type="checkbox"/> Graduate (master o		
5b		Is this an undergraduate degree in nursing? <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			In which field? _____	
5c		If not, in which field?				
6a	Are you currently in school? /	<input type="checkbox"/> no (1)	<input type="checkbox"/> yes (2)			
6b	If so, in which field?:	Field: _____				
7	What is your total number of years of experience working as a nurse?	<input type="checkbox"/> < 1 y (1)	<input type="checkbox"/> 1-4 (2)	<input type="checkbox"/> 5-9 (3)	<input type="checkbox"/> 10-19 (4)	<input type="checkbox"/> 20+ (5)
8	How many years of experience do you have as an emergency nurse?	<input type="checkbox"/> < 1 y (1)	<input type="checkbox"/> 1-4 (2)	<input type="checkbox"/> 5-9 (3)	<input type="checkbox"/> 10-19 (4)	<input type="checkbox"/> 20+ (5)
9a	Do you hold other certifications (ACLS, TNCC, PALS, etc.) related to your work? P	<input type="checkbox"/> no(1)	<input type="checkbox"/> yes (2)			
9b		Please specify:				
10	Please identify all the fields of nursing practice in which you have work experience.					

**Annexe O : Guide d'entrevue des informateurs clés secondaires**

## Guide d'entrevue de l'informateur clé secondaire

Notre rencontre a pour objectif de m'aider à comprendre le contexte de pratique des infirmières qui travaillent à l'urgence.

Si vous le voulez bien, je vais maintenant vous poser quelques questions portant sur certains aspects du contexte liés à la pratique des infirmières.

Pouvez-vous me décrire ce qu'est (tel *aspect* \*) et en quoi cela consiste.

Pouvez-vous m'expliquer les objectifs visés par (cet aspect)

Comment ces objectifs ont-ils été établis (quelles sont les raisons qui ont mené à leur élaborations)

À votre connaissance, qui utilise cet aspect dans le cadre de son travail.

Dans quelles circonstances?

Depuis quand cet aspect a-t-il été introduit? A-t-il connu des modifications?

Si oui, pour quelles raisons?

Quels sont les changements?

Comment cet aspect a été introduit dans ce document, quel rôle joue-t-il?

Existe-t-il d'autres documents que ceux déjà mentionnés qui utilise cet aspect

À votre connaissance existe-il d'autres personnes qui travaillent avec (cet aspect)

Qui ou dans quel documents/politique/procédure cet aspect se retrouve-t-il aussi?

La rencontre tire à sa fin, d'après vous y a-t-il autre chose que je devrais savoir pour bien comprendre le contexte de l'infirmière qui travaille à l'urgence

Y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez me demander?

Est-ce que vous m'autorisez à vous téléphoner si j'ai d'autres questions, ou besoin de précisions

Je vous remercie de cette rencontre. Si jamais vous avez des idées, des réflexions ou des questions liées aux aspects abordés lors de cette rencontre qui émergeront après notre rencontre, vous pouvez les noter et m'en aviser. Je serai intéressée à recevoir ces renseignements complémentaires, nous pourrions prévoir un moment pour en discuter par téléphone ou lors d'une deuxième rencontre.

\* *aspect* : aspect du contexte organisationnel ou du contexte de pratique incluant les aspects légaux, règlementaire ou administratif.

**Annexe P : Grille d'extraction des données**

### Grille extraction des données : Documents

Nom du Document :

# du document :

Type de document :

Hôpital  
Légal/  
Pratique clinique  
Autre :

Mentionné par qui

Fonction, but visé, raison d'être de ce document

Lieu d'utilisation de ce document

Contexte d'utilisation de ce document

Qui utilise ce document

Lieu d'origine du document (où a-t-il été produit)

Résumé du contenu

Principaux éléments contenus

Lien de ce document avec d'autres documents.

Lien avec d'autres lieux/environnements de travail

Effet de coordination affecte

Qui

Comment

Influence exercée sur la pratique clinique des infirmières

Lien avec la qualité des soins, d'après qui?

Questions à investiguer

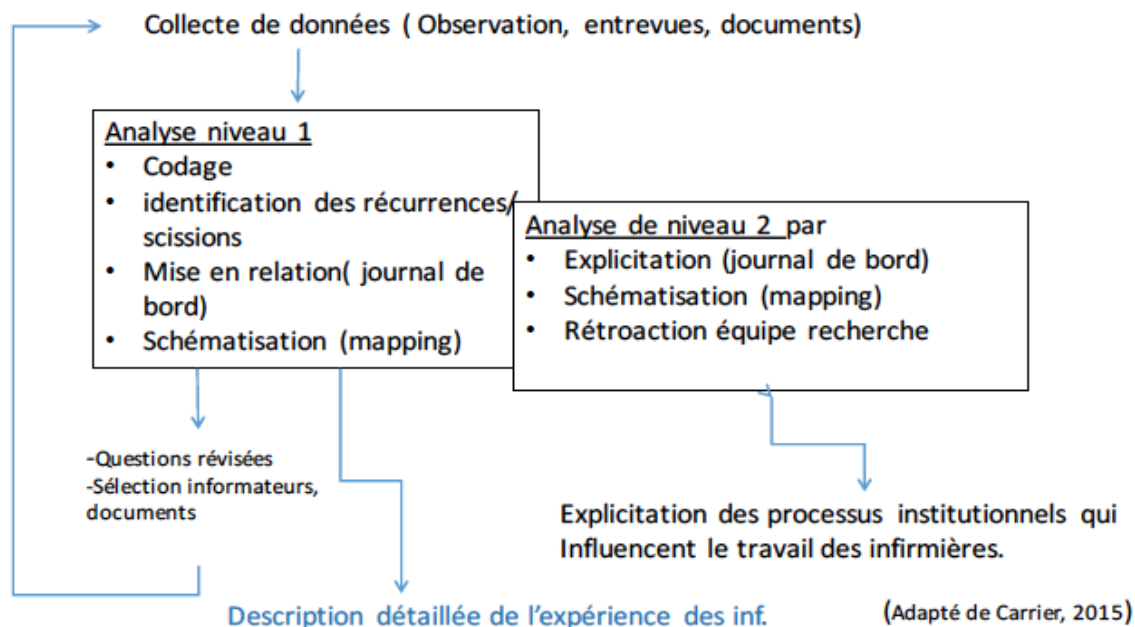
Réflexions/commentaires

# informateur  
# entrevue

Lesquels?

**Annexe Q : Processus itératif de la collecte et de l'analyse de données.**

## Méthode et procédures: processus itératif de collecte et d'analyse des données de l'EI



Au premier niveau, les entretiens visent à obtenir une description des actions accomplies par les infirmières liées aux processus d'amélioration de la qualité, à expliciter les raisons qui motivent leurs actions. Les entretiens avec les informateurs clés secondaires de façon simultanée avec la collecte de données auprès des informateurs clés primaires. Les données émergentes du premier niveau alimentent les questions posées aux informateurs clés secondaires (niveau 2). De plus, les données recueillies au niveau 2 permettent d'investiguer des aspects du travail des infirmières ayant échappé au chercheur. Cet aspect dynamique de la collecte de données permet la découverte des liens qui unissent le travail accompli par les infirmières et celui de d'autres personnes situées à l'extérieur du lieu de pratique des infirmières. Les données recueillies à ce niveau visent à identifier les similarités et les différences dont diverses personnes, situées dans des lieux éloignés du lieu d'exercice immédiat des infirmières, parlent et justifient les actions qu'ils accomplissent en lien (direct ou indirect) avec le travail des infirmières (Campbell et Gregor, 2008). En bref, le niveau 1 : consiste à décrire et expliciter les processus de travail, tandis que le niveau 2 vise à faire les liens entre le travail (actions/raisonnement) identifié au niveau local (lieu d'exercice des infirmières = microsystème), et les relations dirigeantes provenant de d'autres lieux (systèmes méso et macro) ayant une influence sur le travail effectué par les infirmières soit les éléments sociaux politiques, et économiques du système qui coordonnent l'action locale.

**Annexe R : Définition des différents rôles de l'infirmière à l'urgence.**

### **Rôles des infirmières à l'urgence**

De façon générale toutes les infirmières de l'urgence effectuent l'évaluation, la surveillance, le suivi et les soins et les traitements requis pour les patients dont elles ont la responsabilité. Or, la fonction et les tâches effectuées par les infirmières d'urgence varient selon la zone de travail à laquelle elles sont assignées. Cette assignation varie généralement d'une journée à l'autre. Ainsi, une journée l'infirmière peut être assignée au triage, alors que la veille elle était assignée à une autre fonction. Chaque assignation correspond généralement à une zone de travail dont la mission diffère des autres zones. Donc, chacune de ces zones correspond à des objectifs de travail différents. Les tâches effectuées par les infirmières sont guidées par ces objectifs spécifiques. Lors des entrevues, les infirmières réfèrent souvent à leur assignation pour expliquer et contextualiser le travail effectué. Ce tableau présente les différentes zones auxquelles sont assignées les infirmières, les principaux objectifs visés dans chacune de celles-ci ainsi que les tâches associées.

**Prétriage : une infirmière est assignée au prétriage.** L'infirmière qui est assignée au prétriage est responsable d'évaluer sommairement la condition des patients qui se présentent à l'urgence. Le but de cette évaluation est d'éviter les délais pour les patients qui nécessitent des soins immédiatement. L'infirmière du prétriage accorde un code de priorité de 1 à 3 (1 étant le plus urgent) pour chaque patient d'après l'acuité des symptômes. Cette priorisation permet, ensuite, à l'infirmière du triage de déterminer les patients qu'elle évaluera en premier. C'est pourquoi, l'infirmière du prétriage est responsable de la réévaluation périodique des patients en attente de la consultation médicale. Cette infirmière est donc responsable avec l'infirmière du triage de la surveillance des patients qui se trouvent dans la salle d'attente. (Échelle canadienne de triage et de gravité)

**Triage : Deux infirmières sont affectées à cette fonction.** L'infirmière du triage est responsable de l'évaluation initiale de la condition de la personne qui se présente à l'urgence. À la suite de l'évaluation un code de priorité situé entre 1 et 5 est attribué au patient. Cette cote représente la gravité de l'état de santé du patient et permet de départager les patients à être vus rapidement, des patients dont la stabilité de la condition leur permet d'attendre. L'infirmière du triage doit aussi déterminer la destination attribuée aux patients (horizontal ou vertical) et procéder à la sélection des ordonnances collectives qui s'appliquent à la raison de consultation du patient. Elle partage la responsabilité de la surveillance et de la réévaluation des patients de la salle d'attente avec l'infirmière du prétriage.

**Infirmière polyvalente 1 (avant) :** Cette infirmière est responsable de la réalisation des ordonnances collectives pour les patients en attente d'une consultation médicale (Elle travail en complémentarité avec les infirmières assignées au triage et au prétriage. Lorsqu'il manque d'effectifs infirmier cette fonction est la première à être retranchée.

**Horizontal (soins aigus) :** Les infirmières dans cette zone s'occupent des patients dont la condition requiert une surveillance étroite. Il s'agit de patients dont la condition requiert

qu'ils soient couchés sur une civière. Plusieurs patients dirigés nécessitent un monitoring cardiaque continu. Les infirmières assignées à cette zone ont la responsabilité d'évaluer, de surveiller et de prodiguer les soins et traitements aux patients jusqu'à leur transfert dans une autre zone de l'urgence, leur admission à l'unité de soins ou leur congé. Selon les effectifs infirmiers disponibles, les infirmières dans cette zone assurent les soins de 4 à 6 patients. Leur assignation correspond à des numéros de chambre déterminés. Elles effectuent deux tournées d'évaluation pour tous leurs patients durant un quart de travail de huit heures. Elles ajustent leur surveillance selon l'évolution de la condition du patient. De plus, compte tenu des admissions et des congés il est possible qu'elles accueillent quelques nouveaux patients lors de leur quart de travail.

**Réanimation :** Les infirmières assignées à cette zone assurent l'évaluation, la surveillance et les soins et les traitements des patients de l'urgence dont la condition est la plus instable. La surveillance et le monitoring des paramètres vitaux des patients est continue, les traitements sont plus invasifs. Le niveau de soins requis est important. Deux infirmières sont affectées à la réanimation. Elles sont assignées à deux chambres chacune. Il n'est pas rare que ces infirmières requièrent de l'aide supplémentaire pour assurer les soins et traitements requis pour ce patient. Il n'est donc pas rare que d'autres infirmières soient appelées en renfort pour quelques minutes, ou selon le cas quelques heures. Ces infirmières proviennent de d'autres zones de l'urgence. Les patients de cette salle seront soit transférés dans une autre zone de l'urgence si leur état se stabilise ou transférés dans un autre secteur de l'établissement selon les soins et traitements requis, le plus souvent la salle d'opération, au laboratoire d'hémodynamie ou aux soins intensifs.

**Infirmière polyvalente-2 (horizontal) :** Contrairement à ses collègues qui travaillent dans la zone de soins aigus (Horizontal et Réanimation). L'infirmière assignée à cette fonction n'a pas de patients attirés ou de chambres dont elle est responsable. Son rôle consiste à aider ses collègues qui travaillent dans la zone horizontale et dans la zone de réanimation en réalisant certaines de leurs activités ou en participant à la préparation initiale des patients « *work up* » qui viennent d'être installés dans l'une des chambres. La préparation initiale comprend la réalisation de l'ECG, d'analyses sanguines d'après les ordonnances collectives ainsi que l'installation d'un accès veineux, d'un soluté. Ces tâches sont réalisées généralement avant que le médecin procède à l'examen du patient.

**Vertical :** Cette zone représente la zone de soins ambulatoires. Les patients qui y sont assignés ont un état de santé qui a été jugé stable par l'infirmière du triage. De plus, l'infirmière du triage a estimé que leur condition ne requerra pas une admission ou un séjour prolongé à l'urgence. Les infirmières assignées à cette zone, évaluent les patients qui sont entrés dans les chambres et effectuent les ordonnances, si ce n'est pas déjà fait, avant que le médecin évalue le patient. Ensuite, elles s'affairent à effectuer les soins et traitements demandé par le médecin. Dans cette section, il y a beaucoup de va et vient dans les chambres, car, une fois les soins et traitements réalisés, les patients sont retournés dans la salle d'attente.

Les patients sont redirigés vers la salle d'attente lorsqu'ils attendent des examens, des résultats de laboratoires ou d'imagerie médicales.

**Flex :** Les infirmières du Flex jouent un rôle tampon entre la zone du vertical et de l'horizontal. Elles s'occupent de 3 civières, ces trois civières sont dans un espace divisé par des rideaux, des patients placés dans les cinq fauteuils de la Zone d'évaluation rapide (ZÉR). Elles sont responsables de quelques salles du vertical. Ainsi elles doivent procéder, comme les infirmières de la zone aigue, aux évaluations (tournée) des patients sur civière et placés dans les fauteuils aux 4 heures et effectuer les soins et traitements requis pour tous les patients qui se trouvent dans cette zone. Elles sont appelées à participer à la réalisation des ordonnances collectives identifiées par les infirmières du triage pour les patients, et à effectuer les traitements des patients du vertical qui leur sont attribués.

**ASI :** Dans le quotidien d'un quart de travail, le rôle d'assistante-infirmière chef est un rôle de coordination opérationnelle. Lorsque cette fonction est remplie par une infirmière qui n'occupe pas un poste d'AIC, on parlera de *l'infirmière en charge*. Ces infirmières assignent les nouveaux patients à des lits et s'assurent que les patients ayant obtenu congé puissent quitter. Elles gèrent, en quelque sorte, l'occupation des civières de l'urgence en collaboration avec les infirmières du triage et les médecins traitants. Leur rôle est essentiel au bon roulement de l'urgence. Elles font la gestion des lits (civières) de l'urgence c'est-à-dire qu'elles s'occupent de l'attribution des civières et des déplacements des patients au sein de l'urgence (transfert vers la salle de réanimation, sortie de la salle de réanimation vers un chambre de l'horizontal, déplacement d'un patient du vertical vers horizontal, etc.). Pour y arriver elles doivent continuellement avoir une vue d'ensemble de la situation de l'urgence. Elles doivent savoir ce qui se passe avec les patients de l'unité afin de pouvoir prévoir, qui elle pourra sortir au besoin, qui sera le premier patient en attente sur civière et à qui une chambre sera désignée. De plus, elles veillent à ce que les patients en attente de lits les obtiennent en communiquant avec l'infirmière qui assure la coordination des lits de l'hôpital. Elles donnent régulièrement le rapport aux unités de soins afin de faciliter les admissions. Elles veillent de plus, à la répartition des ressources humaines de l'unité. Ce rôle de coordination fait en sorte qu'elles reçoivent et effectuent de nombreux appels téléphoniques. Elles revoient aussi les assignations selon la disponibilité des effectifs infirmiers et l'acuité des patients. Elles évaluent les besoins de leur équipe de soins et demandent au besoin à d'autres infirmières d'aller soutenir certaines de leurs collègues. Elles participent aussi aux soins et traitement lorsqu'elles voient que les infirmières de leur équipe ont besoin d'aide. Enfin, elles jouent un rôle de soutien clinique et de supervision clinico-administrative pour les membres de leur équipe.

**Annexe S : Liste des documents analysés**





	Nom du document	Niveau du document				Aspect principal					Aspects précis traités																	
		local	Centre hospitalier	MSSS	Autre	Architecture	Système d'information	Prévention infections	Normes cliniques ou orthani	optimisation	Chambre individuelle	Prev. Contrôle infections	Design linéaire	Efficacité design	vertical	horizontal	Zone fauteuils	SOLURGE	SIGDU	Performance/Optimisation/lean	Technologielécrans	Reddition de comptes.	Flux (Flow)	Work Flow	Poste de travail infirmières	triage	surge	
27.	Association des médecins d'urgences. Actions prioritaires pour améliorer la situation des urgences au Québec				•				•	•									•	•		•						
28.	Les urgences au Québec. 1990-1997. Bilan, perspectives et normes. MSSS 1998			•	•					•										•		•						
29.	CIHI strategic plan 2016–2021				•					•												•						
30.	Site internet : Banque de données communes des urgences BDCU — INSPQ			•		•												•				•						
31.	Circulaire du MSSS attentes Ministérielles relatives à l'amélioration des temps d'attente et au désencombrement.			•					•													•						
32.	MSSS 2015. Plan Stratégique du MSSS 2015-2020.			•					•											•		•						
33.	MSSS, 2019. Plan stratégique du MSSS 2019-2023.			•					•											•		•						

1.	Plan du département de l'urgence. Figure 10
2.	MSSS (2006). Guide de gestion de l'urgence. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux ; Direction des communications du Ministère de la santé et des services sociaux Récupéré de Ministère de la Santé et des Services sociaux <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-905-01.pdf">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-905-01.pdf</a> . Consulté le 4 avril 2019.
3.	MSSS, (2008). Guide de performance CHU. Récupéré de Ministère de la Santé et des Services sociaux <a href="https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/modernisation-des-chu-de-ntl/GuidePerformance-fr-080325_modif.pdf">https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/modernisation-des-chu-de-ntl/GuidePerformance-fr-080325_modif.pdf</a>
4.	Crane, J., et Noon, C. (2019). <i>The definitive guide to emergency department operational improvement: employing lean principles with current ED best practices to create the "no wait" department</i> . CRC Press.
5.	Huddy, J. (2017). <i>Emergency Department Design: A Practical Guide To Planning For The Future</i> , 2nd Ed. American college of Emergency Physician Ed. 437 p.
6.	Schull, M. J., et al., (2010). Development of a consensus on evidence-based quality of care indicators for Canadian emergency departments. <i>Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences</i> . Récupéré de institute for clinical evaluation sciences <a href="https://www.ices.on.ca/filip-publication/development-of-consensus-evidence-based/files/assets/basic-html/index.html#1">https://www.ices.on.ca/filip-publication/development-of-consensus-evidence-based/files/assets/basic-html/index.html#1</a>

7.	Chamoun, Bernardin, B., Poitras, J., Vadeboncoeur, A. (2000) Informatisation d'un département d'urgence. Journal de l'AMUQ. Récupéré de Association des médecins d'urgence du Québec. <a href="https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/Informatisation_d_un_departement_d_urgence.pdf?phpMyAdmin=i%2CheTT%2CBhLk96mm75DwfLeUjab">https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/Informatisation_d_un_departement_d_urgence.pdf?phpMyAdmin=i%2CheTT%2CBhLk96mm75DwfLeUjab</a>
8.	Accreditation Canada Qmentum, (2019). Emergency departement standard. Document distribué aux gestionnaires.
9.	Statistiques des urgences du Québec. Disponible en ligne <a href="https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/donnees-urgences/">https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/donnees-urgences/</a>
10.	Corporation d'hébergement du Québec, (2011). Guide de Logistique Hospitalière. Récupéré de Ministère de la santé et des services sociaux. <a href="https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/reseau/repertoire-des-guides-de-planification-immobiliere/110629_Guide_logistique_hospitaliere.pdf">https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/reseau/repertoire-des-guides-de-planification-immobiliere/110629_Guide_logistique_hospitaliere.pdf</a> Consulté le 1er septembre 2020.
11.	MSSS, (2004). Cadre Normatif système d'information de gestion des départements d'urgence (SIGDU). Récupéré de Ministère de la santé et des services sociaux. <a href="http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/MSSS/04-916-01W.pdf">http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/MSSS/04-916-01W.pdf</a> . Consulté le 10 octobre 2019.
12.	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, (2019). Triage à l'urgence Lignes directrices. Récupéré au <a href="https://www.oiiq.org/triage-a-l-urgence-lignes-directrices">https://www.oiiq.org/triage-a-l-urgence-lignes-directrices</a> . Consulté le 15 mai 2019.
13.	Figure 21
14.	Figure 9
15.	Figure 6
16.	Figure 5
17.	Relevé quotidien de la situation à l'urgence Ensemble du Québec. Mise à jour tous les jours à cette adresse <a href="https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques/documents/urgences/Rap_Quotid_SituatUrgence1.pdf">https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques/documents/urgences/Rap_Quotid_SituatUrgence1.pdf</a>
18.	Relevé quotidien de la situation à l'urgence Ensemble du Québec. Mise à jour tous les jours à cette adresse <a href="https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques/documents/urgences/Rap_Quotid_SituatUrgence1.pdf">https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques/documents/urgences/Rap_Quotid_SituatUrgence1.pdf</a>
19.	Figure16
20.	Lance, J. (2013). <i>Planification immobilière et prévention des infections : installations sanitaires dans les chambres et dans les « cubicules » d'unités de soins spécialisés</i> . INESSS
21.	MSSS (2012) Répertoire des guides de planification immobilière Guide d'élaboration du plan clinique unité de soins critiques-récupéré à <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000497/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000497/</a>
22.	INSPQ (2014). Mesures de prévention et contrôle des infections à l'urgence. Récupéré de Institut National de Santé publique au <a href="https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1742_MesPrevContrInfectUrgence.pdf">https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1742_MesPrevContrInfectUrgence.pdf</a> . Consulté le 13 mars 2019.
23.	Page de données dressant le portrait des salles d'urgences des différentes régions du Québec compilées par le MSSS quotidiennement. Disponible au <a href="https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/donnees-urgences/">https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/donnees-urgences/</a>
24.	MSSS, (2012). Principes Généraux d'aménagement en prévention et en contrôle des infections nosocomiales. 2 <sup>e</sup> édition. Récupéré de Ministère de la Santé et des Services sociaux <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000498/">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000498/</a> . Consulté le 26 juin 2019.
25.	Document fourni par l'organisation.
26.	Villeneuve, (2001). Désengorger les urgences Mission impossible? Un aperçu du rapport du groupe tactique d'intervention (gti) sur les urgences récupéré au <a href="https://www.locamedic.com/wp-content/uploads/2014/11/recommandation-gti.pdf">https://www.locamedic.com/wp-content/uploads/2014/11/recommandation-gti.pdf</a> . Consulté le 15 novembre 2019.
27.	Hamel, P., et al., (2007). Actions prioritaires pour améliorer la situation des urgences au Québec. Récupéré de Association des médecins d'urgence du Québec <a href="https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/Actions_prioritaires_pour_ameliorer_la_situation_des_urgences_au_Quebec_(2007).pdf?phpMyAdmin=i%2CheTT%2CBhLk96mm75DwfLeUjab">https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/Actions_prioritaires_pour_ameliorer_la_situation_des_urgences_au_Quebec_(2007).pdf?phpMyAdmin=i%2CheTT%2CBhLk96mm75DwfLeUjab</a>
28.	MSSS (1998) Groupe Tactique d'intervention. Les urgences au Québec, 1990-1997. Récupéré de Ministère de la Santé et des Services sociaux <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_771.pdf">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_771.pdf</a> . Consulté le 3 novembre 2019.
29.	CIHI, (2016). CIHI's Strategic plan, 2016-2021. Récupéré de Institut Canadien d'information sur la Santé. <a href="https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/strategioplan2016-2021-enweb.pdf">https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/strategioplan2016-2021-enweb.pdf</a>
30.	<a href="https://www.inspq.qc.ca/boite-ou-tils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/systemes-de-surveillance/banque-de-donnees-communes-des-urgences-bdcu">https://www.inspq.qc.ca/boite-ou-tils-pour-la-surveillance-post-sinistre-des-impacts-sur-la-sante-mentale/systemes-de-surveillance/banque-de-donnees-communes-des-urgences-bdcu</a>
31.	MSSS, (2012). Circulaire 2012-033. <a href="http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/c24d30b47a3575be85257ad9006ba053/\$FILE/2012-033_Circulaire%20(2012-12-11).pdf">http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/6bf0324580595c9c8525656b0015cbc3/c24d30b47a3575be85257ad9006ba053/\$FILE/2012-033_Circulaire%20(2012-12-11).pdf</a>
32.	MSSS 2015. Plan Stratégique 2015-2020. Récupéré de Ministère de la santé et des services sociaux. <a href="https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001550/?&amp;date=DESC&amp; sujet=plan-strategique&amp;critere=sujet">https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001550/?&amp;date=DESC&amp; sujet=plan-strategique&amp;critere=sujet</a>
33.	MSSS 2019. Plan Stratégique 2019-2023. Récupéré de Ministère de la santé et des services sociaux. <a href="https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_19-717-02W_MSSS.pdf">https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_19-717-02W_MSSS.pdf</a>

**Annexe T : Autorisation de reproduction de photographies**

Demande d'utilisation d'une photo dans une thèse de doctorat - Message - Mail

↳ Répondre    ⏪ Répondre à tous    → Transférer    📁 Archiver    🗑 Supprimer    📌 Définir un indicateur    ⋮

Le 3 déc. 2020 à 18:01, Sophie Pomerleau <[redacted]> a écrit :

Bonjour Mr Langlois,

Je suis étudiante au doctorat à l'Université d'Ottawa.  
 Mon projet de recherche porte sur l'influence de l'environnement bâti dans lequel travaillent les infirmières d'urgence. Le site de mon étude est [redacted].  
 Afin d'illustrer les propos rapportés par les infirmières j'aimerais pouvoir utiliser l'une de vos photos de ce site dans ma thèse. Il s'agit de la photo qui donne une vue d'ensemble du département vu de l'intérieur. Qui apparait sur le site des architectes: [redacted], et sur le site de [redacted]. Il s'agit de la première photo que vous trouverez sur le site que je joins ci-dessous.

Je prévois utiliser, si vous m'y autorisez, dans ma thèse de doctorat intitulée *Influence des processus d'amélioration de la qualité des soins sur la pratique des infirmières d'urgence : une ethnographie institutionnelle* qui sera disponible au public par le biais de uO Recherche (le dépôt institutionnel de l'Université d'Ottawa)

Donc, j'aimerais savoir si vous êtes le détenteur des droits d'auteurs pour cette photo et si vous m'autorisez à l'utiliser dans ma thèse.  
 Bien entendu, la photo sera identifiée comme protégée par le droit d'auteur.

Je vous remercie

Sophie Pomerleau, infirmière, MSc., PhD (c)  
 Faculté des Science de la santé  
 École des Sciences Infirmières  
 Université d'Ottawa  
 [redacted]

À : Sophie Pomerleau

**De :** claude-simon langlois <[redacted]>

**Envoyé :** samedi 5 décembre 2020 19:04

**À :** Sophie Pomerleau <[redacted]>

**Objet :** Re: Demande d'utilisation d'une photo dans une thèse de doctorat

**Attention :** courriel externe | external email

Bonjour Sophie,

Je suis heureux que mon image vous plaise et je vous autorise à l'utiliser pour les besoins dont vous faites mention dans votre demande.

Je vous invite d'ailleurs à voir une sélection d'autres images du [redacted] que j'ai aussi réalisées.

[redacted]

Si vous voulez en utiliser d'autres, vous êtes la bienvenue.

Laissez-moi savoir si vous avez besoin d'un fichier.

Merci de votre intérêt

claude-simon langlois

[redacted]