

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES

**ENVIRONNEMENTS FAVORABLES
A LA PRATIQUE :**

QUALITE AU TRAVAIL = SOINS DE QUALITE

Dossier d'information et d'action



Développé par Andrea Baumann

pour le Conseil international des infirmières

Tous droits réservés, y compris la traduction.

La reproduction photomécanique de cet ouvrage, son stockage dans un système d'information, sa transmission sous quelque forme que ce soit et sa vente sont interdits sans la permission écrite du Conseil international des infirmières. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, pour autant que la source soit indiquée.

Copyright © 2007 CII – Conseil international des infirmières
3, place Jean-Marteau - 1201 Genève (Suisse)

ISBN : 92-95040-81-3

INSTAURER DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES A LA PRATIQUE

Table des matières

Introduction	1
Chapitre 1 - Instaurer des environnements favorables à la pratique	5
Chapitre 2 - Satisfaction au travail, dotation en personnel et sécurité	9
Chapitre 3 - Climat organisationnel et performance au travail	21
Chapitre 4 - Questions générales liées à la vie professionnelle	25
Chapitre 5 – Rôle des associations nationales d'infirmières	29
<i>Annexes</i>	
Annexe 1 - Outil d'évaluation de l'environnement de travail des infirmières	35
Annexe 2 - Stratégies de développement d'environnements favorables à la pratique	39
Annexe 3 – Fiche d'information sur la prévention des blessures par seringue	41
Annexe 4 – Fiche d'information sur la vaccination des travailleurs de la santé	45
Annexe 5 – Prise de position sur la sécurité des patients	49
Annexe 6 – Prise de position sur les abus et violences à l'encontre du personnel infirmier	53
Annexe 7 – Prise de position sur la santé et la sécurité des infirmières au travail	59
Annexe 8 – Communiqué de presse sur <i>l'instauration d'environnements favorables à la pratique, garants de la qualité des soins</i>	63
Références	65

Instaurer des environnements favorables à la pratique

Introduction

La réalité est incontournable : les systèmes de santé du monde entier subissent des pressions toujours plus fortes, confrontés tant à des besoins de santé croissants qu'à des contraintes financières limitant leur capacité à renforcer leurs infrastructures et leur force de travail. Nous traversons actuellement une crise mondiale de la main-d'œuvre infirmière, caractérisée par une grave pénurie d'infirmières. Les causes de cette pénurie sont multiples et complexes. L'une des principales d'entre elles réside dans des environnements de travail malsains qui diminuent la performance des infirmières, les aliènent et, trop souvent, les contraignent à partir, soit en quittant leur poste, soit en abandonnant la profession elle-même.

Or, certains environnements parviennent au résultat inverse et favorisent l'excellence tout en attirant et fidélisant les infirmières. C'est ce que l'on appelle des environnements favorables à la pratique. De nombreux éléments factuels attestent de leur effet positif sur la satisfaction des infirmières, sur les résultats pour les patients ou encore sur l'innovation. Cependant, un grand effort doit encore être consenti pour généraliser ces environnements favorables à la pratique.

À cette fin, le CII a décidé de placer la Journée internationale des infirmières 2007 sous le signe des *Environnements favorables à la pratique : qualité au travail = soins de qualité*, et d'orienter dans ce sens la présente documentation thématique. Conçue pour permettre aux infirmières d'agir et de sensibiliser l'opinion, cette documentation s'adresse aux gestionnaires, aux infirmières sur le terrain, aux membres des directions, aux associations professionnelles et aux organes régulateurs. La documentation donne en outre quelques éléments statistiques sur les environnements favorables à la pratique. Ces informations seront utiles aux intervenants de la santé souhaitant améliorer la qualité de la fourniture des services.

Contextes de pratique favorables : caractéristiques

- *Cadres innovants axés sur le recrutement et la rétention*
- *Application de stratégies de formation continue et de mise à niveau professionnelle*
- *systèmes de compensation adéquats*
- *Programmes de reconnaissance des qualifications*
- *Mise à disposition de l'équipement et des fournitures nécessaires*
- *Sécurité de l'environnement de travail*

Les pages qui suivent explorent la relation entre l'infirmière et son lieu de travail. Elles analysent les facteurs qui conditionnent les environnements de travail, le coût induit par les places de

travail malsaines et les caractéristiques et avantages des environnements favorables à la pratique. La documentation contient également une liste d'actions recommandées et d'outils qui aideront les infirmières à négocier l'amélioration de leurs environnements de travail.

Contexte et idées fortes

- Dans pratiquement tous les pays, les infirmières dispensent la majorité des services de santé – jusqu'à 80% dans certains cas.
- Nous traversons une crise mondiale de la main-d'œuvre infirmière, caractérisée par une pénurie croissante d'infirmières dans la plupart des pays.
- L'intensité de la pénurie varie en fonction des catégories d'infirmières, du lieu, des niveaux de soins, de service et d'organisation; elle est simultanément associée à une demande accrue en demande de services infirmiers.
- La situation est souvent dramatique dans les pays en voie de développement : la pénurie y est chronique, aggravée par une forte émigration d'infirmières en quête de meilleures conditions de vie et de travail; elle s'accompagne de chômage ou de sous-emploi de nombreuses infirmières, pour cause de contraintes financières.
- Au Ghana, plus de 500 infirmières ont émigré en 2000, pour occuper des postes mieux payés dans des pays plus riches – trois fois le chiffre de 1999 et plus du double du nombre total de nouvelles infirmières formées chaque année dans ce pays.
- Pour trente-trois pays d'Océanie, d'Afrique, d'Amérique centrale et des Caraïbes, consultés dans le cadre d'une enquête de l'Université de Pennsylvanie, l'exode des infirmières vers les pays riches constitue un problème « modéré à grave », exacerbant une pénurie sous-jacente.
- La pénurie actuelle compromet la réalisation des objectifs des systèmes de santé; elle limite la capacité de ces derniers à répondre aux attentes des citoyens.
- En 2006, l'Organisation mondiale de la santé a fait de la crise mondiale de la main-d'œuvre de santé (y compris la pénurie d'infirmières) l'une de ses priorités d'action.
- Les causes de cette crise sont multiples et complexes, mais les preuves disponibles indiquent que les environnements de travail malsains en constituent un facteur important.
- Les environnements malsains affectent la santé mentale et physique des infirmières : stress causé par les fortes charges de travail, horaires interminables, statut professionnel dévalorisé, relations humaines tendues, difficultés à remplir les rôles professionnels, risques propres au contexte professionnel.
- L'on dispose de preuves tangibles du fait que "de longues périodes de tension professionnelle affectent les relations interpersonnelles et augmentent les congés-maladie, les conflits, l'insatisfaction professionnelle, le taux de rotation et l'inefficacité" (Baumann *et al.* 2001).

- Les infirmières souffrant du stress occasionné par les charges de travail trop importantes, de frictions avec leurs collègues, de manque d'aptitudes et de connaissances, de gestion déficiente et de risques professionnels doivent, dans le même temps, s'efforcer de préserver les plus hautes normes de soins.
- Les environnements favorables à la pratique sont bénéfiques non seulement aux infirmières, mais également aux autres travailleurs de la santé; ils prédisposent à l'excellence des services et donc à la qualité des résultats pour les patients.
- Au Royaume-Uni, un tiers des infirmières fraîchement diplômées choisissent de ne pas s'inscrire au registre professionnel. Il semble que des expériences négatives vécues sur le lieu de travail ou lors de stages en milieu clinique détournent les jeunes infirmières de la profession.
- Une étude portant sur des infirmières aux États-Unis, au Canada, en Angleterre, en Écosse et en Allemagne montre que 41% des infirmières exerçant en milieu hospitalier ne sont pas satisfaites de leur travail, 22% envisageant de démissionner dans les douze mois. D'autres recherches confirment la relation entre le stress professionnel et le moral, la satisfaction au travail, l'engagement envers l'organisation et l'intention de démissionner.
- On sait maintenant que certains problèmes liés à l'environnement de travail affectent l'engagement professionnel des infirmières et leur fidélité aux organisations (Tovey & Adams 1999) et qu'ils contribuent à la mise en cause du contrat psychologique qui lie l'employé à son employeur (Rousseau 1996).
- Les effets positifs que les environnements favorables à la pratique exercent sur la fourniture des services de santé, sur la performance professionnelle des travailleurs de la santé, sur les résultats pour les patients et sur l'innovation, sont bien documentés.
- Le stress est moins préoccupant dans les contextes où davantage d'infirmières sont disponibles pour les soins aux patients.
- Par environnement de pratique sain, on entend un environnement de pratique maximisant la santé et le bien-être des infirmières, la qualité des résultats pour les patients et la performance organisationnelle (RNAO 2006d).
- Les employeurs commencent de se rendre compte que l'introduction de changements positifs au sein de l'environnement de travail se traduit par un taux plus élevé de maintien du personnel.
- Les données disponibles montrent que le maintien des employés induit un travail d'équipe de meilleure qualité, une meilleure continuité des soins et de meilleurs résultats pour les patients.
- L'étude en profondeur menée par le CII sur le thème de la crise de la main-d'œuvre infirmière - *État des lieux général de la profession infirmière* – a montré que l'instauration d'environnements favorables à la pratique et l'amélioration de la performance organisationnelle font partie des cinq priorités d'action majeures au plan international.

CHAPITRE 1

L'infirmière et les environnements favorables à la pratique

L'étude des environnements favorables à la pratique combine deux considérations : (1) l'identité professionnelle des infirmières et (2) les caractéristiques des environnements proprement dits.

Identité professionnelle

Quels que soient le genre de leur pratique et le contexte professionnel ou le pays où elles exercent, les infirmières partagent toutes un même attribut caractéristique : professionnelles engagées, elles ont adopté une conception holistique des soins. Plus que tout autre sans doute, ce critère définit leurs attentes et les conditions de leur intégration aux environnements de travail actuels, de plus en plus souvent sources de problèmes.

En tant que professionnelles, les infirmières ont besoin d'un environnement de pratique qui tienne compte du mandat social et sanitaire de leur discipline ainsi que du domaine de leur pratique tel que défini par la loi (Rowell 2003). Les structures politiques institutionnelles doivent reconnaître l'importance de l'éducation et de la formation continue, mettre l'accent sur la collégialité et le travail en équipe et favoriser la créativité et l'innovation.

Les environnements de pratique de qualité répondent aux besoins et aux objectifs des infirmières; les patients y sont aidés à atteindre leurs propres objectifs de santé. Ceci se produit dans le contexte d'un cadre financier et qualitatif déterminé par l'organisation au sein de laquelle les soins sont prodigués.

Les organisations sont plus ou moins capables de prodiguer des soins en environnements de pratique difficiles. Dès lors que manquent le personnel, les ressources et / ou les structures, on constate

Qu'est-ce qu'un professionnel ?

En 1910 déjà, Abraham Flexner identifiait plusieurs caractéristiques qui ont gardé toute leur pertinence :

- *connaissances;*
- *spécialisation;*
- *responsabilité individuelle et intellectuelle;*
- *conscience d'appartenance à un groupe.*

Depuis la formulation de cette première approche, de nombreux auteurs issus de contextes très différents ont affiné la perspective sur les éléments constitutifs du professionnalisme. Une conception contemporaine propose les critères suivants : des connaissances basées sur des principes scientifiques, l'obligation de rendre des comptes, l'autonomie, la curiosité, la collégialité, la collaboration et l'innovation (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO] 2006d).

un conflit entre la responsabilité professionnelle des infirmières et la fourniture de soins adéquats. Si, par exemple, des charges de travail intenses ne laissent aux infirmières que le temps nécessaire aux besoins physiques des patients, les besoins psychosociaux et spirituels de ces derniers ne seront pas couverts (Baumann *et al.* 2001), et la conception holistique des soins ne sera pas respectée.

Caractéristiques des environnements favorables à la pratique

Des modèles applicables aux environnements de travail des infirmières ont émergé d'études conduites en Europe ces dix dernières années. L'avantage de ces modèles est leur applicabilité à n'importe quel contexte de travail, de la petite structure rurale communautaire aux grands hôpitaux urbains de soins aigus.

Le modèle de Kristensen (1999) de bien-être social et psychologique combine six facteurs de tension relatifs à l'individu et à l'organisation au sein de laquelle il évolue. Ces travaux ont été corroborés par le modèle de Seigrist (1996) sur les situations d'effort maximal / récompense minimale. Selon Kristensen, les éléments suivants sont nécessaires au bien-être social et psychologique optimal :

- des demandes qui correspondent aux ressources dont dispose la personne sollicitée (absence de pressions au travail);
- une forte prédictibilité (sécurité de l'emploi et sécurité au travail);
- le soutien social des collègues et de l'encadrement et l'accès à l'éducation et aux opportunités de formation continue (travail en équipe; congés sabbatiques);
- un travail gratifiant (identité professionnelle);
- un haut niveau d'influence (autonomie, contrôle de l'emploi du temps, leadership);
- un équilibre entre effort et récompense (rémunération, reconnaissance, récompenses).

Hôpitaux aimants. La profession infirmière est plus particulièrement concernée par la littérature sur les *hôpitaux aimants*. Le terme d'*hôpital aimant* désigne un établissement capable d'attirer et de retenir des infirmières bien qualifiées et de dispenser régulièrement des soins de qualité. Apparus aux États-Unis, les hôpitaux aimants et les principes qui les sous-tendent se sont internationalisés.

Une pénurie généralisée d'infirmières a sévi au début des années 1980 aux États-Unis. On s'aperçut alors que certains hôpitaux se distinguaient par des taux de vacance et de rotation de leur personnel remarquablement bas, compte tenu des circonstances. Les infirmières considéraient ces institutions comme de bons employeurs, offrant des cadres de travail attrayants.

Le terme d'hôpital aimant désigne généralement un établissement capable d'attirer et de retenir des infirmières bien qualifiées et de dispenser régulièrement des soins de qualité.

Étonnée, l'*American Academy of Nursing* commanda une étude sur les *hôpitaux aimants*, étude qui mit au jour une longue liste de caractéristiques propres à ces établissements. Une étude de suivi du Département fédéral de la santé et des services humains permit d'identifier les trois stratégies mises en place par ces hôpitaux pour réduire leurs taux de rotation et de vacance des infirmières : engagement marqué de l'encadrement en faveur des infirmières et des services infirmiers; exercice d'un leadership infirmier déterminé; compétitivité des salaires et prestations sociales.

Les infirmières employées dans les hôpitaux aimants sont moins sujettes à l'épuisement et sont davantage satisfaites de leur travail; les résultats pour les patients sont également meilleurs dans ces établissements (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002). Les indicateurs spécifiques aux hôpitaux aimants et applicables à d'autres environnements de travail sont de nature aussi bien générale (réputation d'excellence dans la fourniture des soins) que spécifique (fort taux de rétention, faible de taux de rotation, effectif en quantité suffisante, horaires flexibles, direction engagée, salaires adaptés) (Havens & Aiken, 1999; McClure, Poulin, Sovie & Wandelt 1983; Scott, Sochalski & Aiken 1999).

Plus récemment, le Centre d'accréditation des infirmières américaines (*American Nurses Credentialing Center*) a lancé un « programme de reconnaissance de l'excellence dans les soins infirmiers » (Lowe 2005). Dans ce contexte, les critères qui permettent de distinguer les établissements « aimants » sont ceux de l'autonomie et de l'implication des infirmières dans la définition de leur environnement de travail. Ils valorisent en outre l'importance de la formation de base et de la formation continue pour la fourniture de soins infirmiers de qualité.

La liberté laissée aux infirmières d'agir d'une manière autonome et responsable dans le cadre de leur domaine de pratique est toujours corrélée à leur satisfaction professionnelle (Baguley 1999). Une enquête portant sur la satisfaction des infirmières vis-à-vis de leur vie professionnelle a montré que les facteurs leadership, autonomie et travail en équipe contribuent de manière importante à leur satisfaction professionnelle (Best & Thurston 2004, 2006). Il est aussi apparent que le fait de laisser une plus grande latitude à la prise de décision diminue le taux de rotation (Alexander, Bloo, & Nuchels 1004). Les infirmières n'ayant pas ou peu l'occasion de faire valoir leur opinion en matière de soins aux patients se sentent dévalorisées, ce qui diminue leur engagement vis-à-vis de leurs employeurs. Le degré de contrôle sur la pratique dépend de variables contextuelles telles que la durée ou le niveau de soutien par l'encadrement.

CHAPITRE 2

Satisfaction au travail, dotation en effectifs et sécurité

Ces dernières années, les questions liées à la satisfaction au travail, aux niveaux de dotation en effectifs et à la sécurité sont de plus souvent évoquées dans les débats autour des conditions de travail des infirmières. Nous en donnons un aperçu ci-après.

Satisfaction au travail

La satisfaction au travail renvoie aux sentiments des infirmières vis-à-vis de leur vie professionnelle. Une étude de Weisman et Nathanson (1985) a montré que le degré de satisfaction au travail du personnel infirmier est le principal déterminant du niveau de satisfaction général des clients. La satisfaction au travail dépend étroitement des conditions socioéconomiques régissant l'existence ou non d'environnements de travail adéquats : elle est, de ce fait, difficile à mesurer.

Une étude récente indique que les infirmières préfèrent rester dans la région où elles ont reçu leur formation (Baumann, Blythe, Cleverley, Grinspun & Tompkins 2006), mais qu'elles sont prêtes à partir si leurs conditions d'emploi ne répondent pas à leurs exigences personnelles ou professionnelles. Dans de nombreux pays, l'insuffisance de la rémunération est une cause majeure d'émigration. Des études prouvent toutefois que, dans les pays développés, l'aspect financier ne devient critique qu'en l'absence d'autres sources de satisfaction (Weisman & Nathanson 1985). La satisfaction des infirmières dépend également de facteurs plus généraux : mesures d'appui gouvernemental, infrastructure matérielle, degré d'engagement des employeurs en faveur des services infirmiers.

Zurn, Dolea et Stilwell (2005) indiquent qu'au Royaume-Uni, des travailleurs de la santé londoniens, interrogés sur les mesures propres, selon eux, à améliorer leur vie professionnelle, classent les augmentations de salaires en quatrième position, après le renforcement des effectifs, l'amélioration des conditions de travail et la mise à niveau des établissements de soins. Il est vrai que la question salariale est plus importante aux yeux des personnes ayant déclaré vouloir quitter le système de santé. Même dans ce cas toutefois, elle reste en deuxième ou troisième position des préoccupations (Pearson *et al.* 2004).

Dans *Recruter et fidéliser le personnel infirmier : une question de motivation*, étude publiée dans le cadre du Projet d'état des lieux général de la main-d'œuvre infirmière (2005), Zurn, Dolea et Stilwell rapportent l'existence d'un lien empirique entre satisfaction au travail, manque

de motivation et intention de démissionner (Carlson *et al.* 1992). Le manque de satisfaction au travail est un phénomène préoccupant pour de nombreux pays pauvres. Schwabe *et al.* (2004) ont montré qu'au Lesotho 37% des infirmières ne sont pas satisfaites de leur travail actuel. Ce pourcentage fluctue en fonction du poste occupé par les infirmières, pour atteindre par exemple 80% chez les infirmières en santé mentale.

Selon cette étude, les principaux facteurs à l'origine de l'insatisfaction au travail sont les salaires et les mauvaises conditions de travail, en particulier les problèmes matériels comme le manque d'équipement. Les formations inappropriées ou l'insuffisance des qualifications sont également décrites comme très problématiques. Ces conclusions sont confirmées par une enquête menée dans cinq pays d'Afrique, où la faible motivation a entraîné le départ de nombreux travailleurs de la santé pour l'étranger (Awases *et al.* 2003).

La performance d'un travailleur dépend clairement de sa motivation, laquelle l'incite à venir travailler régulièrement et avec diligence, à faire preuve de flexibilité et à réaliser les tâches nécessaires. Cependant, la motivation n'affecte que les aspects de la performance qui dépendent directement du travailleur. Par exemple, si une organisation n'est pas en mesure de mettre à leur disposition l'équipement indispensable, les travailleurs seront incapables d'accomplir leurs tâches, mais pour des raisons indépendantes de leur volonté.

Les carences institutionnelles en termes de ressources humaines et matérielles, de fournitures et d'entretien de l'équipement, entraînent une détérioration progressive des services de santé (en particulier des services étatiques) et génèrent l'insatisfaction au travail. C'est ainsi que l'on a constaté de nombreuses démissions d'infirmières employées dans les hôpitaux de Ribeirão Preto (Brésil) en 1990 (Anselmo, Angerami et Gomez 1997). Cette étude a montré que tous les travailleurs de la santé démissionnaires incriminaient leurs conditions de travail (salaires et avantages sociaux, volume d'activité, horaires et travail par roulement). Des résultats similaires émergent d'une autre étude menée en Colombie (Correa, Palacia et Serna 2001).

Il apparaît ainsi que la productivité des travailleurs de la santé n'est pas uniquement fonction de leur motivation personnelle : elle dépend aussi de leur formation et de leur préparation au travail qu'ils doivent accomplir, deux aspects qui dépendent de l'application de politiques de recrutement et d'emploi appropriées. Les travailleurs doivent aussi être pourvus des moyens matériels et techniques d'accomplir leurs tâches, ainsi que des médicaments indispensables. La motivation n'est par conséquent pas synonyme de performance, et cette dernière n'est pas déterminée de manière univoque par la motivation (Kanfer 1999). La motivation affecte certes la performance, mais cette dernière dépend aussi de l'infrastructure et des conditions matérielles générales.

Effectifs

Une définition importante de la dotation en effectifs a été donnée en 1978 déjà : elle pose une relation entre la quantité et les catégories de personnel requis pour fournir les soins aux patients (Giovanetti 1978, cité dans McGillis Hall 2005). Par la suite, certains auteurs ont réalisé

que la notion de dotation en effectifs ne consiste pas uniquement en nombre d'employés, et y ont inclus d'autres variables relatives à la couverture des patients et à la fourniture de soins sûrs. Ces variables sont : la charge de travail, l'environnement de travail, le rapport coût/rendement et l'efficacité, la complexité des patients, le niveau de qualification du personnel infirmier et le mélange des compétences du personnel infirmier.

Le niveau des effectifs reflète souvent davantage les contraintes financières que les besoins des patients et du personnel. Par conséquent, on constate une faible adéquation entre les besoins des infirmières et les exigences des postes.

James Buchan note, dans *La pénurie mondiale d'infirmières diplômées - aperçu des questions et solutions* (2005) : « Une analyse globale centrée exclusivement sur les régions définies par l'OMS peut masquer des disparités importantes entre pays; d'un autre côté, une analyse pays par pays risque d'occulter des variations géographiques importantes dans la disponibilité des infirmières. Même les pays favorisés du point de vue du ratio infirmière/population connaissent souvent une mauvaise répartition des infirmières disponibles, tendance qui accentue les effets négatifs des pénuries. Les régions rurales des pays en voie de développement sont, d'une manière générale, mal desservies. »

Les systèmes de santé doivent pouvoir assumer financièrement des infrastructures et une main-d'œuvre efficaces. Même s'ils reconnaissent souvent la nécessité de disposer d'un nombre suffisant d'infirmières, les services de santé nationaux sont fréquemment confrontés à l'insuffisance des moyens financiers alloués à la main-d'œuvre. Par exemple, dans *La main-d'œuvre infirmière en Amérique latine*, étude également publiée dans le cadre du projet d'état des lieux général de la main-d'œuvre infirmière (2005), Malaren et Agudelo observent que, dans certains pays comme le Nicaragua, « la faible production nationale d'infirmières ne peut être absorbée par les systèmes de santé locaux, compte tenu notamment de leur capacité économique réduite ». C'est aussi le cas dans d'autres pays : Kenya, Zambie, Tanzanie, Philippines, et dans certaines régions d'Europe de l'Est.

Ces dernières années ont vu une prise de conscience de l'importance d'une dotation en effectifs capable de garantir la sécurité des soins. Cette évolution est due en grande partie aux changements subis par les systèmes de santé au niveau mondial, changements dont la cause est à chercher dans la pandémie de sida, le SRAS, les coûts croissants de la santé et les récessions économiques entraînant des pénuries d'infirmières. La dotation en effectifs est liée aux problèmes de responsabilité, de sécurité du personnel et de sécurité des patients.

Niveaux de dotation en effectifs, mélanges des compétences. La Fédération américaine des enseignants (American Federation of Teachers 1995) définit la dotation en effectifs comme la disponibilité d'un personnel en nombre suffisant, doté d'un mélange de compétences adéquat et disponible en tout temps pour répondre aux besoins des patients et faire en sorte que les environnements de travail présentent toutes les garanties de sécurité. L'adéquation du niveau de dotation en effectifs dépend du contexte. Dans une petite communauté rurale, par exemple, on veillera à disposer du personnel nécessaire à garantir la sécurité de l'environnement. Dans

le secteur hospitalier et communautaire, la composition du personnel et le mélange des compétences sont des facteurs importants des soins optimaux.

Le niveau des effectifs reflète souvent davantage les contraintes financières que les besoins réels des patients et du personnel. Par conséquent, on constate une faible adéquation entre la demande en personnel infirmier, les besoins des infirmières et les exigences des postes. Une forte proportion d'infirmières au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Suède déplore que les pressions sur le lieu de travail sont telles qu'elles nuisent aux soins prodigués aux patients (Nolan, Lundh & Brown 1999; Shullanberger 2000; White 1997). D'autre part l'on dispose d'éléments probants montrant que des ratios infirmière/patients trop élevés entraînent des complications et des mauvais résultats pour les patients (Kovner & Gergen 1998; Lancaster 1997; Shullanberger 2000). Le dossier d'information et d'action *Effectifs suffisants = vies sauvées* du CII (2006) confirme la constatation selon laquelle les niveaux de dotation en effectifs sont liés à la qualité des résultats (Aiken *et al.* 2002; Lancaster 1997). Le dossier analyse des stratégies de promotion de la dotation en effectifs. Les lois de portée générale, les cadres professionnels, les politiques efficaces ont tous prouvé leur utilité pour le renforcement et la planification des effectifs (ICN 2006).

Les preuves concernant le mélange des catégories de personnel

De nombreuses recherches confirment l'effet positif d'une répartition judicieuse des compétences du personnel soignant sur les résultats pour les patients. La plupart de ces recherches indiquent que plus le niveau de formation des infirmières prodiguant des soins est élevé et meilleur est leur statut professionnel, meilleurs sont les résultats pour les patients.

- Blegen, Goode et Reed (1998) ont montré que la présence d'un nombre accru d'infirmières diplômées supérieures au sein du personnel soignant correspond à une incidence moindre des erreurs de prescription de médicaments, à une diminution du nombre des ulcères de pression et à une plus grande satisfaction des patients.
- Une étude portant sur 799 hôpitaux de onze états des États-Unis montre qu'une plus forte proportion de soins infirmiers prodigués par des infirmières diplômées et une augmentation du nombre des heures par journée de patients sont associées à de meilleurs résultats pour les patients.
- Sovie et Jawad (2001) ont découvert que l'augmentation du nombre des heures passées par les infirmières diplômées auprès des patients est associée à une diminution du nombre des chutes et à une plus grande satisfaction vis-à-vis de la gestion de la douleur.
- Needleman, Buerhaut, Mattke, Stewart et Zelevinsky (2002) ont analysé les données administratives provenant d'un vaste échantillon d'hôpitaux aux États-Unis. Ils ont étudié en particulier la relation entre les niveaux de dotation en personnel infirmier et le taux de résultats négatifs chez les patients. Les résultats de l'enquête montrent qu'une plus forte proportion d'heures de soins infirmiers prodigués par des infirmières diplômées et un plus grand nombre d'heures de soins assumées quotidiennement par cette même catégorie d'infirmières, permettent d'obtenir de meilleurs résultats de soins pour les patients hospitalisés.
- Person *et al.* (2004) ont montré que les patients victimes d'infarctus aigu du myocarde courent un risque de décès inférieur s'ils sont hospitalisés dans des établissements bénéficiant de la présence comparativement plus importante d'infirmières diplômées.
- Une importante enquête rétrospective (Tourangeau, Giovanetti, Tu & Wood 2002) menée au Canada auprès de patients victimes d'infarctus aigu du myocarde, d'attaque cérébrale, de pneumonie et de septicémie a montré une mortalité à trente jours inférieure grâce à la présence comparativement plus importante d'infirmières diplômées et à un nombre d'années d'expérience professionnelle plus important dans une unité de soins donnée.

Il existe encore d'autres éléments montrant de meilleurs résultats pour les patients grâce à la présence d'infirmières ayant suivi une formation professionnelle supérieure (voir Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber 2003).

Ratios infirmière :patients. Dans *La pénurie mondiale de personnel infirmier : domaines d'action prioritaire* (2005), le CII relève que «plusieurs pays, notamment les États-Unis et l'Australie, ont désormais imposé des ratios infirmière:patients minimaux. Il s'agit là d'une parmi d'autres stratégies visant à améliorer les conditions de travail, à inciter le retour dans la pratique d'infirmières ayant changé d'orientation et à promouvoir des niveaux de dotation en effectifs sûrs et, partant, propices à la qualité des soins aux patients. Peu après l'introduction des ratios obligatoires dans l'État australien de Victoria, "cinq mille infirmières au chômage ont fait acte de candidature pour des postes vacants dans les services de santé" (Kingma 2006, p. 225). Par ailleurs, des recherches mandatées par la Fédération des soins infirmiers australiens (ANF) montrent que "plus de la moitié des infirmières de l'État de Victoria seraient prêtes à démissionner, à prendre une retraite anticipée ou à réduire leur activité si les ratios obligatoires étaient abolis" (ANF 2004, p. 1).»

Travail en équipe. L'importance du travail en équipe pour la continuité des soins est un thème souvent évoqué depuis quelque temps. Les équipes peuvent être multidisciplinaires ou composées de membres d'une même discipline.

Dans de nombreuses régions, les contraintes financières empêchent l'embauche et le déploiement d'effectifs importants d'infirmières professionnelles. La composition du personnel et ce qui constitue une dotation en effectifs sûre dépendent des conditions locales. Les infirmières, et en particulier celles œuvrant dans le secteur communautaire (ICN 2006), collaborent avec d'autres travailleurs de la santé, professionnels ou non professionnels. Dans les contextes hospitaliers, les rôles et statuts du personnel infirmier diffèrent entre l'Amérique du Nord et l'Europe occidentale. Cependant, quel que soit le genre d'équipe – composée d'infirmières ou multidisciplinaire – la qualité des relations régnant entre ses membres affectera le bien-être de l'infirmière aussi bien que celui du patient.

Les facteurs favorables au travail en équipe sont déterminants pour la fourniture de soins de qualité. Les équipes de soins infirmiers sont de plus en plus souvent multinationales et multiculturelles. C'est pourquoi le Centre international des migrations d'infirmières, créé par le CII et la *Commission on Graduates from Foreign Nursing Schools* (États-Unis), anime des ateliers d'aide à l'intégration des infirmières migrantes ou internationales (cf. www.intlnursemigration.org).

La collaboration avec d'autres professionnels de la santé est également importante. La question des relations souvent conflictuelles entre infirmières et médecins a fait l'objet de nombreuses recherches. Les contextes hostiles ou très fortement hiérarchisés n'incitent pas les infirmières à remettre en question des ordres verbaux ou écrits manifestement erronés ou mal communiqués (Institute of Medicine 2000).

Sécurité

Un cadre de travail sécurisé est une condition nécessaire d'un environnement favorable à la pratique. Les dangers pour les infirmières et les patients résultent de surcharges de travail, de blessures évitables et de l'incidence de la violence au travail.

Surcharges de travail. Le décalage entre les exigences placées sur les infirmières et ce qu'elles sont raisonnablement en mesure de réaliser compromet leur santé et met en danger leurs patients. Les pressions horaires, les exigences contradictoires, les interruptions, les carences en connaissances et aptitudes, le manque de ressources sont autant de facteurs qu'aggravent encore les surcharges de travail.

Des travaux de O'Brien-Pallas, Thomson, Alksnis et Bruce (2001) indiquent que les fortes charges de travail renforcent la tension professionnelle (combinaison de fortes exigences professionnelles et faible latitude de décision); une augmentation à court terme de la productivité semble conduire à une augmentation des coûts de la santé à long terme. Les auteurs relèvent par ailleurs une corrélation forte entre le nombre d'heures supplémentaires et celui des congés-maladie.

Dans *Nursing workforce planning: mapping the policy trail* (2005), O'Brien-Pallas, Duffield, Tomblin Murphy, Birch et Meyer notent que : « La surcharge de travail est un problème majeur dans de nombreux pays (Baumann et al. 2001; Canadian Nursing Advisory Committee 2002; Aiken et al. 2001); en Australie en particulier, il est prouvé que ce facteur est à l'origine de l'abandon de la profession par des infirmières (Duffield, O'Brien-Pallas et Aitken 2004b). »

Malvarez et Agudelo (2005) rapportent pour leur part qu'une autre étude, portant sur des infirmières d'Argentine et d'Uruguay (Carrasco et Espejo de Vinas 2000), a montré « un lien entre le nombre de patients assignés par infirmière et le nombre d'accidents par patient : le groupe contenant le plus grand nombre de patients (trente) enregistre le plus d'accidents ». Le problème de sécurité est ainsi avéré.

Mesure de la charge de travail. Les responsables de services rencontrent les plus grandes difficultés à définir des charges de travail qui conjuguent l'optimisation de la productivité et le respect du bien-être des patients. L'essentiel du travail infirmier étant exclu du champ des outils de mesure de la charge de travail, l'effort et l'expertise infirmiers ne sont ni reconnus, ni mesurés, ni récompensés à leur juste valeur (ICN 2004).

Des recherches sont en cours sur les charges de travail des infirmières et sur les critères de fixation du ratio entre personnel de santé et patients. Par ailleurs, les approches empiriques incorporant un cadre théorique et les nombreux facteurs influençant la charge de travail des infirmières ne sont encore qu'au stade du développement. Il

faut, quoi qu'il en soit, que des systèmes renforcés permettent aux responsables des ressources humaines de prendre de meilleures décisions en matière de dotation en personnel.

L'essentiel du travail infirmier étant exclu du champ des outils de mesure de la charge de travail, l'effort et l'expertise infirmiers ne sont ni reconnus, ni mesurés, ni récompensés à leur juste valeur (CII 2004).

Idéalement, les organisations souffrant de dotations en effectifs insuffisantes devraient renforcer leurs capacités en embauchant davantage d'infirmières et en ouvrant davantage de postes à plein temps. Les infirmières devraient d'autre part pouvoir se concentrer sur les soins aux

patients plutôt que sur les tâches administratives. Les chiffres montrent que le temps passé auprès des patients diminue avec l'augmentation des charges d'administration. L'ouverture de postes de soins infirmiers à responsabilité, comme par exemple ceux de coordinatrices cliniques, est donc cruciale. Dans certains pays, on procède à l'embauche de personnel de bureau, d'assistants de soins personnels et d'infirmières assistantes pour alléger la fourniture des soins proprement dits.

Blessures évitables. Les travailleurs de la santé sont davantage victimes de blessures musculo-squelettiques que d'autres groupes professionnels. Les infirmières en particulier pâtissent de forts taux de foulures et d'entorses (Choi, Levitsky, Lloyd & Stones 1996). Plusieurs études ont montré une relation entre densité de personnel, surcharge de travail, stress et blessures musculo-squelettiques dans les environnements de pratique infirmière. Une étude longitudinale portant sur quatre mille travailleurs de la santé en Colombie britannique (Canada) a montré que la tension professionnelle augmente le risque de blessures musculo-squelettiques et de demandes de dédommagement liées (Koehoorn, Kennedy, Demers, Hertzman & Village 2000). Une étude transversale portant sur des infirmières suédoises a montré que la tension professionnelle augmente le risque de douleurs dorsales (Ahlberg-Hult, Theorell & Sigala 1995).

Certains éléments probants suggèrent que les conditions et pratiques de travail des infirmières pourraient entraîner des blessures évitables. De nombreuses infirmières appartenant à des équipes à effectif réduit s'infligent des douleurs dorsales en soulevant, seules, leurs patients (Schindul-Rothschild, Berry & Long-Middleton 1996). Une étude prospective s'étendant sur plus d'une année, menée auprès de 24 500 infirmières suédoises et portant sur les blessures dorsales par surextension, a montré que la plupart des incidents se produisent pendant le transfert du patient, en général alors que les infirmières travaillent seules (Engkvist, Hagberg, Wigaeus Hjelm, Menckel & Ekenvall 1998).

La formation et l'adoption de procédures appropriées permettent de diminuer le risque de blessures, mais certains facteurs organisationnels interviennent également (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail 2005). Dans une étude, les taux de blessures par aiguilles sont associés à la présence de personnel infirmier temporaire, tandis que des taux de blessures inférieurs caractérisent les hôpitaux aimants – organisations disposant de personnel stable et d'une réputation d'excellence en matière de conditions de travail pour les infirmières (Aiken, Sloane & Klocinski 1997).

Il existe de nombreux programmes de sécurité au travail. Cependant, la littérature montre qu'ils sont insuffisants dans des contextes où les pressions et l'instabilité du personnel favorisent les pratiques professionnelles dangereuses.

On peut en déduire que les stratégies de diminution de la charge de travail font baisser les taux de blessures. Il existe de nombreux programmes de sécurité au travail. Cependant, la littérature montre qu'ils sont insuffisants dans des contextes où les pressions et l'instabilité du personnel favorisent les pratiques professionnelles dangereuses. Les données récoltées sur le terrain suggèrent que le faible niveau d'entretien des locaux, l'inadéquation de l'équipement et les pénuries augmentent les risques de blessures des infirmières; certains équipements (lève-patient, etc.) permettent par contre de les prévenir (Baumann *et al.* 2001).

Selon les « Directives du CII sur la santé et la sécurité au travail » (2007) : « On estime que l'exposition aux risques biologiques (VIH, hépatite B et C, etc.) a un fort impact sur les soins infirmiers. Dans les pays connaissant la plus forte prévalence au VIH, les infirmières sont victimes de deux à quatre blessures par aiguille chaque année, ce qui augmente les risques de contracter le VIH et l'hépatite B ou C. Une étude réalisée dans trois hôpitaux indiens indique que 60% des 100 travailleurs de la santé interrogés (dont 35 infirmières) confirment que des contacts avec le sang en l'absence de tout équipement de protection individuel se produisaient de « souvent » à « toujours » chaque semaine. Neuf des 35 infirmières indiquent que des blessures dues à des objets pointus ou du verre cassé intervenaient chaque jour, et en l'absence de matériel de protection (PRIA 2005). Le manque de protection des infirmières a des conséquences en termes de soins aux malades. Les mêmes risques qui impactent négativement le recrutement et le maintien du personnel infirmier sont fréquemment source d'erreurs, compromettent la sécurité des patients et conditionnent les résultats des traitements des patients.

Violence au travail. De nombreuses infirmières sont confrontées à la réalité de la violence au travail. Les responsables potentiels peuvent en être des collègues infirmières, d'autres professionnels de la santé, des patients ou leurs familles. Une enquête menée dans plusieurs hôpitaux de la Colombie britannique et de l'Alberta (Canada) a montré un fort taux de violence physique ou verbale lors des cinq dernières périodes de travail (Duncan *et al.* 2001). Cependant, il reste difficile d'estimer la prévalence de la violence au travail : cette notion n'est pas définie de manière univoque et les incidents violents ne sont souvent pas signalés (Health Care and Health Safety Association of Ontario 2001).

De nombreuses organisations de santé s'efforcent d'éradiquer la violence au travail et ont renforcé leurs mesures de sécurité. Cependant de nombreuses infirmières (par exemple celles travaillant au sein de petits hôpitaux moins bien équipés) restent encore vulnérables (Baumann, Hunsberger, Blythe & Crea 2006).

Le programme commun OIT / CII / OMS / SPI de lutte contre la violence au travail dans le secteur de la santé a commandé des études dans une série de pays représentatifs et a développé, sur cette base, des directives et un manuel de formation (www.icn.ch/sewworkplace.htm#Framework). De manière inquiétante, le secteur de la santé est davantage soumis à la violence que tout autre. En Suède, près d'un tiers des cas de violence au travail se produisent dans des institutions de soins; le commerce, la police, les prisons et la banque représentent 5% des cas chacun.

Les études réalisées pour le Programme commun confirment que la violence au travail dans le secteur de la santé constitue un risque professionnel généralisé, un problème de santé public de plus en plus préoccupant et une violation des droits de l'homme et du travail. Des études de cas réalisées en Australie, au Brésil, en Bulgarie, au Liban, au Portugal, en Afrique du Sud et en Thaïlande montrent toutes la même vulnérabilité des travailleurs de la santé, en particulier les ambulanciers et les infirmières. Ce problème doit être abordé dans une perspective internationale afin de déterminer quelles mesures seront à même d'entraîner une amélioration de la sécurité au travail. Par le passé, les mesures de prévention ont été axées sur la formation

des prestataires de soins. Cependant, il est de plus en plus communément admis que des facteurs organisationnels et environnementaux (conception des postes, flux des patients, méthodes de gestion, structure des services, niveaux de bruit et de chaleur, etc.) doivent aussi être pris en compte pour briser la spirale de la violence au travail.

Le Programme commun a publié des Directives-cadres sur la violence au travail dans le secteur de la santé ainsi qu'un manuel de formation; ces publications gratuites sont disponibles sur le site internet du CII, www.icn.ch. Le CII et l'organisation des infirmières norvégiennes appliquent ces directives pour réduire la violence au travail dans un certain nombre de pays africains, avec la collaboration des associations d'infirmières locales. Une série d'activités est ainsi en cours au Botswana, au Lesotho, dans l'Île Maurice, au Swaziland et en Tanzanie : sensibilisation des travailleurs de la santé, des responsables politiques et du public; collecte d'informations sur la prévalence et la nature des incidents violents; rédaction de prises de position et de déclarations politiques générales; application de stratégies de lutte contre la violence au niveau local.

Suite à la tenue d'un séminaire sur la violence au travail en mars 2006, l'Association des soins infirmiers de l'Île Maurice a pris une série de mesures dans ce domaine :

- ✓ Organisation de rencontres régulières avec les participantes au séminaire afin de suivre et d'évaluer leurs activités dans leurs cadres de travail respectifs.
- ✓ Institution de "Comités de lutte contre la violence" dans les onze hôpitaux de l'île. Les Comités se réunissent chaque mois pour évaluer les progrès accomplis et déterminer les mesures à prendre.
- ✓ Un registre des actes de violence est maintenant accessible dans chaque unité et chaque département des hôpitaux du pays. Les infirmières sont ainsi incitées à répertorier tous les actes de violence verbale ou physique qu'elles subissent.
- ✓ La Représentante nationale effectue des visites dans les hôpitaux pour constater les progrès réalisés.
- ✓ Une campagne d'information par affiches et tracts a été lancée dans tous les départements et unités des institutions de santé du pays.
- ✓ Plusieurs réunions avec des fonctionnaires du Ministère de la santé ont permis de discuter de questions liées à la violence. Le projet commun NNO / SANNAM / CII de tolérance zéro envers la violence au travail a ainsi été évoqué.
- ✓ Un partenariat a été instauré avec le Ministère de la santé, aux termes duquel ce dernier a ordonné à tous les directeurs opérationnels régionaux de la santé d'appuyer les activités menées par l'association d'infirmières au niveau des établissements de santé.
- ✓ Une collaboration avec les médias a permis de sensibiliser le public à l'impact négatif de la violence sur les travailleurs de la santé.

CHAPITRE 3

Climat organisationnel et performance au travail

Le climat organisationnel reflète les perceptions communes des employés au sujet de leur cadre de travail. Malgré son caractère abstrait, ce terme est utile pour décrire et comprendre les problèmes liés aux contextes de travail (Al-Shammari 1992). Quand on demande à des personnes de décrire le climat organisationnel dans lequel elles évoluent, on constate qu'elles résumant leurs expériences ou leur perception de l'expérience de leurs collègues. On obtient de la sorte une sorte de carte cognitive de l'organisation étudiée (Al-Shammari 1992). Ce concept est tout à la fois très proche et distinct des notions de satisfaction au travail, de culture d'entreprise et de style de leadership.

Quelles sont les caractéristiques du climat organisationnel ?

Le terme « climat » recouvre plusieurs notions liées à la tonalité générale d'une organisation. Les termes « culture » et « climat » sont presque synonymes. Ils décrivent les valeurs, les croyances, la philosophie et les coutumes ayant cours au sein d'une organisation (Al-Shammari 1992). Cependant, la culture d'entreprise fait généralement l'objet d'études basées sur des méthodes qualitatives tandis que le climat est analysé avec des méthodes quantitatives. De nombreuses caractéristiques du lieu de travail peuvent être rapprochées du climat organisationnel. Trois d'entre elles sont typiques des environnements favorables à la pratique : (1) un climat de sécurité pour les infirmières et les patients; (2) un climat institutionnel encourageant le perfectionnement professionnel tout au long de la vie; (3) l'exercice d'un véritable leadership.

Climat de sécurité pour les infirmières et les patients. L'expression « climat de sécurité » est universellement admise et souvent utilisée de manière quasi-interchangeable avec « culture de sécurité » (Cox & Flin 1998; Mearns & Flin 1999). Les deux expressions sont définies de différentes manières. Cependant, malgré la multiplication des définitions, une analyse rapide suggère qu'il existe au moins cinq composants, ou indicateurs, généraux de la culture de sécurité (Wiegmann, Zhang, von Thaden, Sharnam & Mitchell 2002) : l'engagement institutionnel, l'implication de l'encadrement, l'autonomisation des employés et les systèmes de rémunération et de signalement des incidents.

De nombreuses caractéristiques du lieu de travail peuvent être rapprochées du climat organisationnel. Trois d'entre elles sont typiques des environnements favorables à la pratique : culture de la sécurité des patients et des infirmières; encouragement institutionnel au perfectionnement professionnel; leadership.

Le climat de sécurité comprend la sécurité au sein de l'organisation et celle liées aux politiques, procédures et compensations (Brown & Leigh 1996). La sécurité institutionnelle est d'ordre physique et psychologique. Les aspects physiques comprennent la mise à disposition de l'équipement adéquat, les structures matérielles nécessaires à la sécurité et l'organisation d'un environnement de pratique favorable. La dimension psychologique de la sécurité inclut la rémunération des employés. Elle implique par ailleurs que les travailleurs puissent poser des questions sans craindre des mesures de représailles. La notion de climat de sécurité apparaît dans plusieurs rapports récents soulignant l'importance de la sécurité dans le contexte de la santé et des environnements de travail. C'est la célèbre *Canadian Adverse Events Study* (Baker *et al.* 2004) qui a, la première, attiré l'attention sur l'importance de la sécurité dans les environnements de soins. Griffin et Neal (2000) ont décrit le climat de sécurité comme l'une des conditions de la performance de sécurité.

Plusieurs études sur la sécurité des patients ont mis au jour le lien entre les climats institutionnels abusifs ou compétitifs et la réticence à signaler les erreurs, les quasi-erreurs et les événements indésirables. Les comportements abusifs ne sont souvent jamais dénoncés, par conviction qu'aucune mesure corrective ne sera prise. Les comportements, les attitudes et finalement les soins inappropriés risquent ainsi de se perpétuer. Cette tendance influence non seulement les résultats pour les patients, mais également le recrutement et la rétention du personnel.

Climat d'apprentissage. L'existence d'un climat propice à l'apprentissage est le premier pas vers l'instauration d'un environnement de travail sûr et favorable. Les « organisations apprenantes » encouragent l'apprentissage tout au long de la vie en favorisant le développement professionnel et le partage des connaissances. Dans un tel climat, les employeurs sont sensibles à l'intérêt de consacrer du temps, des efforts et des ressources pour améliorer la pratique de leurs employés et leur permettre de renforcer leurs capacités, leurs aptitudes et leur jugement.

Ces dernières années, les milieux professionnels ont mis en avant le concept de « pratique réflexive », selon laquelle les infirmières recensent, dans un registre, les questions liées à la pratique qui se sont posées tout au long de l'année. L'utilisation de ces registres permet aux infirmières de réfléchir sur leur travail dans un environnement sûr. Cette approche permet aussi aux individus et aux équipes de connaître les réactions de leurs collègues et des patients.

Les « organisations apprenantes » encouragent l'apprentissage tout au long de la vie en favorisant le développement professionnel et le partage des connaissances

Climat de leadership. La nature du leadership est importante en ce qu'elle donne le ton d'une organisation (Al Shammari 1992). L'encadrement détermine la vision des objectifs et un programme d'action pour les atteindre. Sa responsabilité est de veiller à ce que la motivation,

les outils, les connaissances et les aptitudes nécessaires à atteindre les objectifs fixés soient disponibles sur le lieu de travail.

Lowe (2004) relève que l'engagement des échelons supérieurs de l'encadrement est indispensable pour susciter un environnement de travail positif. Cet engagement doit se retranscrire de manière tangible dans le style de leadership. Les employés jugent en effet l'organisation à travers les actions de sa direction générale et de l'équipe dirigeante. En général, les infirmières employées dans des organisations bénéficiant de climats positifs se sentiront davantage engagées et moins enclines à démissionner. Les individus dont les valeurs rejoignent celles de leur organisation sont souvent plus performants et expriment une plus grande satisfaction au travail que ceux dont les valeurs divergent (Downey, Hellriegel & Slocum 1975).

Le leadership doit inspirer toute l'organisation. Les cadres engagés sur le terrain doivent eux aussi faire preuve d'un sens aigu du leadership. Des études décrivent l'influence qu'un encadrement de qualité peut exercer sur la cohésion du groupe et sur la diminution du stress au travail (Leveck & Jones 1996). On sait d'autre part qu'un leadership favorable à l'autonomisation des infirmières réduit le taux de rotation du personnel infirmier (Laschinger, Wong, McMahon & Kaufmann 1999; Kramer & Schmullenberg 1988; Morrison, Jones & Fuller 1997). Wilson et Laschinger (1994) ont montré que l'image que les infirmières se font de l'accès aux postes à responsabilité et de leurs propres opportunités de carrière dépend de leur perception de la manière dont l'encadrement exerce ses propres responsabilités. Un leadership efficace au niveau de l'organisation entière nécessite l'allocation des ressources nécessaires aux gestionnaires et aux superviseurs : éducation, temps, incitations et autres formes de soutien indispensables à l'introduction et au maintien des améliorations prévues (Lowe 2004).

Les attributs de leadership dans les environnements de pratique positifs ne sont pas l'apanage des seuls cadres supérieurs. Des études sur les hôpitaux aimants montrent que les environnements favorables à la pratique permettent aux infirmières d'être

Dans un climat institutionnel favorisant l'autonomisation des employés, les infirmières expriment une plus grande satisfaction au travail et les clients bénéficient de meilleurs résultats

autonomes, de faire valoir toute leur gamme de compétences et de faire preuve d'initiative. Chaque organisation a intérêt à tirer parti des pleines capacités de tous ses employés. Dans un climat institutionnel favorisant l'autonomisation des employés, les infirmières expriment une plus grande satisfaction au travail et les clients bénéficient de meilleurs résultats (Aiken *et al.* 2002; McClure 2005).

Le programme *Diriger le changement* (DLC) du CII contribue à la formation d'infirmières à des postes de direction et de leadership dans un contexte de santé en perpétuelle mutation. Les systèmes de santé et leurs patients ont tout à gagner du renforcement des capacités de leadership des infirmières. Le programme DLC a pour mission d'améliorer la contribution des infirmières aux services de santé et de promouvoir la sécurité des patients et la qualité des soins, grâce à l'application des stratégies proactives appropriées.

Un climat organisationnel positif est important car il favorise une cohérence comportementale (Dickson, Resick & Hagnes 2006) fondée sur des perceptions communes. En particulier, il offre

un contexte dans lequel les nouveaux employés souhaiteront s'acculturer. Dans les contextes infirmiers, un mauvais climat met le patient en danger et expose les infirmières à l'épuisement et à l'absentéisme. Les infirmières doivent analyser le climat organisationnel dans lequel elles baignent afin de déterminer s'il est adapté à leur déontologie personnelle et professionnelle, s'il améliore leurs rôle et performance et s'il favorise la sécurité. Le projet du CII consacré à l'application des qualités de direction à la négociation aide, depuis plusieurs décennies, les Associations nationales d'infirmières (ANI) à former des cadres infirmières actives dans les lieux de travail et capables, après avoir identifié les risques professionnels et les obstacles à la performance, de négocier leur élimination.

CHAPITRE 4

Questions générales liées à la vie professionnelle

Les infirmières exercent leur profession dans des contextes très variés, depuis les petites cliniques autogérées d'Afrique du Sud jusqu'aux unités de soins intensifs des grandes villes nord-américaines, en passant par les centres de soins infirmiers délocalisés du Canada. L'équipement à leur disposition varie également : du plus rudimentaire (un thermomètre et quelques médicaments de base) au plus sophistiqué (matériel d'imagerie électronique dernier cri). Certaines infirmières sont intégrées aux grandes équipes interdisciplinaires des hôpitaux universitaires; d'autres exercent, seules, dans des zones aussi reculées que le nord du Pakistan.

Quelles que soient ces conditions, un environnement de travail favorable permettra aux infirmières de mieux assumer leur rôle de soignantes. Faute du soutien nécessaire, les infirmières ne pourront garantir les meilleurs résultats pour leurs patients. Découragées, elles risquent de démissionner, voire d'abandonner la profession.

Les États consacrent généralement une part considérable de leurs moyens au secteur de la santé. Cependant, leur richesse étant très variable, les sommes effectivement engagées sont aussi très disparates. L'écart entre les ressources allouées respectivement aux installations, aux services et aux salaires conditionne le niveau d'émigration du personnel de santé, et donc des infirmières, au niveau mondial. Les flux de migrants s'opèrent le plus souvent des zones rurales vers les villes et vers les États les plus développés, au niveau régional et international (Kingma 2006). Cette tendance alourdit les charges de travail dans les régions d'origine des travailleurs de la santé migrants. La conséquence de la mauvaise répartition de la main-d'œuvre, ou de l'inadéquation de sa formation, est dans tous les cas l'alourdissement de la charge de travail pour le personnel restant (Buchan & Calman 2004).

Malgré cette corrélation entre les montants dépensés pour la santé et les taux de migration, le choix des infirmières de partir ou non dépend d'autres facteurs encore.

- La discrimination sexuelle persiste dans de nombreux pays et cultures; la profession infirmière est dévaluée, voire taxée

Les ratios infirmière:population dans le monde

Le nombre d'infirmières actives varie fortement d'un pays à l'autre, de 10 infirmières pour 100 000 habitants à plus de 1 000 pour 100 000 habitants. Le ratio moyen est le plus élevé en Europe, qui compte proportionnellement dix fois plus d'infirmières que les régions les moins bien loties (Afrique et Asie du Sud-est). Cependant les ratios doivent être analysés par rapport à la part des autres professionnels de la santé dans la main-d'œuvre. En Amérique du Sud par exemple, le rapport entre médecins et infirmières est beaucoup plus élevé qu'en Amérique du Nord ou qu'en Europe (CII, s.d.).

de « travail de femme ».

- Certains pays connaissent des problèmes de rétention du personnel probablement aggravés par de forts niveaux de violence au travail et par une protection défailante contre l'exposition aux maladies (Buchan & Calman 2004). Par exemple, dans certains pays africains, les infirmières courent un risque extrêmement important de contracter le sida (Kingsma 2006).
- L'exposition aux surcharges de travail ou aux dangers liés à la place de travail risque de convaincre les infirmières et autres travailleurs de la santé qu'ils ne sont pas respectés, ou dévalorisés.

Les systèmes de santé nationaux disposent de ressources limitées. Il est par conséquent capital qu'ils les mettent à profit de manière judicieuse. Ils doivent se concentrer sur les aspects des soins de santé susceptibles d'être améliorés par un gain d'efficacité, sur le renforcement de la collaboration et sur des investissements accrus dans le personnel de santé.

Les pays qui parviennent à garder leur personnel infirmier partagent un certain nombre de caractéristiques (Baumann, Yan, Degelder & Malikov 2006). Une comparaison de la capacité de rétention du personnel du Canada, du Royaume-Uni, de l'Ouganda et de la Thaïlande montre que chacun de ces pays dégage d'importants moyens pour son secteur sanitaire et qu'il applique des politiques de santé globales permettant d'augmenter le recrutement d'infirmières, de généraliser le rôle d'auxiliaire de soins infirmiers et de promouvoir la formation continue. L'Ouganda et la Thaïlande ont augmenté les salaires des infirmières; les conditions spécifiques aux différents cadres de travail y sont prises en compte. Le Canada et le Royaume-Uni appliquent d'autres stratégies visant à créer des environnements de travail plus performants : allocations logement, mise à disposition de services de soins et de garde des enfants, horaires plus flexibles, formation continue.

L'innovation au travail

En Afrique subsaharienne, le CII et BD (Becton, Dickinson & Cie) se sont associés à plusieurs associations nationales d'infirmières ainsi qu'à la Fondation Stephen Lewis, pour l'ouverture de centres de bien-être à l'intention des travailleurs de la santé et de leurs familles. L'objectif est de rassembler les fonds et les moyens matériels nécessaires pour créer une main-d'œuvre sanitaire motivée et productive, indispensable au renforcement du système de fourniture des soins de santé (Becton, Dickinson & Cie 2006). Les centres proposent une gamme de services tels que : tests, conseils et traitements du VIH et de la tuberculose; services anténataux, en particulier prévention de la transmission de la mère à l'enfant; techniques de gestion du stress; prophylaxie après-exposition; dépistage des maladies chroniques; formation et information sur la formation professionnelle continue. Le but ultime est d'offrir des services de soins aux travailleurs de la santé qui les mettent en mesure de mieux soigner leurs patients et leurs communautés.

CHAPITRE 5

Rôle des associations nationales d'infirmières

L'amélioration de l'environnement de travail des infirmières dépend en partie des efforts consentis au plan national, niveau auquel les associations professionnelles et les organes régulateurs fonctionnent comme défenseurs des infirmières et des patients. En tant qu'associations professionnelles, les associations d'infirmières peuvent donc :

- Faire campagne pour l'introduction de lois et règlements qui instaurent des régimes de protection des membres de la profession (Rowell 2003);
- S'efforcer d'« assurer la mise en place d'un environnement professionnel favorable et bien pourvu, et d'un système de santé qui tienne compte de l'expertise de tous les prestataires de soins dans un processus de décision centré sur le patient » (Rowell 2003).

La poursuite de ces objectifs passe notamment par le développement de politiques relatives aux principales questions touchant à la santé et à la sécurité (niveaux de dotation en personnel adéquats, signalement des événements indésirables, protection des dénonciateurs de dysfonctionnements) et par la promotion des environnements favorables à la pratique.

La comparaison évoquée au chapitre précédent a permis de montrer que les pays qui jouissent de forts taux de rétention (soit l'Ouganda, le Royaume-Uni, le Canada et la Thaïlande) disposent chacun d'une véritable structure de politique de santé. Ces pays prévoient des allocations de formation et un renforcement du rôle infirmier; ils ont créé les conditions nécessaires à l'élimination de la violence; enfin ils savent communiquer sur la nécessité d'améliorer les conditions de travail (Baumann, Yan *et al.* 2006).

Il est essentiel de disposer de cadres politiques nationaux régissant les conditions de travail des infirmières et des travailleurs en général. Ces politiques peuvent servir à mettre au point des directives au niveau associatif ou organisationnel.

Il est essentiel de disposer de cadres politiques nationaux régissant les conditions de travail des infirmières et des travailleurs en général. Ces politiques peuvent servir à mettre au point des directives au niveau associatif ou organisationnel. Au Royaume-Uni par exemple, le Département de la santé a lancé un programme d'amélioration des standards de vie professionnelle (*Improving Working Lives Standard, IWL*). Ce programme définit un ensemble de normes à respecter par tous les employeurs du service de santé national (*National Health Service, NHS*) (Baumann, Yan *et al.* 2006); il contient des recommandations sur les pratiques

qui doivent avoir cours au sein d'environnements de travail de qualité. L'IWL complète d'autres politiques du NHS, comme la tolérance zéro à l'égard des violences commises contre le personnel soignant (*National Task Force on Violence Against Social Care Staff 2001*).

Les organisations nationales d'infirmières jouent un rôle important en faisant pression sur les gouvernements pour qu'ils prennent conscience de la nécessité d'imposer des réglementations sanitaires et professionnelles. Elles mettent au point des normes et des stratégies de portée nationale favorables aux environnements sains; elles créent des mécanismes de contrôle du respect des politiques relatives à la qualité de l'environnement de travail. Elles peuvent enfin encourager les groupes représentant des intérêts spéciaux et faire connaître les bonnes pratiques.

Recommandations

Pour promouvoir l'instauration d'environnements favorables à la pratique, les associations professionnelles d'infirmières devraient :

- Définir des politiques locales et nationales régissant les conditions de travail.
- Mettre en évidence, à l'intention des décideurs politiques, le lien entre sécurité des patients et environnements favorables à la pratique.
- Recenser tous les documents d'information et les prises de position publiés au niveau international.
- Encourager la mobilisation des infirmières et définir avec elles des priorités d'action.
- Mettre au point des directives relatives aux conditions de travail.
- Faire connaître les bonnes pratiques existantes.
- Préparer des plans de communication axés sur les questions en lien avec l'environnement de pratique.
- Instituer des comités siégeant au sein des organisations et traitant de questions en lien avec le cadre de travail.
- Tirer parti du dossier d'information et d'action du CII pour étayer leurs revendications et / ou leurs prises de positions.
- Argumenter de manière convaincante pour l'acquisition et l'entretien de matériel sécurisé et de mécanismes de traitement des déchets dans les contextes de soins de santé (par exemple systèmes de gestion des aiguilles utilisées).
- S'investir dans les comités organisationnels chargés d'analyser les questions en lien avec le travail et proposer des stratégies efficaces à cet égard.

- Faire pression sur les employeurs et les organisations afin qu'ils prennent des mesures d'amélioration de la rétention des travailleurs et instaurent des environnements favorables à la pratique.
- Militer en faveur de politiques de dénonciation constructives, qui facilitent l'identification des pratiques problématiques et des mesures susceptibles de les éliminer.
- Intégrer les initiatives d'assainissement des lieux de travail aux plans de ressources humaines existants et à la vision de l'organisation.

ENVIRONNEMENTS FAVORABLES
A LA PRATIQUE :

QUALITE AU TRAVAIL = SOINS DE QUALITE

OUTILS POUR L'ACTION

Outil d'évaluation de l'environnement de travail de l'infirmière

Les questions suivantes sont conçues pour stimuler la réflexion et permettre la formulation de stratégies conduisant à l'instauration d'environnements favorables à la pratique. Chaque organisation ou institution de santé connaît des conditions qui lui sont propres. Par conséquent, les réponses aux questions varieront de lieu en lieu.

Organisations

- L'environnement / l'organisation reconnaît-il / reconnaît-elle aux infirmières un statut professionnel ?
- Les infirmières reçoivent-elles un salaire équitable pour leur travail ?
- L'évolution professionnelle des infirmières est-elle prévue et organisée ?
- Les conditions de travail permettent-elles le recrutement et la rétention optimaux des infirmières ?
- L'organisation applique-t-elle des mesures régissant la qualité des environnements de travail ?
- Existe-t-il des politiques environnementales ou organisationnelles de contrôle des risques professionnels pour la santé et de promotion des environnements de travail sûrs ?
 - L'application de ces politiques est-elle contrôlée ?
 - Ces politiques sont-elles périodiquement révisées et adaptées ?
- L'équipement de sécurité est-il disponible et entretenu ?
- Existe-t-il des procédures de plainte efficaces ?
- Existe-t-il des procédures de dénonciation des dysfonctionnements ? Existe-t-il des politiques de protection des personnes dénonçant les dysfonctionnements ?
- Existe-t-il une politique donnant aux infirmières le contrôle de leur pratique et de leur emploi du temps ?
- Existe-t-il une politique instituant un bon niveau de prédictibilité et des cahiers des charges précis ?
- Existe-t-il des politiques de gestion du recrutement et de la rétention du personnel ?

- Les taux de rotation et de vacance du personnel sont-ils excessifs au point de nuire aux résultats pour les patients ?
- Des programmes de reconnaissance et de récompense sont-ils appliqués ?
- La violence au travail est-elle combattue par des mesures réfléchies ?
- Le personnel est-il intégré aux prises de décisions dans l'organisation ?

Infirmière

- La pratique du personnel infirmier est-elle régie par un code déontologique ?
- Les infirmières entretiennent-elles de bonnes communications avec leurs collègues des autres disciplines de santé ?
- Les infirmières qui témoignent de fortes aptitudes à la communication avec leurs collègues infirmières ou d'autres disciplines sont-elles récompensées / encouragées ?
- La santé personnelle des employés fait-elle l'objet de programmes de promotion ?
- La pratique sûre est-elle favorisée par la mise à disposition du matériel et des moyens nécessaires ?
- Existe-t-il des politiques donnant aux infirmières les moyens de résoudre les difficultés liées aux charges de travail ?
- L'organisation applique-t-elle des programmes de tutorat et de coaching ?
- Les infirmières ont-elles accès aux programmes de formation continue ?

Gouvernement

- Existe-t-il un département gouvernemental chargé des soins de santé ?
- Le gouvernement a-t-il dégagé des financements pour la recherche sur les environnements de travail ?
- Des stratégies provinciales ou régionales sont-elles appliquées ?
- La politique gouvernementale encourage-t-elle la main-d'œuvre infirmière à se doter d'un statut professionnel ou à le renforcer ?
- Le gouvernement a-t-il institué un cadre réglementaire propre à garantir la sécurité des environnements de travail ?
- Le gouvernement investit-il dans les environnements de santé et de travail ?
- Le gouvernement finance-t-il correctement son système de santé ? Son soutien est-il suffisant ?

Association nationale d'infirmières (ANI)

- L'ANI promeut-elle des environnements favorables à la pratique des infirmières ?
- L'ANI promeut-elle des normes professionnelles pour les infirmières ?
- L'ANI mène-t-elle des activités d'éducation du public au sujet de la profession infirmière et du développement professionnel ?
- L'ANI encourage-t-elle le suivi de formations continues et offre-t-elle des opportunités à cet égard ?
- Des alliances sont-elles cherchées avec des organisations de patients et d'autres groupes professionnels pour œuvrer en faveur de l'instauration d'environnements favorables à la pratique ?
- Les infirmières peuvent-elles faire part de leurs commentaires à l'ANI ?

Organe régulateur

- L'organe régulateur procède-t-il à une revue périodique des domaines de pratique et des compétences ?
- Les normes de pratiques sont-elles clairement communiquées ? Sont-elles respectées ?
- Des sanctions appropriées sont-elles prévues en cas de manquement ?
- Existe-t-il une procédure de recours ? Est-elle connue ?
- L'organe procède-t-il à des analyses de tendances pour informer les employeurs et les autorités des problèmes de main-d'œuvre émergents ?

Stratégies de développement d'environnements favorables à la pratique

Le processus de développement d'environnements favorables à la pratique est multiforme, il intervient à différents niveaux au sein des organisations et implique de nombreux participants. Pour commencer, chaque organisation doit établir un profil de sa main-d'œuvre. Ce profil comprend des données chiffrées sur l'absentéisme, le taux de vacance et de rotation du personnel, ainsi que des informations de nature démographique sur l'âge et l'expérience des travailleurs. Les données de ce type constituent une base solide pour les prises de décision ultérieures. De leur côté, les infirmières peuvent avancer dans le développement d'environnements favorables à la pratique en :

- Continuant de promouvoir les rôles infirmiers.
- Définissant leur domaine de pratique, de telle sorte que les infirmières, les membres d'autres disciplines et le public soient conscients de l'évolution de la profession.
- Militant pour la reconnaissance de leur profession et pour l'adaptation de leur rémunération.
- Rédigeant et diffusant une prise de position sur l'importance de la sécurité du cadre de travail.
- Faisant en sorte que les autres disciplines soient impliquées dans la formulation de politiques de sécurité du cadre de travail.
- Appuyant la recherche, en récoltant des données illustrant les bonnes pratiques et en faisant connaître ces éléments.
- Encourageant les institutions éducatives à favoriser le travail en équipe en offrant des opportunités de collaboration et en insistant sur la théorie de la pratique collaborative.
- Distinguant les institutions de santé qui démontrent l'efficacité des environnements favorables à la pratique par l'application de mesures de recrutement et de rétention, par la réduction des taux d'abandon, par l'amélioration des soins, de la satisfaction des patients et de leur image auprès du public.
- Utilisant le présent dossier pour donner des informations de base sur l'importance d'un environnement favorable à la pratique.

LES SOINS INFIRMIERS, C'EST IMPORTANT!

Les Soins infirmiers, c'est important présente de brèves informations de référence ainsi qu'un point de vue international sur les problèmes sociaux et de santé actuels.

Le CII et la prévention des blessures par seringue

Faits et problèmes

Au moins un travailleur des soins de santé sur huit est victime d'une blessure causée par une piqûre de seringue à injection qui est susceptible de l'exposer à des infections graves voire mortelles

Les blessures accidentelles causées par une piqûre de seringue à injection constituent dans les pays industrialisés le principal problème lié aux piqûres et autres blessures intervenant sous l'action d'objets pointus et acérés. Les travailleurs américains du secteur de la santé sont victimes chaque année d'un nombre de piqûres de seringue allant de 800 000 à un million, sans compter le grand nombre de blessures qui ne sont pas rapportées. Au Royaume-Uni, on enregistre chaque année plus de 100 000 blessures par piqûre de seringue. Les piqûres par seringue ne sont pratiquement pas recensées dans les pays en développement mais il est probable qu'elles y soient aussi nombreuses voire plus que dans le monde industriel. Plus d'une vingtaine de maladies véhiculées par le sang peuvent être transmises suite à un contact avec du sang. Des systèmes de traitement des déchets inadéquats ne font qu'étendre le problème à d'autres travailleurs que ceux du secteur de la santé, tels que les ouvriers nettoyeurs et agents de service, les blanchisseurs, les gardiens, les chiffonniers et la communauté en général².

Voici un scénario réel. Comment pourrait-il être évité ?

Un patient atteint du SIDA s'est brusquement agité et a essayé d'ôter ses cathéters intraveineux. Le personnel de l'hôpital s'est efforcé de maîtriser le patient. Alors que le personnel était aux prises avec le patient, un tuyau de perfusion intraveineuse fut arraché, exposant la seringue de connexion située à l'embout du tuyau. Une infirmière remplaça la seringue de connexion au bout du tuyau de perfusion et essaya de la réintroduire sous la peau du patient. Mais à ce moment-là, le patient repoussa violemment le bras de l'infirmière, l'aiguille de la seringue allant alors se planter dans la main de la seconde infirmière. Trois mois plus tard, l'infirmière qui avait reçu l'aiguille dans la main réalisa un test VIH qui s'avéra positif.¹

Dans certains pays, les fournisseurs de soins de santé se sentent obligés de pratiquer des injections pour satisfaire la perception qu'ont leurs clients de ce qu'est un traitement adéquat. Trois études menées en Afrique subsaharienne et en Asie ont révélé qu'entre 60% et 80% de toutes les injections réalisées étaient inutiles et parfois dangereuses. Les médicaments les plus fréquemment injectés étaient des antibiotiques².

Impact sur les infirmières

Les infirmières enregistrent le plus fort taux de blessures par piqûre de seringue à injection de tous les professionnels des soins de santé. Pour un travailleur du secteur de la santé, le risque d'infection associé à une blessure par piqûre de seringue dépend de l'agent pathogène en cause, de la situation immunitaire du travailleur et la gravité de la blessure. La probabilité qu'une simple piqûre entraîne une maladie est de 3 à 5 sur mille pour le VIH, de 300 sur mille pour l'hépatite B et de 20 à 50 pour mille pour l'hépatite C.

Les blessures accidentelles par piqûre de seringue représentent 86% de toutes les transmissions de maladie infectieuse liées au travail. L'impact émotionnel d'une blessure par piqûre de seringue peut être sévère, même lorsqu'aucune infection grave n'est transmise et ce, en particulier lorsque la blessure a exposé la victime à un risque de transmission du VIH. Une étude menée auprès de 20 travailleurs des soins de santé qui avaient été exposés au VIH a révélé que 11 d'entre eux souffraient d'une forme grave d'affliction aiguë, que 7 autres étaient atteints d'une affliction modérée persistante et que six avaient abandonné leur travail suite à cette exposition au VIH³.

Données économiques relatives aux blessures par piqûre de seringue à injection

Selon l'Association des hôpitaux américains, un cas d'infection grave par des agents pathogènes transmissibles par le sang peut entraîner, pour l'employeur, une dépense d'un million de dollars liée aux tests, au suivi médical, à la perte de temps et aux indemnités versées pour incapacité. Le prix d'un suivi médical en cas d'exposition à haut risque approche les 3 000 dollars par blessure due à une piqûre de seringue, même lorsqu'aucune infection ne résulte de cette blessure. Les seringues les plus sûres ne coûtent que 28 cents de plus que les seringues normales. En Californie, on pense que les hôpitaux vont pouvoir économiser chaque année plus de 100 millions de dollars après la mise en œuvre de la législation exigeant l'utilisation de seringues sûres⁴.

Les droits des infirmières

Selon l'Organisation internationale du travail (OIT), toutes les mesures appropriées devraient être prises afin de prévenir, de réduire ou d'éliminer les risques sanitaires encourus par le personnel infirmier. Pour cela, il conviendrait⁵:

- de mettre en place une politique nationale globale en matière de santé professionnelle;
- de créer des services de santé professionnelle;
- d'assurer l'accès à un contrôle sanitaire, de préférence pendant les heures de travail et sans frais pour les travailleurs concernés;
- d'assurer la confidentialité médicale du contrôle sanitaire ainsi effectué;
- de fournir une compensation financière aux personnes exposées à des risques particuliers;
- d'assurer la participation adéquate des personnes concernées à tous les aspects des mesures de protection.

Ce que vous pouvez faire pour vous protéger et pour protéger autrui :

- éviter l'utilisation de seringues lorsqu'il existe d'autres alternatives sûres et efficaces
- éviter de récupérer les seringues
- participer aux séances de formation concernant les agents pathogènes transmissibles par le sang et suivre les pratiques de prévention des infections qui sont recommandées, y compris en ce qui concerne la vaccination contre l'hépatite B
- indiquer toute blessure due à une piqûre de seringue ou à d'autres objets tranchants afin d'assurer que vous recevez les soins de suivi appropriés
- plaider en faveur du contrôle et de pratiques saines sur le lieu de travail, y compris en matière de collecte de données
- transmettre la connaissance concernant les technologies les plus sûres et plaider en faveur de leur développement
- plaider en faveur du dépistage, de la fourniture de conseils après exposition à un risque, de la prophylaxie (prévention), de l'aide juridique et des groupes de soutien
- utiliser l'argent disponible à l'achat d'équipement sûr
- créer et maintenir un système de retraitement global des déchets qui soit sûr
- promouvoir la prise de conscience en matière de sécurité
- évaluer les efforts de prévention déployés et tenir informé des performances réalisées.

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 120 associations nationales d'infirmières, représentant les infirmières exerçant dans le monde. Géré par des infirmières pour des infirmières, le CII est la voix internationale des infirmières. Il œuvre dans le but de garantir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé partout dans le monde.

Pour de plus amples informations: icn@icn.ch

Juillet 2000

¹ OMS. Safe Injection Global Network (Réseau mondial en faveur d'injections saines - traduction non officielle)

² National Institute for Occupational Health and Safety - NIOSH (Institut national pour la santé et la sécurité au travail - traduction non officielle). Preventing Needlestick Injuries in Health Care Settings (Prévention des blessures par piqûre de seringue sur le lieu de travail - traduction non officielle). Novembre 1999. Publication NR. 2000-108.

³ Henry et al., 1990. NIOSH. Preventing Needlestick Injuries in Health Care Setting (Prévention des blessures par piqûre de seringue sur le lieu de travail - traduction non officielle).

⁴ Association des infirmières américaines. Nursing Facts: Needlestick Injury (Information sur les infirmières: les blessures par piqûre de seringue - traduction non officielle), 1998.

⁵ Recommandation n° 157 de l'OIT: Emploi et conditions de vie et de travail du personnel infirmier.

LES SOINS INFIRMIERS, C'EST IMPORTANT!

Les Soins infirmiers, c'est important présente de brèves informations de référence ainsi qu'un point de vue international sur les problèmes sociaux et de santé actuels.

Vaccination des travailleurs de la santé : grippe et hépatite B

Contexte

Partout dans le monde, on recourt généralement aux vaccins pour l'immunisation contre les maladies. Les avantages de la vaccination sont bien connus : l'OMS estime que cette démarche a permis d'éviter environ deux millions de décès en 2002; depuis 1988, cinq millions de personnes ont, grâce à elle, échappé à la paralysie induite par la poliomyélite; entre 1999 et 2003, le nombre de décès dus à la rougeole a chuté de près de 40%.¹ Outre la réduction directe de la maladie, des souffrances et des décès, la vaccination diminue la pression sur les systèmes de santé; souvent, elle permet d'économiser des ressources financières qui sont réaffectées aux services de santé¹. C'est pourquoi l'OMS estime que la vaccination compte parmi les investissements de santé les plus rentables¹.

Les travailleurs de la santé au contact des patients courent un risque accru d'exposition à des maladies évitables par la vaccination. Ils risquent aussi de transmettre ces maladies à d'autres patients. C'est pourquoi tous les systèmes de santé recommandent la vaccination des travailleurs de la santé contre certaines maladies contagieuses, et pour trois bonnes raisons : la vaccination protège les travailleurs de la santé, protège leurs familles et protège leurs patients. Or, malgré l'adoption de ces politiques de vaccination, et malgré le fait que les travailleurs de la santé jouent un rôle central dans leur application au niveau de la société, les recherches montrent que les taux de vaccination de cette catégorie de travailleurs devraient être améliorés².

La présente fiche d'information s'intéresse à la vaccination des travailleurs de la santé contre deux maladies qui peuvent être évitées grâce à cette mesure : la grippe et l'hépatite B.

¹ Aide-mémoire n° 288 de l'OMS : « Vaccination contre les maladies importantes pour la santé publique »

² Hoffman F *et al.* : *Infection* 2006; 34:142-147.

Vaccination des travailleurs de la santé contre la grippe

La grippe est la plus commune des maladies évitables par la vaccination. Elle est responsable de fortes morbidité et mortalité³. Aux États-Unis, la grippe et la pneumonie entraînent environ 40 000 décès et plus de 200 000 hospitalisations par an. Ensemble, ces deux maladies figurent au septième rang des causes de décès, bien avant le sida^{3,4}.

Le virus de la grippe, hautement contagieux, se transmet fréquemment en milieu hospitalier. Les travailleurs de la santé, qui exercent dans ce milieu particulièrement exposé, courent naturellement un risque plus important de contracter la grippe. Or, leur haut niveau d'engagement les rend davantage susceptibles de continuer, même malades, à œuvrer auprès de leurs patients^{2,3}. Le risque de transmission généralisée de la maladie est en outre accru par le fait que près de la moitié des personnes grippées n'en présentent pas les symptômes habituels, et ne sont donc pas conscientes du risque de contagion qu'elles constituent pendant cinq à dix jours³.

Lors de flambées grippales, les institutions de soins se retrouvent fréquemment en situation de sous-effectif et de capacité réduite. Protéger les travailleurs de la santé par la vaccination est une manière de remédier à ces situations et de limiter la transmission de la maladie aux patients. Ceci permet de réduire de manière importante les coûts liés aux flambées de maladies nosocomiales. C'est pourquoi de nombreuses institutions recommandent la vaccination systématique des travailleurs de la santé contre la grippe. Par exemple, le Centre de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis (CDC) a formulé cette recommandation dès le début des années 1980. En l'an 2000, douze pays européens avaient suivi cet exemple².

Taux de vaccination contre la grippe chez les travailleurs de la santé

La recherche montre que malgré les avantages de la vaccination contre la grippe pour les travailleurs de la santé, leurs familles et leurs patients, les taux de couverture sont très variables et souvent bas. Une revue des recherches disponibles sur les taux de vaccination a montré une variation de 2% à 82%². Le taux de vaccination des travailleurs de la santé aux États-Unis est supérieur à celui constaté en Europe. Quoi qu'il en soit, il n'est jamais que de 38% dans le premier cas, et d'à peine 12% à 25% sur le Vieux continent².

Améliorer le taux de vaccination contre la grippe

En dernière analyse, la décision de vaccination appartient au travailleur de la santé pris individuellement. On constate néanmoins que les grandes campagnes de sensibilisation améliorent le taux de vaccination. Les campagnes les plus abouties s'orientent sur trois axes : « information, éducation et vaccination »². L'information comprend des prises de contacts individualisés par courriel, l'ajout de prospectus

³ Backer H. *Clinical Infectious Diseases* 2006; 42 (15 avril).

⁴ Cf. www.ifpma.org/influenza

d'information aux bulletins de salaire, la diffusion de mémos, par exemple. Les mesures d'éducation prennent diverses formes : présentations internes, conférences, etc. Enfin la vaccination devrait être gratuite et facile d'accès, dispensée par exemple en mode ambulatoire.

Le volet éducatif est particulièrement important. Il convient à cet égard d'insister non seulement sur l'intérêt de protéger soi-même, sa famille et ses patients, mais aussi d'analyser les raisons avancées par les travailleurs de la santé qui refusent la vaccination. Les recherches montrent ici l'existence d'un certain nombre d'idées reçues. Mentionnons la peur des effets secondaires, la crainte que le vaccin ne provoque la grippe ou encore la perception que le risque d'infection est faible ou que le vaccin manque d'efficacité². Il faut préciser ici que le vaccin contre la grippe entraîne parfois des effets secondaires, comme d'ailleurs tous les vaccins. Il s'agit cependant en général de réactions très localisées, bénignes et de courte durée; les effets plus graves sont rares. En outre, chez les adultes en bonne santé, le vaccin est efficace à 70%-90% contre la grippe si la souche correspond à celle en circulation². D'une manière générale, il est clair que les campagnes de sensibilisation réussies sont celles qui parviennent à faire admettre que les avantages de la vaccination contrebalancent les craintes des travailleurs.

Vaccination contre l'hépatite B

Avec plus de 300 millions de porteurs dans le monde^{5, 6}, l'hépatite B constitue un risque de santé majeur pour les travailleurs de la santé⁷. En l'an 2000 et au niveau mondial, près de 66 000 d'entre eux, estiment les scientifiques, auraient contracté cette maladie suite à des blessures professionnelles impliquant des objets pointus ou tranchants⁸. Aux États-Unis, on estime à 1450 le nombre des travailleurs de la santé infectés en 1993 suite à une exposition à du sang ou à des fluides corporels contaminés extraits du sérum. Ce chiffre représente toutefois une diminution de 90% par rapport à la situation en 1985. Dans ses recommandations formulées en 1997 sur la vaccination des travailleurs de la santé, le CDC indiquait que de 5% à 10% du personnel concerné avait été infecté de manière chronique à l'hépatite B, une situation entraînant des risques de cirrhose du foie, de cancer et finalement de décès⁵. Les personnes atteintes par l'hépatite sont potentiellement infectieuses leur vie durant. Selon certaines estimations, de 100 à 200 travailleurs de la santé décédaient chaque année aux États-Unis suite à une infection à l'hépatite B⁵.

C'est pourquoi la protection des travailleurs de la santé exposés à du sang contaminé, ou à d'autres fluides corporels sanguins contaminés, doit passer par la vaccination. Bien que les mesures prises diffèrent selon les systèmes de santé, il serait approprié de proposer des mesures de prophylaxie après-exposition aux travailleurs exposés, même occasionnellement, à du sang, plutôt que de procéder à des vaccinations pré-exposition.

⁵ Maynard J. *Vaccine* 8 mars 1990, suppl.: S18-20; discussion S21-3.

⁶ Fiche d'information de l'OMS 204 "Hépatite B"

⁷ MMWR 1997; 46 (RR-18):1-42.

⁸ Pruss-Ustun A *et al. Am J Ind Med* déc. 2005; 48(6): 482-90.

Dépistage des personnes à risque

Outre la vaccination, il faut envisager de procéder à un test post-vaccinal de contrôle du niveau d'anticorps. Ce test devrait concerner les travailleurs confrontés à un risque d'exposition au sang ou à des patients contaminés, ainsi que ceux risquant des blessures par des objets tranchants ou pointus.

En résumé

De par la nature de leur travail, les travailleurs de la santé courent des risques accrus d'infection. Le contact avec les patients augmente la probabilité de contracter certaines maladies comme la grippe et l'hépatite B. Ces deux infections entraînent une morbidité et une mortalité importantes. Par conséquent, les travailleurs de la santé devraient être vaccinés, ceci pour protéger leur santé, celle de leurs familles et celle de leurs patients.⁹

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 120 associations nationales d'infirmières, représentant les infirmières exerçant dans le monde. Géré par des infirmières pour des infirmières, le CII est la voix internationale des infirmières. Il œuvre dans le but de garantir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé partout dans le monde.

Pour davantage d'information, prendre contact avec le CII :
icn@icn.ch

ICN/01/2007

⁹ Fédération Internationale de l'Industrie du Médicament (IFPMA, 2007)

Sécurité des patients

Prise de position du CII :

La sécurité des patients est un aspect fondamental de la qualité de la santé et des soins infirmiers. Pour le CII, l'amélioration de la sécurité des patients exige que soit engagée toute une série d'actions dans les domaines suivants : recrutement, formation et rétention des professionnels de la santé, amélioration de la performance, sécurité environnementale et gestion des risques, y compris contrôle des infections, utilisation judicieuse des médicaments, sécurité de l'équipement, sécurité de la pratique clinique, sécurité de l'environnement de soins, ainsi que développement d'un corpus de connaissances scientifiques centrées sur la sécurité des patients et sur l'infrastructure nécessaire à son amélioration.

Les infirmières sont confrontées à la question de la sécurité des patients dans tous les aspects des soins. Cela comprend l'information aux patients (et à d'autres) en ce qui concerne les risques et leur prévention; la promotion de la sécurité des patients; et la consignation des événements indésirables.

La détection précoce des risques est très importante pour la prévention des accidents; elle repose sur l'existence d'une culture de la confiance, de l'honnêteté et de l'intégrité, ainsi que sur une communication ouverte entre patients et fournisseurs de santé au sein du système de santé. Le CII est favorable à une approche globale, basée sur la transparence et l'ouverture, excluant toute démarche culpabilisante à l'encontre de l'individu et comprenant les mesures nécessaires à la correction des facteurs humains et systémiques à la source d'événements indésirables.

Le CII se déclare très préoccupé par la grave menace pour la santé des patients et la qualité des soins de santé que constitue le manque de personnel qualifié. La pénurie de personnel infirmier qui sévit actuellement constitue précisément une menace de cet ordre.

Le CII estime que les infirmières et leurs associations professionnelles nationales doivent :

- informer les patients et leurs familles des risques potentiels;
- signaler dans les meilleurs délais les événements indésirables aux autorités compétentes;
- prendre une part active dans l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins;
- améliorer les communications avec les patients d'une part, les autres professionnels de la santé d'autre part;
- faire du lobbying pour obtenir des taux d'occupation des postes satisfaisants;
- soutenir les mesures destinées à améliorer la sécurité des patients;
- promouvoir des programmes rigoureux de prévention des infections;

- exiger des politiques de traitement standardisées ainsi que des protocoles destinés à minimiser les risques d'erreur;
- entrer des contacts avec les associations professionnelles des pharmaciens, généralistes et autres afin d'améliorer le conditionnement et l'étiquetage des médicaments;
- collaborer avec les systèmes de surveillance nationaux afin de répertorier les événements indésirables, les analyser et en tirer des enseignements;
- mettre au point des mécanismes de reconnaissance (accréditation par exemple) des caractéristiques des fournisseurs de soins de santé qui constituent une mesure d'excellence en matière de sécurité des patients.

Information de base

Les interventions de santé sont bien sûr conçues au bénéfice du public, mais il existe toujours un risque que des erreurs et des événements indésirables se produisent; ceci est dû à une combinaison complexe de processus, technologies et facteurs humains liés aux soins de santé. Un événement indésirable peut être défini comme un tort ou une lésion qui se produit pendant le traitement de la maladie du patient et qui est la conséquence directe des actes du personnel médical, plutôt qu'un effet de la maladie elle-même¹. Les menaces courantes à la sécurité des patients comprennent les erreurs de médication, les infections nosocomiales, l'exposition à de fortes doses de radiations et l'utilisation de médicaments de contrefaçon.

Bien que l'erreur humaine joue un rôle dans l'apparition des événements indésirables, ces erreurs auraient souvent pu être évitées par un traitement préventif de facteurs systémiques internes.

On dispose d'un faisceau de plus en plus concordant de preuves qui montrent que les taux insuffisants d'occupation des postes ont une influence sur des événements indésirables tels que chutes de patients, douleurs causées par l'alitement prolongé, erreurs de médication, infections nosocomiales et taux de réadmission qui peuvent mener à la prolongation des séjours hospitaliers de même qu'à des taux de mortalité en augmentation dans les établissements de soins². Parmi d'autres déterminants importants de la sécurité des patients il faut aussi mentionner la pénurie et les mauvaises performances du personnel, qu'elles soient dues à un manque de motivation ou à une formation insuffisante.

1 Thomas, E.J; & Brennan, BMJ, Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. 18 mars 2000, p.9

2 Aiken, I.H. et al. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA (2002); 288: 1987-1993

Enfin, les soins de santé de mauvaise qualité sont la cause d'un nombre non négligeable d'événements indésirables aux conséquences financières sérieuses pour les systèmes de santé.

Adoptée en 2002

Prises de position y afférentes :

- La protection du titre "infirmière"
- La réglementation des soins infirmiers
- Le domaine de pratique des soins infirmiers
- Le personnel infirmier auxiliaire ou d'appui

Publications du CII:

- La sécurité des patients, Fiche d'information de l'AMPS (2001).

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 120 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières à travers le monde. Géré par des infirmières pour les infirmières, le CII est la voix internationale de la profession infirmière et s'efforce de promouvoir des soins de qualité pour tous ainsi que de solides politiques de santé dans le monde.

Abus et violences à l'encontre du personnel infirmier

Prise de position du CII:

Le CII condamne avec la plus grande énergie toutes les formes d'abus et de violence à l'encontre du personnel infirmier, y compris le harcèlement sexuel. De tels actes violent le droit des infirmières à l'intégrité et à la dignité de leur personne, ainsi que leur droit à ne pas souffrir.

Le CII condamne les actes d'abus et de violences commis à l'encontre de **toute personne**, y compris les autres personnels soignants, les patients, les enfants, les personnes âgées et tout citoyen à titre privé. Il convient cependant de relever que dans le monde du travail, les infirmières constituent une catégorie particulièrement exposée et c'est pourquoi il faut continuer à accorder une attention particulière à la nécessité d'éliminer toutes les formes d'abus et de violences dont est victime le personnel infirmier.

Pour le CII, il ne fait aucun doute que la violence sur le lieu de travail menace la fourniture de services efficaces aux patients et par conséquent leur sécurité. Si l'on veut que la qualité des soins soit assurée, il convient d'assurer aux infirmières un environnement de travail sûr ainsi qu'un traitement respectueux. Des charges de travail excessives, des conditions de travail peu sûres et un soutien inapproprié peuvent être considérés comme des formes de violence et comme étant incompatible avec la notion de "bonnes pratiques".

Le CII s'efforce de contribuer à l'élaboration et à la promotion de politiques qui reflètent un degré de tolérance zéro de la violence en s'appuyant sur la législation, les règlements de personnel, les sanctions judiciaires, les normes en matière d'environnement sur le lieu de travail, ainsi que sur les normes culturelles. Des sanctions devraient être prises afin de refléter la gravité de quelconque incident. La coopération avec d'autres organisations partageant les objectifs de la campagne contre la violence est particulièrement importante.

Le CII soutient que chaque infirmière a la responsabilité de dénoncer les incidents violents qui se produisent dans son contexte professionnel. Des mesures de sécurité appropriées doivent être appliquées afin de protéger les étudiants en soins infirmiers qui sont particulièrement à risque sur le lieu de travail.

Le CII exhorte les associations nationales d'infirmières à tout faire pour :

- sensibiliser le public et la communauté des infirmières aux diverses manifestations de la violence perpétrée à l'encontre du personnel infirmier
- assurer l'accès du personnel infirmier (victime ou auteur de la violence) à des services consultatifs, y compris en matière de soutien apporté lors des procédures de dénonciation, de plainte et d'indemnisation

- négocier l'introduction et le maintien de mesures de sécurité appropriées et de procédures de plaintes confidentielles dans l'environnement du travail et de l'apprentissage
- aider les infirmières, y compris pour ce qui est de leur faciliter l'accès à une assistance juridique lorsque cela s'avère nécessaire
- rencontrer les plus hauts responsables des groupes d'employeurs concernés et des organisations nationales de santé ou autres, afin d'obtenir leur aide pour garantir des environnements de travail sûrs et respectueux
- s'assurer que les employeurs respectent leurs obligations en matière de santé et de sécurité, notamment en assurant un taux d'encadrement adéquat (c'est-à-dire un personnel suffisamment nombreux) et en s'efforçant de promouvoir des modèles de comportements sûrs ainsi que des méthodes de travail propices à la qualité des soins de santé. Cela implique qu'il faudra contrôler les employeurs et dénoncer ceux qui faillissent à leurs obligations.
- S'assurer que les moyens d'agir contre la violence et les abus existent et qu'ils sont connus des infirmières.
- Proposer une éducation et une formation permanente améliorées en termes de reconnaissance et de prise en charge de la violence et des abus dans un contexte professionnel.
- contribuer à mettre en place une culture infirmière qui ne perpétue pas la tendance de ces dernières à rejeter sur elles-mêmes la responsabilité des incidents de violence
- promouvoir une image positive des infirmières et promouvoir le respect du droit des infirmières à la dignité et à la sécurité de leur personne, notamment en insistant sur leur rôle. Introduire dans le programme de formation des infirmières des cours sur l'élimination et/ou la gestion de la violence.
- participer au développement de méthodes de travail qui garantissent la qualité des soins, des niveaux de dotation en personnel adéquat et promeuvent des comportements sûrs.
- Contribuer à la collecte de données fiables intéressant la violence dans le secteur de la santé. .
- négocier des stratégies de lutte contre la violence au travail consistant en interventions organisationnelles, environnementales et individuelles.
- créer ou encourager la création de procédures de dénonciation confidentielles, conviviales et efficaces.
- Soutenir les institutions d'éducation à introduire une formation formelle en regard à l'abus et la violence sur le lieu de travail.

Information de base

La maladie et les facteurs de risque potentiel pour la vie provoquent du stress chez les patients, les membres de leur famille et le personnel présent sur les lieux de travail du secteur de la santé. Un tel stress peut aggraver les facteurs susceptibles d'engendrer la violence - facteurs dont il semble qu'ils aient atteint un niveau élevé dans la société en général et sur les lieux de travail du secteur de la santé en particulier.

La violence au travail est omniprésente. Les effets de la violence psychologique sont aussi graves, voire pires, que ceux de la violence physique. La violence psychologique est également plus fréquente.

Les conditions de travail dans le secteur de la santé exposent les infirmières et d'autres personnels à des risques plus élevés de violence; à cause, notamment:

- des modalités d'emploi du personnel : dotation en personnel et contrôle inadéquats, utilisation de personnel temporaire et inexpérimenté et responsabilité totale d'unités de soins de santé
- de la rotation du personnel, y compris la nuit
- du manque de mesures de sécurité dans les établissements de santé
- des interventions exigeant un contact physique rapproché
- de la charge de travail exigée dans des environnements qui sont souvent éprouvant du point de vue émotionnel
- de la facilité avec laquelle quiconque peut accéder aux lieux de travail qui ne laissent la place à presque aucune intimité
- des visites à domicile et de l'isolement qui en découle.

Les recherches effectuées montrent qu'au sein du personnel du secteur de la santé, ce sont les infirmières qui sont le plus exposées. La prévalence des violences contre *les infirmiers* et les infirmières est troublante en comparaison de celles subies par les membres d'autres professions. Malheureusement les effets de cette violence se font sentir au-delà du contexte professionnel, jusque dans les foyers des victimes et des observateurs. On parle de violence indirecte. La violence verbale ne doit pas être minimisée car ses effets se rapprochent à la violence physique qui inclue les répercussions sur les soins prodigués.

Traditionnellement, de nombreuses cultures ont toléré ou couvert la violence physique, le harcèlement sexuel ou les violences verbales perpétrés contre les femmes bien qu'il s'agisse d'une violation de leurs droits humains. En outre, les infirmières acceptent le plus souvent passivement les abus et la violence comme faisant partie de leur travail – un point de vue qui est parfois partagé par le public et les autorités judiciaires. Les pressions exercées sur les femmes et les hommes pour qu'elles gardent le silence sont grandes. Elles ne sont pas encouragées à porter plainte, ce qui entraîne une sous-évaluation des incidents et, par là même, empêche l'élaboration de stratégies efficaces de lutte contre la violence.

Les infirmières ont dû faire face à la violence, même si les programmes de formation permettant au personnel infirmier de pouvoir identifier les situations potentiellement dangereuses et développer des mécanismes afin de faire face aux agressions.

Parmi les conséquences des violences verbales et physiques et du harcèlement sexuel, on peut citer :

- les chocs, la dépression, les sentiments d'incrédulité ou de honte, de culpabilité, de colère, de peur, d'impuissance et d'exploitation
- les blessures physiques et les troubles (migraines, vomissements), y compris les troubles sexuels
- une hausse du stress et de l'anxiété
- une perte de l'estime de soi et une perte de confiance en ses compétences professionnelles
- un comportement de repli qui peut affecter la performance au travail, notamment par l'absentéisme
- des effets néfastes sur les relations interpersonnelles
- une perte de satisfaction au travail, un moral bas chez le personnel et un taux de renouvellement du personnel (turnover) accru.

La violence est destructrice et a des effets profondément néfastes sur les personnes qui en sont témoins comme sur les victimes et leurs familles. La violence peut être définie comme un « poison » de l'environnement de travail.

Références:

Directives : comment affronter la violence au travail, Genève, CII, 2004

Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé du BIT/CII/OMS/ISP (http://www.icn.ch/SewWorkplace/workplace_violence.fr.pdf)

Prise de position adoptée en 2000 et révisée en 2006**Prises de position y afférentes:**

- Bien-être socio-économique des infirmières
- Comment retenir et éviter la mutation et la migration de l'infirmière
- La santé et la sécurité des infirmières au travail
- Les infirmières et le travail posté
- e développement des ressources humaines dans le domaine de la santé
- Les infirmières et les droits de l'homme

Publications du CII :

- Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé, Genève, CII, 2005
- Directives: comment affronter la violence au travail

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 120 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières à travers le monde. Géré par des infirmières pour les infirmières, le CII est la voix internationale de la profession infirmière et s'efforce de promouvoir des soins de qualité pour tous ainsi que de solides politiques de santé dans le monde.

La santé et la sécurité des infirmières au travail

Prise de position du CII :

Le CII fait siennes les conclusions de recherches qui montrent que la sécurité des conditions de travail dans le secteur de la santé est un facteur important pour la sécurité des patients. A cette fin, Le CII demande que soient élaborés et appliqués des instruments internationaux, nationaux et régionaux susceptibles de sauvegarder le droit des infirmières à un environnement de travail sûr, incluant la formation continue, l'immunisation et l'équipement et vêtements de protection.

Le CII déplore le manque de législation appropriée, au niveau national, en ce qui concerne la santé et la sécurité des infirmières sur leur lieu de travail, les mécanismes permettant aux employés de participer à la surveillance et à l'élimination des risques professionnels soient souvent inadéquats, à l'insuffisance des ressources dégagées afin d'assurer des services optima de santé et de sécurité au travail afin d'assurer une inspection du travail adéquate.

Le CII soutient fermement les diverses conventions de l'OIT traitant de santé et de sécurité au travail et estime que les associations nationales d'infirmières (ANIs) devraient :

- Exhorter leurs gouvernements respectifs à faire en sorte que toutes les institutions de santé respectent les dispositions de la loi en matière de santé et de sécurité au travail. Pour cela, les ANIs pourraient recourir au lobbying et à l'action politique individuelle et/ou collective.
- Lancer et/ou soutenir des recherches, dans leurs pays respectifs, sur la sécurité et la pertinence de l'environnement de travail des infirmières ainsi que sur les comportements, les attitudes, les procédures et les activités à risques.
- Sensibiliser le personnel infirmier, les employeurs ainsi que le public aux risques professionnels dans le secteur de la santé, y compris en ce qui concerne les abus et la violence.
- S'efforcer d'accroître la prise de conscience par les infirmières de leurs droits (en tant qu'employées) à un environnement de travail sain et sans risque ainsi que de leurs devoirs en ce qui concerne la protection de leur sécurité personnelle et la promotion de celle des autres.
- Convaincre les gouvernements et les employeurs d'adopter et de mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires afin de protéger la santé et le bien-être des infirmières exposées dans le cadre de leur travail, y compris lorsque cela est nécessaire par le biais de la vaccination.

- Exhorter les gouvernements et les employeurs à assurer l'accès du personnel infirmier - sans coût supplémentaire pour lui - à des mesures de protection (des vêtements par exemple) et à des équipements de protection sans coûts supplémentaires pour le personnel.
- Encourager les infirmières à entreprendre les vaccinations qui s'imposent pour garantir leur santé et leur sécurité au travail.
- Coopérer avec les autorités compétentes afin d'assurer la mise à jour de la liste des maladies professionnelles et d'évaluer périodiquement la pertinence de cette liste pour le personnel infirmier.
- Soutenir les demandes d'indemnisation émanant d'infirmières en rapport avec des maladies ou des blessures liées au travail.
- Recueillir et diffuser l'information sur l'incidence des accidents, blessures et maladies liés au travail qui affectent les infirmières.
- Coopérer avec d'autres organisations qui soutiennent le droit du travailleur à un environnement de travail sain et sans risques.
- Reconnaître le lien important qui existe entre les travailleurs et leurs familles pour l'élaboration de politiques et de programmes de traitement culturellement appropriés en matière de santé et de sécurité au travail.
- Apporter leur soutien au droit qu'ont les infirmières de ne pas être intimidées dans l'exercice de leur fonction de conseil au patient.
- Plaider en faveur de la mise sur pied de mécanismes de contrôle adéquats à tous les niveaux afin d'assurer la mise en œuvre appropriée des politiques.
- Diffuser l'information concernant l'apparition de nouveaux risques sur le lieu de travail.
- Diffuser l'information sur le non-respect par les employeurs de la législation relative à la santé et à la sécurité au travail, y compris s'agissant des mécanismes devant lesquels sont renvoyées de telles infractions.

Le CII soutient le rôle croissant joué par l'infirmière de santé professionnelle pour ce qui est de répondre aux besoins des travailleurs en matière de soins de santé primaire. Il demande pour ce type d'infirmière une rémunération équitable ainsi que des structures de carrière adéquates garantissant le développement professionnel afin d'attirer/retenir les infirmières dans ce domaine d'expertise.

Information de base:

Le CII reconnaît le rôle essentiel qu'ont la santé et la sécurité au travail pour la promotion de la santé. Le CII reconnaît en outre l'expertise croissante qu'on accumulée les infirmières dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail ainsi que la rentabilité des services assurés dans ce domaine aux employés.

Les soins aux patients bénéficient d'un environnement de travail sûr pour le personnel de santé. L'environnement de travail de l'infirmière est souvent dangereux en raison:

- De la contamination de l'environnement par des déchets résultant de l'activité humaine et industrielle.
- Des risques (par exemple chimiques, biologiques, physiques, ou encore liés au bruit, aux radiations, au caractère répétitif du travail),
- De la technologie médicale - insuffisance de la maintenance ou de la formation concernant l'utilisation de cette technologie,
- De l'accès inadéquat à des vêtements de protection et à des équipements sûrs,
- Des sollicitations accrues dont font l'objet les ressources émotionnelles, sociales, psychologiques et spirituelles de l'infirmière qui travaille dans des cadres politiques, sociaux, culturels, économiques et cliniques complexes,
- Des incidents de violence, y compris le harcèlement sexuel;
- Des faiblesses en matière d'ergonomie (conception et forme des équipements, du matériel et installations médicales);
- De l'allocation inadéquate de ressources humaines et financières;
- De l'isolement.

Le CII relève que la plupart des gouvernements ne collectent pas d'informations précises et à jour sur l'incidence des accidents, des blessures et des maladies affectant le personnel infirmier alors qu'une telle démarche s'inscrit à la base même de toute formulation de politique solide. Le manque de données pertinentes est un sujet de grande préoccupation.

Dans certains pays, il n'existe tout simplement pas de législation en matière de santé et de sécurité au travail. Dans d'autres, les moyens permettant d'en surveiller l'application ainsi que les mécanismes disciplinaires à l'intention des employeurs qui ne la respectent pas sont inefficaces ou inexistantes. D'autres pays encore se sont dotés d'une législation qui exclut les hôpitaux et les autres institutions de santé de son champ d'application.

La convention n°149 de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur le personnel infirmier¹⁾ demande aux Etats membres d'améliorer les lois et les réglementations existants en matière de santé et de sécurité au travail en les adaptant à la spécificité du travail infirmier et de l'environnement dans lequel il s'exerce. Le chapitre IX de la recommandation y afférente (n°157) développe plus avant les mesures jugées nécessaires afin de garantir la santé et la sécurité des infirmières au travail.

¹⁾ Organisation internationale du travail, **convention n°149 et recommandation n°157 sur le personnel infirmier**, Genève, OIT, 1977.

Adoptée en 1987, revue et mise à jour en 2006

Prises de position y afférentes:

- Abus et violences à l'encontre du personnel infirmier
- Les infirmières et le travail posté

Publications du CII :

- Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé, Genève, CII, 2005
- Directives : comment affronter la violence au travail

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 120 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières à travers le monde. Géré par des infirmières pour les infirmières, le CII est la voix internationale de la profession infirmière et s'efforce de promouvoir des soins de qualité pour tous ainsi que de solides politiques de santé dans le monde.

Le CII appelle à l'instauration d'environnements favorables à la pratique, garants de la qualité des soins

Genève, le 12 mai 2007 – Fort de la conviction, étayée par des éléments de preuve indiscutables, que la qualité des environnements de pratique détermine la qualité des soins, le Conseil international des infirmières (CII) lance aujourd'hui un appel international pour la prise en compte et l'élimination des graves difficultés qui existent dans les contextes de soins partout dans le monde. La fourniture de services de santé sûrs, de haute qualité et efficaces dépend, d'une part, de la compétence du personnel de santé et, d'autre part, de l'existence d'un environnement de travail propice à l'excellence de la performance. Le sous-investissement chronique qui affecte le secteur de la santé de nombreux pays a entraîné une détérioration des conditions de travail. Ce phénomène a des conséquences graves sur le recrutement et la rétention du personnel soignant, sur la productivité et sur la performance des institutions de soins et, en fin de compte, sur les résultats pour les patients. Les soins de santé doivent être dispensés au sein d'environnements favorables à la pratique : c'est la seule manière d'atteindre les objectifs sanitaires nationaux et internationaux.

« Par son appel, le CII entend améliorer la qualité des soins par l'instauration d'environnements de travail propices à l'excellence de la performance », déclare Mme Hiroko Minami, Présidente du CII. « Nous estimons que les patients et le public ont droit au plus haut niveau de performance possible des infirmières et des autres professionnels de la santé. Ce but ne pourra être atteint qu'au sein de cadres de travail favorisant une main-d'œuvre motivée et bien préparée. »

Le CII a placé cette question au cœur de la Journée internationale des infirmières 2007. Il a préparé à cet effet une plaquette d'information et d'action intitulé « Qualité au travail = soins de qualité ». Cette plaquette est conçue pour sensibiliser l'opinion et pour faciliter la prise de décisions. Elle servira aux gestionnaires, aux infirmières sur le terrain, aux responsables des services, aux associations professionnelles et aux organes régulateurs. Elle présente des données chiffrées sur les environnements favorables à la pratique à l'intention de toutes les personnes souhaitant améliorer la prestation des services de santé. Le dossier est distribué à toutes les associations membres du CII et aux représentantes d'infirmières du monde entier. Il est également disponible sur le site internet www.icn.ch/indkit.htm.

L'instauration d'environnements favorables à la pratique restera un programme prioritaire ces prochaines années, aussi bien pour le CII que pour le Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers (CIRHSI). L'objectif du CIRHSI est d'améliorer la qualité des soins aux patients grâce aux progrès des services de soins infirmiers et de santé. Le CIRHSI promeut activement les environnements favorables à la pratique par la mise à disposition de données, d'outils et de normes (www.ichrn.org).

Note

Le Conseil International des Infirmières (CII) est une fédération de 129 associations nationales d'infirmières représentant les millions d'infirmières exerçant dans le monde entier. Géré par des infirmières pour les infirmières depuis 1899, le CII est la voix internationale des infirmières. Il œuvre dans le but de garantir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé partout dans le monde.

Pour davantage d'information, prendre contact avec Linda Carrier-Walker
Téléphone : +41 22 908 0100 Télécopie : +41 22 908 0101
Courriel : carrwalk@icn.ch Site Internet : www.icn.ch

Références

- Ahlberg-Hulten GK, Theorell T & Sigala F (1995). *Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel*. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 21(6), 435-439.
- Aiken L, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J & Silber JH (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction*. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Aiken L, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM & Silber JH (2003). *Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality*. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1619.
- Aiken LH, Sloane DM & Klocinski JL (1997). Hospital nurses occupational exposure to blood: Prospective, retrospective, and institutional reports. *American Journal of Public Health*, 87(1), 103-107.
- Alexander JA, Bloom JR & Nuchols BA (1994). Nursing turnover and hospital efficiency: an organization-level analysis. *Industrial Relations*, 33(4), 505-520.
- Al-Shammari MM (1992). *Organizational climate*. *Leadership & Organization Development*, 13(6), 30-32.
- American Federation of Teachers (1995). *Definition of "safe staffing"*. Sur le site de l'American Federation of Teachers, <http://www.aft.org/topics/healthcaresaffing/definition.htm>.
- Baguley K (1999). Workplace empowerment, job strain, and affective organizational commitment in critical care nurses: Testing Kanter's structural theory of organizational behavior. Thèse de master inédite, Western Ontario University, London, Ontario, Canada.
- Baker R, Norton P, Flitoff V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. (2004). *The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada*. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686.
- Baumann A, Blythe J, Cleverley K, Grinspun D & Tompkins A (2006). *Health Human Resource Series Number 3. Educated and underemployed: The paradox for nursing graduates*. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.
- Baumann A, Yan J, Degelder J & Malikov K (2006). *Health Human Resource Series Number 4. Retention strategies for nurses: A four country comparison*. Genève: Conseil international des infirmières.
- Baumann A, Hunsberger M, Blythe J & Crea M (2006). *Health Human Resource Series Number 6. The new healthcare worker: Implications of changing employment patterns in rural and community hospitals*. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.
- Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron, et al. (2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation.
- Becton, Dickinson and Company (2006). *BD and International Council of Nurses collaborate to address the health human resource crisis in Africa*. Sur le site internet de BD Worldwide: <http://www.bd.com/>

- Best M & Thurston E (2004). *Measuring nurse job satisfaction. Journal of Nursing Administration*, 34(6), 283-290.
- Best M & Thurston E (2006). *Canadian public health nurses' job satisfaction. Public Health Nursing*, 23(3), 250-255.
- Blegen MA (2006). *Patient safety in hospital acute care units. Annual Review of Nursing Research*, 24.
- Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998). *Nurse staffing and patient outcomes. Nursing Research*, 47(1), 43-50.
- Bryce EA, Ford J, Chase L, Taylor C & Scharf S (1999). *Sharps injuries: Defining prevention priorities. American Journal of Infection Control*, 27(5), 447-452.
- Brown SP & Leigh TW (1996). *A new look at psychological climate and its relationship to job involvement, effort, and performance. Journal of Applied Psychology*, 81(4), 358-368.
- Buchan J & Calman L (2004). *The global shortage of registered nurses: An overview of issues and actions*. Genève: Conseil international des infirmières.
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety (janvier 2005). Needlestick injuries. Sur le site internet du Canadian Centre for Occupational Health and Safety Web, http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick_injuries.html
- Canadian Nurses Association (2006). *Vision and mission*. En-ligne le 1^{er} décembre 2006 : http://www.cna-nurses.ca/CNA/about/mission/default_e.aspx
- Choi BCK, Levitsky M, Lloyd RD & Stones IM (1996). Patterns and risk factors for sprains and strains in Ontario, Canada 1990: An analysis of the workplace health and safety agency database. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38(4), 379-389.
- Conseil international des infirmières (s.d.). *Coefficients de patients par infirmière* Sur le site internet du CII : http://www.icn.ch/matters_rnptratiof.htm
- Conseil international des infirmières (ICN 2004) *Workload measurement in determining staffing levels*. Genève, Suisse
- Conseil international des infirmières (ICN 2006). *Plaque d'information et d'action Effectifs suffisants = vies sauvées*. Sur le site internet du CII : <http://www.icn.ch/indkit2006f.htm>.
- Cox S & Flin R (1998). *Safety culture: Philosopher's stone or man of straw? Work & Stress*, 12(3), 189-201.
- Dickson M W, Resick C J & Hanges PJ (2006). *When organizational climate is unambiguous, it is also strong. Journal of Applied Psychology*, 91(2), 351-364.
- Downey HK, Hellriegel D & Slocum JW (1975). *Congruence between individual needs, organizational climate, job satisfaction and performance. The Academy of Management Journal*, 18(1), 149-155.
- Engkvist IL, Hagberg M, Wigaeus Hjelm E, Menckel E & Ekenvall L (1998). *PROSA study group. The accident process preceding overexertion back injuries in nursing personnel. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24, 367-375.

- Flexner A (1910). *Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching*. En-ligne le 18 décembre 2006 : http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf
- Gaudine AP (2000). *What do nurses mean by workload and work overload? Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(2), 22-27.
- Griffin MA & Neal A (2000). Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 347-358.
- Institute of Medicine (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine 2000. Sur Internet: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
- Kingma M (2006). *Nurses on the move*. New York: Cornell University Press.
- Koehoorn M, Kennedy S, Demers P, Clyde Hertzman C & and Village J (2000). *Musculoskeletal injuries among health care workers: Individual, biomechanical and work organization factors*. Site internet de Work Safe BC, http://www.worksafebc.com/about_us/library_services/reports_and_guides/wcb_research/Default.asp
- Kovner C & Gergen PJ (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kramer M & Schmallenberg C (1988). *Magnet hospitals: Part 1 institutions of excellence. Journal of nursing Administration* 18(1), 13-24.
- Kristensen TS (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 25(6), 550-557.
- Lancaster AD (1997). *Consult stat: Understaffing can increase infection rates. RN*, 60(10), 79.
- Laschenger HKS, Wong C, McMahon L & Kaufmann C (1999). *Leader behaviour effect on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. Journal of Nursing Administration*, 29 (5), 28-39.
- Leveck ML & Jones CB (1996). *The nursing practice environment, staff retention and quality of care. Research in Nursing and Health* 19(4), 331-343.
- Lowe GS (2004). *Healthy workplace strategies: Creating change and achieving results*. Site internet du Canadian Policy Research Network, <http://www.cprn.com/en/doc.cfm?doc=536>
- Lowe GS (2005). *Raising the bar for people practices: Helping all health organizations become "preferred employers". Healthcare Quarterly*, 8, 60-63.
- McClure ML (2005). *Magnet hospitals: Insights and issues. Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 198-201.
- McClure M, Poulin M, Sovie M & Wandelt M (1983). *Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses*. Kansas City, MO: American Academy of Nurses.
- McGillis Hall L (2005). Nurse staffing. in L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 9-37). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.
- Mearns KJ & Flin R (1999). *Assessing the state of organizational safety—Culture or climate? Current Psychology: Development, Learning, Personality, Social* 18(1), 5-17.

- Morrison R S, Jones C B & Fuller B (1997). *The relationship between leadership style and empowerment on job satisfaction on nurses*. *Journal of Nursing Administration* 29(5), 28-29.
- National Task Force on Violence Against Social Care Staff (2001). *Report and national action plan*. En-ligne le 1er décembre 2006 : <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/28/20/04062820.pdf>
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K (2002). *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nolan M, Lundh U & Brown J (1999), *Changing aspects of nurses' work environment: A comparison of perceptions in two hospitals in Sweden and the UK and implications for recruitment and retention of staff*. *NT Research*, 4(3), 221-233.
- O'Brien-Pallas L, Thomson D, Alksnis C & Bruce S (2001). *The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road?* *Hospital Quarterly*, 4(3), 42-50.
- Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weave, MT, Williams OD et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006a). *Healthy work environments best practice guidelines: Collaborative practice among nursing teams*. Toronto, Ontario, Canada: Auteur. (À paraître hiver 2006).
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006b). *Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining effective staffing and workload practices*. Toronto, Ontario, Canada: Auteur. (À paraître hiver 2006).
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006c). *Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining nursing leadership*. Toronto, Ontario, Canada: Auteur.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006d). *Healthy work environments best practice guidelines: Professionalism in nursing*. Toronto, Ontario, Canada: Auteur. (À paraître hiver 2006).
- Rousseau DM (1996). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rowell P (30 septembre 2003). *The professional nursing association's role in patient safety*. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(3), manuscrit 3. En-ligne le 1^{er} décembre 2006, www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_3.htm
- Schindul-Rothschild J, Berry D & Long-Middleton E (1996). *Where have all the nurses gone?* *American Journal of Nursing*, 96(11), 25-39.
- Scott J, Sochalski J & Aiken L (1999). *Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice*. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
- Seigrist J (1996). *Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Shullanberger G (2000). *Nurse staffing decisions: An integrative review of the literature*. *Nursing Economic\$,* 18(3), 124-132, 146-148.
- Sinclair CM (2000). *Report of the Manitoba pediatric cardiac surgery inquest*. Site Internet du Province of Manitoba Pediatric Cardiac Inquest, <http://www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/>

- Sovie MD & Jawad AF (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
- Tourangeau AE, Giovanetti P, Tu JV & Wood M (2002). Nursing-related determinants of 30-mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Tovey EJ & Adams AE (1999). *The changing nature of nurses' job satisfaction: An exploration of sources of satisfaction in the 1990s*. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 150-158.
- Weisman CS & Nathanson CA (1985). *Professional satisfaction and client outcomes: A comparative organizational analysis*. *Medical Care*, 23(10), 1179-1192.
- White JP (1997). *Health care, hospitals, and reengineering: The nightingales sing the blues*. in A. Duffy, D. Glenday, & N. Pupo (Eds.), *Good jobs, bad jobs, no jobs: The transformation of work in the 21st century*. Toronto, Ontario, Canada: Harcourt & Brace.
- Wiegmann DA, Zhang H, von Thaden T, Sharnam G & Mitchell A (2002). *A synthesis of safety culture and safety climate research*. Technical Report ARL-02-3/FA-02-2. Préparé pour *Federal Aviation Administration Atlantic City International Airport, NJ*. Contract DTFA 01-G-015.
- Wilson B & Laschinger HKS (1994). *Staff nurse perception of job empowerment: A test of Kantor's theory of structural power in organizations*. *Journal of Nurse Administration*, 24 (Suppl. 4), 39-47.